

TABLA DE CONTENIDO

Pág

1. GENERALIDADES

1.1 MISION

1.2 VISION

2. DIAGNÓSTICO GENERAL DE LA SITUACION DE SALUD TERRITORIAL

2.1 DIAGNÓSTICO TERRITORIAL

2.1.1 Análisis Geográfico

2.1.1.1 Ubicación

2.1.1.2 Límites

2.1.1.3 Transporte y Comunicación

2.1.2 Dinámica Demográfica

2.1.3 División Político Administrativa

2.1.4 Organización Social

2.1.5 Actividad Económica

2.1.6 Calidad De Vida

2.1.6.1 Nivel Educativo

2.1.6.2 Vivienda

2.1.6.3 Cobertura de Servicios Públicos

2.2. DIAGNÓSTICO DE SALUD

2.2.1 Diagnóstico Epidemiológico

2.2.1.1 Morbilidad

2.2.1.1.1 Morbilidad por Consulta Externa según grupo poblacional

2.2.1.1.2 Morbilidad General por Consulta Externa

2.2.1.1.3 Morbilidad por Egreso Hospitalario según grupo poblacional

2.2.1.1.4 Morbilidad General por Egreso Hospitalario

2.25 Morbilidad por Urgencia según grupo poblacional

2.26 Morbilidad General por Urgencias

2.27 Morbilidad Sentida

2.27.1 Principales Problemas de Salud

2.27.2 Principales Problemas de Servicios de Salud

2.27.3 Principales Problemas de Medio Ambiente

2.28 Morbilidad y Mortalidad según Vigilancia en Salud Pública

2.2.1.2 Mortalidad

2.2.1.2.1 Mortalidad según Grupo Poblacional

2.2.1.2.2 Mortalidad General

2.2.1.3 Otros indicadores

2.2.1.3.1 Salud Mental

2.2.1.3.2 Situación Nutricional

2.2.1.4 Factores de riesgo

2.2.1.4.1 Factores de Riesgo de Enfermedades Infecciosas

2.2.1.4.2 Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas

2.2.1.4.3 Factores de Riesgo de Enfermedades Sociales

2.3 DIAGNÓSTICO PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

2.3.1 Oferta de Servicios de Salud en Cúcuta

2.3.2 Accesibilidad Geográfica

2.3.3 Análisis de Uso y Coberturas de Atención

2.3.4 Análisis de Referencia y Contrarreferencia

2.4 DIAGNÓSTICO FINANCIERO

2.4.1 ESE IMSALUD

2.4.1.1 Ingresos

2.4.1.2 Análisis del Comportamiento de los Egresos de la Empresa Social del Estado IMSALUD.

2.4.1.3 Proyecciones Financieras

2.4.2 Secretaría de Salud Municipal

2.4.2.1 Comportamiento de los Ingresos y Egresos de la Secretaría de Salud Municipal

2.4.2.2 Proyecciones Financieras

2.5 DIAGNÓSTICO ORGANIZACIONAL

2.5.1 Matriz POAM

2.1.3 AMBIENTE Y CONSUMO

(B)Censo y diagnóstico de viviendas

- Establecimientos, áreas públicas e infraestructura de saneamiento ambiental (acueducto Alcantarillado desechos de basuras)

3. ANÁLISIS CON ENFOQUE DE PROGRAMAS Y SUBPROGRAMAS

3.1 ASEGURAMIENTO

3.2 PRESTACIÓN Y DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

3.2.1 Mejorar la accesibilidad de los servicios de salud.

[3.3 SALUD PÚBLICA](#)

[3.3.1 Salud Infantil](#)

- Reducir la morbimortalidad infantil a través de la aplicación de estrategias y programas que atiendan las enfermedades más prevalentes de la infancia y orienten la prestación de servicios a una integralidad en su atención.

[3.3.2 Seguridad alimentaria y nutricional](#)

- Mejorar la situación nutricional de niños, niñas y población vulnerable

[3.3.3 Vigilancia de la Salud](#)

- Mejorar el sistema de vigilancia en salud pública y fomentar el desarrollo de investigaciones

[3.3.5 La salud sexual y la salud reproductiva](#)

- Reducir los casos de transmisión vertical para VIH y Hepatitis B fortaleciendo las acciones encaminadas a la aplicación del programa de prevención de transmisión vertical para VIH/SIDA y Hepatitis B.
- Reducir la tasa de cáncer de cérvix mediante acciones encaminadas al cumplimiento de la Norma técnica para la prevención del cáncer de cérvix por las EPS e IPS.

[3.3.6 enfermedades crónicas no transmisibles](#)

- Disminuir el principal factor de riesgo para el cáncer de pulmón y enfermedades asociadas mediante la aplicación en el ámbito Municipal del Decreto 563 del 28 de Diciembre del 2007 Por medio del cual se prohíbe el consumo de cigarrillo y Tabaco en Escuela de Básica Primaria, secundaria, Universidades, Instituciones de Salud, deportivas, de servicio Público y lugares de trabajo.
- Disminuir los factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares Fomentando en grupos de riesgo el desarrollo de actividad física dirigida, así como en grupos laboralmente activos de las instituciones públicas del Municipio.

[3.3.9 La salud oral](#)

- Mejorar la salud oral en niños, niñas y población vulnerable (embarazadas, población desplazada) promoviendo hábitos higiénicos de salud bucal, el acceso a los servicios de salud y el ejercicio de los deberes y derechos de los usuarios

[3.3.10 participación Social y comunitaria](#)

- Contar con los Mecanismos Participativos que permitan a todos los actores sociales contribuir activamente en el desarrollo de las intervenciones de interés en salud pública

[3.4 PROMOCIÓN SOCIAL](#)

[3.4.1](#) Mejorar las condiciones de salud de la población desplazada y el acceso de esta población a los servicios de salud

[3.5 PREVENCIÓN, VIGILANCIA DE RIESGOS PROFESIONALES](#)

[3.5.1](#) La seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral.

[3.6 EMERGENCIAS Y DESASTRES](#)

IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

[4. MUNICIPIO DE SAN JOSE DE CÚCUTA](#)

[4.1 PRIORIDADES](#)

[4.2 METAS](#)

[4.3 ESTRATEGIAS](#)

SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PROYECTOS

(A) Por parte del Municipio

Por parte del IDSN

1. GENERALIDADES

1.1 MISION

Definir las políticas de salud que garanticen las condiciones para mejorar la salud de la población, logrando evitar la progresión y ocurrencia de desenlaces adversos de la enfermedad, enfrentando los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica, como también disminuyendo las inequidades territoriales en salud.

1.2 VISION

Para el año 2011, la Secretaría de Salud del municipio de Cúcuta, habrá realizado las acciones necesarias las cuales mejorarán las condiciones de salud de la población de Cúcuta

[\(Tabla de Contenido\)](#)

2. DIAGNOSTICO GENERAL DE LA SITUACION DE SALUD TERRITORIAL

2.1 DIAGNOSTICO TERRITORIAL

2.1.1 Análisis Geográfico.

2.1.1.1 Ubicación. La ciudad de San José de Cúcuta, es la Capital del Departamento de Norte de Santander y el Núcleo del Área Metropolitana de Cúcuta esta situada en la margen occidental del río Pamplonita a 10 minutos de la frontera con la República de Venezuela, localizada a los 07° 53' 00" de latitud Norte y 72° 30'19" de longitud Oeste, a 325 metros sobre el nivel del mar y se encuentra ubicado en la depresión que forma al bifurcarse, poco antes de Pamplona, la Cordillera Oriental, en donde nacen los ríos Pamplonita, Zulia, Táchira y Guaramito, conformando la Hoya hidrográfica en la cual se sitúa el Valle de Cúcuta; esta depresión es altamente sísmica y geográficamente corresponde al espacio Continental del Lago de Maracaibo.



Figura 1. Ubicación Geográfica del Municipio de Cúcuta

Entre estos valles se encuentran ecosistemas caracterizados por terrenos inestables, propensos a la erosión, pendientes, casi totalmente deforestados y altamente erosionados por vientos, lluvias, escorrentías.

El municipio de Cúcuta, tiene una extensión territorial de 1.119 Km² y su cabecera tiene 37,03 Km² aproximadamente el 3,3% del área del municipio.

Los accidentes geográficos no han sido una limitante del desarrollo. Los cerros han sido ocupados, el río y su ronda urbanizado con normas o sin estas, la urbanización crece aceleradamente de forma anárquica. A esto se suma el alto índice de construcciones iguales en zonas de riesgo.

Existen elementos geográficos de carácter simbólico para la ciudad, caso del Cerro de Tasajero (800 m.s.n.m.) localizado en la parte norte de la ciudad, gran reserva carbonífera regional. El río Pamplonita que atraviesa la ciudad de Sur-oeste a Nor-este, se constituye en el elemento geográfico de mayor significancia.

El Área Metropolitana ocupa un área aproximada de 2000 Km² y está conformada por los municipios de Cúcuta, Villa del Rosario y los Patios especialmente conurbados y los municipios del Zulia y San Cayetano. El Área Metropolitana fue creada en 1991.

2.1.1.2 Límites. Los límites generales del Municipio son:

- Por el Norte con Tibú, Puerto Santander y República de Venezuela
- Por el Sur con los Municipios de Bochalema, Los Patios y Villa del Rosario
- Por el Este con la República de Venezuela
- Por Oeste con Sardinata, El Zulia y San Cayetano.

2.1.1.3 Transporte y Comunicación. Los medios de comunicación escritos, que se editan son La Opinión, el Periódico de la Verdad de la diócesis de San José de Cúcuta

El sistema vial del Municipio está integrado por dos subsistemas bien diferenciados, un subsistema que se relaciona con las funciones metropolitanas y el otro subsistema que se relaciona con las funciones urbanas. El subsistema metropolitano está conformado por vías radiales y el Anillo vial externo. Las vías radiales son: Cúcuta- Villa del Rosario- San Antonio, Cúcuta- Los Patios, Cúcuta- Escobal, Cúcuta- El Salado- La China, Cúcuta- El Carmen de Tonchalá.

A nivel Urbano está integrado por las vías radiales principales, las vías circunvalares, las vías secundarias y las vías internas. Las principales vías radiales urbanas son: Camilo Daza, Demetrio Mendoza, Los Libertadores, La Gran Colombia, Diagonal Santander y Juan Atalaya. Estas vías confluyen o conectan con las vías radiales del sistema metropolitano y permiten encausar el tránsito por cualquiera de ellas. La Red vial correspondiente al área urbana de Cúcuta es cerca de 800 kilómetros y 247 kilómetros corresponden a los enlaces suburbanos, intermunicipales, conexiones con la frontera y vías rurales, presentando un sin número de deficiencias que van desde la discontinuidad de la malla misma hasta el deterioro, pasando por la falta de comunicación transversal este-oeste, la carencia de zonas de estacionamiento y la ausencia de accesibilidad a algunos barrios, sobre todo los que están localizados en las partes altas de la ciudad.

En cuanto al transporte público, el Presidente Alvaro Uribe, en el último consejo comunal, el pasado 11 de Octubre, anunció que de las diez ciudades del país que están esperando aprobación por parte del Gobierno para la financiación de obras de transporte masivo, la capital de Norte de Santander será la primera en ser atendida, esta obra está encaminada a mejorar el sistema de transporte masivo en la ciudad.

El contexto regional viene a ser un escenario de referencia en el cual se toma el Departamento Norte de Santander y la articulación de Cúcuta con los Departamentos de centro - norte y occidente del país a través de su conexión vial. Cúcuta esté principalmente articulada “funcional y espacialmente” con la frontera venezolana. Su conexión con Ocaña (transversal Cúcuta – Ocaña) y con Bucaramanga, facilitan la integración de Cúcuta con los departamentos de la Costa Atlántica y el Mar Caribe, el departamento de Santander y el Centro del país.

En cuanto al transporte aéreo, el Aeropuerto Camilo Daza cuenta con vuelos diarios a Bogotá, Bucaramanga, Medellín, Barranquilla y Cartagena, atendidos por las empresas Avianca, Aerorepública, Aires, ADA, y Satena .

2.1.2 Dinámica Demográfica

DISTRIBUCION DE LA POBLACION AÑO 2007					
Total	%	Urbano	%	Rural	%
601.823	100	584.892	97,19	16.962	2,81

FUENTE: Proyección para 2007 de DANE, Censo 2005

La cabecera municipal concentra el 96,7% de la población del municipio y casi el 66% de la población departamental, lo cual nos muestra un alto desbalance urbano-rural y regional, dada la concentración poblacional, y adicionalmente un alto desequilibrio en la distribución poblacional campo–ciudad, que obligan con urgencia a reflexionar frente a la crisis y al despoblamiento acelerado del área rural.

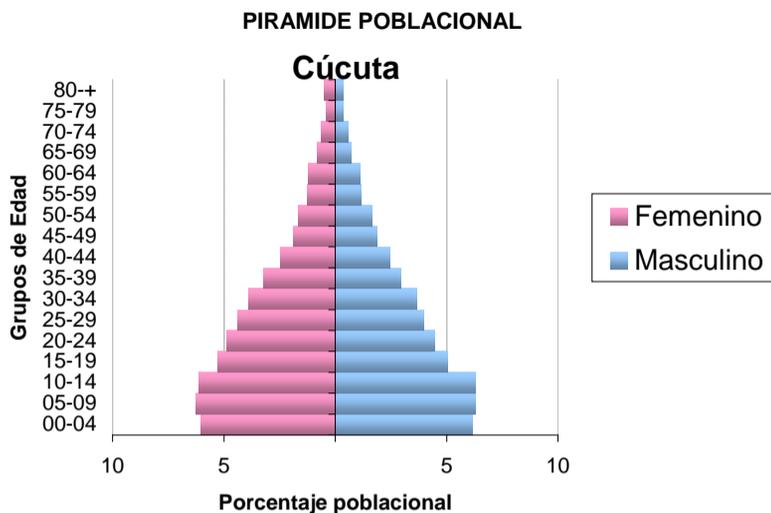


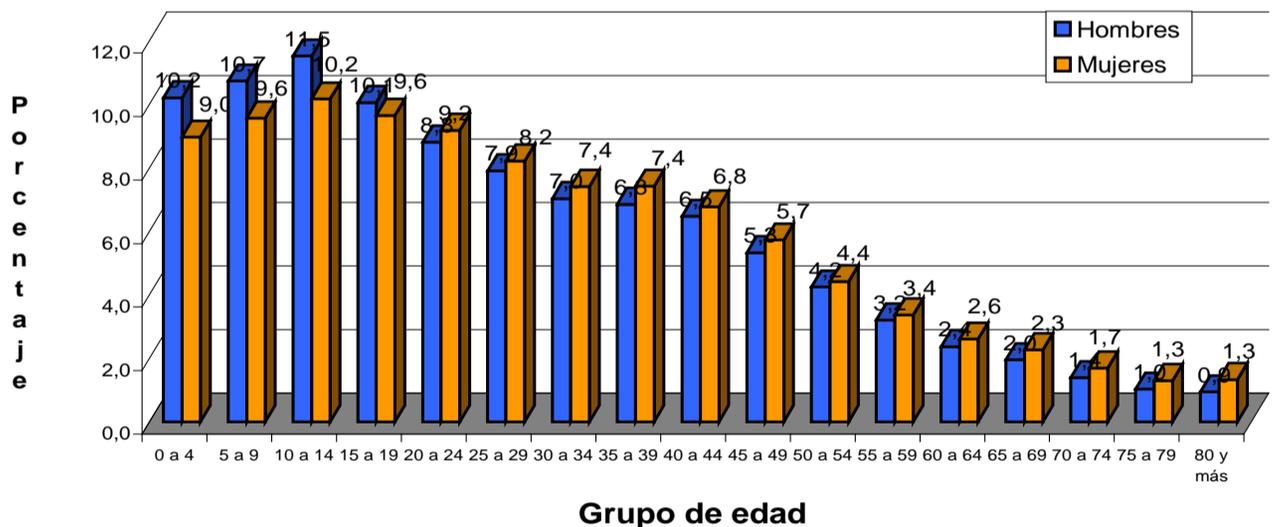
Gráfico 1. Pirámide Poblacional
FUENTE: Proyección 2007 de DANE, Censo 2005

El comportamiento demográfico muestra una pirámide de base amplia pero con su aumento paulatino del grupo de tercera edad el cual tendrá importancia relativa mayor en los próximos años. El crecimiento poblacional y la masa de población flotante siguen siendo un problema que afecta la capacidad instalada de la infraestructura sanitaria de la ciudad.

El proceso de envejecimiento repercute sensiblemente sobre varios factores del desarrollo y el funcionamiento de las sociedades, y también sobre el bienestar relativo no sólo de los adultos mayores sino de los grupos más jóvenes. De estos factores, los más importantes son los sistemas de pensión y jubilación; la composición de la población activa y las modalidades de participación en la misma; y las condiciones de salud de los adultos mayores.¹

De acuerdo con los criterios de las Naciones Unidas, una población puede considerarse envejecida, si más del 5% de sus miembros tienen más de 65 años, o si más del 10% tiene 60 años o más. En nuestro caso encontramos que el 6% de la población es mayor de 65 años y el 8,5% es mayor de 60 años, luego estamos muy cerca de los límites dados por Naciones Unidas, esto nos alerta a estar preparados para manejar los eventos que se nos presentarán con esta sector de la población en materia de salud.

Gráfico 2. Distribución de la población según sexo y grupo etéreo.
Cúcuta, 2007



FUENTE: Proyección 2007 DANE, Censo 2005

Indicador	Valor Municipio	Valor Departamental
Tasa bruta de natalidad x 1000 habitantes	20,39	25,75
Tasa general de fecundidad x 1000 mujeres en edad fértil	79,45	89,50
Tasa bruta de mortalidad x 1000 habitantes	7,04	6,49
No. de nacimientos año 2007	12.270	
No. de defunciones año 2007	4.239	
Tasa de Mortalidad infantil x 1000 nacidos vivos	9,45	20,1

¹ OMS

FUENTE: DANE. Censo 2005. Proyección 2007
 Instituto Departamental de Salud, perfil epidemiológico 2006
 Secretaría de Salud Municipal.

Los indicadores de natalidad muestran más o menos, el mismo comportamiento con respecto al nivel departamental, mientras que la tasa de fecundidad, comparándola con el nivel departamental el indicador es menor, al igual que la tasa de mortalidad infantil.

En cuanto a la tasa bruta de mortalidad se observa que está por encima del departamento, pero en cuanto a la tasa de mortalidad infantil estamos, mas o menos, en un 50% por debajo de la tasa departamental.

RELACION NIÑO MUJER

Relación Niño Mujer	Niños < 5 años vivos/ mujeres en edad fértil x 1000	73.483 / 154.442 x 1000 = 475,80 niños < 5 años por cada 1000 mujeres en edad fértil
---------------------	---	---

FUENTE: DANE. Censo 2005. Secretaría de Salud Municipal.

Este indicador nos muestra que por cada 1000 mujeres en edad fértil en el año 2007 había 475,80 niños menores de cinco años en el Municipio de San José de Cúcuta, indicador que aumentó si se compara con el año 2002 en donde se encontraban 286 niños menores de 5 años por cada 1000 mujeres en edad fértil. Cabe anotar que los datos de años anteriores eran basados en proyecciones censales de 1993.

Otros indicadores demográficos para el Municipio que vale la pena tenerlos en cuenta corresponden a:

Indicador	Valor Municipio	Valor Departamental
Razón de masculinidad	1,03	1,01
Índice de dependencia	71,13x100	67,5 x 100
Esperanza de vida al nacer	69,3	71,95
Tasa de migración	1,4 x 10 ⁻³	1,4 x 10 ⁻³
Densidad poblacional (habitantes por Km ²)	782	
Razón rural urbano	1:34.48	1:3,28

FUENTE: DANE. Proyecciones 2007 Censo 2005.
 Secretaría de Salud Municipal.
 DAS

La situación geopolítica de la ciudad la hace vulnerable no solo a procesos migratorios sino también a situaciones de riesgo frente a problemas que pueden afectar la salud pública, al presentar altos índices de población flotante en condiciones de marginalidad. En cuanto la densidad poblacional se observa lo comentado anteriormente, Cúcuta tiene 7,77 habitantes mas por Km² que todo el departamento.

Estado Civil	
Soltero	45,8%
Casado	22,4%
Unión Libre (+ de 2 años)	20,6%
Unión Libre (- de 2 años)	1,6%
Separado – Divorciado	5,1%
Viudo	4,4%

FUENTE: DANE, Censo 2005

Sólo alrededor de 1/5 parte de las parejas mantienen una relación de relativa estabilidad, el resto no, predominando los solteros y la unión libre de mas de dos años, lo cual podría, eventualmente generar alteraciones comportamentales de carácter familiar, social y comunitario.

SISBEN	Personas
Nivel 1	208.678
Nivel 2	229.382
Nivel 3	64.169
Nivel 4	1.059
Nivel 5	160

FUENTE: Oficina SISBEN

La información del SISBEN es a corte de 30 de marzo de 2007 y corresponde a la población encuestada.

❖ [Tasa de crecimiento poblacional 2.07%](#)

2.1.3 División Político Administrativa. El área geográfica del Municipio San José de Cúcuta se divide en área Urbana y Rural.

El área Urbana se subdivide en diez comunas, cada una de las cuales tiene una división espacial, con respecto al trazado de calles y avenidas.

COMUNA 1. CENTRO: Callejón, Centro, Contento, La Playa, La Sexta, Latino, Llano y Páramo.

COMUNA 2. CENTRO ORIENTAL: Brisas del Pamplonita, Barrio Blanco, Caobos, Colsag, Condado de Castilla, El Lago, Govika, La Castellana, La Ceiba, La Rinconada, La Riviera, Los Almeydas, Libertadores, Los Acacios, Los Pinos, Manolo Lemus, Popular, Prados Club, Prados I y II, Primavera, Quinta Bosch, Quinta Oriental, Quinta Vélez, Rincón del Prado, Santa Lucía, La Capillana, Valparaíso Suite, Brisas del Norte, Club Tenis, Comercial Bolívar, El Rosal, El CASD, UFPS.

COMUNA 3. SURORIENTAL: Aguas Calientes, Bellavista, Boconó, Bogotá, Luis Pérez Hernández, Morelli, La Carolina, La Unión, La Libertad, Policarpa, San Mateo, Santa Ana, Las Margaritas, Valle Esther, Urbanización Santa Ana.

COMUNA 4. ORIENTAL: Alto Pamplonita, Aniversario II, El Escobal, Rafael García Herreros, Martín López, 13 de Marzo, Los Mangos, La Alameda, Isla de la Fantasía, La Quinta, Nuevo Escobal, Pamplonita, Portal del Escobal, San José, San Luis Bajo, San Martín, Santa Clara, Santa Teresa, Sector el Higuierón, Chiveras, Torcoroma, Urbanización San Martín.



Figura 2. División Político Administrativa Urbana

COMUNA 5. NORTE ORIENTAL: Ceiba II, Ciudad Jardín, Cólpet, Pescadero, Gratamira, Guaimaral, Gualanday, La Mar, La María, La Merced, Las Almeidas, Lleras Restrepo, San Eduardo I, II, Santa Helena, Universidad Libre, El Bosque, Niza, Urbanización Tasajero, Urbanización Prados del Norte, Sevilla, Zona Industrial, Zona Franca, Zulima I, II, III.

COMUNA 6. NORTE: Aeropuerto, Alonsito, Cerro la Cruz, Cerro Norte, Colinas de la Victoria, Carlos Toledo Plata, María Paz, La Isla, Nueva Colombia, Olga Teresa, Cecilia Castro, Carlos Pizarro, Divino Niño, 6 de Mayo, Brisas del Aeropuerto, Rafael Núñez, Carlos García Lozada, Esperanza Martínez, 8 de Diciembre, Porvenir, Salado, San Gerardo, La Insula, Panamericano, Virgilio Barco, las Américas.

COMUNA 7. NOROCCIDENTAL: Buenos Aires, Chapinero, Claret, Comuneros, La Florida, La Hermita, La Primavera, Las Américas, Motilones, Ospina Pérez, Camilo Daza, Paraíso, Rosal del Norte, Tucunaré.

COMUNA 8. OCCIDENTAL: Antonia Santos, Atalaya I, II, III, Belisario, Cerro Pico, Cúcuta 75, Carlos Ramírez París, Doña Nidia, El Progreso, El Rodeo, El Desierto, La Victoria, Los Almendros, Niña Ceci, Palmeras, Los Olivos, El Oasis.

COMUNA 9. SUROCCIDENTAL: Barrio Nuevo, Belén, Carora, Cundinamarca, Divina Pastora, Gaitán parte Alta, La Aurora, Las Colinas, Loma de Bolívar, Los Alpes, Pueblo Nuevo, Rudesindo Soto, San Miguel.

COMUNA 10. SUR: Alfonso López, Camilo Torres, Circunvalación, Cuberos Niño, El Cortijo, Galán, La Cabrera, Las Malvinas, Magdalena, Puente Barco, Grupo Maza, Cementerio, Gaitan, Coca Cola, San José, San Rafael, Santander, Santo Domingo.

El área rural se subdivide en seis corregimientos:

CORREGIMIENTO N° 1 PARTE NORTE: Cabecera del corregimiento de Puerto Villamizar, con las veredas Los Cambulos, La Javilla y Kilometro 52.

CORREGIMIENTO N° 2 PARTE NOR-OCCIDENTAL: Banco de Arena y Palmarito con sus Veredas: La Punta, Puerto León, Vigilancia, Totumito y Caño medio, El Veinte y Cinco, La Nueva Victoria, Miraflores. Palmarito con las veredas: Cinco de Mayo, El Suspiro, El Amparo, Agua la Sal, Monteverde, El Aceituna y la Arenosita, Bijagual.

CORREGIMIENTO N° 3 PARTE OCCIDENTAL: Buena Esperanza, con las Veredas: Buena esperanza, San José de la Vega, Campo Hermoso, Las Vacas, Los Reyes, Florida Blanca, Londres, La Susanita, Limoncito, El plomo, La Floresta, Núcleo de Vivienda Camilo Torres, La Gran Colombia (Restauración), Puerto lleras, Puerto Nuevo, Oripaya, San Agustín de los pozos, Brisas del Oriente, Bellavista, Núcleo de Vivienda la Sirena, Nuevo Madrid, San Joaquín.



Figura 3. División Política Administrativa Rural

CORREGIMIENTO N° 4 PARTE CENTRAL: Agua clara, con las veredas: Caño Mono, La Jarra, Bajo Guaramito, Campo Alegre, El Encanto, La Tigra, Berlín, San Joaquín, Alto Viento, La Javilla, Lara, Patillales, Minuto de Dios y la Esperanza, Nueva Frontera, Santa Helena y la Estancia, Cerro.

CORREGIMIENTO N° 5 PARTE ORIENTAL: San Faustino, Ricaurte y Guaramito. Ricaurte, con las Veredas: Los Negros, El Descanso, Las Blanquitas, El Arrayán. San Faustino, con las siguientes veredas: La China, La Fundera, El Paso de los Rios, Santa Cecilia, El Porvenir, La Sabana, caserío el Cerrito, Agua Blanca, Llano Seco, Guaramito, con las veredas: Alto Guaramito, Fundación.

CORREGIMIENTO N° 6 PARTE SUR: Carmen de Tonchalá y San Pedro, Vereda el Carmen de Tonchalá. Vereda el Pórtico y Canoitos, Betania, Poso Azul. Kilómetro II.

Otras: Vereda el Paraíso Perdido, Vereda Quebrada Seca, El Porvenir, Vereda los Peracos, Vereda El Aloncito.

2.1.4 Organización Social. La participación social se refiere a los diversos mecanismos e instancias que posee la sociedad para incidir en las estructuras estatales y las políticas públicas. Por lo tanto la participación en Cúcuta especialmente en salud, esta enmarcada en el Decreto 1757 de 1994 que habla de las diferentes modalidades y formas de participación social, es así como en este escenario la secretaria de salud cuenta con el Consejo Territorial de seguridad social en salud, integrado por 14 personas y precedido por el Alcalde de la ciudad. Este comité es el encargado de avalar los proyectos del sector salud, asesorar a las direcciones de salud de la respectiva jurisdicción en la formulación de planes,

estrategias, programas y proyectos en salud, formular las recomendaciones pertinentes que conduzcan al fortalecimiento de las rentas propias y velar por la participación comunitaria estimulando la formación de alianzas o asociaciones de usuarios y comités de participación que hagan congruente la política nacional a nivel territorial, entre otras.

También se cuenta con el Comité de Participación Comunitaria Municipal integrado por 9 personas y precedido por el señor Alcalde. Algunas de las funciones de este Comité están las de intervenir en las actividades de planeación, asignación de recursos y vigilancia y control del gasto en todo lo atinente al SGSSS, participar en el proceso de diagnóstico, programación. Control y evaluación de los servicios de salud, presentar planes, programas y prioridades en salud a la junta directiva del organismo o quien haga sus veces, entre otras.

Existen las veedurías en salud para los proyectos de la secretaria de salud, actualmente se cuenta con 11 comités veedores conformados, ejerciendo el control social en cada uno de los mismos. A ellos se le informa de los avances, seguimiento desarrollo y evaluación de los proyectos.

La participación de las instituciones en el sistema general de seguridad social en salud, se garantiza a través de las asociaciones de usuarios, es así como el Municipio cuenta con 32 asociaciones de usuarios debidamente conformadas por la ESE IMSLAUD.

Como estrategia de interlocución la secretaria cuenta con el servicio de atención a la comunidad SAC, el cual establece canales de comunicación entre la comunidad y las entidades gubernamentales para que fluya la información en ambos sentidos y haya suficiente ilustración una parte sobre el SGSSS, así como del que hacer de las diferentes entidades del sector salud. Se decepcionan las quejas, se brinda orientación y se programan talleres educativos en deberes y derechos de los usuarios.

Organizaciones Comunitarias Existentes:

ORGANIZACIÓN COMUNITARIA	ESPACIO DE PARTICIPACION	ACTIVIDAD QUE DESARROLLAN
Juntas de Acción Comunal	Comité de Participación Comunitaria	Participan en el proceso de diagnóstico y en la priorización de problemas de salud
Junta Administradora Local	Comité de Participación Comunitaria	Presentan propuestas para la inclusión de proyectos y participación de actividades
Asociación de Usuarios	Comité de Participación Comunitaria	Velan porque los recursos del sector salud sean destinados a la gestión social de la salud
Asociación de Usuarios	Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud	Viabilizan proyectos en salud
Líderes y Ciudadanía en general	Veedurías en Salud	Seguimiento a los proyectos del plan de atención básica. Presentación de informes de seguimiento de veedurías. Entrevistas a funcionarios gerentes de proyectos.
Líderes y Ciudadanía en general	Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria	Informan eventos o enfermedades de notificación obligatoria y de interés en vigilancia en salud pública. Participan en actividades de salud realizadas en los barrios.

La Asociación de juntas de acción comunal de la Zona urbana está conformada por:

COMUNA	PRESIDENTE	DIRECCION	TELEFONO
3	MERY YOLANDA TORRES	Calle 13ª N° 27-46 Las Margaritas	5764048-5841752
4	PEDRO ALEJANDRO ZALASAR	Calle 8ª N° 4-74 Nuevo Escobal	4848485
6	EDWAR NEIL ZALASAR	Calle 6 N° 7-45 Panamericano	3002145444
9	PEDRO PABLO RUBIO	Trans. 17 N° 9-91 Barrio Nuevo	5821693
10	MARTHA MALDONADO	Calle 21 N° 6ª-04 La Cabrera	5730229
2	ALFREDO MALDONADO	Av. 7E N° 3N-17 Picabigo	5775236

Los presidentes de las Juntas de Acción Comunal (2004-2008), organizados por comunas:

No.	NOMBRE DE LA JUNTA	NOMBRE
COMUNA 1		
1.1	B. CALLEJON	

1.2	B. EL CONTENIDO	RAUL RIVERA GARCIA
1.3	B. EL LLANO	CARLOS ARTUTO GOMEZ PUENTES
1.4	B. EL PARAMO	JAIME ALBERTO ROZO WILCHES
1.5	B. LA PLAYA	LUIS ALBERTO BOLIVAR BERNAL

COMUNA 2

2.1	B. BLANCO	EUSEBIO ANTONIO RAMIREZ
2.2	COLSAG Y LA RIVIERA	ALVARO HUMBERTO MEDINA
2.3	B. LA CEIBA-QTA.BOSCH	PEDRO MANUEL MURILLO
2.4	B. POPULAR	JOSE LEONARDO RIVEROS L.
2.5	URB. QUINTA ORIENTAL	GUSTAVO NAVARRO MACIAS
2.6	URB. SANTA LUCIA	ISMAEL DIAZ CUELLAR
2.7	URB. LOS ACACIOS	HEBERTO ALVAREZ
2.8	VILLA MARIA	NESTOR ORTEGA SIERRA
2.9	B. LIBERTADORES Y LOS CAOBOS	VLADIMIR DIAZ ARBELAEZ
2.10	PICAVIGO	ALFREDO MALDONADO OCARIS
2.11	URB. ALCALA	PABLO EMILIO SANTOS DELGADO
2.12	URB. CEIBA II	ROBERTO MEJIA PRIETO
2.13	PROCERES URAPANES	NHORA ALBA HERNANDEZ TORRES

COMUNA 3

3.1	B. AGUAS CALIENTES	JOSE ANTONIO CONTRERAS
3.2	B. BELLA VISTA	ALVARO QUINTERO BARRERA
3.3	B. LA LIBERTAD	JOSE LAUREANO UGARTE
3.4	B. SAN MATEO	ALBERTO VERA
3.5	B. VALLE ESTHER	ELISA SANCHEZ JAIMES
3.6	URB. LAS MARGARITAS	MERY YOLANDA TORRES
3.7	B.BOGOTA	GIOVANNY SAJONERO
3.8	B. POLICARPA - SALAVARRIETA	ARISTIDES SILVA RODRIGUEZ
3.9	SIMON BOLIVAR-URB.SANTA ANA	JOSE ADONAI SALAZAR
3.10	B. LA UNION	ROSALBA MARIN DURAN
3.11	B. SANTA ANA	CARMEN OMAIRA SILVA CACERES
3.12	COMISARIA DE BOCONO	JOSE DOMINGO MORA
3.13	VEREDA SANTA ANA	DESINTERESADOS
3.14	B. SUB-NORMAL MORELLY	LUIS A. RAMIREZ

COMUNA 4

4.1	B. ALTO PAMPLONITA	EFRAIN GUTIERREZ LOPEZ
4.2	B. SAN LUIS	WILMER RAMIREZ SOTO
4.3	B. SAN MARTIN	JUAN CARLOS GALVIS PARRA
4.4	B. SANTA TERESITA	CIRO ALFONSO FERNANDEZ
4.5	URB. TOROCOROMA	ALEIDA BLANCO PABON
4.6	B. PAMPLONITA	JORGE TORRES
4.7	URB. ANIVERSARIO	ESPERANZA NAVAS VEGA
4.8	EL NUEVO ESCOBAL	EDGAR ANTONIO GIRALDO
4.9	URB. EDO. TRUJILLO-S.MARTIN II	JAIRO ALONSO ACEVEDO
4.10	B. NUEVA SANTA CLARA	MARTHA MILENA CORREA M.
4.11	URB. ANIVERSARIO II ETAPA	ARMANDO CHANGA
4.12	G.ARARAT N.-URB.PRADOS DEL ESTE	PAUSOLINO MEZA APARICIO
4.13	EL ESCOBAL	JORGE GONZALEZ PEREZ
4.14	B. SANTA CLARA	MONICA RINCON SUAREZ
4.15	B. 13 DE MARZO	FIDEL ALEJANDRO ARRIETA
4.16	URB.LA NUEVA ESPERANZA	ESTEBAN MARTINEZ
4.17	URB. TORCOROMA II	AURORA DUARTE F.
4.18	URB. LA QUINTA	AYDEE DEL SOCORRO MUÑOZ
4.19	URB.SAN JOSE DE TORCOROMA	WILMER FERNEL ESPITIA CELIS
4.20	URB. LA ALAMEDA	YESID DAVILA LOPEZ
4.21	URB. HELIOPOLIS	JAIRO E. LOPEZ

COMUNA 5

5.1	B. CIUDAD JARDIN	JOSE LUIS VILLAMIZAR
5.2	B. COLPET	CIRO ALFONSO MENDOZA
5.3	B. GUAIMARAL	LILIAN PATRICIA RUBIO E.
5.4	B. LA MERCED-JUANA RANGEL	DANIEL ALIRIO BAUTISTA ARIAS
5.5	B. LLERAS RESTREPO	JORGE ELIECER BAUTISTA R.
5.6	B. PESCADERO	RUTH ESTELLA OSORIO L.
5.7	URB. SAN EDUARDO	PATRICIA FLOREZ CEQUEDA
5.8	B. SAN EDUARDO II ETAPA	FLAVIO A. PARADA REY
5.9	URB. MAR	MAGDA YEGSED PORRAS M.
5.10	URB. NIZA	CARLOS JAVIER DAZA SANTAFÉ
5.11	URB. ZULIMA I ETAPA	RAFAEL ANTONIO CAMPEROS H.

5.12	URB. TASAJERO	MARIAN RICO SANCHEZ
5.13	URB. SANTA ELENA	EDUARDO GARCÍA MONSALVE
5.14	B. SEVILLA	BENITO MONSALVE OLIVARES
5.15	URB. PRADOS DEL NORTE	LUIS ENRIQUE CONTRERAS
5.16	URB. GRATAMIRA	FRANCELENA NAVA CORREA
5.17	ZULIMA II ETAPA	MARIA GUADALUPE G de PEREZ
5.18	URB. EL BOSQUE	ALIRIO BLANCO QUINTERO
5.19	URB. ZULIMA IV ETAPA	MARTHA INES VILLAMIZAR
5.20	URB. ZULIMA III ETAPA	GONZALO GARCIA FIALLO

COMUNA 6

6.1	B. AEROPUERTO	HUGO GARRIDO
6.2	B. EL PORVENIR	GLORIA AIDE GARCIA
6.3	B. PANAMERICANO	GLADYS NUBIA RODRIGUEZ
6.4	A. URBANA CGTO. EL SALADO	OLIVERIO SANTANDER
6.5	B. VIRGILIO BARCO VARGAS	JORGE ALBERTO BENAVIDES
6.6	URB. COLINAS DE LA VICTORIA	JOSE LUIS MÓNOGA SUAREZ
6.7	B. LA INSULA	BEATRIZ E. GUEVARA
6.8	B. CERRO NORTE	PEDRO FUENTES
6.9	B. SAN GERARDO	ALEXANDER COFLES
6.10	ASENT. SEIS DE MAYO P. ALTA	MYRIAM RUIZ
6.11	URB. TRIGAL DEL NORTE	ALIRIO GARZON
6.12	B. CARLOS TOLEDO PLATA	PABLO DURAN CARDENAS
6.13	URB. LA CONCORDIA	ABEL NAJAR SARMIENTO
6.14	B. BRISAS DEL PORVENIR	OSCAR JAIMES
6.15	B. SIMON BOLIVAR	ALBEIRO HERNANDEZ CORDOBA
6.16	B. CAÑO LIMON-COVENAS	ANA EDITH GUERRERO
6.17	B. ALONCITO	ANA PAULA CAMACHO
6.18	BRISAS DE CORRAL DE PIEDRA	
6.19	VILLAS DEL TEJAR	MIREYA RINCON PEDRAZA
6.20	B. LOS LAURELES	LUZ ELCY BUITRAGO
6.21	URB. RAFAEL GARCIA-HERREROS	JOSE MANUEL VILLAMIZAR
6.22	URB. PANAMERICANA	HERNAN HUMBERTO DURAN
6.23	CARLOS PIZARRO	EDUARDO A. RODRIGUEZ
6.24	CECILIA CASTRO	JOSE RAMON SÁNCHEZ
6.25	B.SUB-NORMAL CARLOS GARCIA LOZ.	HEBERT OJEDA GONZALEZ
6.26	URB. LAS AMERICAS	NAIN ANTONIO MARTINEZ
6.27	B. RAFAEL NUÑEZ	GUSTAVO MOJICA SANCHEZ
6.28	B.SUB-N MARIA AUXILIADORA	YOLANDA MEZA
6.29	B.SUB-N BRISAS DEL PARAISO	MIGUEL ALEXANDDER NOGUERA
6.30	CONJ.C.COLINAS DEL SALADO	
6.31	VILLAS DE LAS AMERICAS	LUIS EMILIO ARIAS CHIA
6.32	SECT LAS CUMBRES DEL NORTE	PAOLA ANDREA OSORIO
6.33	B. DIVINO NIÑO	MARELBI PORTILLO PEREZ
6.34	CASERIO EL CERRITO	JOSE ROBERTO VILLAMIZAR
6.35	ASENT. VILLA NUEVA	LUIS FELIPE PARRA
6.36	BRISAS DEL AEROPUERTO	MARIA ESTELLA LOPEZ DURAN
6.37	Sector BRISAS DE LOS MOLINOS del Barrio Carlos Toledo Plata	JOSE ALIRIO BELTRAN
6.38	B. MARIA PAZ	MIGUEL ANGEL ASCANIO ORTIZ
6.39	B. FLORIDA BLANCA	MARLENY PEREZ

COMUNA 7

7.1	B. BUENOS AIRES	ALBERTO GOMEZ IBARRA
7.2	B. CLARET	JOSE IGNACIO VEGA
7.3	B. CHAPINERO	FREDDY VELOZA PEREZ
7.4	B. EL PARAISO	JESUS ARMANDO OSORIO
7.5	B. LA ERMITA	JAIRO SOLANO
7.6	B. LA PRIMAVERA	JOSE ACERO
7.7	B. LOS COMUNEROS	VICTOR MANUEL RAMIREZ
7.8	B. LOS MOTILONES	CRISTIAN RODRIGUEZ
7.9	B. MARIANO OSPINA PEREZ	EDUARD GARCÍA F.
7.10	B. TUCUNARE	MARGARITA LOPEZ FERREIRA
7.11	B. EL ROSAL DEL NORTE	JOSE ANIBAL MOJICA S.
7.12	B. LA FLORIDA	PAULA OLIMPIA URIBE
7.13	B. CAMILO DAZA	FABRIAN RAMÓN COCUNUBA
7.14	B. LA LAGUNA	JAIRO PERALTA GARCIA
7.15	Del Sector JUAN BAUTISTA ESCALABRYNI del Barrio Camilo Daza	LUIS FRANCISCO SUAREZ
7.18	B. SAN JERÓNIMO	VICTOR MANUEL CALDERON

COMUNA 8

8.1	B. ANTONIA SANTOS	Ma del PILAR TUTA GARCIA
8.2	B. BELISARIO	LUIS RAMON COTAMO
8.3	B. CARLOS RAMIREZ PARIS	PEDRO ELIAS MARTINEZ BARON
8.4	B. CUCUTA 75	LUIS JESUS GARCIA
8.5	B. DOÑA NIDIA	NELSON GUERRERO DURAN
8.6	B. EL PROGRESO	SILVESTRE VARGAS RINCON
8.7	URB. JUAN ATALAYA I etapa	JUAN VICENTE MELO ISCALA
8.8	B. JUAN ATALAYA III etapa	WUILMAN YADIR BAYONA
8.9	B. LA VICTORIA	ASIS FRANCISCO SANABRIA
8.10	B. LOS ALMENDROS	0
8.11	B. NIÑA CECI	ANGELA ADRIANA SILVA
8.12	PRIMERO DE MAYO-B. PALMERAS	URBANO FLOREZ ROJAS
8.13	B. SIETE DE AGOSTO	ASTRID YOLANDA MONTAÑO
8.14	B. LAS PALMERAS	ANGEL MIRO SANGUINO
8.15	CGTO. EL RODEO	NELSON JAVIER CONTRERAS
8.16	B. EL DESIERTO	
8.17	B. NUEVO HORIZONTE	SAMUEL BELTRAN
8.18	URB. LA CORALINA	MARCO AURELIO MANRIQUE Z.
8.19	URB. MINUTO DE DIOS	ORLANDO ANTONIO ARENAS
8.20	B.SUB-N.JUANA RANGEL DE CUELLAR	ANA ELENA TABARES
8.21	JVC MINUTO DE DIOS	
8.22	NUEVA ESPERANZA	WILSON PALACIOS ESPEJO

COMUNA 9

9.1	B. NUEVO	JOSE MANUEL LINDARTE DÍAZ
9.2	B. BELEN	EDISON JIMMY CARDENAS DAZA
9.3	B. CARORA	MARTIN VEGA SUAREZ
9.4	B. CUNDINAMARCA	ALVARO CARRASQUILLA CARDENAS
9.5	B. LA DIVINA PASTORA	JOSÉ ANTONIO VASQUEZ
9.6	B. LOMA DE BOLIVAR	WILSON SUAREZ VALDERRAMA
9.7	B. LOS ALPES	NUMA MOLINA
9.8	B. PUEBLO NUEVO	PEDRO RUBIO
9.9	B. SAN MIGUEL	JORGE FLOREZ ALVAREZ
9.10	B. RUDESINDO SOTO	ORLANDO BOTELLO BOTELLO
9.11	URB. LAS COLINAS	YOLANDA JÁCOME
9.12	B. 28 DE FEBRERO	ANSELMA RAMIREZ PINEDA
9.13	J.V.C. VILLAS DE LA PAZ	JUAN MIGUEL PALENCIA

COMUNA 10

10.1	B. ALFONSO LOPEZ	GLORIA ESPERANZA PABON RUIZ
10.2	B. CAMILO TORRES	JOSE ALRNOLDO RUIZ CHACON
10.3	B. CUBEROS NIÑO	MARCO TULIO RODRIGUEZ HURTADO
10.4	B. CIRCUNVALACION	LUIS ANTONIO MENDOZA
10.5	B. JOSE ANTONIO GALAN	HERNANDO PEÑARANDA
10.6	B. LA CABRERA	JHOANNA MARLENE JAIMES PEREZ
10.7	B. MAGDALENA	MARIO ANTONIO HERRERA ORTEGA
10.8	B. PUENTE BARCO	JOSE GILBERTO VILLAMIZAR LIZARAZO
10.9	SECTOR SAN JOSE	ALEJANDRO BAUTISTA GALLO
10.10	B. SAN RAFAEL	HENRY ALBERTO ALVARES
10.11	B. SANTANDER	JOSE PAUSELINO ROZO GUTIERREZ
10.12	B. SANTO DOMINGO	RODOLFO ANTONIO ORTIZ
10.13	B. GAITAN	ANGEL QUINTERO
10.14	URB. LA AURORA	LUISA BLANCO ROMERO

Según la Secretaría de Desarrollo comunitario de la alcaldía las organizaciones comunitarias existentes en el municipio de Cúcuta en 2006 son:

Organismos de Acción Comunal de Primer grado: en la zona urbana 193 y en la zona rural 82.

Organismos de Acción Comunal de Segundo grado: la zona urbana 10 y en la zona rural 4

En cuanto a las actividades que generalmente desarrollan las Juntas de Acción Comunal y las Asociaciones de Juntas Comunales se basan en: Bazares, rifas y eventos socioculturales, Deportivos para recolectar fondos a fin de adelantar las gestiones para su desarrollo. También ejecutan obras de mejoramiento de la calidad de vida, comunidad gobierno.²

En cuanto a los COVECOM

² Alcaldía de San José de Cúcuta. Área Dirección Desarrollo Social

Año	No. COVECOM conformados	No. Líderes capacitados	No. Talleres realizados
2004	4	106	8
2005	4	32	2
2006	8	90	2
2007	12	46	2

En el año 2007 se realizaron 49 reuniones. Se trataron los siguientes temas:

Vigilancia en Salud Pública
Tuberculosis
Dengue y Fiebre Amarilla
Sarampión y Rubéola
Mortalidad Materna y Perinatal
Proceso de Notificación
Registros COVECOM

2.1.5 Actividad Económica. Como es frecuente en todo centro urbano, la concentración de la actividad económica se da en el centro de la ciudad. En el caso de Cúcuta, el centro principal se ha ido especializando en la prestación de servicios comerciales y de intercambio.

Cúcuta conserva su predominio en el ramo a nivel departamental. Es así como la espacialidad muestra un incremento del sector servicios especialmente de tipo financiero (con una tasa de crecimiento anual de 9.76%), siguiendo la industria manufacturera. El sector financiero cuenta con un gran potencial en la ciudad, encontrando que sobre los principales sectores y ejes viales se han instalado progresivamente oficinas y cajeros electrónicos.

Cúcuta en su contexto metropolitano concentra aproximadamente el 70% del PIB Departamental, y la dinámica comercial (90%). A nivel del empleo, concentra el 80% del empleo del área Metropolitana. Actualmente, no es Cúcuta el único centro generador, los municipios del entorno generan fuentes de empleo especialmente Los Patios, siguiéndole Villa del Rosario, El Zulia y San Cayetano, los cuales gradualmente han incrementado su participación en la oferta de empleo, en el Área Metropolitana.

El desarrollo económico de Cúcuta, y su contexto metropolitano y regional, se ha dado de la mano del aprovechamiento de sus ventajas comparativas de localización, desarrollando ventajas competitivas en torno al comercio, el turismo y el sector servicios.

Sector	Porcentaje
Comercio	52,5%
Servicios	29,7%
Industria	8,9%
Comercio	8,5%

FUENTE: DANE. Censo 2005.

Existen algunos productos que contribuyen significativamente a la economía municipal: el arroz, cuya comercialización se hace por Cúcuta, el Carbón, recurso significativo exportable y la arcilla con alto potencial de exportación específicamente en el Área Metropolitana.

Indicador	Municipio
Producto interno bruto	1,21
Índice de desempleo	9,17
Población económicamente activa	344.885

FUENTE: DANE. Censo 2005.
Secretaría de Salud Municipal.

2.1.6 Calidad De Vida. La población con NBI es del 23,1% inferior a la reportada en el departamento la cual es de 30,25%³. La información sobre población bajo la línea de pobreza y pobreza extrema no logró determinarse debido a que la fuente de información, DANE, no ha actualizado los datos, la información obtenida en del año 2004 y hace referencia al departamento, población bajo línea de indigencia 20,4% y población bajo línea de pobreza 57,9%, población en miseria 6,0%.⁴

2.1.6.1 Nivel Educativo.

³ Fuente: Censo 2005

⁴ OPS., Ministerio de la Protección Social. SITUACION DE SALUD EN COLOMBIA. Indicadores básicos 2006.

Indicador	Porcentaje
Preescolar	3,5%
Básica primaria	38%
Básica secundaria	20,6%
Media Académica clásica	12,5%
Media técnica	5,2%
Normalista	0,1%
Técnica profesional	1,3%
Tecnológica	1,1%
Profesional	6,7%
Especializado	0,8%
Maestría	0,2%
Doctorado	0,1%
Ninguno	10,1%

FUENTE: DANE. Censo 2005.

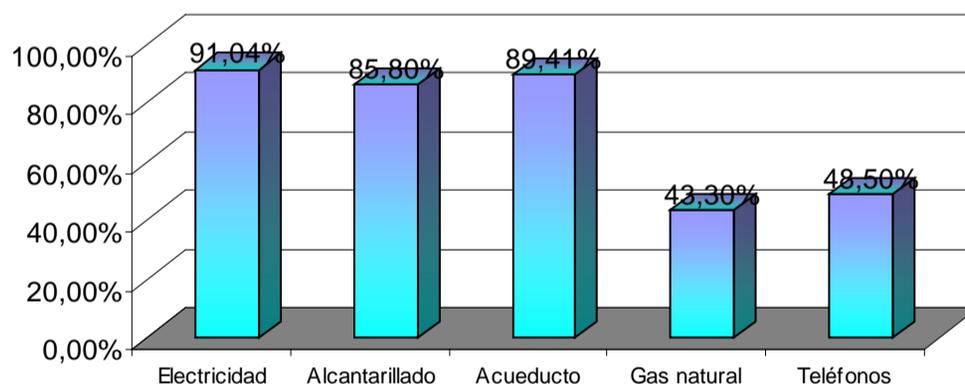
El 38,0% de la población residente en Cúcuta, ha alcanzado el nivel básica primaria y el 33,0% secundaria; el 6,7% ha alcanzado el nivel profesional y sólo el 1,0% ha realizado estudios de especialización, maestría o doctorado. La población residente sin ningún nivel educativo es el 10,1%. El hecho de que el 41,5% de la población haya alcanzado solo un nivel de educación preescolar y básica primaria limita el desarrollo de programas de capacitación de la comunidad.

2.1.6.2. Vivienda

En el Municipio de San José de Cúcuta, existen 136.150, las cuales albergan 145.835 hogares, lo que nos indica que hay más de un hogar por vivienda. Aproximadamente el 65,5% de los hogares de Cúcuta tiene 4 o menos personas. La ciudad sigue manteniendo una tendencia a la vivienda unifamiliar, especialmente en los estratos 1, 2 y 3. Los estratos 4 y 5 han venido adoptando formas de ocupación de vivienda tipo apartamento.

2.1.6.3 Cobertura de Servicios Públicos

Proporción de la población con servicios básicos. Cúcuta 2006



FUENTE: Empresas Prestadores de Servicios, CENS, Aguas Capital, Gases del Oriente, Telefónica Telecom.

No obstante lo anterior, en zonas marginales de la ciudad se observa la ausencia de redes de acueducto o donde hay una frecuencia del servicio de cada 8 a 15 días, que obliga a esas comunidades a construir grandes tanques de almacenamiento de agua en sus viviendas y abastecerse con agua acarreada en carro tanques, cuya calidad no es garantizada, situación que pone en riesgo la salud de ellos debido a la posibilidad de contraer enfermedades de transmisión hídrica ya que aun cuando el agua suministrada a estas viviendas, bien sea de la red del acueducto o por el carro tanque, sea de buena calidad, estas en mucho de los casos se deteriora por el periodo de almacenamiento en tanques inadecuados y mal manejo que se le da al agua de la vivienda. También existe un riesgo de contraer enfermedades de alto impacto para la salud pública como es el Dengue y el riesgo de la urbanización para Fiebre Amarilla ya que estos se convierten en criaderos potenciales para el *Aedes aegypti*.

En el caso de la prestación del servicio de alcantarillado la situación es más crítica, el crecimiento del municipio ha afectado la cobertura del servicio de alcantarillado, para el año 2001 fue de 87.64%, para el año 2002 esta cobertura disminuyó relativamente al 86.11% y actualmente se tiene una cobertura del 85,8%, lo cual nos genera problemas de salud pública

Las coberturas de gas domiciliario son bajas, lo cual tiene varias explicaciones: contrabando de bombonas de gas, las cuales se consiguen a un precio mucho menor en Venezuela, actualmente, no hay proyectos de ampliación de redes.

El bajo precio de la gasolina en Venezuela (altamente subsidiada por el estado) facilita la proliferación de dispensadores informales (“pimpineros”) a lo largo de las vías de la ciudad, se estima que unas 3000 familias dependen de esta forma de contrabando para su sustento. Los pimpineros son mujeres, niños, ancianos, es decir los miembros de todo el grupo familiar y ya sean presentado varios casos de muertes por quemaduras al hacer explosión algunos de estos abastos.

[\(Tabla de Contenido\)](#)

2.2. DIAGNOSTICO DE SALUD

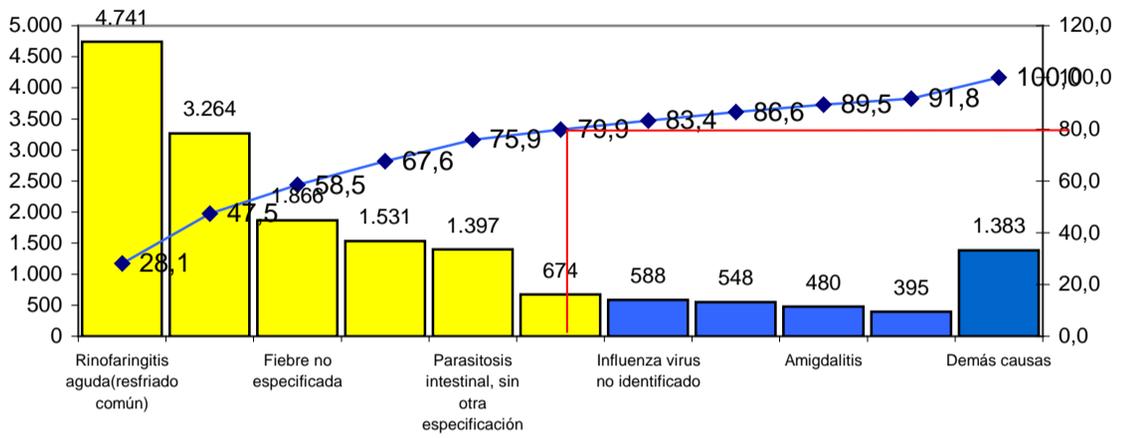
2.2.1 Diagnostico Epidemiológico. Durante los últimos años, la ciudad de San José de Cúcuta, se ha caracterizado por presentar un patrón epidemiológico típico del proceso de transición que viven los países en vías de desarrollo, es decir, coexisten simultáneamente problemas de orden infectocontagioso, de orden crónico – degenerativo y de orden social, tanto en su perfil de morbilidad como en el de mortalidad.

2.2.1.1 Morbilidad. La información presentada fue suministrada por la ESE IMSALUD, institución encargada de la prestación de servicios del primer nivel de atención, Hospital Universitario Erasmo Meoz, institución encargada de la prestación de servicios de segundo, tercer y cuarto nivel de atención, La E.S.E. Francisco de Paula Santander y además, se incluyen las estadísticas correspondientes a otras IPS del sector privado.

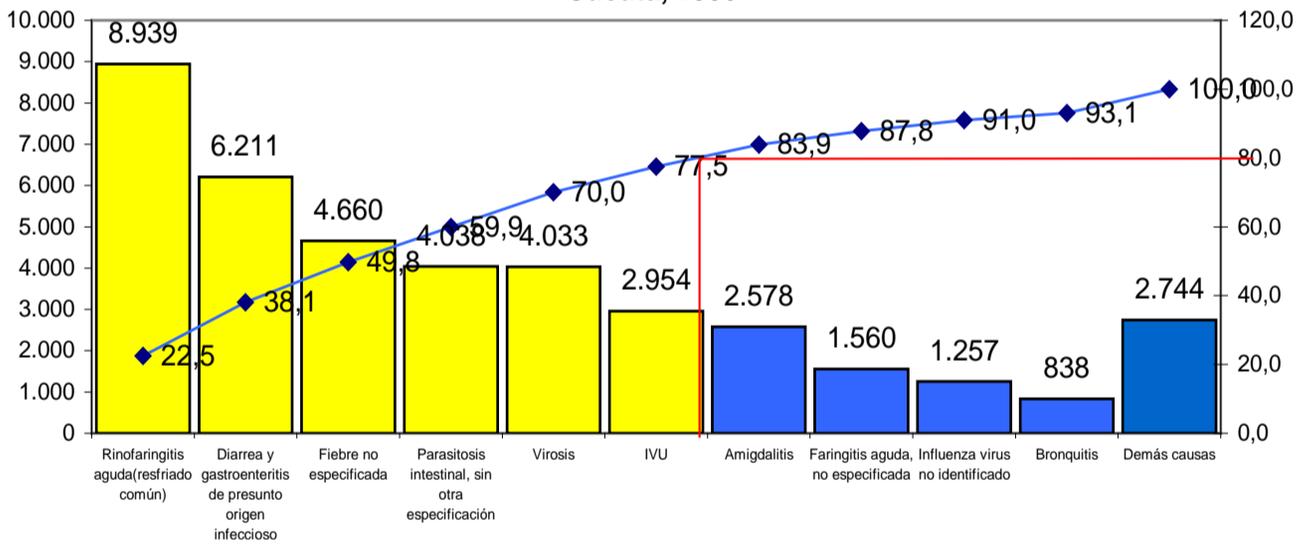
5 a 14 años	Número de casos	%
Parasitosis intestinal, sin otra especificacion	4219	16,26
Ivu	3899	15,02
Rinofaringitis aguda(resfirado comun)	3367	12,97
Fiebre no especificada	2571	9,91
Virosis	2570	9,90
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	1792	6,91
Amigdalitis	1628	6,27
Cefalea	1166	4,49
Faringitis aguda , no especificada	979	3,77
Dolor abdominal localizado en parte superior	820	3,16
Demás causas	2940	11,33
Total	25951	100,00

2.2poblacional

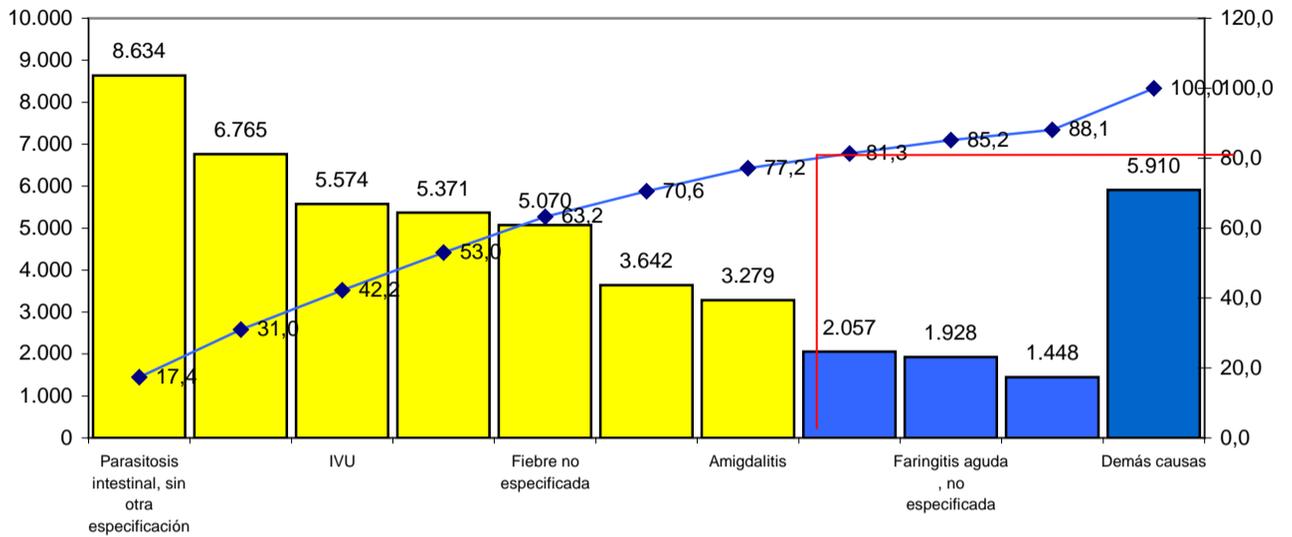
**Morbilidad consulta externa
Menores de 1 año
Cúcuta, 2006**



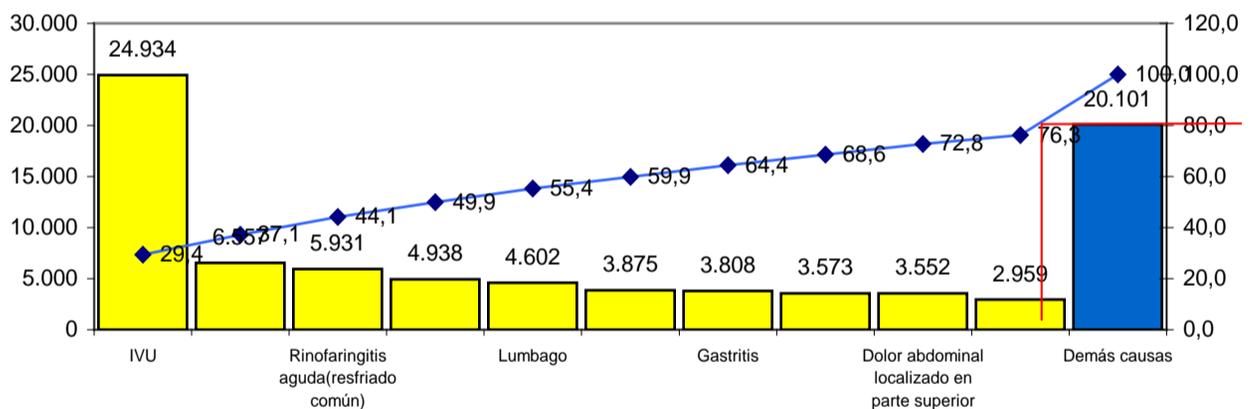
**Morbilidad consulta externa
de 1 a 4 años
Cúcuta, 2006**



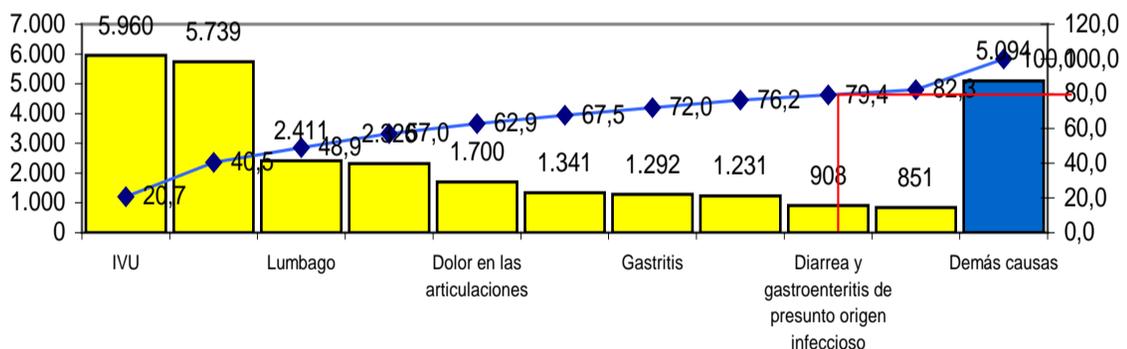
**Morbilidad consulta externa
de 5 a 14 años
Cúcuta, 2006**



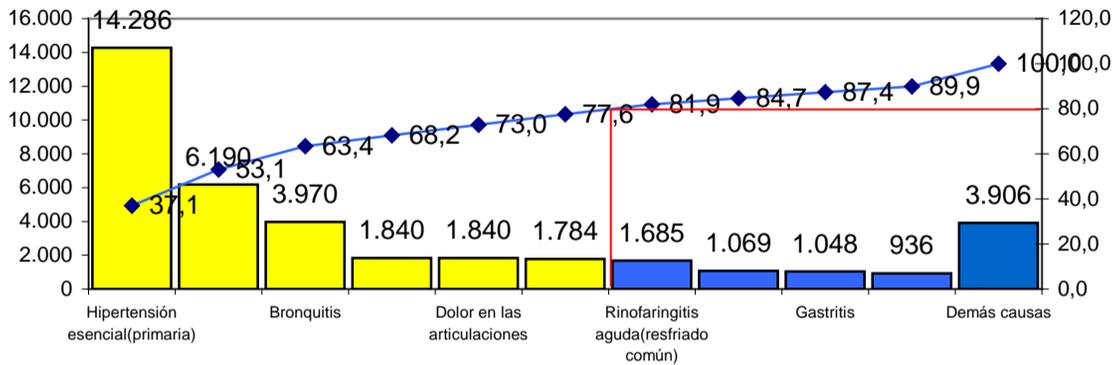
**Morbilidad consulta externa
de 15 a 44 años
Cúcuta, 2006**



**Morbilidad consulta externa
de 45 a 64 años
Cúcuta, 2006**



**Morbilidad consulta externa
de 65 en adelante
Cúcuta, 2006**

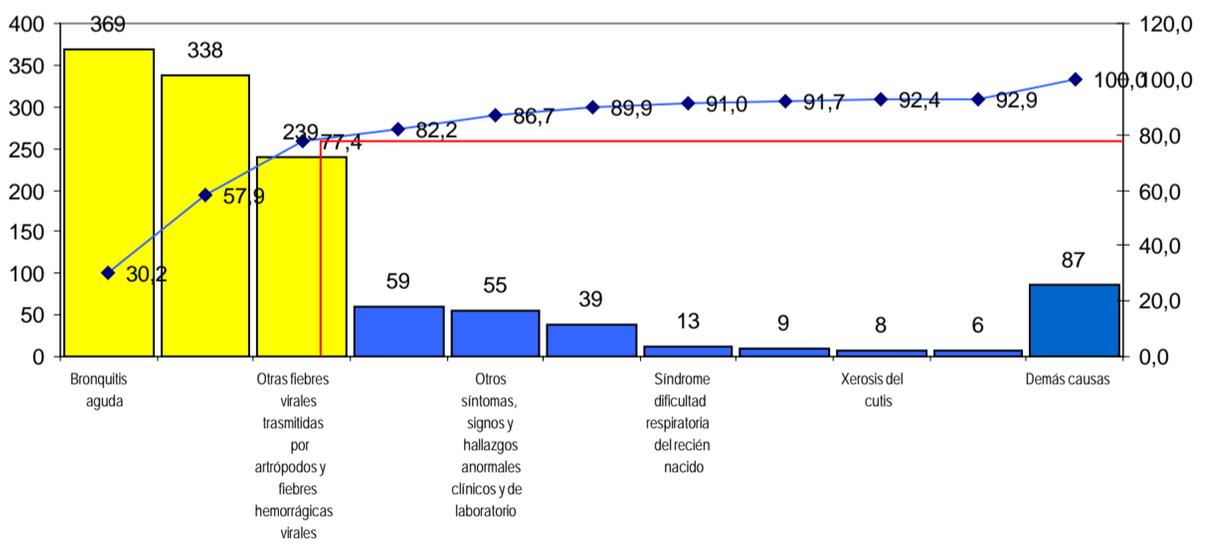


2.2

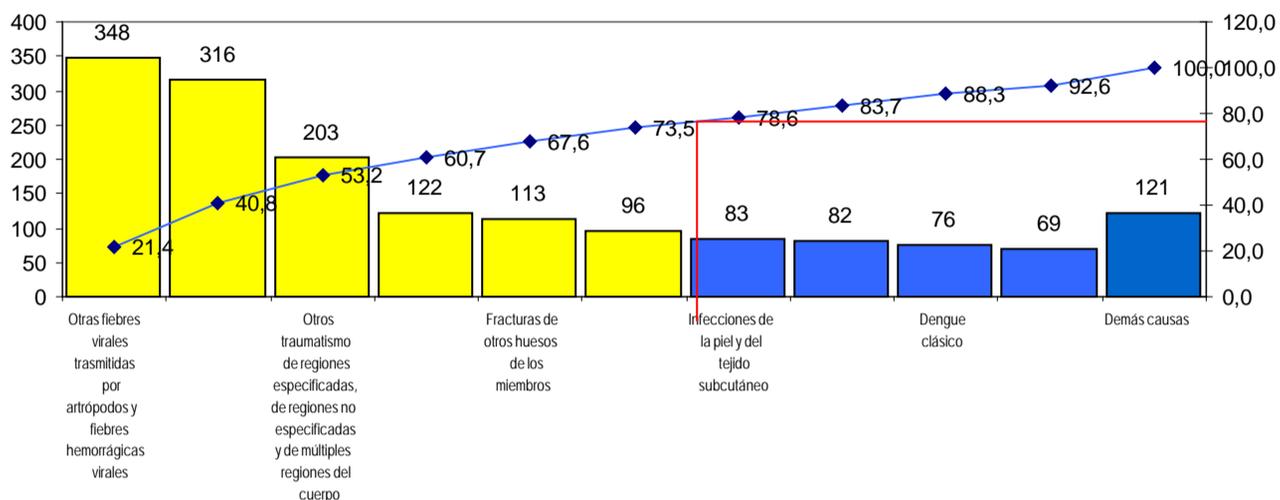
Mortalidad General Consulta Externa Cúcuta, 2006		
Causa	Número casos	%
IVU	46.286	19,8
Resfriado común	29.402	12,6
HTA	22.245	9,5
PPI	21.307	9,1
Diarrea y gastroenteritis	17.811	7,6
Virosis	15.756	6,7
Cefalea	12.966	5,5
Amigdalitis	9.821	4,2
Lumbago	9.201	3,9
Bronquitis	7.506	3,2
Demás causas	41.377	17,7
TOTAL	233678	100,0

Infecciones de las vías urinarias
2.2 poblacional

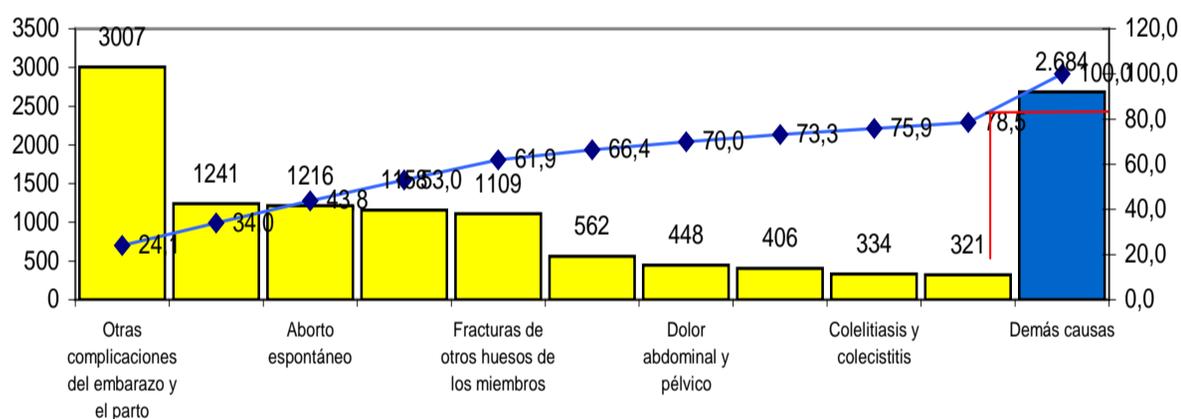
**Morbilidad Egreso Hospitalario
Menores de 1 año
Cúcuta, 2006**



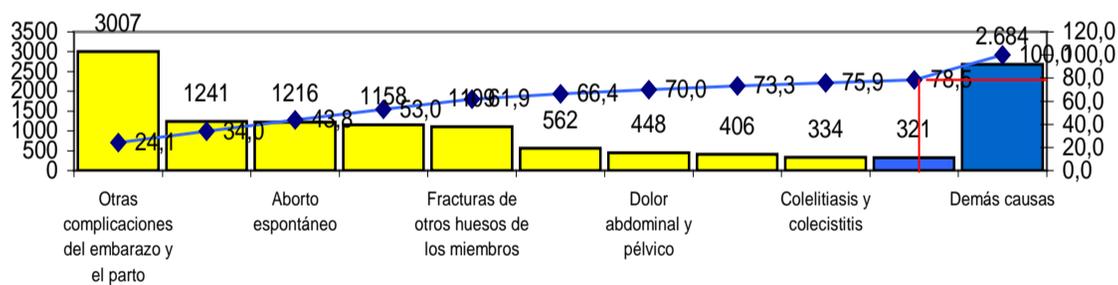
**Morbilidad Egreso Hospitalario
de 1 - 4 años
Cúcuta, 2006**



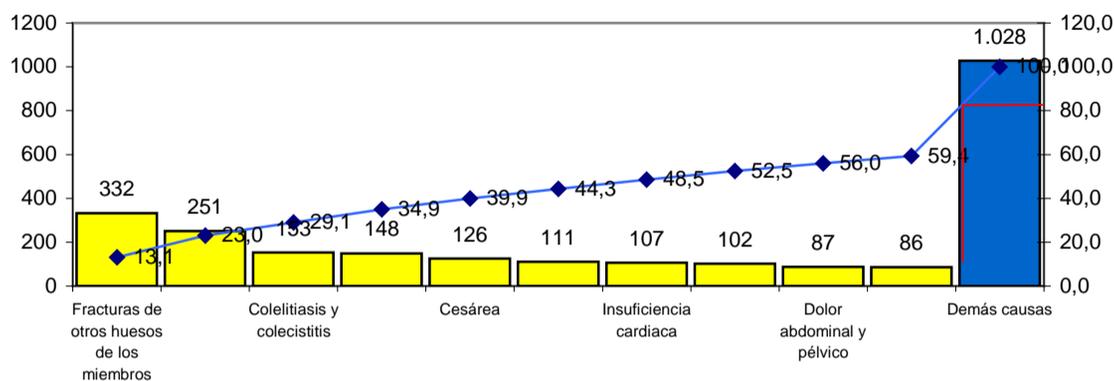
**Morbilidad Egreso Hospitalario
de 5 - 14 años
Cúcuta, 2006**



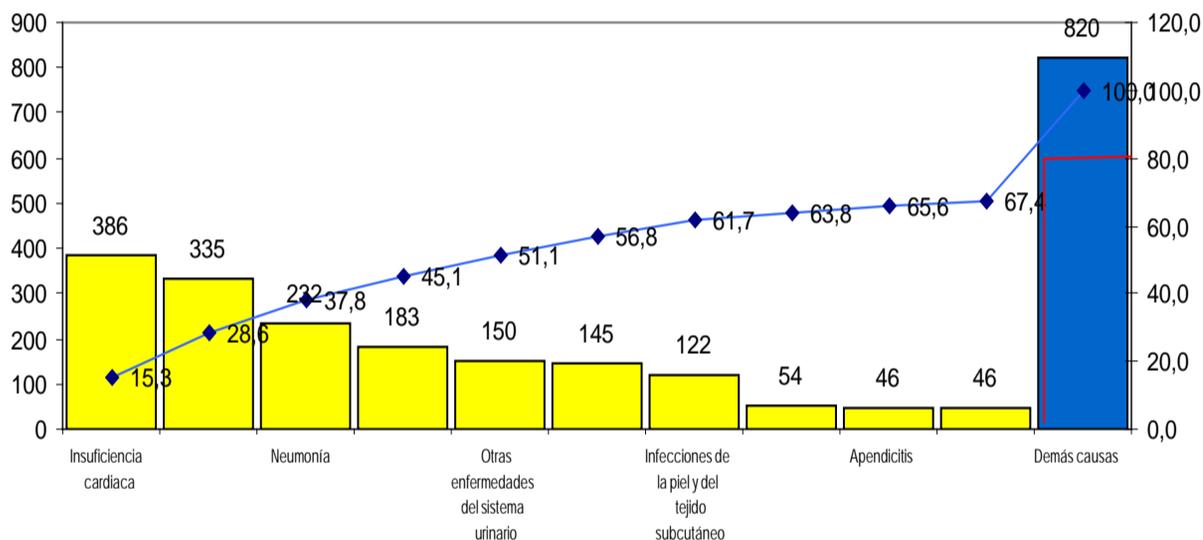
**Morbilidad Egreso Hospitalario
de 15 - 44 años
Cúcuta, 2006**



**Morbilidad Egreso Hospitalario
de 45 - 64 años
Cúcuta, 2006**



**Morbilidad Egreso Hospitalario
de 65 años en adelante
Cúcuta, 2006**



En el grupo de edad menores de 1 año se observa que el 83% de las causas de egreso hospitalario es por enfermedades infectocontagiosas, como se dijo anteriormente, relacionadas con la pobreza, malos hábitos de aseo, problemas ambientales, etc. En el siguiente grupo etáreo 1 a 4 años, las enfermedades infectocontagiosas ocupan el primer lugar con un 54,7%, seguido de traumas con un 25,3% lo cual hace pensar en problemas de maltrato infantil, descuido, imprevisión, etc. En el grupo de 5 a 14 años se observa con preocupación el aumento de los problemas relacionados con los traumas los cuales ocupan el primer lugar con un 49,2%, y son responsables de altísimos costos de atención, seguida por enfermedades infectocontagiosas 26,3% y luego problemas relacionados con el dolor y otras causas. En el grupo de 15 a 44 años se encuentran los problemas relacionados con el binomio madre-hijo (embarazo, parto y puerperio) con un 53%. En el grupo de 65 años en adelante se observa como causa de egreso hospitalario las enfermedades infectocontagiosas con un 22,1% seguidas por enfermedades relacionadas con el dolor crónico o agudo con un 16,7% y luego las crónicas con un 15,3%.

2.

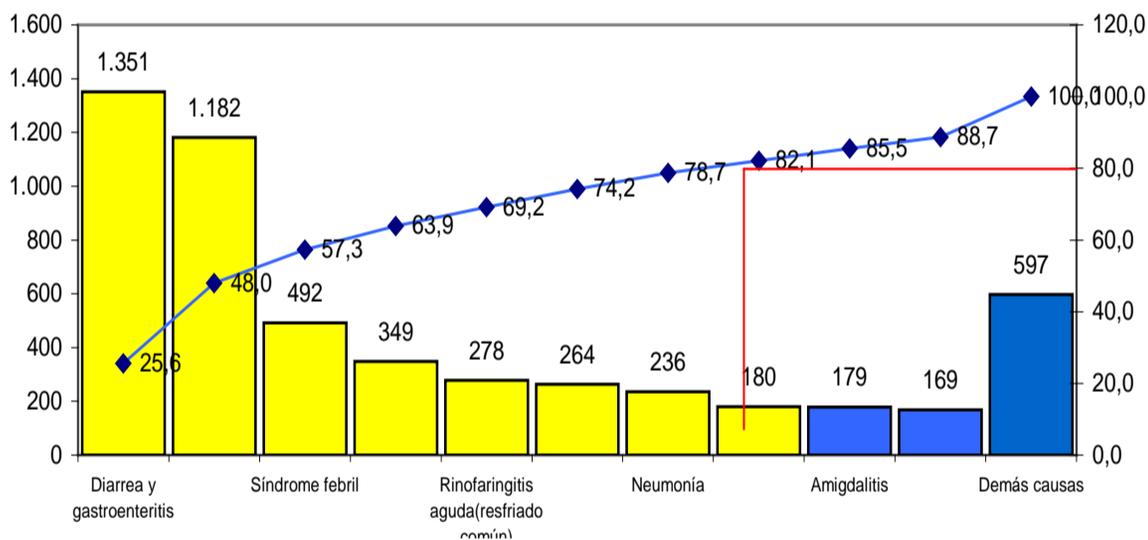
Morbilidad General por Egreso Hospitalario Cúcuta, 2006		
Causa	Número casos	%
Otras complicaciones del embarazo y parto	3.031	14,4

Fractura otros huesos miemb.	2.655	12,6
Fiebres virales por artrópodos	1.566	7,4
Otros síntomas y hallazgos	1.442	6,8
Pesquisa prenatal	1.252	5,9
Neumonía	1.248	5,9
Aborto espontáneo	1.245	5,9
Otra atención materna relacionada con el feto	1.163	5,5
Apendicitis	950	4,5
Dolor abdominal pélvico	794	3,8
Demás causas	5.773	27,3
TOTAL	21119	100,0

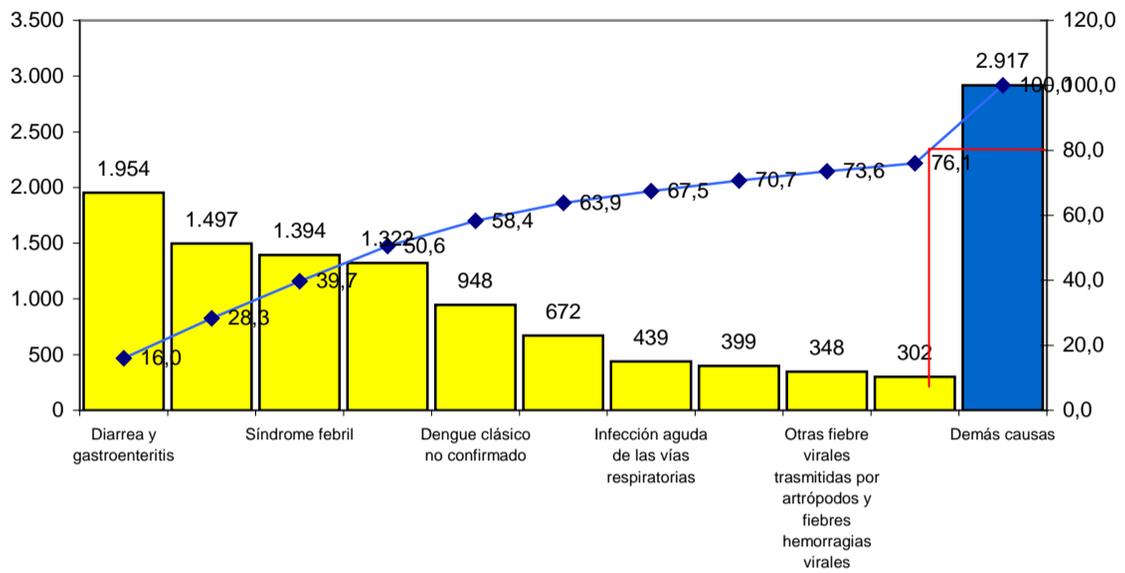
En cuanto a la morbilidad general por egreso hospitalario, los problemas relacionados con el binomio madre-hijo ocupan casi 1/3 parte. Llama la atención que el segundo lugar de causas por egreso hospitalario se debe a otras causas con un 27,3%, lo cual hace pensar en la calidad de los diagnósticos y en problemas con la clasificación de la información en la sección de estadísticas de las diferentes instituciones, lo cual nos indica que se necesita mayor capacitación en semiología y en el uso adecuado de la clasificación internacional de enfermedades.

2.2 poblacional

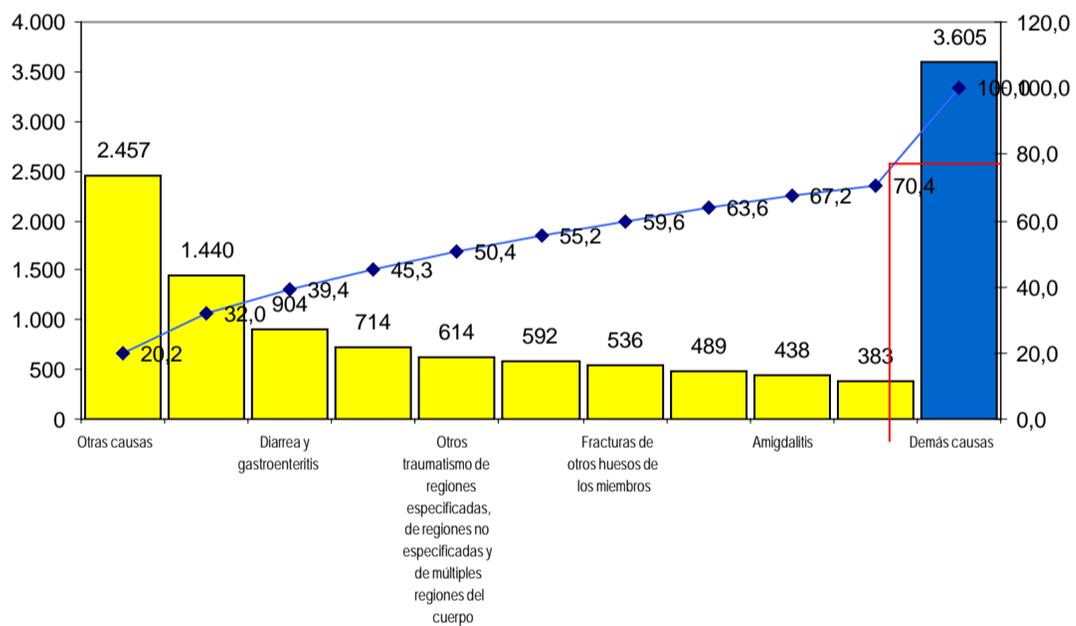
Morbilidad Urgencias Menores de 1 año Cúcuta, 2006



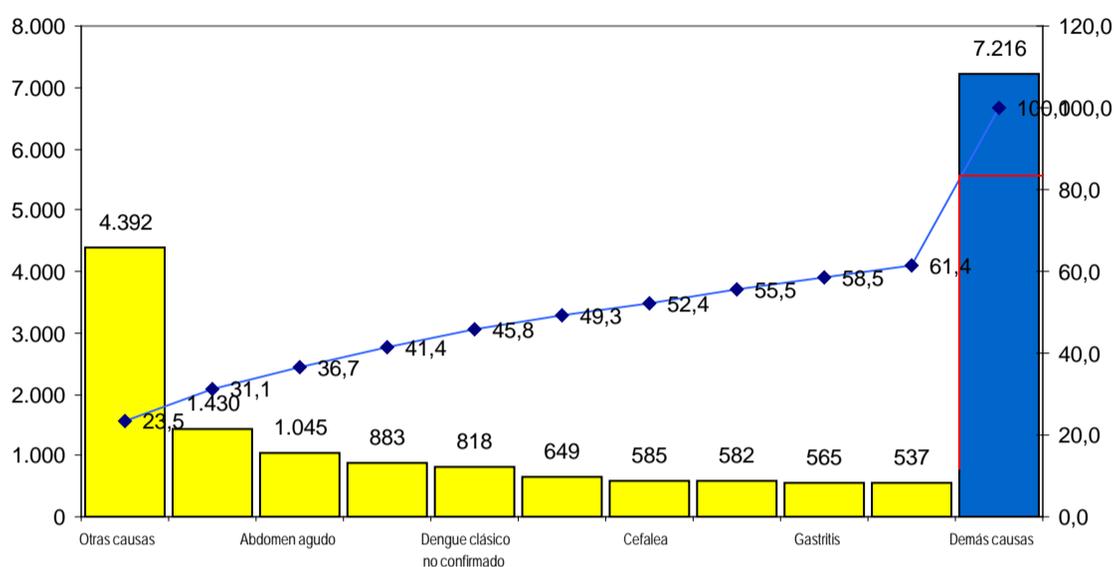
**Morbilidad Urgencias
de 1 - 4 años
Cúcuta, 2006**



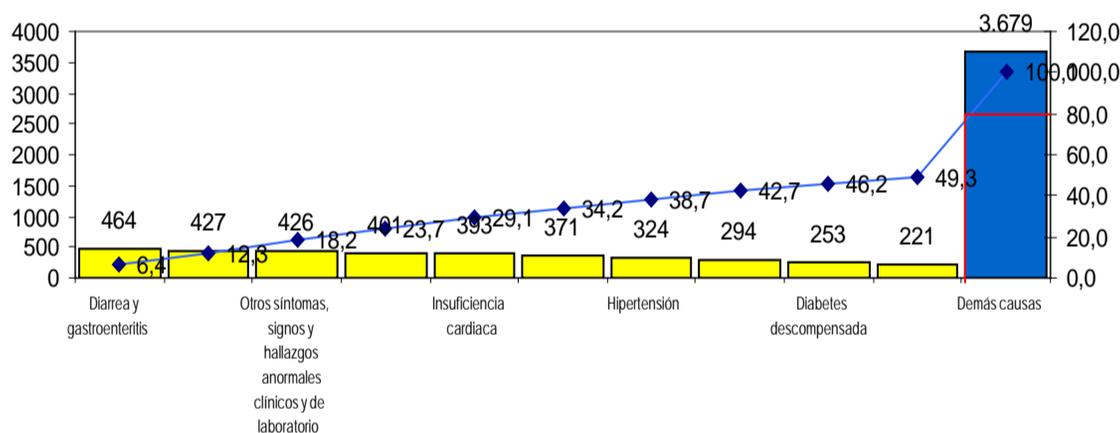
**Morbilidad Urgencias
de 5 - 14 años
Cúcuta, 2006**



**Morbilidad Urgencias
de 45 - 64 años
Cúcuta, 2006**



**Morbilidad Urgencias
de 65 años en adelante
Cúcuta, 2006**



La

2/3 partes de las causas de consulta por el servicio de urgencia de la población de 0 a 4 años fueron las enfermedades infectocontagiosas. Llama la atención que en los siguientes grupos etáreos se encuentra en primer lugar otras causas, como causa de consulta, oscilando entre el 49,8% y 62,5%. En segundo lugar se encuentran las enfermedades infectocontagiosas en el grupo de 5 a 14 años, los problemas relacionadas con el binomio madre-hijo en el grupo de 15 a 44 años, las enfermedades infecciosas en el grupo de 45 a 64 años, y las crónicas en el grupo de 65 años en adelante.

2.2

Morbilidad General por Urgencias Cúcuta, 2006		
Causa	Número casos	%
Diarrea y Gastroenteritis	6.469	11,0
Síndrome Febril	4.820	8,2
Otros traumatismos en regiones no especificadas	3.641	6,2
Resfriado común	3.506	6,0
Otras infestaciones espec.	3.101	5,3
Fiebres virales por artopodos	1.928	3,3
Nauseas y vómito	1.872	3,2
Amigdalitis	1.835	3,1
Fractura de tros huesos memb.	1.724	2,9
Otros síntomas y hallazg	1.680	2,9
Demás causas	28.167	47,9
TOTAL	58743	100,0

En cuanto a la morbilidad general por urgencias se encuentra en primer lugar otras causas con un 50.8%, seguido de las enfermedades infecciosas con un 40% y el tercer lugar es ocupado por los traumatismos con un 9%.

2.27. Para la realización del taller se invitaron cuatro líderes por comuna previamente identificados por el área de participación social de la Secretaría de Salud Municipal.

Durante el proceso se aplicó la técnica de grupos nominales que tenía unos criterios de jerarquización a cada uno de los problemas de salud identificados por la comunidad en los que se podía encontrar: magnitud, grado de afectación, necesidades de intervención futuras, grupos de población afectados, percepción social del problema, estructuralidad del problema, viabilidad de la solución.

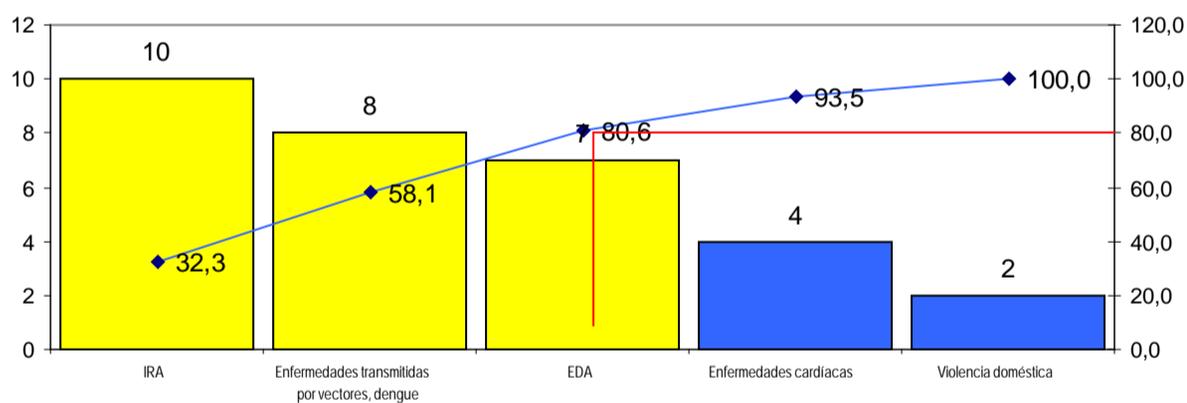
Cada criterio de jerarquización tenía un puntaje asignado entre 0 y 5, según el grado de importancia que la comunidad le asignó, por lo que al final cada problema de salud, tuvo, un valor producto de la sumatoria de todos los criterios, luego se hizo un ordenamiento de mayor a menor, donde el primer lugar se dio al problema que obtuvo el puntaje más alto.

2.27.PSintestinal

Analizando los problemas de salud sentidos por la comunidad encontramos lo siguiente:

No.	Problema	Frecuencia	%
1	IRA	10	22%
2	Enfermedades transmitidas por vectores, dengue	8	17,7%
3	EDA	7	15,5%
4	Enfermedades cardíacas	4	8,8%
5	Violencia doméstica	2	4,4%
	Cáncer	2	4,4%
	Diabetes	2	4,4%

**Morbilidad Sentida
Problemas de Salud
Cúcuta, 2006**

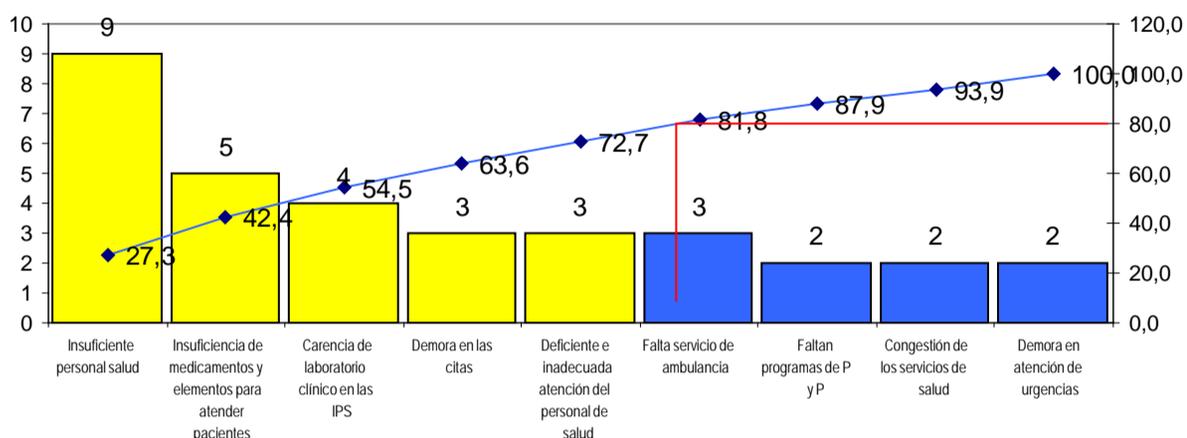


Analizando las enfermedades referidas por la comunidad se observa que el primer lugar lo ocupan las enfermedades infectocontagiosas, seguida de enfermedades crónicas y otras causas relacionadas con el dolor y los problemas sociales como la violencia intrafamiliar.

2.27.

No.	Problema	Frecuencia	%
1	Insuficiente personal salud	9	20%
2	Insuficiencia de medicamentos y elementos para atender pacientes	5	11,1%
3	Carencia de laboratorio clínico en las IPS	4	8,8%
4	Demora en las citas	3	6,6%
	Deficiente e inadecuada atención del personal de salud	3	6,6%
	Falta servicio de ambulancia	3	6,6%
5	Faltan programas de P y P	2	4,4%
	Congestión de los servicios de salud	2	4,4%
	Demora en atención de urgencias	2	4,4%

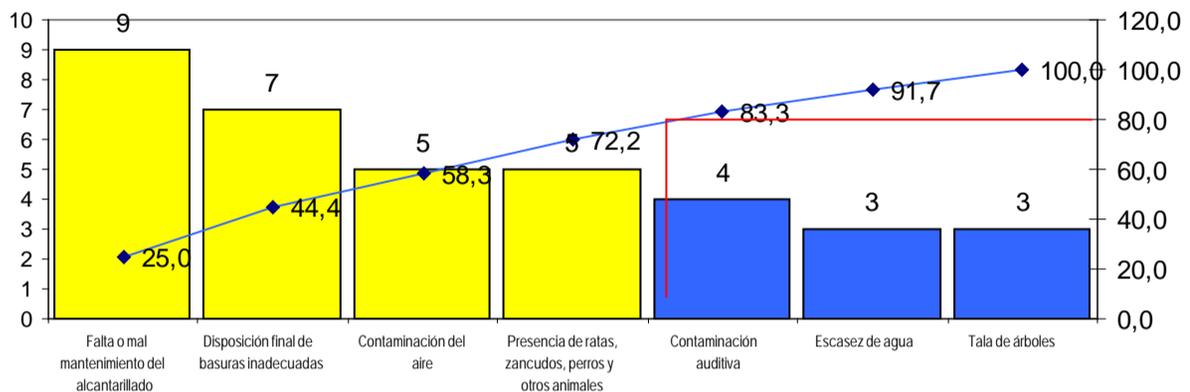
Morbilidad Sentida
Problemas de Servicios de Salud
Cúcuta, 2006



Analizando los problemas de los servicios de salud referidos por la comunidad se observa que el primer lugar lo ocupan la carencia o insuficiencia de recurso humano, seguido de problemas relacionados con la adquisición de elementos y otras causas relacionadas con la infraestructura y organización.2.27r

	Problema	Frecuencia	%	
Analizando los problemas del medio ambiente referidos por la comunidad se observa que el primer lugar lo ocupa la ausencia absoluta o de mantenimiento del alcantarillado, seguido de problemas en la recolección y disposición de basuras y el tercer lugar lo ocupa la presencia de animales, reflejando problemas de saneamiento básico.No.	1	Falta o mal mantenimiento del alcantarillado	9	20%
	2	Disposición final de basuras inadecuadas	7	15,5%
	3	Contaminación del aire	5	11,1%
		Presencia de ratas, zancudos, perros y otros animales	5	11,1%
	4	Contaminación auditiva	4	8,8%
5	Escasez de agua	3	6,6%	
	Tala de árboles	3	6,6%	

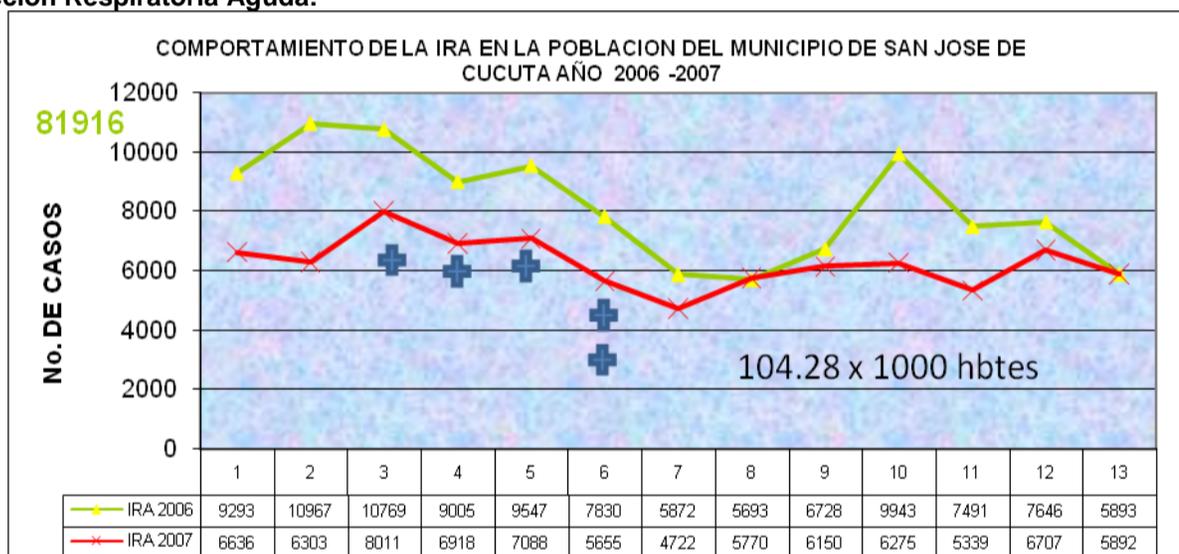
**Morbilidad Sentida
Problemas de Medio Ambiente
Cúcuta, 2006**



2.1.3 Otros indicadores
2.28y Mortalidad según SIVIGILA

Enfermedades Prevalentes de la Infancia:

Infección Respiratoria Aguda:



Fuente: Vigilancia en Salud Pública – Secretaria de Salud de Cúcuta

Durante el año 2007 se observa un comportamiento inferior en relación con el año 2006, con una tendencia similar hasta el séptimo periodo epidemiológico, después de este periodo hay un aumento de casos hasta el noveno periodo y en el periodo 10 vuelve a presentarse la misma tendencia del 2006 hasta el final de año.

Se notificaron hasta el trece periodo 81.916 casos de Infección Respiratoria Aguda con una tasa para el Municipio de Cúcuta de 104.28 casos por cada 1.000 habitantes; se notificaron al SIVIGILA 5 mortalidades en menores de 5 años, registrando una tasa de mortalidad de 0.052 por cada 1.000 niños menores de 5 años.

Las Mortalidades se reportaron en los periodos epidemiológicos 3 (1 caso), periodo epidemiológico 4 (1 caso), periodo epidemiológico 5 (1 caso), Periodo Epidemiológico 6 (2 casos). Estos casos fueron analizados en reunión de COVE Municipal en donde se dio a conocer la información obtenida de Historia Clínica y la Madre de cada uno de los casos, se encontraron en los casos factores de riesgo relacionados con Hacinamiento, problemas nutricionales, dificultades de acceso a los servicios de salud; se encontraron también demoras institucionales para la atención de los casos.

La Secretaria de Salud como Plan de Mejoramiento realizó la capacitación al personal Médico en la Estrategia AIEPI, capacitación que se realizó hasta el mes de Diciembre.

La distribución porcentual de casos muestra como el grupo con mayor número de casos es el de 1-4 años con el 27.46% del total de casos, pero al calcular las tasas específicas de IRA por grupos etéreos se observa como es el grupo de menores de un año los que están siendo más afectados.

VIGILANCIA CENTINELA DE ENFERMEDAD SIMILAR A INFLUENZA

La Secretaria de Salud a través de la ESE IMSALUD cuenta con un puesto centinela desde donde se realiza la vigilancia de Enfermedad Similar a Influenza, ubicado en el Policlínico de Atalaya, aunque se presentaron dificultades para el inicio de la vigilancia, posteriormente se fue fortaleciendo la estrategia, hasta el momento el estudio nos ha permitido identificar un caso de Sincitial Respiratorio y un caso de Influenza. A continuación se presenta el comportamiento por periodo epidemiológico de la toma de muestras para el mantenimiento de esta estrategia de vigilancia la cual es fundamental dentro del plan de contingencias de la Gripe Aviar



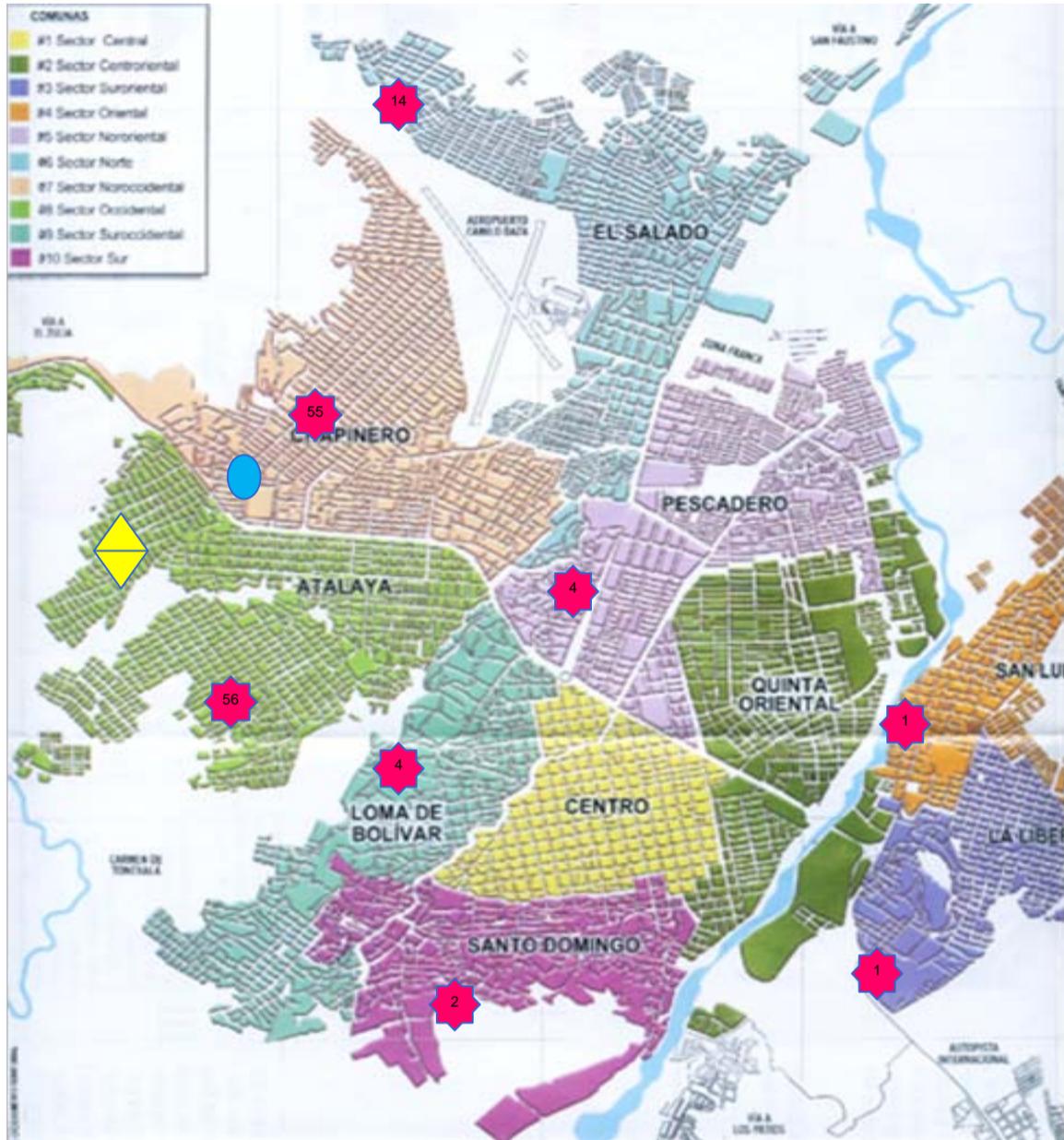
Como se observa en la gráfica la estrategia inicio en el quinto periodo epidemiológico pero fue en séptimo periodo en donde se fortaleció encontrándose el mayor número de muestras en el once periodo epidemiológico; en total ingresaron al SIVIGILA 147 casos en el año 2007.

Es fundamental el apoyo dado por la ESE IMSALUD para el mantenimiento de la estrategia, quien es la encargada de la búsqueda de las muestras y el transporte hasta el laboratorio de Salud Pública cada semana, también se ha contado con el apoyo del personal de la UPGD Policlínico de Atalaya.

En las reuniones de COVE Municipal se muestra mensualmente el desarrollo de esta estrategia de vigilancia.

Con este estudio no solo se ha vigilado los cuadros respiratorios de Atalaya Comuna 8 en donde esta ubicado el puesto centinela, sino población residente en otras comunas del Municipio de Cúcuta, tal como se presenta a continuación:

**MAPEO VIGILANCIA ESTUDIO CENTINELA
ENFERMEDAD SIMILAR A INFLUENZA
MUNICIPIO DE SAN JOSE DE CUCUTA AÑO 2007
ZONA URBANA**



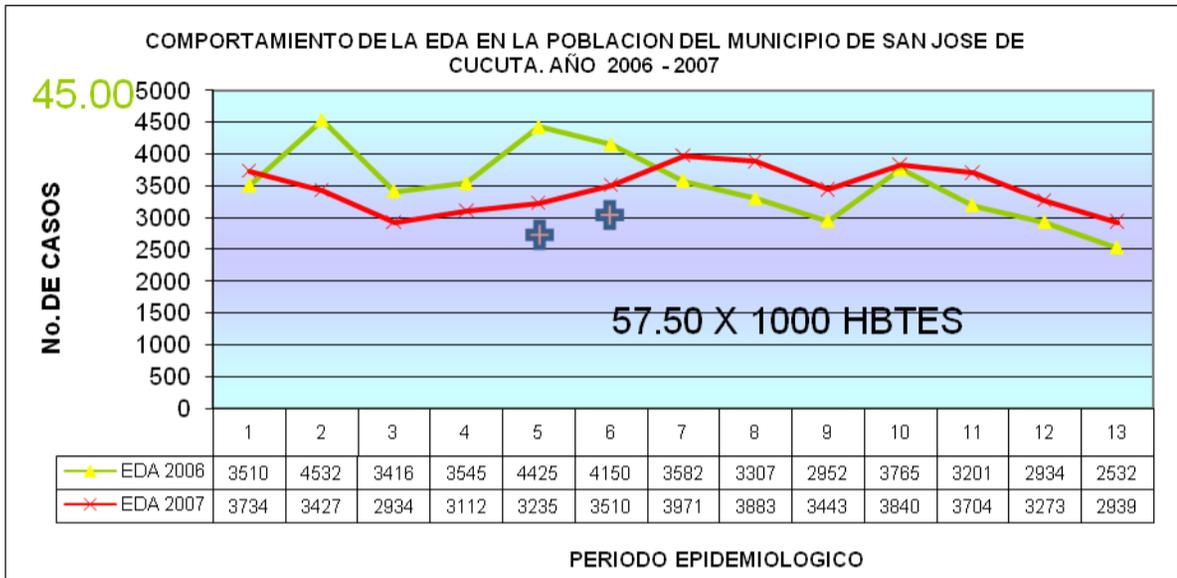
	Enfermedad similar a influenza
	Virus sincitial respiratorio (tucunare)
	Influenza tipo A (palmeras)

MAPEO VIGILANCIA ESTUDIO CENTINELA
ENFERMEDAD SIMILAR A INFLUENZA
MUNICIPIO DE SAN JOSE DE CUCUTA AÑO 2007
ZONA RURAL



	Enfermedad similar a influenza
--	--------------------------------

Enfermedad Diarreica Aguda:



Fuente: Vigilancia en Salud Pública – Secretaria de Salud de Cúcuta.

El nivel endémico de la EDA muestra una frecuencia superior a la registrada en el año 2006 en el primer y desde el séptimo periodo epidemiológico; a partir del cuarto periodo la tendencia es al aumento de casos que se mantiene hasta el final del año.

Se notificaron a la Secretaria de Salud de Cúcuta 45.005 casos de Enfermedad Diarreica Aguda con una tasa de 57.50 casos por cada 1000 habitantes.

El mayor número de casos se presentó en el grupo de 1 a 4 años representando el 27.64% del total, seguido del grupo de 15 a 44 años que corresponde al 25.28%, pero la mayor tasa se encontró en el grupo de menores de un año.

La tasa de mortalidad por este evento en población menor de 5 años es de 0.20 muertes por cada 10.000 menores de 5 años en el Municipio de Cúcuta, teniendo en cuenta que por SIVIGILA se han notificado 3 muertes en los periodos epidemiológicos 3, 5 y 6.

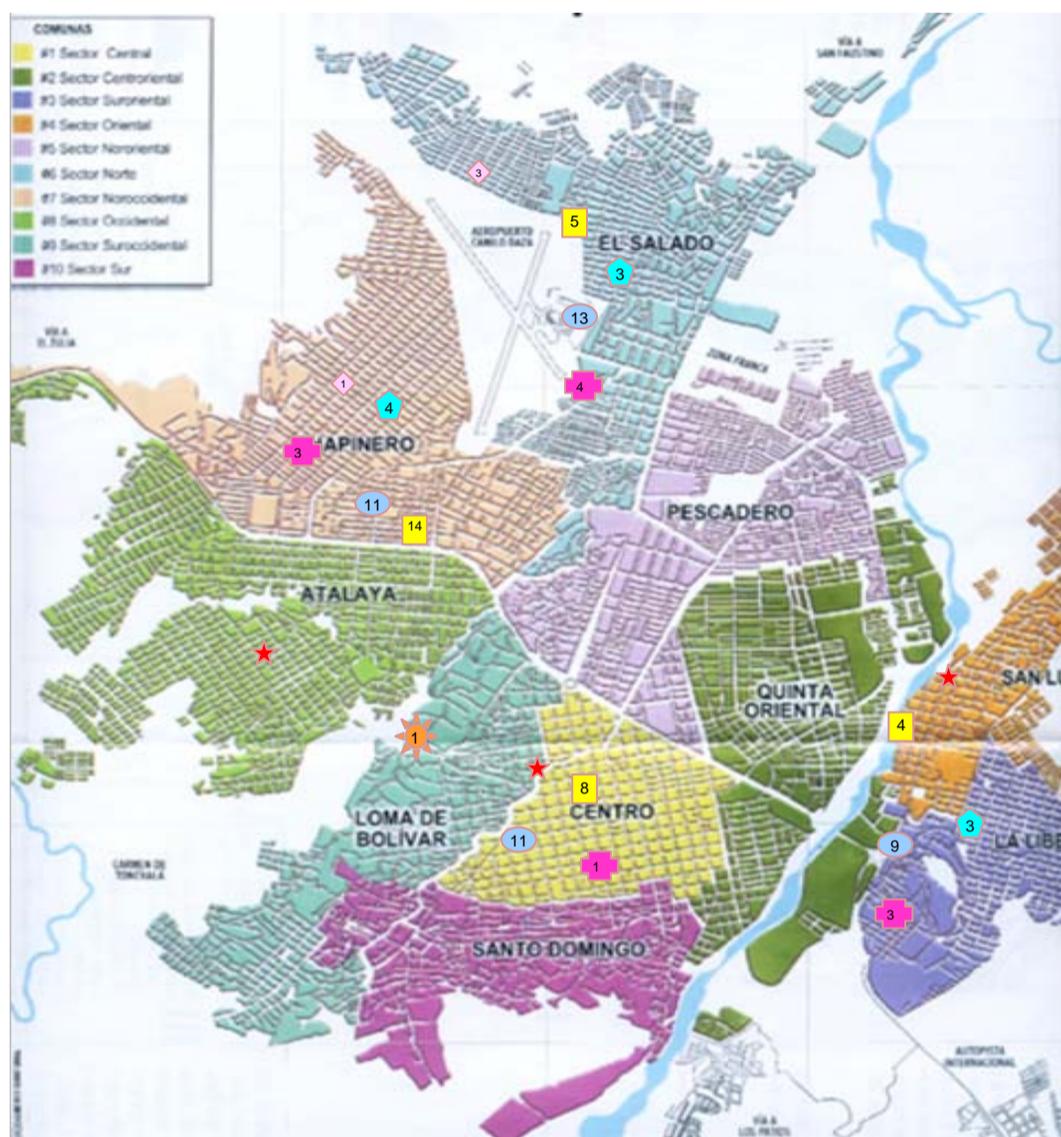
En el mes de Julio se realizó la atención de un brote de EDA en la población del Sector Buena Esperanza ubicado en el Barrio Nuevo Horizonte, este brote fue reportado por integrantes del grupo COVECOM a la promotora del Sector.

Para la atención del brote se organizó un equipo integrado por personal de VSP, Medio Ambiente, AIEPI, PAI y Nutrición cada uno de los programas desarrollo diferentes actividades no solo para la atención del brote sino también acciones preventivas.

Enfermedades Inmunoprevenibles

Es uno de los componentes importantes de VSP que desarrolla la Secretaria de Salud de Cúcuta, el proceso de investigación de casos es realizado a través del grupo de respuesta Inmediata, a Continuación se presenta el mapeo de la vigilancia de enfermedades Inmunoprevenibles en el Municipio:

**MAPEO VIGILANCIA DE INMUNOPREVENIBLES
MUNICIPIO DE SAN JOSE DE CUCUTA AÑO 2007
ONA URBANA**



11	Parotiditis	3	Vigilancia de rubéola
8	Vigilancia de tos ferina	1	Vigilancia de sarampión
★	Confirmados tosferina (Motilones, Niña Ceci, San Luis, Carora)	★	Tétanos accidental
◇	Vigilancia de PFA (Camilo Daza, Aeropuerto, La Concordia, García Herreros)		

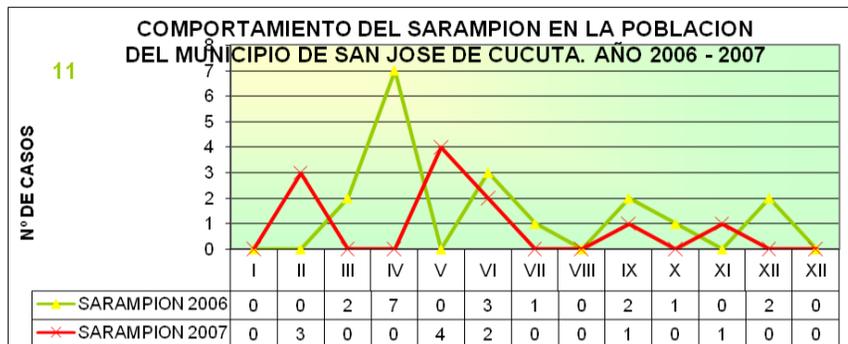
**MAPEO VIGILANCIA DE INMUNOPREVENIBLES
MUNICIPIO DE SAN JOSE DE CUCUTA AÑO 2007
ZONA RURAL**



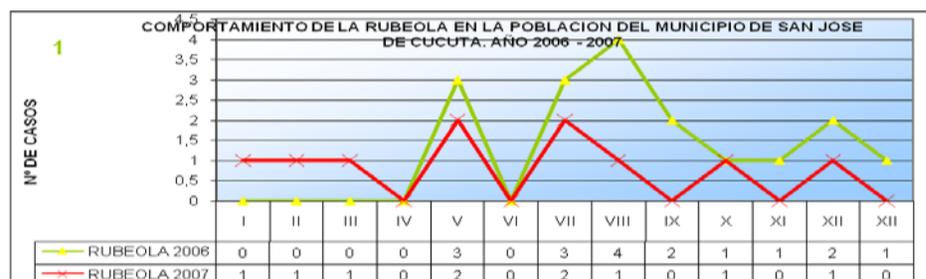
11	Parotiditis
8	Vigilancia de Tos ferina
★	Confirmado Tosferina (Bellavista)

• **Programa Sarampión – Rubéola:**

Se reportaron 21 eventos (11 como sospechosos de sarampión y 10 como sospechosos de rubéola) todos los casos ya se descartaron para estos dos eventos.



Fuente: Vigilancia en Salud Pública – Secretaria de Salud de Cúcuta.



Revisando la tendencia de notificación de casos sospechosos de sarampión y rubéola con el año anterior se observa que durante el año 2007 fue inferior la vigilancia de estos eventos en la mayoría de los periodos epidemiológicos, especialmente en Rubéola. Mientras para el año 2006 se notificaron 35 casos sospechosos de sarampión y rubéola, en el 2007 la vigilancia se realizó tan solo a 21 casos.

Por grupos de edad los casos que se han notificado a través del SIVIGILA sospechosos de sarampión corresponden en el 50% a niños menores de un año y el 40% a niños entre 1 y 14 años de edad; para el caso de rubéola el 77.5% corresponden a niños menores de cinco años de edad, en la población adulta se reportó un caso de sarampión y otro de rubéola. No se sacan tasas porque todos los casos fueron descartados como sarampión o rubéola.

Las IPS que han notificado casos sospechosos de sarampión y rubéola son: Urgencias San Rafael, Unidad Básica Libertad, ESE Francisco de Paula Santander, Clínica San José, Clínica Saludcoop, Saludcoop Cero, Unidad Básica Comuneros, Unidad Básica Puente Barco Leones, HUEM, Urgencias las Merced, Saludcoop Calazans, Cafí Saludcoop lo que corresponde al 12.63% del total de UPGD de la Red de Notificación, el 87.36% ha realizado notificación negativa para estos eventos.

Los indicadores de vigilancia para este programa son:

INDICADORES DE PROCESO	AÑO 2007
Número De casos sospechosos de sarampión notificados	11
Número De casos sospechosos de rubéola notificados	10
Número y porcentaje de UPGD que reportaron casos de sarampión y rubéola	12/95 (12.63%)
Número de casos sospechosos de sarampión o rubéola confirmados clínicamente	0
Número de casos de rubéola confirmados por laboratorio	0
Número de casos de sarampión confirmados por laboratorio	0
% de casos investigados en 48 horas	72%
Porcentaje de casos con una muestra de suero en los primeros 30 días de la erupción	100%
Porcentaje de casos con muestra de suero recibida en el laboratorio que procesa en los primeros cinco días después de la recolección	87%
Tasa de incidencia	0
Cobertura de vacunación	68.37% Esperado: 95.04%

No se han reportado casos de Rubéola Congénita.

- **Vigilancia de las Parálisis Flácidas Agudas:**

Se reportaron 4 casos de Parálisis Flácida Aguda, correspondientes a la semana epidemiológica No. 3, 13 y 22, 26; los cuales ya fueron descartado como polio a través del aislamiento viral.

El proceso de notificación fue inmediato a la Secretaria de Salud, la toma de muestra fue oportuna. La investigación de campo y el monitoreo rápido de coberturas así como la búsqueda activa de casos de Parálisis Flácida Aguda fue realizado por la Secretaria de Salud Municipal, información que ya fue entregada al Instituto Departamental de Salud, se realizo monitoreo de coberturas y vacunación bloqueo, así como búsqueda activa comunitaria, no se encontraron casos de parálisis flácida en el sectores intervenidos.

Se realizo el seguimiento a un caso procedente de Antioquia (Zona Rural) que fue atendido inicialmente en la ESE HUEM y posteriormente trasladado a la Clínica Santa Ana, el caso fue descartado para Polio por aislamiento viral, actualmente se encuentra en proceso de rehabilitación con una mejoría de las secuelas.

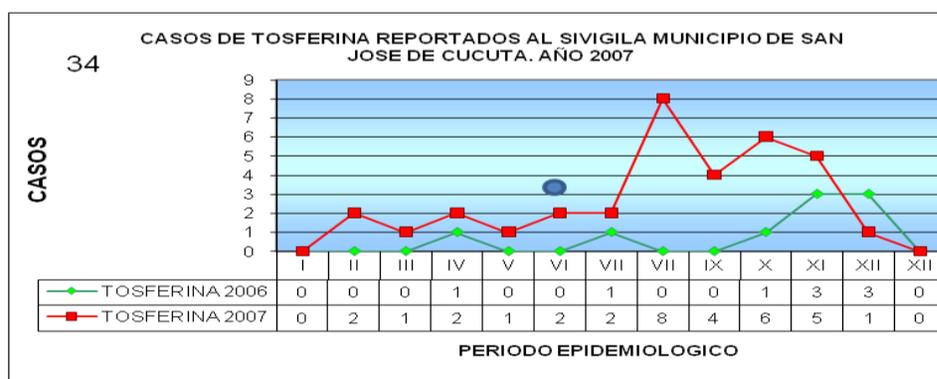
A continuación se presentan los indicadores para la vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda:

INDICADORES DE PROCESO	AÑO 2007
Número De casos probables de PFA notificados	4
Número De UPGD que reportaron casos	4/95 (4.21%)
Número de casos clasificados como compatibles	0
Tasa de parálisis flácida por 100.000 menores de 15 años	1.37
Porcentaje de casos investigados en 48 horas	100%
Porcentaje de casos con una muestra oportuna de heces en los primeros 14 días de iniciada la parálisis	100%
Porcentaje de casos con muestra recibida en el laboratorio de SPD en los primeros cinco días después de la recolección	100%
Porcentaje de casos con muestra de heces procesada en el laboratorio de virología del INS en tiempo igual o menor a 28 días luego de la recepción	100%
Tasa de incidencia	0
Cobertura de vacunación	69.92% Esperado: 95.04%

- Síndromes Coqueluchoides – Tos ferina**

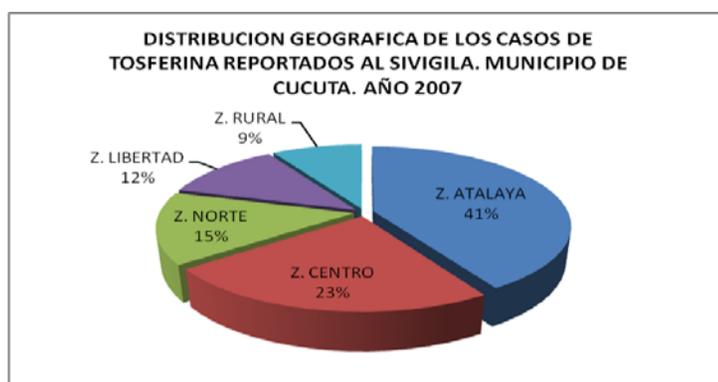
Se reportaron 34 casos probables de Tosferina a los que se les realiza visita domiciliaria, cordón epidemiológico y vacunación de bloqueo. fueron descartados 26 casos por Laboratorio por parte del Instituto Nacional de Salud, se confirmaron 5 casos por inmunofluorescencia directa según información del INS y en 3 casos no se tomo muestra dos de ellos fueron captados en la Búsqueda Activa Institucional.

Los casos reportados corresponden a niños menores de 15 años de edad, de los cuales el 63.6% son menores de un año, con una tasa de 0.05 por 1.000 habitantes debido a que se confirmaron 5 casos de tosferina por laboratorio.



Fuente: Vigilancia en Salud Pública – Secretaria de Salud de Cúcuta.

Comparando la notificación de tosferina con relación al año anterior se encuentra que en el presente año se han realizado más búsqueda a este evento, encontrándose superior la frecuencia en todos los periodos epidemiológicos en relación con el 2006; aunque todavía existen debilidades en su notificación (2 casos captados en Búsqueda activa institucional) y con la toma de muestras por lo que 3 casos quedaron confirmados por clínica.

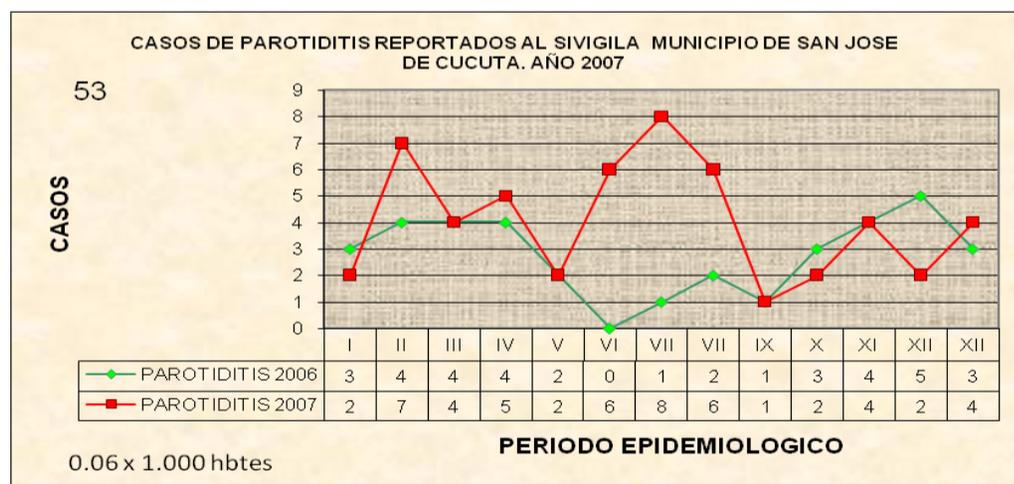


El 41% de los casos de tosferina reportados al SIVIGILA corresponden a la Zona de Atalaya en donde se confirmaron dos de los casos con residencia en el Barrio Motilones y Niña Ceci, otro 23% de los casos reside en la zona Centro en donde se confirmo un caso en el barrio Carora, el 15% de los casos reportados residen en la zona Norte en donde se descartaron todos los casos, el 12% residen en la zona de la Libertad confirmándose un caso en el barrio San Luis, el 9% de los casos residen en la zona rural en donde se confirmo un caso en la vereda Bellavista.

En los dos casos confirmados había antecedentes de aplicación de la vacuna de pentavalente.

INDICADORES DE PROCESO	AÑO 2007
Número De casos probables de Tosferina notificados	34
Número De casos confirmados por laboratorio	5
Número de casos confirmados clínicamente	3
Número de casos descartados por laboratorio	26
	100%
Porcentaje de casos probables de tos ferina con investigación	
Porcentaje de investigaciones de caso realizadas en las primeras 72 horas	100%
Porcentaje de casos confirmados por laboratorio	16.12%
Porcentaje de casos descartados por laboratorio	83.88%
Cobertura de vacunación	69.92%
	Esperado: 95.04%
Porcentaje de notificación (UPGD reportaron casos)	6/95 = 6.31%
INDICADORES DE RESULTADO	
Tasa de letalidad	0
Tasa de incidencia por 100.000 habitantes	5

- Parotiditis:**



Fuente: Vigilancia en Salud Pública – Secretaria de Salud de Cúcuta.

Se reportaron 53 casos de parotiditis en el presente año, hasta el noveno periodo epidemiológico, se observó un incremento de casos en relación con el año 2006, a partir del 10 periodo el número de casos fue inferior al año anterior; con una tasa de 0.06 casos por cada 1.000 habitantes, el 46.34% de los casos se encuentran en el grupo de 5 a 14 años presentándose la mayor tasa en este grupo de edad.

INDICADORES DE PROCESO	AÑO 2007
Número de casos de parotiditis notificados confirmados	53

Cobertura de vacunación para TV	68.37% Esperado: 95.04%
INDICADORES DE RESULTADO	
Tasa de incidencia por 100.000 habitantes	6

- **Tétanos Neonatal:**

No se han reportado casos de este evento al Sistema de Vigilancia en Salud Pública

- **Difteria:**

No se han reportado casos de este evento al Sistema de Vigilancia en Salud Pública

- **Meningitis por Influenza:**

Se reportó un caso en la semana 30 atendido en la clínica Saludcoop, se trata de una niña de 9 años de edad residente en el Barrio Sevilla, después de revisada la historia clínica del caso y los exámenes correspondientes a cultivo se encontró que no se aisló ninguna bacteria por lo que se descarta la meningitis por haemophilus influenza

Monitoreo Rápido de Coberturas de Inmunoprevenibles y Búsqueda Activa Comunitaria

En el mes de octubre se realizó el cuarto Monitoreo Rápido de Coberturas y Búsqueda Activa Comunitaria establecidos por el Nivel Nacional, encuestándose 989 niños de los cuales 962 con esquema adecuado (97.26%); las causas de no vacunación fueron: citas incumplidas (77.7%), estaba enfermo (7.4%), problemas neurológicos (7.4%), perdió el carne (7.4%).

Resultados:

Grupo de edad	Z. Atalaya	Z. Centro	Z. Norte	Z. Libertad	Z. Rural	TOTAL
Menor de 7 meses	100%	95.8%	100%	100%	100%	99.16%
De 7 a 11 meses	92.3%	100%	100%	100%	100%	98.46%
Entre 12 y 23 meses	94.2%	98%	98%	100%	100%	98.04%
Entre 2 y 5 años	94.1%	97.8%	96.8%	98.6%	100%	97.46%
Total de niños	94.7%	97.7%	97.1%	99%	100%	97.7%

Tal como lo muestra el monitoreo de coberturas se encuentran unas coberturas óptimas para el Municipio de Cúcuta, en todos los grupos etáreos, encontrándose las coberturas más altas en los menores de 7 meses y de 7 a 11 meses, lo que comprueba los problemas de denominadores poblacionales, si se comparan los resultados con las coberturas administrativas.

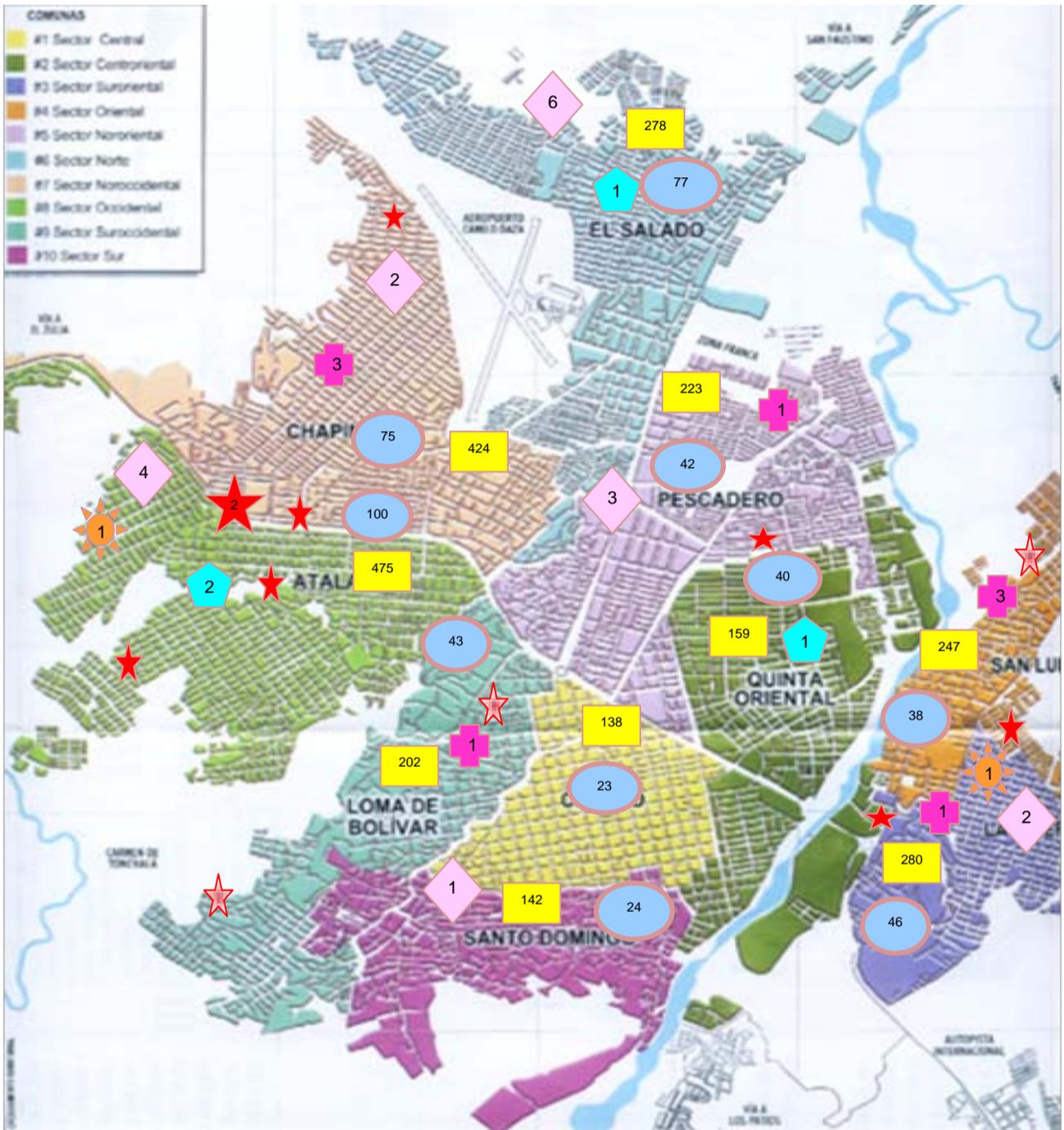
Enfermedades Transmitidas por Vectores

En el Municipio de Cúcuta se encuentra una morbilidad importante causada especialmente por el Dengue, en donde se encuentra un aumento en las mortalidades por dengue en relación con el año anterior; sin embargo en relación con la frecuencia durante el 2007 esta disminuyó para los dos eventos, ya que se ha mejorado también el diagnóstico de esta enfermedad.

Para el control del mismo se contó con un plan de contingencias que fue socializado con todas las instancias correspondientes

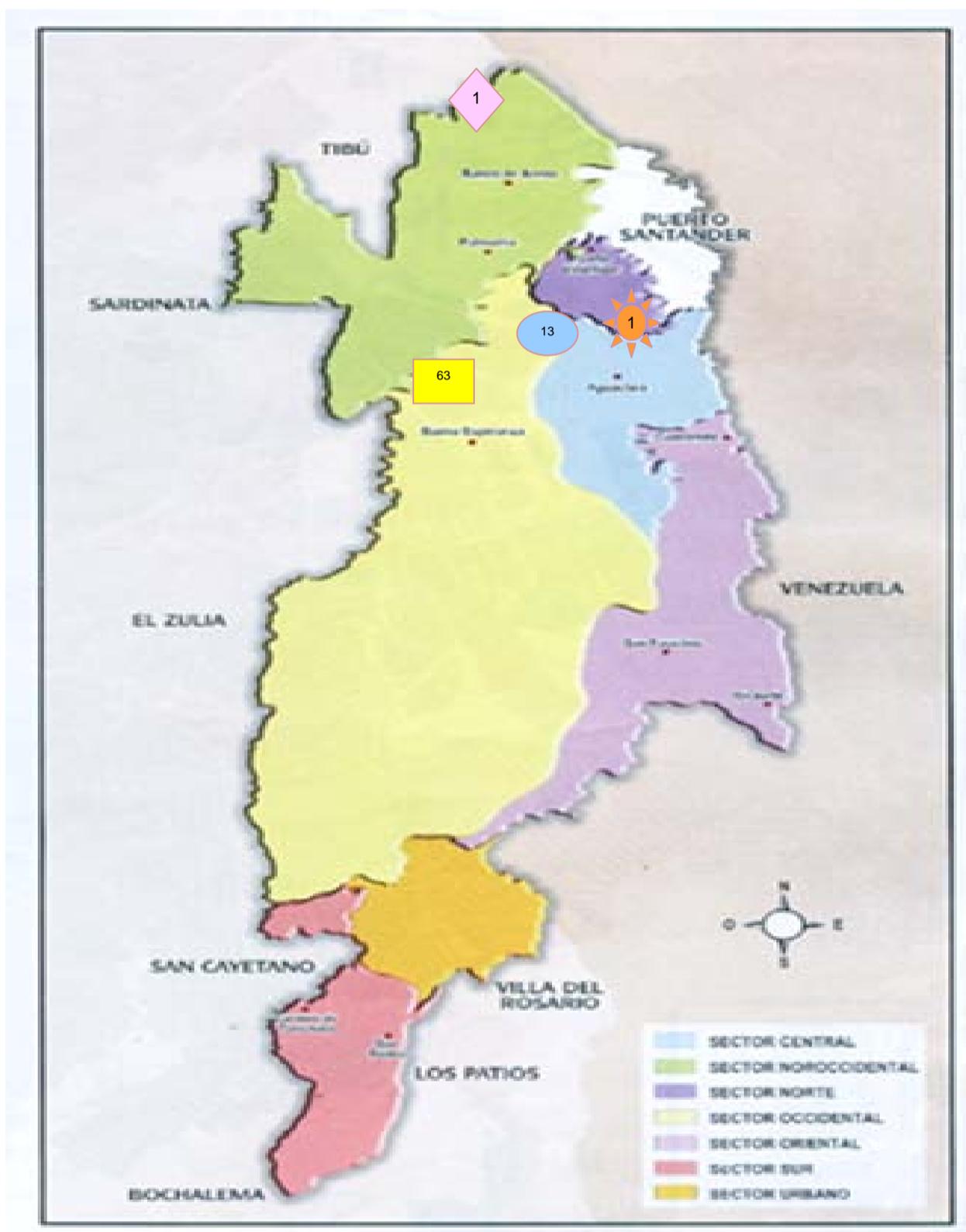
En relación con malaria se observa un control en el comportamiento de este evento que tiene como área de riesgo la zona rural, sin embargo la mayor parte de los casos se presentaron en el área urbana, tratándose de casos importados en especial del área del Catatumbo.

**MAPEO VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES
MUNICIPIO DE SAN JOSE DE CUCUTA AÑO 2007
ZONA URBANA**



	Dengue Clásico		Malaria Vivax
	Dengue Hemorrágico		Leptospirosis
	Mortalidad por dengue (la victoria, palmeras, ceiba ii, san mateo, nuevo horizonte, doña nidia, santa ana, buenos aires, pueblo nuevo, divina pastora, san martin)		Leishmaniasis
			Chagas

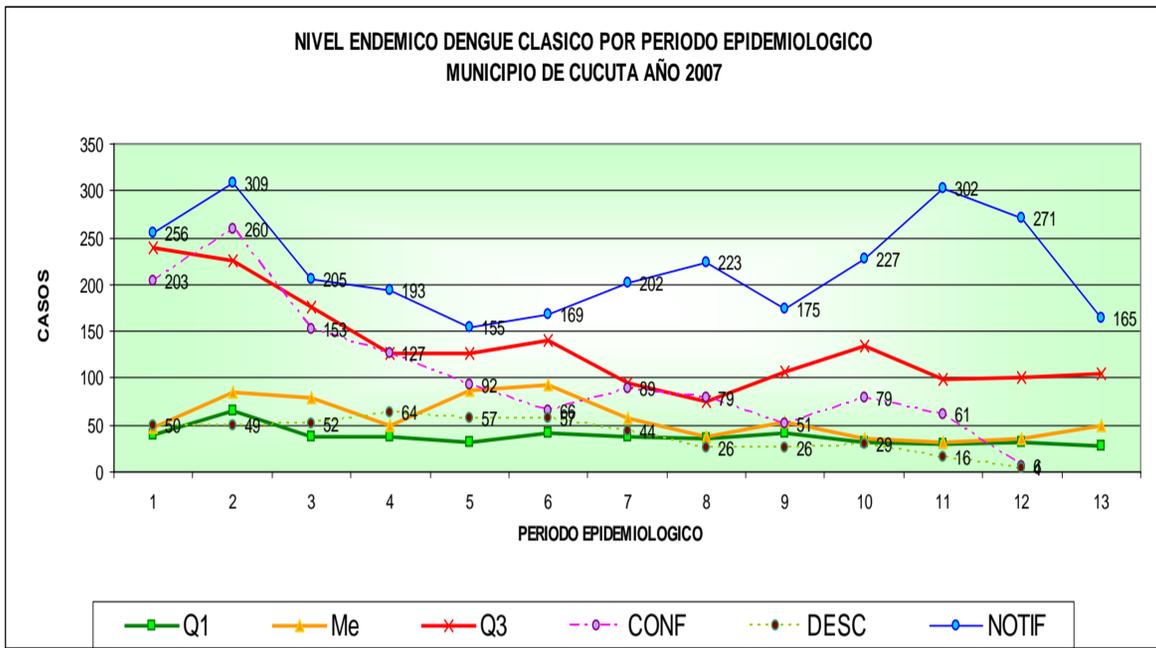
**MAPEO VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES
MUNICIPIO DE SAN JOSE DE CUCUTA AÑO 2007
ZONA RURAL**



8	DENGUE CLASICO
11	DENGUE HEMORRAGICO
◆	MALARIA VIVAX
★	CHAGAS

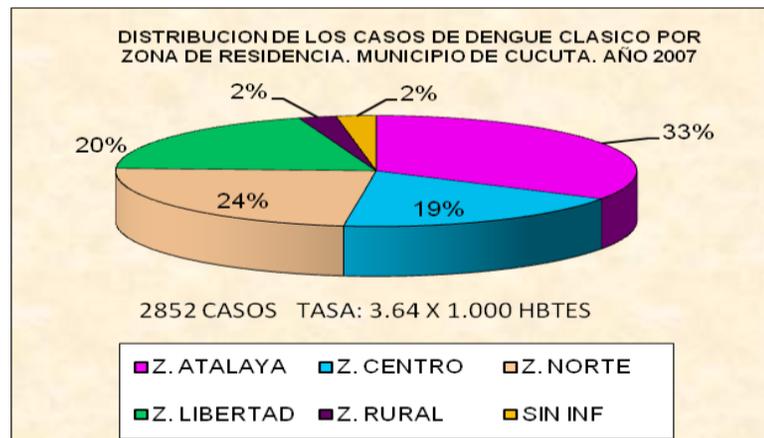
- **Dengue Clásico:**

Los casos de dengue clásicos reportados en el año 2007 fueron 2852 casos, con una tasa de 3.64 por 1.000 habitantes



El comportamiento del dengue clásico por período epidemiológico muestra que el evento en el 2007 continua en la zona de Epidemia, con unos picos importantes en los periodos epidemiológicos 2 (309 casos), 8 (223 casos) y 11 (302 casos), desde el tercer periodo epidemiológico se observa un descenso en el número de casos hasta el periodo epidemiológico 5 en donde empieza a crecer el número de casos, hay un descenso en el 9 periodo pero para hacer un incremento en el 10 y 11 periodo epidemiológico.

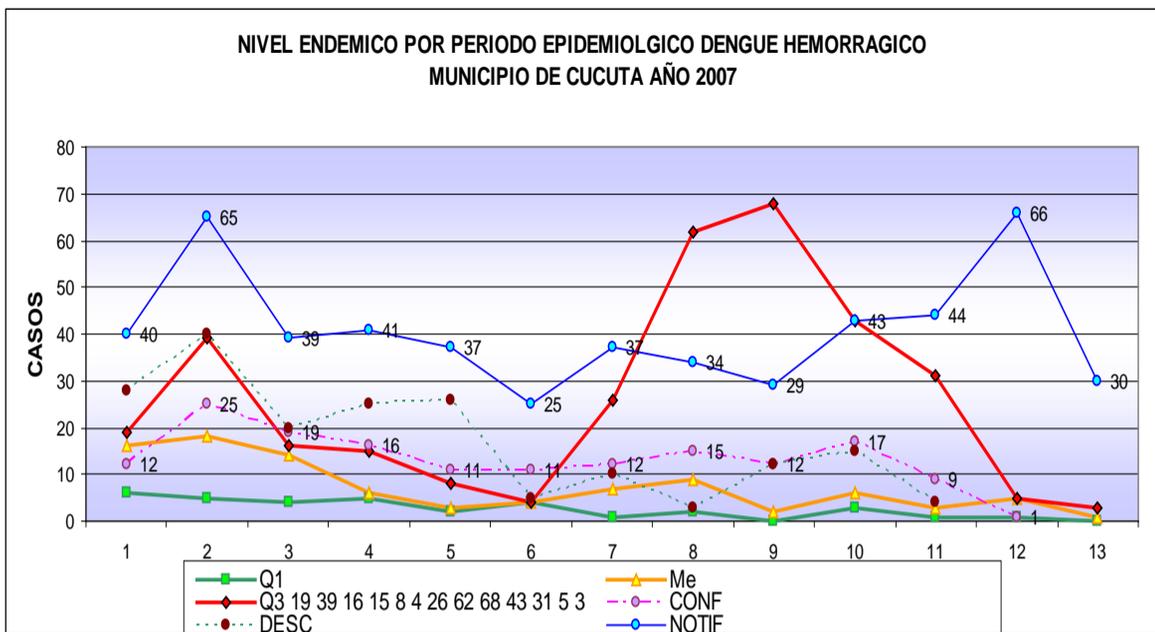
El 33% de los casos se presentaron en el grupo de 5 a 14 años en donde se registro el mayor número de casos y la mayor tasa se presenta en el grupo de menores de un año, aunque se presentaron casos en todos los grupos de edad.



La distribución geográfica de los dengue clásicos notificados al SIVIGILA muestra la presencia de casos en todas las zonas del Municipio, con un mayor predominio de la zona Atalaya con el 33%, seguido de la Zona Norte con el 24%, la zona de la Libertad con el 20% y la zona Centro con el 19%; en la zona rural se ha reportado el 2% de los casos.

- **Dengue Hemorrágico**

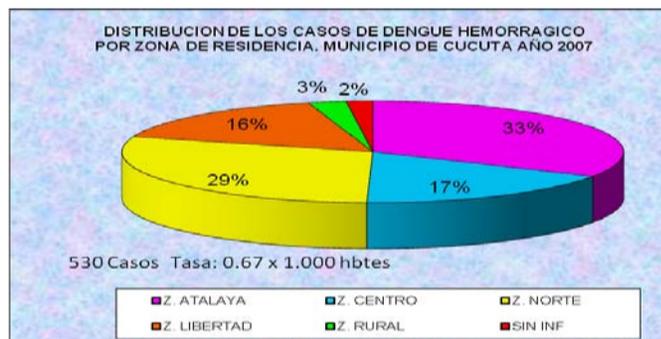
Los casos de dengue hemorrágico reportados en el año 2007 fueron 530, con una tasa de 0.67 x 1.000 habitantes.



El nivel endémico muestra al igual que en el dengue clásico ubicado el evento en la zona de Epidemia con una disminución en la frecuencia desde el quinto periodo epidemiológico, aumenta en el séptimo periodo epidemiológico con una posterior disminución en el noveno período epidemiológico, para hacer desde décimo periodo un incremento de los casos de dengue hemorrágico Haciendo el mayor pico del año con 66 casos.

El 38% de los casos se presentó en el grupo de 5 a 14 años en donde se registro el mayor número de casos, las tasas específicas por grupo etáreo muestra la mayor tasa en el grupo de menores de un año que son los más afectados por esta enfermedad, aunque se registraron casos en todos los grupos etáreos.

Se registraron en el 2007 once defunciones por probable dengue, sin embargo se descartaron 3 mortalidades por laboratorio: Un caso de San Martín en adulto que fue confirmado para hepatitis, una mortalidad en pueblo nuevo que fue descartado para dengue y un caso pediátrico de La Victoria que fue descartado también para Dengue por patología. las otras defunciones tienen resultados positivos para dengue aunque se han encontrado otras enfermedades asociadas con la enfermedad que pudieron contribuir con las mortalidades registradas.



Al analizar la variable de lugar en relación con la residencia de los casos notificados al SIVIGILA como dengue Hemorrágico, se encuentra, que el 33% de las personas que reciben este diagnóstico residen en la zona Atalaya, el 29% son de la zona Norte, el 17% de la zona Centro y el 16% de la zona de la Libertad, el 3% de los casos reside en la zona rural.

- **Fiebre Amarilla**

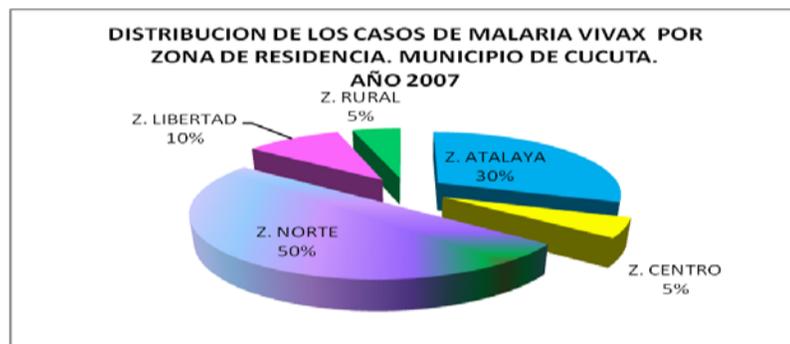
No se han reportados casos de fiebre amarilla con procedencia en el Municipio de Cúcuta durante el año 2007.

- **Malaria**



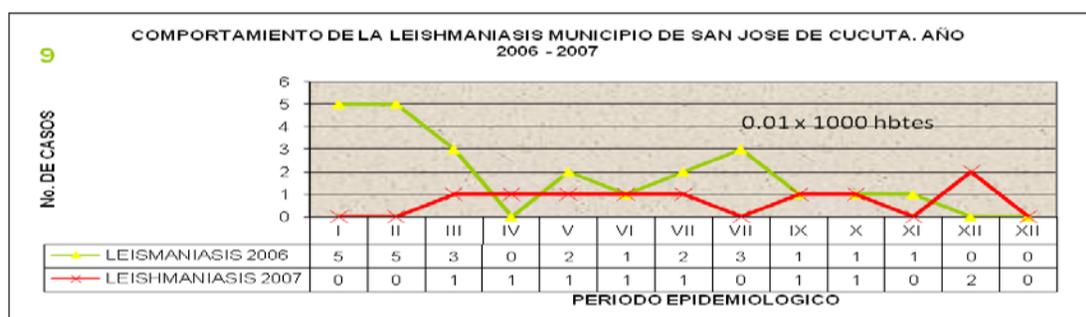
Se reportaron 22 casos de Malaria Vivax en el 2007, el nivel epidémico muestra un comportamiento similar a lo presentado en el año 2006 hasta el quinto periodo a excepción del primer periodo epidemiológico, sin embargo llama la atención que el sexto periodo epidemiológico muestra un aumento de casos, pero hacia el séptimo y octavo periodo disminuye la frecuencia de los casos manteniéndose estable para hacer un ligero ascenso hacia el noveno periodo epidemiológico, disminuye en el décimo periodo epidemiológico manteniéndose con una frecuencia inferior al 2006 hasta el trece periodo.

La tasa de morbilidad por esta causa es de 0.02 casos por cada 1.000 habitantes, el 66.6% de los casos se presentó en el grupo de 15 a 44 años, el 16.6% en el grupo de 45 a 59 años y un 5.5% en el grupo de 5 a 14 años y mayores de 60 años, sin embargo la tasa más alta por grupo etareo se encuentra en el grupo de 45 a 59 años con 0.04 casos por cada 1.000 personas en ese grupo de edad.



La distribución de casos de malaria vivax por zona muestra como el 50% de los casos se encuentran residiendo en la zona Norte, el 30% en la zona de Atalaya, el 10% en la zona de la Libertad, el 5% en la zona Centro y un 5% en la zona Rural hacia el corregimiento de Palmarito.

- **Leishmaniasis cutanea:**



Fuente: Vigilancia en Salud Pública – Secretaria de Salud de Cúcuta

Durante el 2007 se reportaron 9 casos de leishmaniasis en el Municipio de Cúcuta con una tasa de 0.01 casos por cada 1.000 habitantes.

La curva epidémica muestra una disminución en la frecuencia del evento comparado con el año anterior a excepción del periodo epidemiológico No. 4 y 12.

El 89% de los casos reportados corresponden a personas de 15 a 44 años de edad y se reportó un caso en una niña de 11 meses de edad, de la cual al final no se precisó el diagnóstico.

- **Leptospirosis:**

Por el SIVIGILA se notificaron 4 casos de leptospirosis, uno de ellos descartado según laboratorio del ICA, caso que fue atendido en la ESE FPS UH CUCUTA, los otros casos fueron confirmados por el Laboratorio de Salud Pública Departamental.

El estudio Centinela de Febriles ha permitido detectar otros dos casos de leptospirosis que ingresaron como febriles al Policlínico de Atalaya; se trata de dos casos residentes en los barrio Palmeras y la Victoria quienes consultaron al Policlínico de Atalaya, dentro de la sintomatología presentada se encuentra: fiebre, cefalea, mialgias y artralgias.

Enfermedades Zoonoticas:

- **Exposiciones Rábicas:**

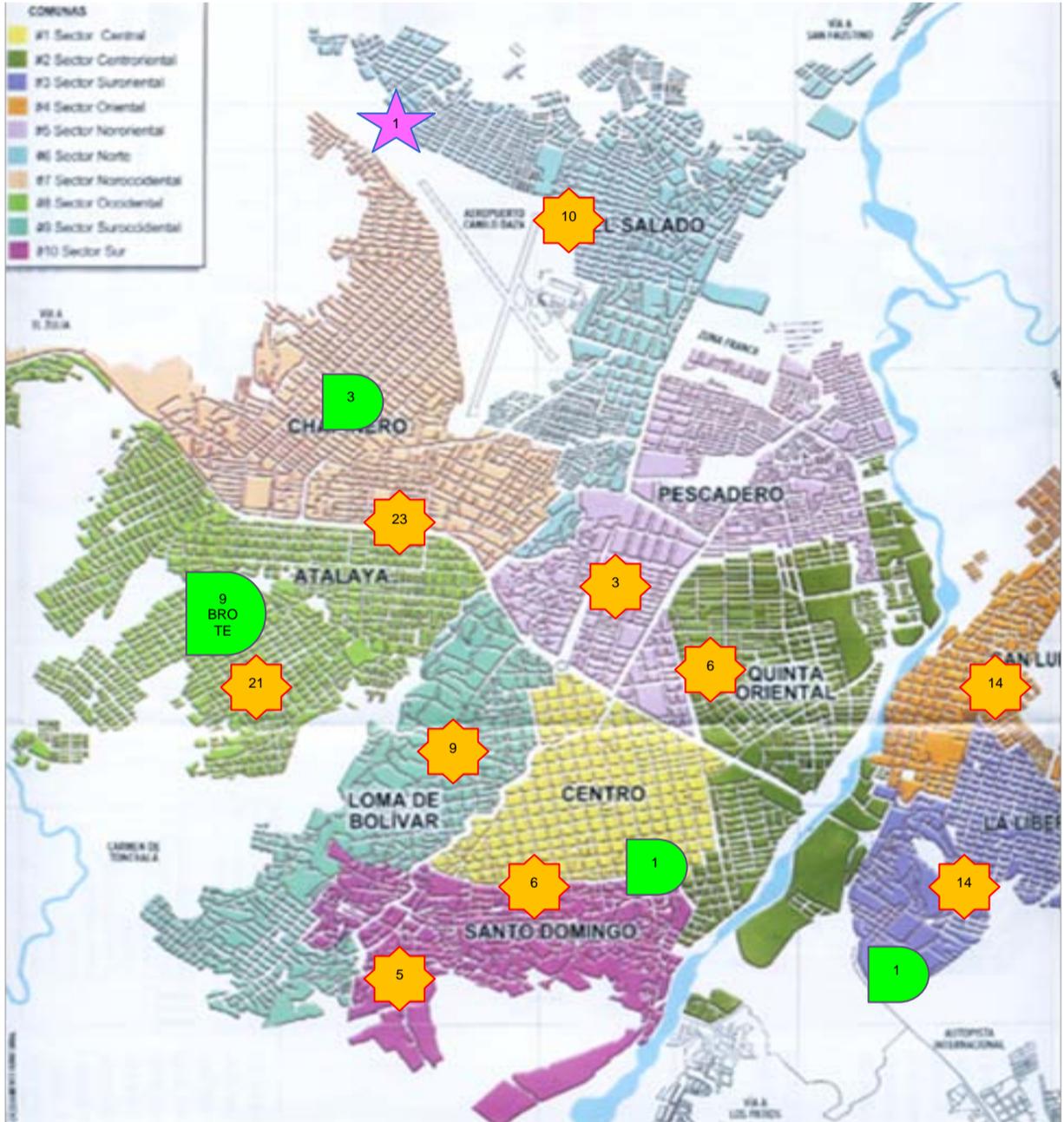
Se reportaron al SIVIGILA 699 exposiciones rábicas, siendo el segundo periodo el de mayor número de casos (86 casos).



Por parte del grupo de zoonosis se hace seguimiento a cada uno de los casos sin que hasta el momento se haya confirmado Rabia ni animal ni humana.

Enfermedades Transmitidas por alimentos

MAPEO VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS
MUNICIPIO DE SAN JOSE DE CUCUTA AÑO 2007
ZONA URBANA



	HEPATITIS A
	INTOXICACIONES POR ALIMENTOS
	FIEBRE TIFOIDEA (TOLEDO PLATA)

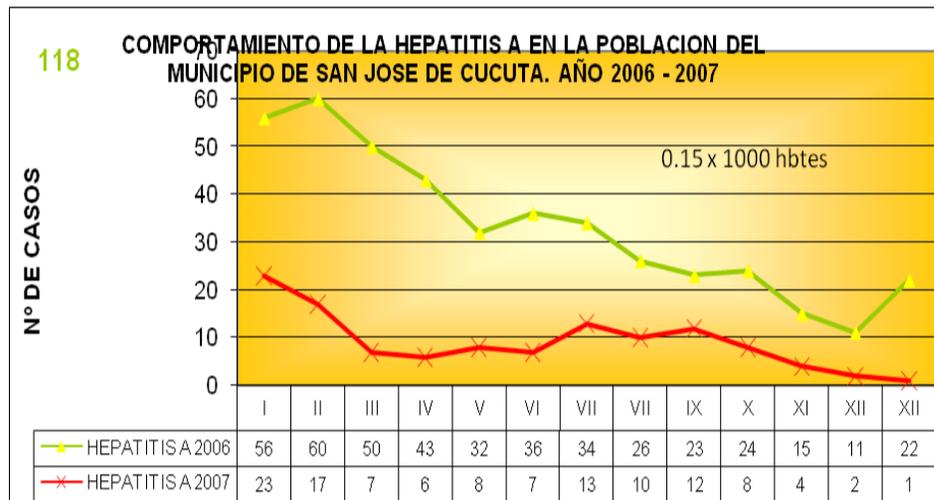
MAPEO VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS
MUNICIPIO DE SAN JOSE DE CUCUTA AÑO 2007
ZONA RURAL



4	HEPATITIS A (BUENA ESPERANZA Y PORTICO)
---	---

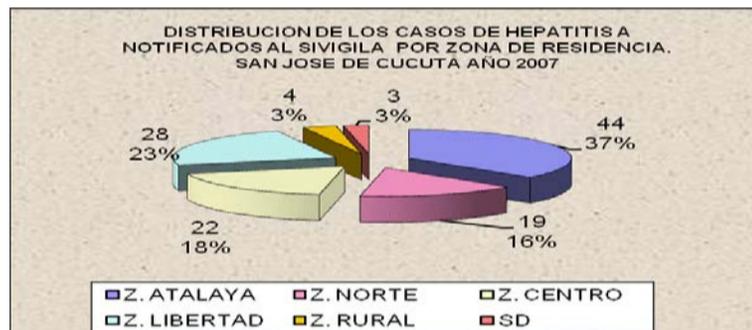
- **Hepatitis A**

Durante el año 2007 se reportaron 118 casos de hepatitis A en el Municipio de Cúcuta, disminuyendo considerablemente la frecuencia en relación con el año 2006, tal como se muestra a continuación:



Fuente: Vigilancia en Salud Pública – Secretaria de Salud de Cúcuta

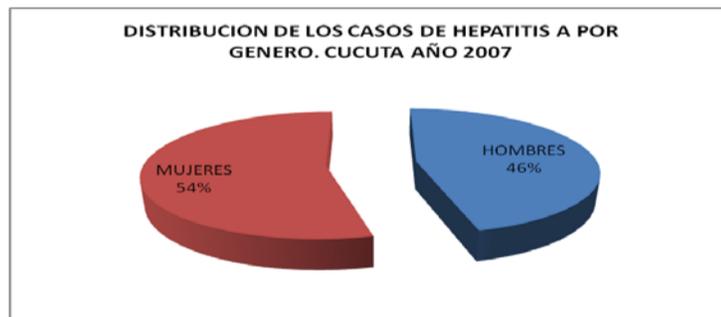
La tasa de morbilidad por hepatitis A para el 2007 es de 0.15 por 1.000 habitantes. El 65 % de los casos se presentaron en el grupo de 5 a 14 años en donde también se encuentra la mayor tasa de morbilidad, seguida del grupo de 15 a 44 años de edad.



Fuente: Vigilancia en Salud Pública – Secretaria de Salud de Cúcuta

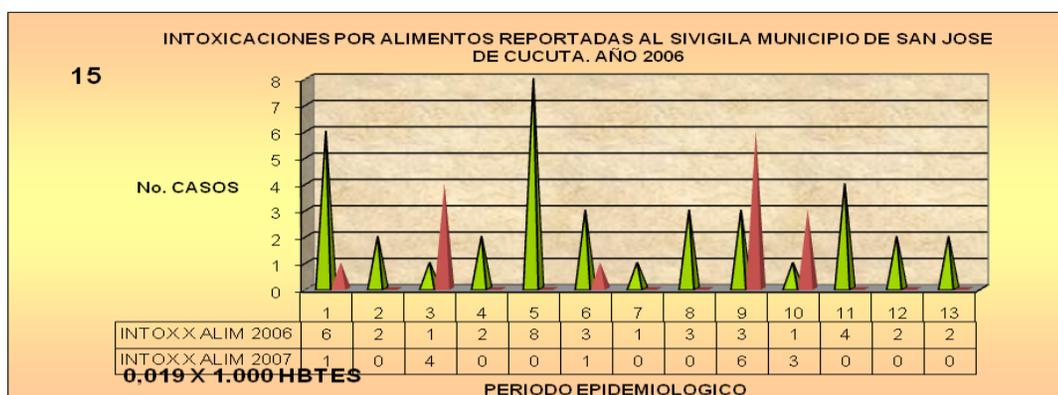
La Distribución geográfica de los casos de hepatitis A muestra que la zona de la Atalaya presentó el 37% de los casos, seguido de la zona de Libertad con el 23%, en tercer lugar se encuentra la zona Centro con 22% y la zona Norte con el 19%, la zona rural reside el 3% de los casos.

En cuanto a la distribución por género se encuentra que el género más afectado es el de las mujeres con el 54% de los casos, mientras que el 46% de las Hepatitis A notificadas al SIVIGILA corresponden a personas del género masculino.



Fuente: SIVIGILA Secretaria de Salud de Cúcuta.

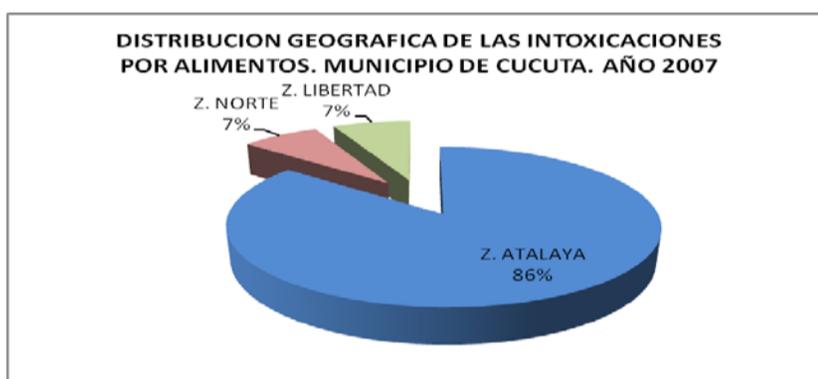
- **Intoxicación por alimentos:**



Durante el año 2007 se reportaron 15 casos de Intoxicación por alimentos al SIVIGILA, de los cuales 9 corresponden a un brote de ETA presentado en un establecimiento educativo, brote que fue atendido por el grupo de respuesta inmediata de la Secretaría de Salud.

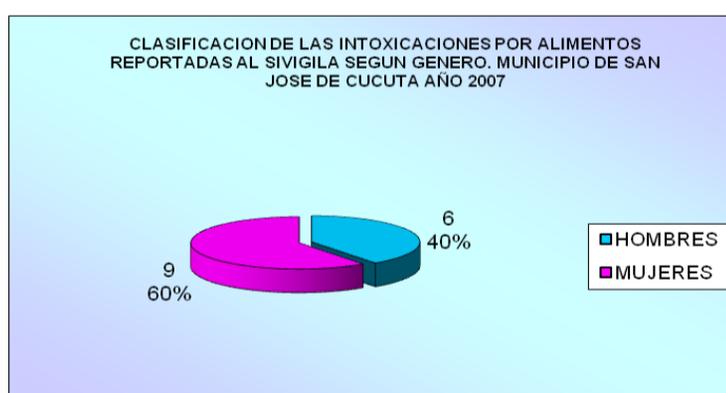
Dentro de los alimentos implicados se encuentran productos lácteos conservados inadecuadamente en su cadena de frío y pescados al parecer preparados con malos hábitos higiénicos.

Por área geográfica el 86% de los casos reside en la zona de Atalaya, seguida de la zona Norte y Libertad cada uno con el 7%.



Fuente: SIVIGILA Secretaría de Salud de Cúcuta.

Por género el 60% de los casos se presentaron en mujeres, mientras que el 40% se presentaron en hombres.



Fuente: SIVIGILA Secretaría de Salud de Cúcuta.

Atención a Brote de ETA

Atendido en el mes de agosto en el Policlínico de Atalaya a donde llegan 9 estudiantes de los grados 3 y 4 del establecimiento educativo Jaime Garzón del Barrio Cúcuta 75. residentes en la Zona de Atalaya de bajo nivel socioeconómico con un cuadro clínico caracterizado por Náuseas, eritema en cuello, vómito y dolor abdominal, asociado a la ingesta de una bebida láctea que fue suministrada en el establecimiento educativo. Este evento fue atendido por el grupo de respuesta inmediata de la Secretaría de Salud con el apoyo del grupo de alimentos.

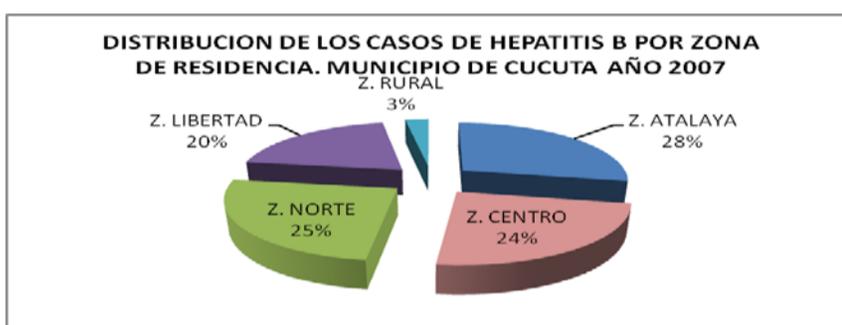
Infecciones de Transmisión Sexual:

- Hepatitis B



Fuente: Vigilancia en Salud Pública – Secretaria de Salud de Cúcuta

Se reportaron durante el año 2007 al SIVIGILA 79 casos, encontrándose una tasa de 0.1 x 1.000 habitantes, la mayor tasa por grupos etareos se encuentra en el grupo etareo de 45 a 59 años. El 58% de los casos reportados son del genero masculino, mientras el 42% de los casos de hepatitis se presentaron en mujeres. Se reportaron dos casos en menores de 15 años de edad.



Fuente: SIVIGILA Secretaria de Salud de Cúcuta.

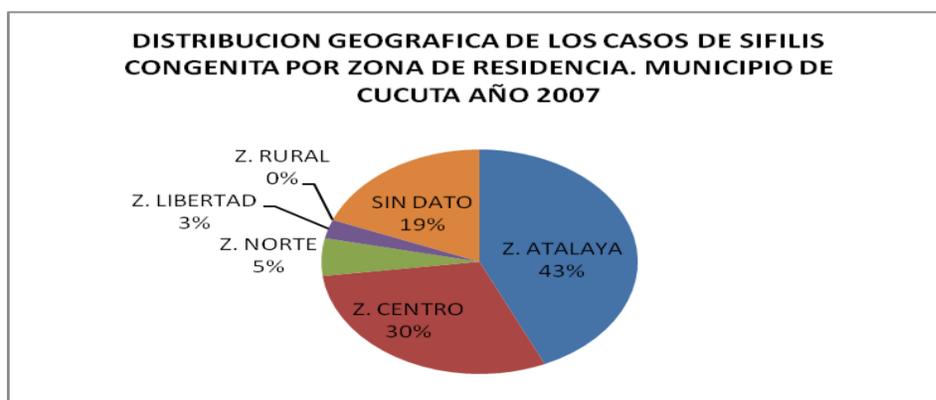
Al revisar la distribución geográfica de los casos de Hepatitis B se encuentra que el 28% de los casos residen en la zona de Atalaya, el 25% en la zona Norte, el 24% en la zona Centro, el 20% en la zona Libertad y el 3% en la Zona Rural.

- Sífilis Congénita**



Fuente: SIVIGILA Secretaria de Salud de Cúcuta.

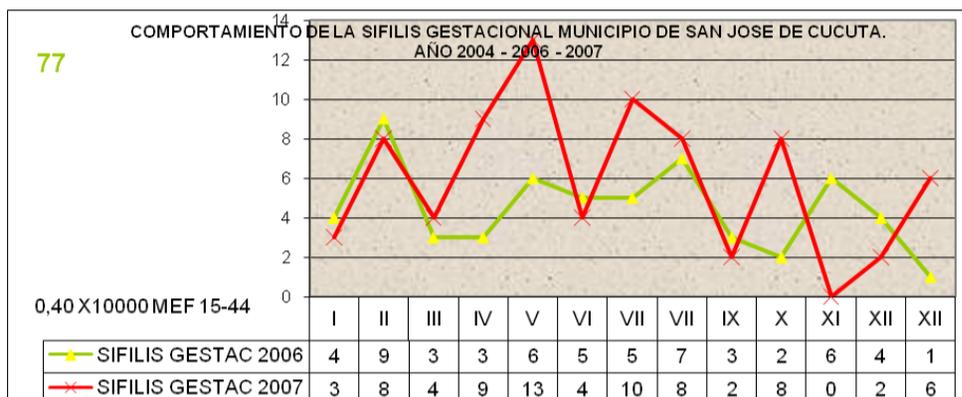
Se reportaron 37 casos de sífilis congénita en el año 2007, con un aumento de casos a partir del séptimo hasta el once periodo epidemiológico, esto debido tal vez a las visitas institucionales que se realizaron para búsqueda activa institucional de sífilis congénita y gestacional, la tasa de morbilidad por esta causa es de 2.09 casos por cada 1.000 niños menores de 1 año de edad.



Fuente: SIVIGILA Secretaria de Salud de Cúcuta.

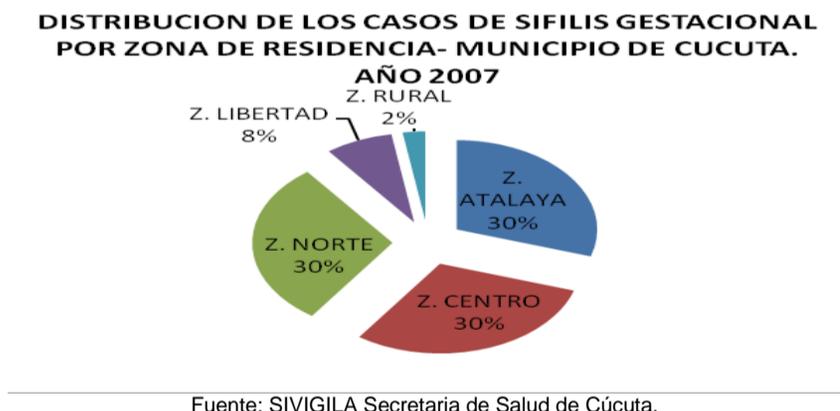
Revisando la distribución geográfica de los casos de sífilis congénita se encuentra que la zona en donde reside el mayor número de casos en la de Atalaya con el 43%, en segundo lugar aparece la zona centro con el 30% de los casos; es importante anotar como en el tercer lugar aparece la variable sin dato (19%) lo cual es preocupante ya que no permite realizar un seguimiento a los casos, estos casos corresponden a la UPGD HUEM en donde también el proceso de revisión de historia clínica es dispendioso por la demora de la historia clínica para llegar a Archivo que es donde se puede revisar; sin embargo en las historias revisadas tampoco se encuentra consignada esta variable de manera completa, posteriormente aparece la zona Norte con el 5% y la zona la Libertad con el 3%.

- **Sífilis Gestacional**



Se reportaron 77 casos de sífilis gestacional, con una tasa de 0.40 casos por cada 10.000 MEF de 15 a 44 años.

El nivel epidémico muestra un aumento en el número de casos, observando una frecuencia inferior en el 6, 9 y 11 periodo epidemiológico. En el periodo epidemiológico 5 se notificó el mayor número de casos (13 casos)



La distribución geográfica de los casos de sífilis gestacional muestra una proporción de casos similar en las zonas Atalaya, Norte y Centro con el 30% de los casos cada uno, en la zona de Atalaya reside el 8% de los casos y en la zona rural el 2%.

- **VIH/SIDA**

Se reportaron al SIVIGILA del primer al trece periodo epidemiológico 111 casos de VIH/SIDA, con una tasa de morbilidad por 1.000 habitantes de 0.14. el 73% de los casos se presentaron en el grupo de 15 a 44 años en donde se observa la mayor frecuencia de casos por grupo etario y la mayor tasa esta en el grupo de 45 a 59 años.

4.76% de los casos se presentaron en el grupo de 5 a 14 años con una tasa de 0.2 casos por cada 10.000 niños en este grupo de edad, se reporto además un caso de 1 a 4 años de edad con una tasa de 0.12 por cada 10.000 niños en este grupo etario y otro caso en un menor de un año con una tasa de 0.56 por 10.000 niños de este grupo de edad.

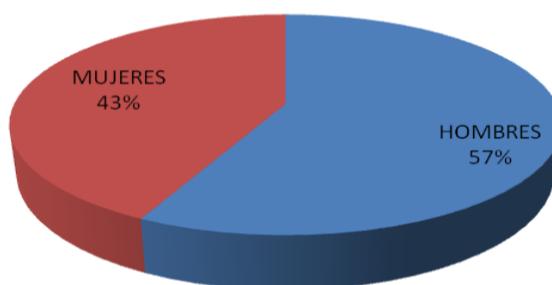
DISTRIBUCION GEOGRAFICA DE LOS CASOS DE VIH EN EL MUNICIPIO DE CUCUTA. AÑO 2007



0.14 X 1000 HBTES

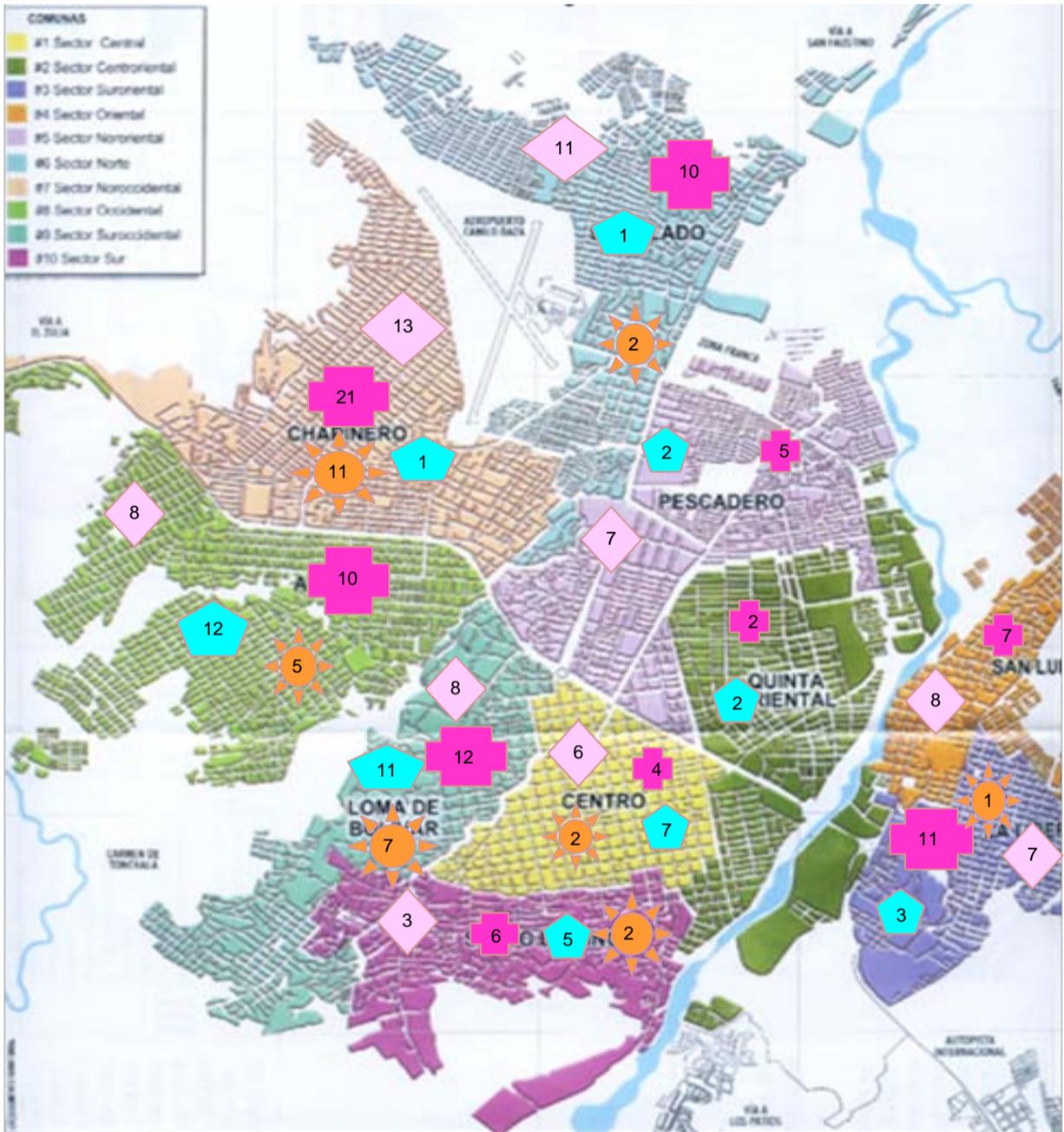
Por georeferenciación el 35% de los casos de VIH residen en la zona de Atalaya, el 25% en la zona Centro, el 20% en la zona de la Libertad, el 19% en la zona Norte, no se reportaron casos de VIH en la zona rural.

DISTRIBUCION POR GENERO DE LOS CASOS DE VIH EN EL MUNICIPIO DE CUCUTA. AÑO 2007



La distribución por genero de los casos de VIH en el Municipio de San José de Cúcuta, muestra que el genero más afectado es el masculino con el 57% de los casos, en el genero femenino se encuentra el 43% de los casos.

**MAPEO VIGILANCIA DE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL
MUNICIPIO DE SAN JOSE DE CUCUTA AÑO 2007
ZONA URBANA**



	HEPATITIS B
	SIFILIS GESTACIONAL
	SIFILIS CONGENITA
	VIH/SIDA

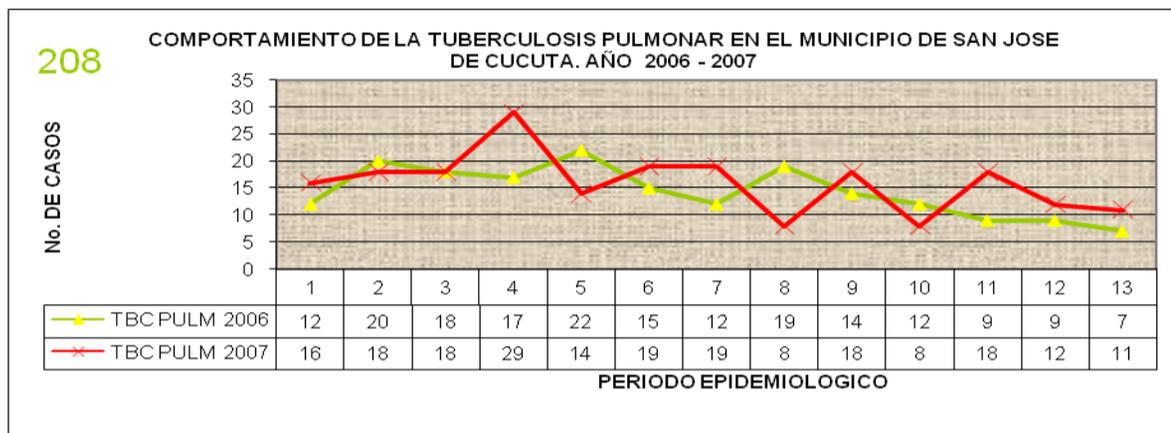
**MAPEO VIGILANCIA DE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL
MUNICIPIO DE SAN JOSE DE CUCUTA AÑO 2007
ZONA RURAL**



	HEPATITIS B
	SIFILIS GESTACIONAL

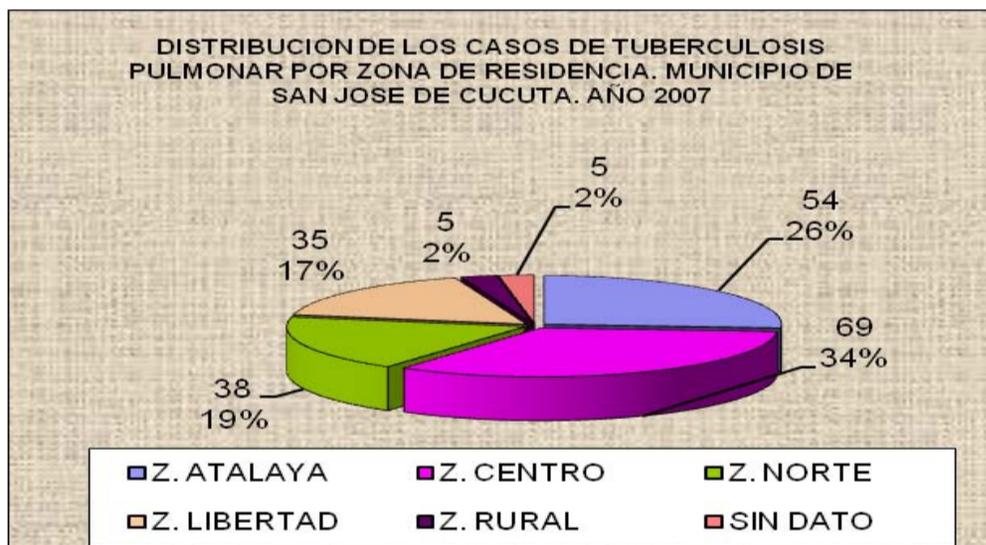
Otras enfermedades de interés en salud pública:

- Tuberculosis pulmonar



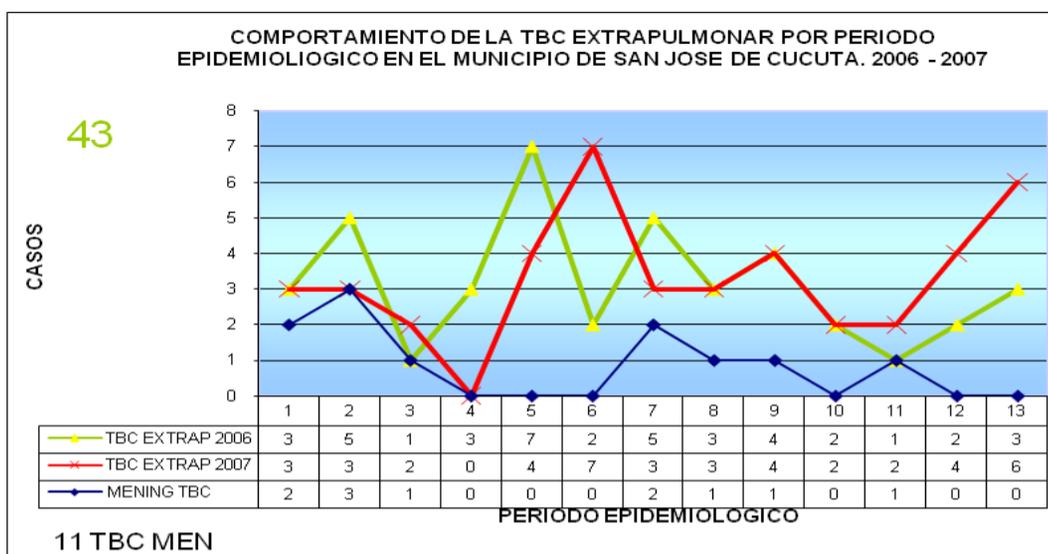
Se notificaron en el año 2007 por el SIVIGILA 208 casos de tuberculosis pulmonar observándose en la curva epidémica un comportamiento por encima del año anterior aunque la frecuencia es muy similar, se observa una frecuencia inferior al 2006 en los periodos 5, 8 y 9.

La tasa de morbilidad para este evento es de 0.26 casos por 1.000 habitantes en el Municipio de Cúcuta. Por frecuencia de casos el grupo etareo con mayor número de casos es el de 15 a 44 años, la mayor tasa específica por grupos de edad es en el grupo de 60 y más años.



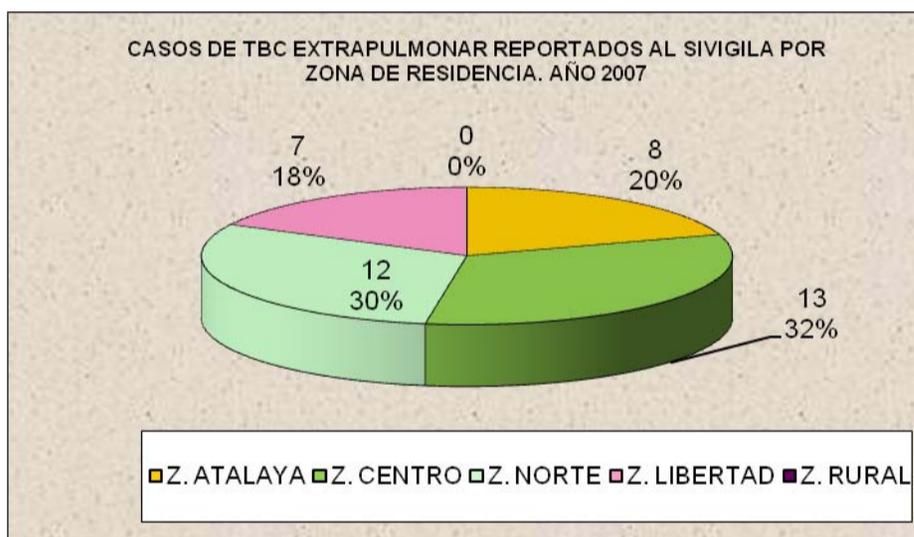
Por área de residencia el mayor número de casos de Tuberculosis pulmonar se encuentra en la zona centro 34%, seguido de la zona Atalaya con el 26%, la zona Norte con el 19%, zona Libertad con el 17%, zona rural con el 2%.

- Tuberculosis extrapulmonar



En relación con la Tuberculosis extrapulmonar se notificaron al sistema 43 casos en el año 2007; de acuerdo a la curva epidémica se encuentra que aunque la frecuencia durante los primeros periodos epidemiológicos es menor al año anterior exceptuando el tercer periodo epidemiológico después del cuarto periodo se observa un incremento de casos con una tendencia al aumento la cual se mantiene incrementándose aun más desde el 11 periodo epidemiológico.

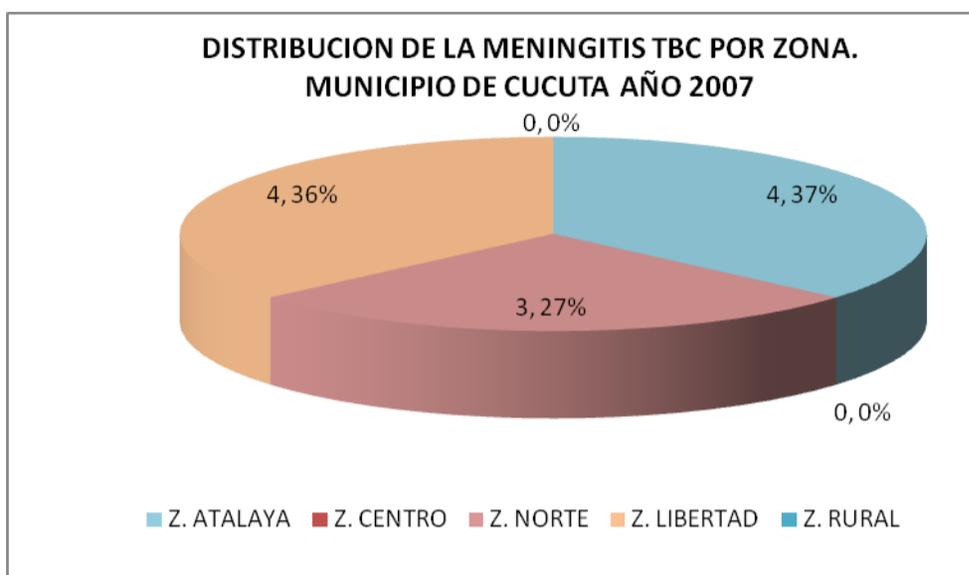
La tasa de morbilidad general por Tuberculosis extrapulmonar es de 0.05 casos por 1.000 habitantes del Municipio de Cúcuta; presentándose la mayor proporción de casos en el grupo de 15 a 44 años; la mayor tasa específica por grupo de edad se encuentra en el grupo de 45 a 59 años.



Los casos de Tuberculosis extrapulmonar se encuentran en un 32% en la zona Centro, seguidos de la zona Norte con el 30%, la zona Libertad con el 20%, la Zona Atalaya con el 18%

- **Meningitis Tuberculosa:**

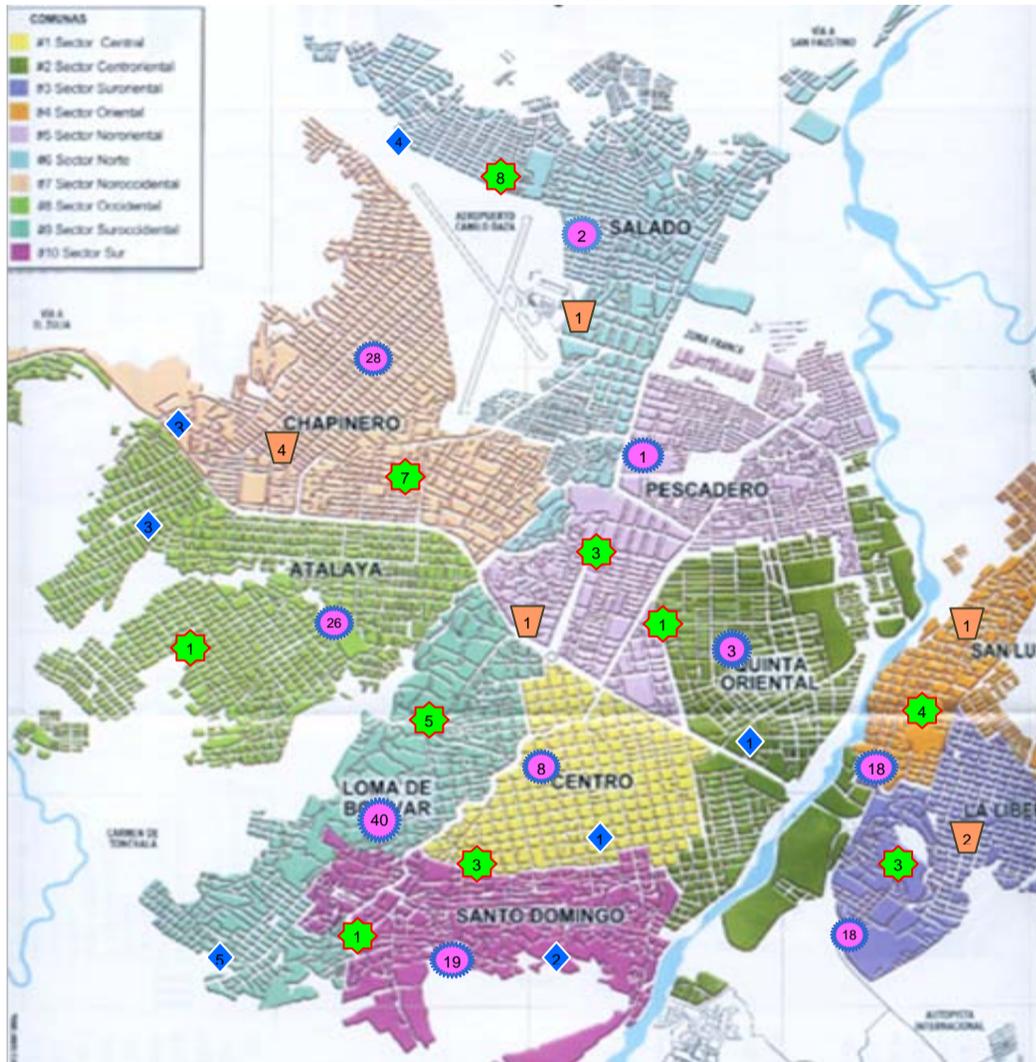
Se reportaron además 11 casos de Meningitis Tuberculosa, el 80% se presentaron en el grupo de 15 a 44 años, el 10% en el grupo de 45 a 59 años y el 10% en menores de 1 año de edad. La tasa es de 0.01 por 1.000 habitantes.



Los casos reportados distribuidos geográficamente muestra un 37% de los casos ubicados en la zona de Atalaya, el 36% en la zona Libertad y un 27% en la zona de Norte, no se reportaron casos en al zona centro ni rural.

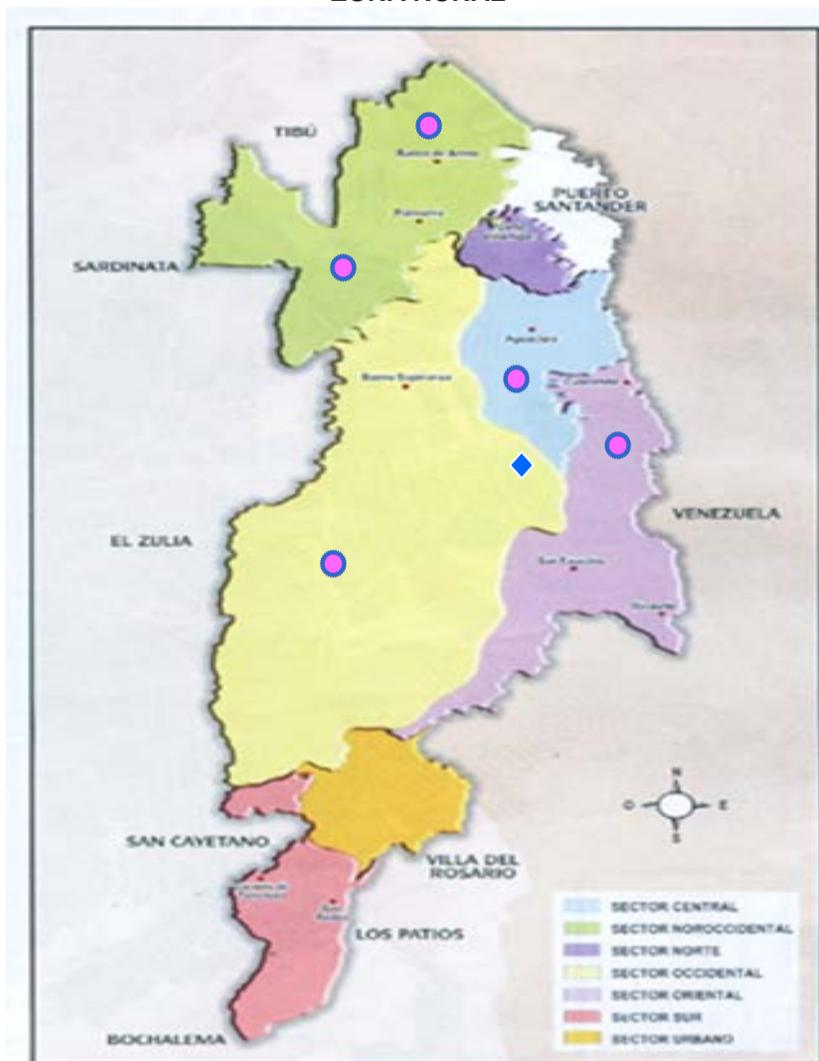
INDICADORES DE PROCESO	AÑO 2007
Número De casos notificados de Meningitis Tuberculosa al programa Control de la Tuberculosis	11
Número De casos en menores de un año	1
Número de casos entre 1 y 14 años	0
Número de casos en mayores de 15 años	10
Número de casos confirmados por laboratorio	2
Proporción de Meningitis Tuberculosa entre los casos nuevos de Tuberculosis	$11/262 = 4.19\%$
Proporción de Pacientes con coinfección TBC- VIH/SIDA	$3/11 = 27.3\%$
Porcentaje de Investigaciones Epidemiológicas realizadas una vez captado el caso	$11/11 = 100\%$
INDICADORES DE RESULTADO	
Cobertura de Vacunación para BCG	83.28% Esperado 95.04%
Tasa de incidencia por 100.000 habitantes	0.14
Tasa de letalidad por 1.000	27

**MAPEO VIGILANCIA DE TUBERCULOSIS Y LEPRA
MUNICIPIO DE SAN JOSE DE CUCUTA AÑO 2007
ZONA URBANA**



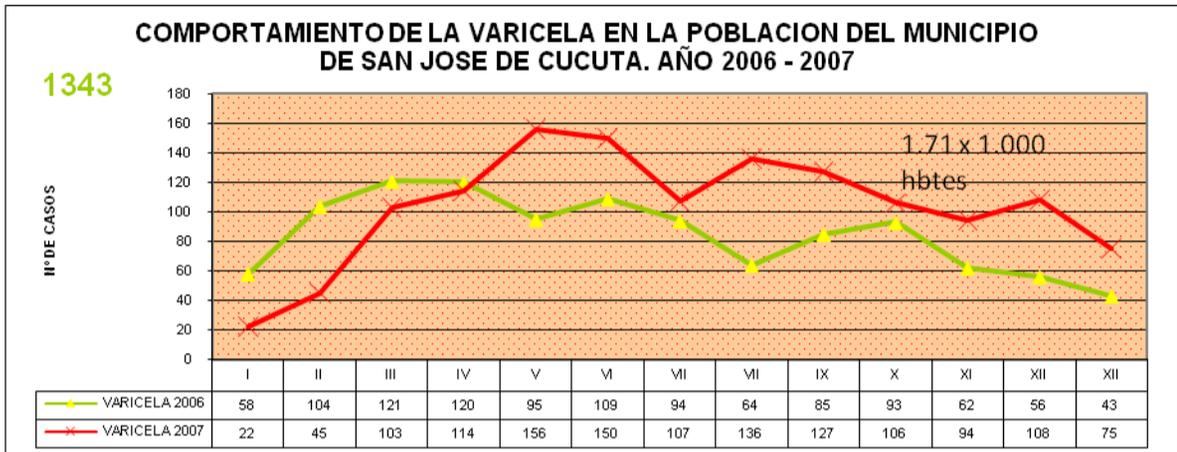
	TUBERCULOSIS PULMONARES
	TUBERCULOSIS EXTRAPULMONARES
	TUBERCULOSIS MENINGEA
	LEPRA

**MAPEO VIGILANCIA DE TUBERCULOSIS Y LEPRA
MUNICIPIO DE SAN JOSE DE CUCUTA AÑO 2007
ZONA RURAL**



●	TUBERCULOSIS PULMONARES (AGUA CLARA, SAN FAUSTINO, BANCO DE ARENA, PALMARITO)
◆	LEPRA (LA FLORESTA)

- **Varicela**



Fuente: Vigilancia en Salud Pública – Secretaria de Salud de Cúcuta

Se han reportado en el año 2007 al SIVIGILA 1343 casos de varicela, observando un incremento de casos desde el segundo periodo epidemiológico con una tendencia ascendente, el crecimiento de este evento es 10 veces mayor entre el segundo y sexto periodo epidemiológico, superando la frecuencia presentada en año 2006 a partir del quinto periodo, descendiendo en el séptimo periodo epidemiológico, aumentando nuevamente en el octavo y noveno periodo epidemiológico manteniéndose hasta el once periodo, se aumenta en el periodo doce y desciende en el trece, sin embargo desde el quinto periodo epidemiológico el número de casos es superior al presentado en el año 2006.

El mayor número de casos se encuentra en el grupo de 5 a 14 años encontrándose también la mayor tasa de morbilidad específica en este grupo, en importancia sigue el grupo de 15 a 44 años en frecuencia de casos, pero en tasas el segundo grupo de importancia es el de 1 a 4 años. La tasa global de Morbilidad por varicela es de 1.71 casos por cada 1.000 habitantes.

- **Accidente Ofídico**



Se reportaron 16 casos de accidente ofídico en el Municipio de San José de Cúcuta, atendidos en el HUEM, clínica San José y ESE FPS UH Cúcuta. El periodo epidemiológico con el mayor número de casos fue el noveno con 4 casos.

La zona con mayor número de casos de accidente ofídico es la rural con el 37% de los casos, las zonas Centro y Norte, Atalaya cada uno con 19%, la zonas de la Libertad con el 6%.

**MAPEO VIGILANCIA DE ACCIDENTES OFIDICOS
MUNICIPIO DE SAN JOSE DE CUCUTA AÑO 2007
ZONA URBANA**



COM 3	SAN MATEO
COM 5	NIZA
COM 6	CAÑO LIMON, AEROPUERTO
COM 7	MOTILONES, CLARET
COM 8	PALMERAS
COM 9	LOMA DE BOLIVAR, MINUTO DE DIOS
COM 10	SAN RAFAEL

**MAPEO VIGILANCIA DE ACCIDENTES OFIDICOS
MUNICIPIO DE SAN JOSE DE CUCUTA AÑO 2007
ZONA RURAL**



Z . RURAL	EL PORTICO, EL SUSPURO, CARMEN DE TONCHALA, SAN PEDRO, GUARAMITO
-----------	--

- **Otras Intoxicaciones:**

A través del SIVIGILA se han notificado las intoxicaciones por sustancias químicas, solventes, metanol, fármacos y plaguicidas, siendo las de mayor frecuencia las intoxicaciones por plaguicidas y por otras sustancias químicas en su mayoría por intentos de suicidio.

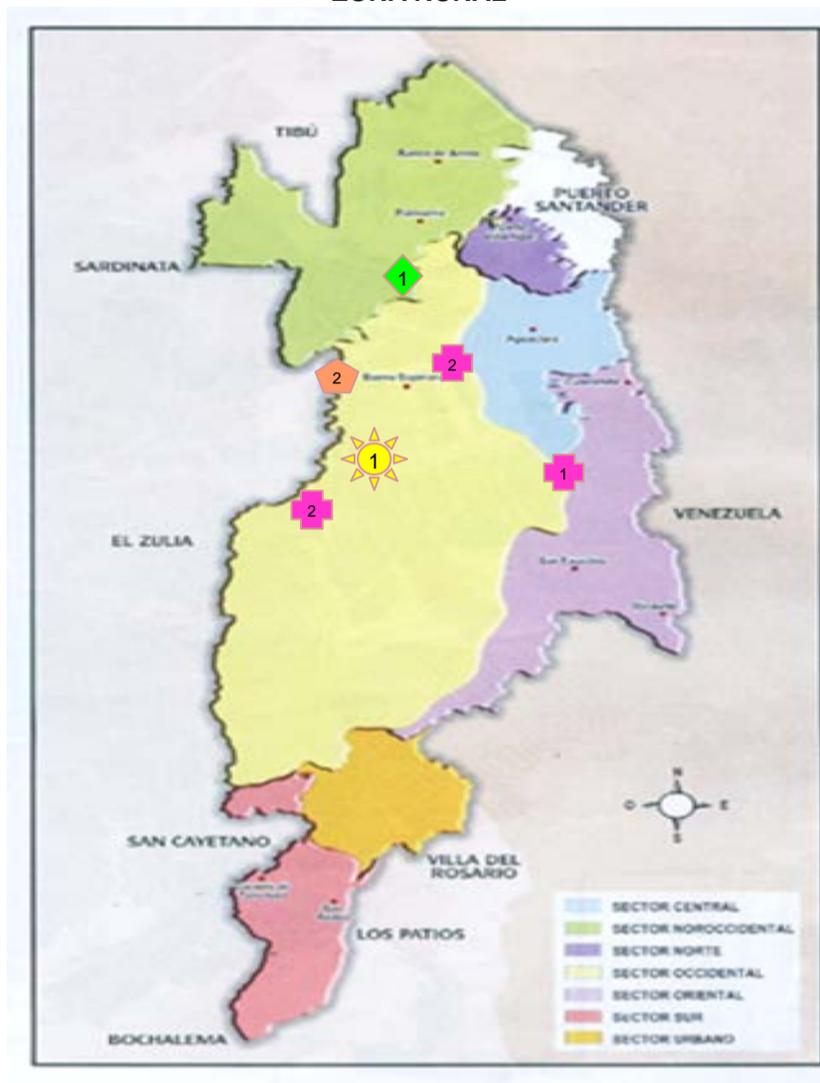
Se reportaron al SIVIGILA en el año 2007 los siguientes casos: intoxicaciones por plaguicidas: 122, por fármacos: 54, por metanol: 3, por solventes: 9, por otras sustancias químicas: 100

**MAPEO VIGILANCIA DE INTOXICACIONES
MUNICIPIO DE SAN JOSE DE CUCUTA AÑO 2007
ZONA URBANA**



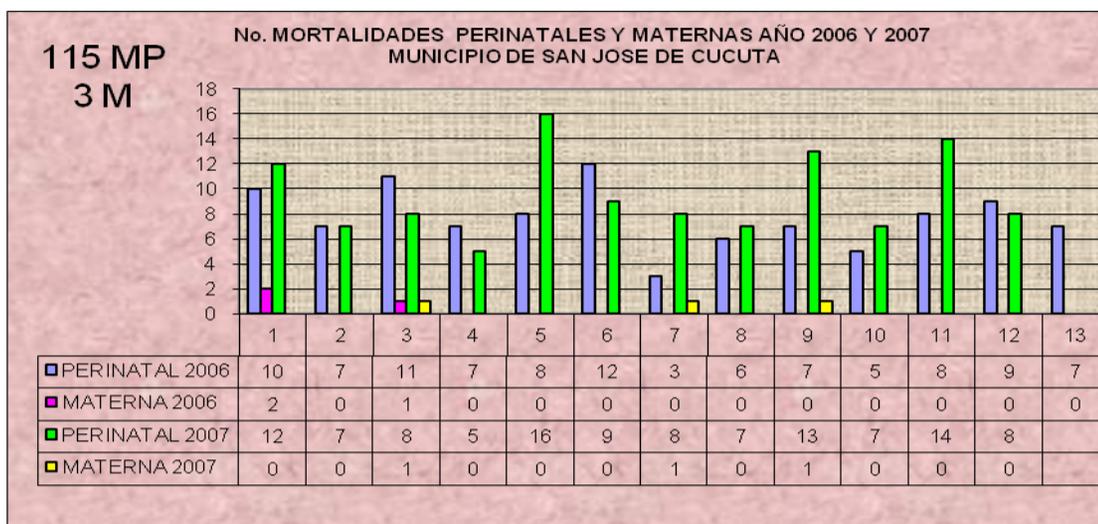
	INTOXICACION POR FARMACOS
	INTOXICACION POR OTRAS SUSTANCIAS QUIMICAS
	INTOXICACION POR MENTANOL
	INTOXICACION POR PLAGUICIDAS
	INTOXICACION POR SOLVENTES

**MAPEO VIGILANCIA DE INTOXICACIONES
MUNICIPIO DE SAN JOSE DE CUCUTA AÑO 2007
ZONA RURAL**



	INTOXICACION POR FARMACOS (CAMILO TORRES)
	INTOXICACION POR OTRAS SUSTANCIAS QUIMICAS (BUENA ESPERANZA, LIMONCITO)
	INTOXICACION POR MENTANOL (LLANO SECO)
	INTOXICACION POR PLAGUICIDAS

Mortalidad Perinatal:



Fuente: Vigilancia en Salud Pública – Secretaria de Salud de Cúcuta

Se reportaron en el SIVIGILA 115 Mortalidades Perinatales y 3 mortalidades maternas en el Municipio de San José de Cúcuta. Comparando con el año anterior se encuentra una frecuencia superior en las mortalidades perinatales ya que para el 2006 se reportaron 94 casos, registrándose para el 2007, 21 casos por encima de lo reportado el año anterior, la tasa de mortalidad es de 6.52 muertes perinatales por 1.000 niños menores de un año.

13 IPS han notificado casos de Mortalidad Perinatal en Cúcuta, ellas son:

UPGD	No. CASOS	%
ESE HUEM	73	63.47
CLINICA SALUDCOOP LA SALLE	10	8.69
CLINICA SAN JOSE	9	7.82
ESE FPS UNIDAD HOSPITALARIA CUCUTA	9	7.82
CLINICA SANTA ANA	5	4.34
CLINICA MEDICO QUIRURGICA	2	1.73
UNIDAD BASICA COMUNEROS	2	1.73
CLINICA NORTE	1	0.86
CLINICA METROPOLITANA	1	0.86
FUNDACION MARIO GAITAN YANGUAS	1	0.86
POLICLINICO ATALAYA	1	0.86
UNIDAD BASICA LA LIBERTAD	1	0.86
UNIDAD BASICA PUENTE BARCO	1	0.86
TOTAL	115	100

3 IPS notificaron casos de Mortalidad Materna:

UPGD	No. CASOS	%
ESE HUEM	1	33.3
CLINICA SANTA ANA	1	33.3
ESE FPS UNIDAD HOSPITALARIA CUCUTA	1	33.3
TOTAL	3	100

En cuanto a la afiliación al sistema general de seguridad social en salud, el 63.5% pertenecen a régimen subsidiado y vinculado lo cual muestra que la mayoría de mujeres pertenecen a bajo nivel socioeconómico (35.65% vinculado y 32.2 subsidiado), el 27.8% son del contributivo y un 3.47% del régimen de excepción.

COVE DE MORTALIDAD PERINATAL: 90% de los casos han sido analizados en las IPS.

PLANES DE MEJORAMIENTO: todas las IPS con casos elaboraron planes de mejoramiento.

Falencias encontradas:

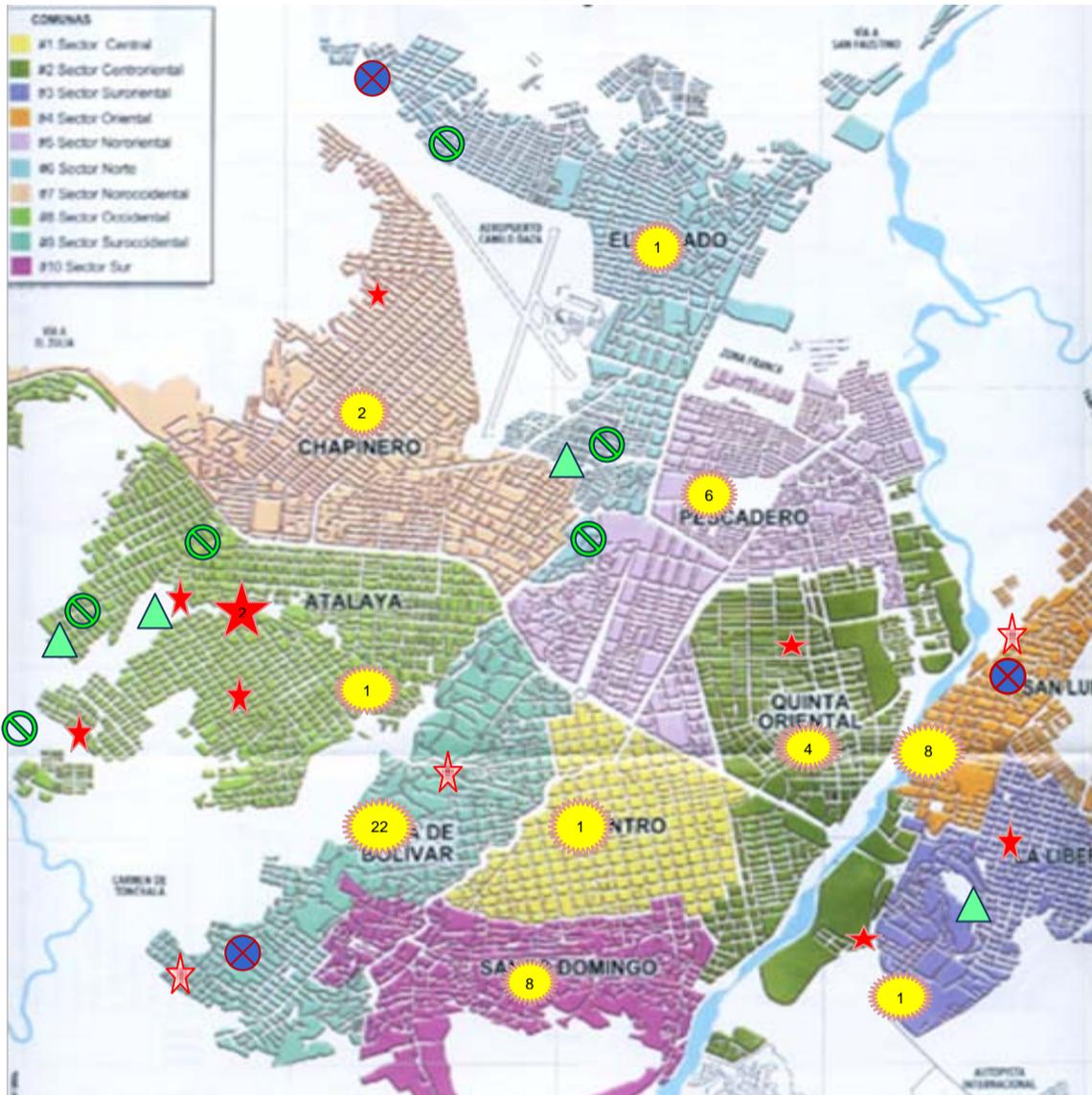
- ☼ Falta en el programa de salud sexual y reproductiva ya que en la mayoría de los casos las gestantes no estaban planificando y no planearon el embarazo.
- ☼ Falta en la inducción de la demanda a los programas de detección temprana y protección específica por el número elevado de gestantes sin inicio de controles en el primer trimestre y con número reducido de los mismos.

- ☼ Falla en el diligenciamiento de las fichas de notificación y en los carné maternos pues en muy pocas historias se encontró el carné sugerido por el instituto departamental de salud.
- ☼ Falla en la oportunidad y calidad de los COVE de mortalidad perinatal y los planes de mejoramiento.
- ☼ No en todas las instituciones se diligencia la historia clínica perinatal simplificada sugerida por el Instituto Dptal de Salud.
- ☼ Falla en el manejo de pacientes clasificadas con alto riesgo obstétrico.
- ☼ Falla en el diligenciamiento de las remisiones a niveles de complejidad altos, porque no se registra la información completa sobre evolución del embarazo, laboratorio clínico, tratamientos realizados.
- ☼ Falla en la calidad de los controles prenatales y en la aplicación de la norma sobre detección temprana de alteraciones del embarazo, pues se encontró que algunas IPS no ordenan las pruebas de apoyo diagnóstico completas y oportunamente, no realizan clasificación e intervención oportuna del riesgo, no diligencian en forma completa y correcta la historia clínica (se deben tener en cuenta lineamientos Resolución 1995 y anexos de Resolución 412 de 2000).
- ☼ Insuficiencia de camas de UCI neonatal disponibles en la ciudad e insuficiencia de equipos como monitoreo fetal y otros en instituciones de 3 y 4 nivel de complejidad que reciben gran cantidad de pacientes procedentes de Cúcuta, de otros municipios de Norte de Santander, de otros departamentos e incluso de Venezuela.
- ☼ Falla en el sistema de referencia y contrarreferencia.

Para fortalecer la situación de Mortalidad Materna y Perinatal se la Secretaria de Salud cuenta con 2 Auditores: un médico y una enfermera los cuales han realizado las siguientes acciones:

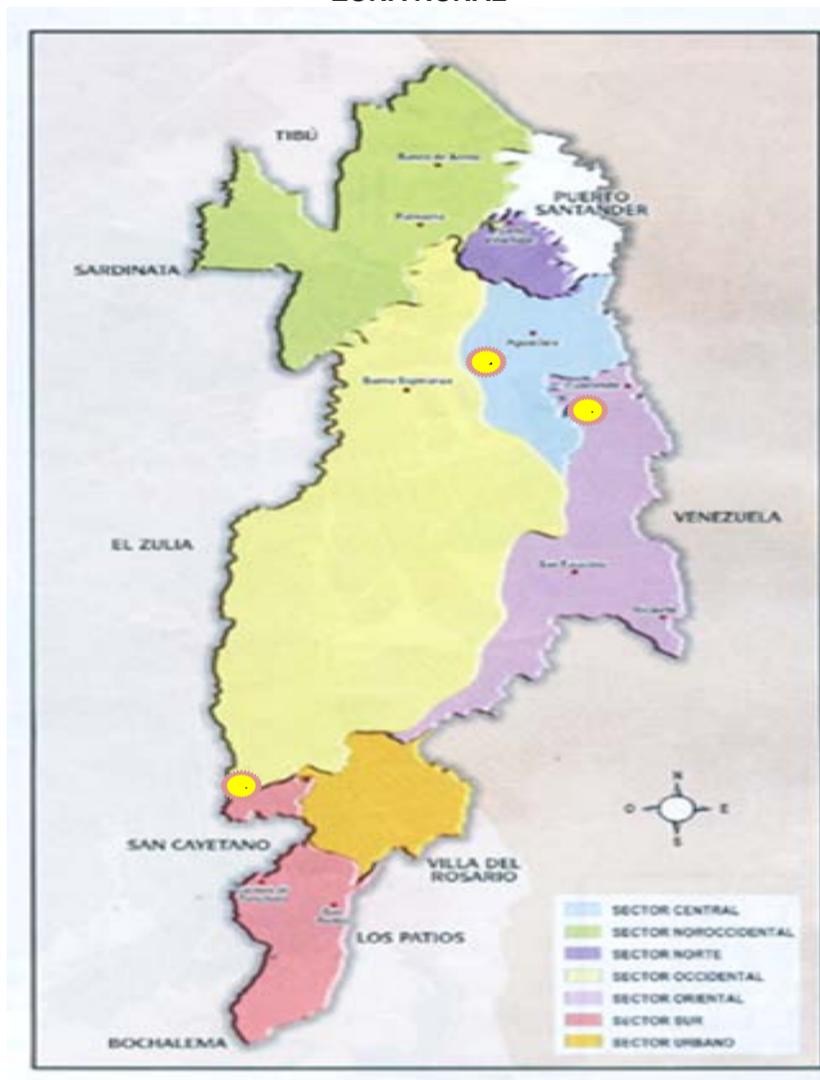
- Participación en los comités de análisis de muerte materna- perinatal en las siguientes instituciones: ESE HUEM, Unidad Básica de Comuneros, Clínica San José.
- Verificación de planes de mejoramiento:
- Visitas institucionales de asesoría para el análisis de las mortalidades maternas-perinatales

**MAPEO VIGILANCIA DE MORTALIDADES DE EVENTOS DE VSP
MUNICIPIO DE SAN JOSE DE CUCUTA AÑO 2007
ZONA URBANA**



	Mortalidades perinatales
	Mortalidad materna (libertad, palmeras, Antonia santos, las américas)
	Mortalidad por dengue (La Victoria, Palmeras, Ceiba II, San Mateo, Nuevo Horizonte, Doña Nidia, Santa Ana, Buenos Aires, Pueblo Nuevo, Divina Pastora, San Martín)
	Mortalidad por IRA (Las Americas, Belisario, Tucunare, Porvenir, Antonia Santos, Sevilla)
	Mortalidad por EDA (Simón Bolívar, San Martín, Belén)

MAPEO VIGILANCIA DE MORTALIDADES DE EVENTOS DE VSP
MUNICIPIO DE SAN JOSE DE CUCUTA AÑO 2007
ZONA RURAL



3

MORTALIDADES PERINATALES
(AGUA CLARA, CARMEN DE TONCHALA, GUARAMITO)

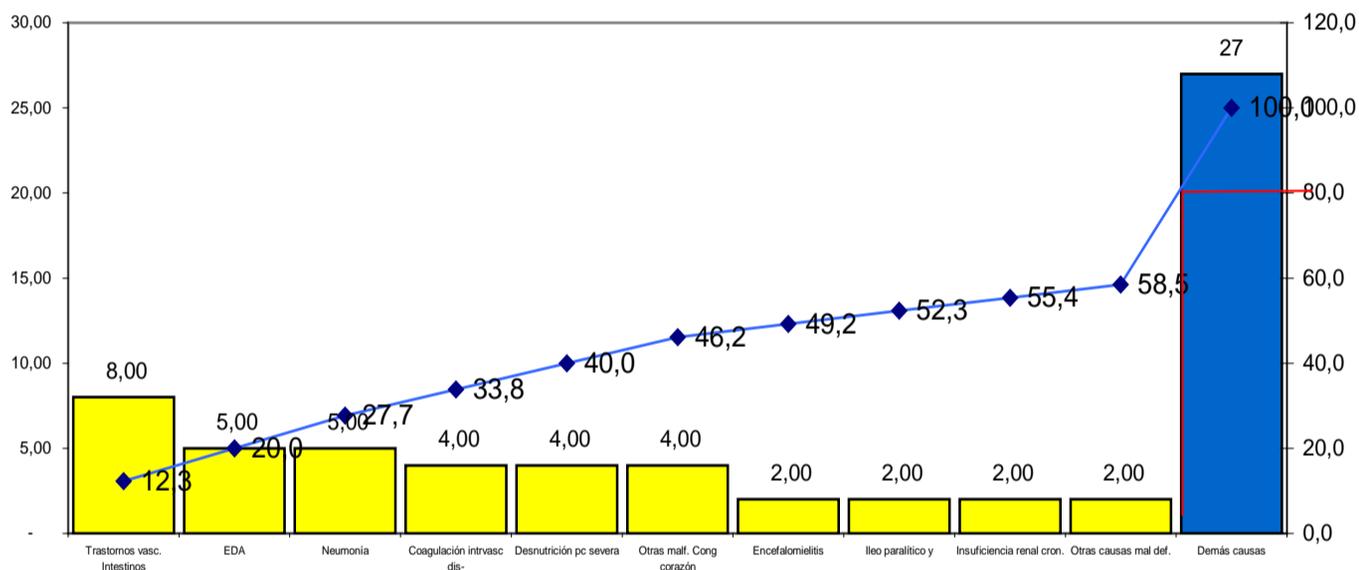
En todas las mortalidades notificadas a través del SIVIGILA se realizó visita domiciliaria y análisis de casos.

2.2.1.2 Mortalidad

Censo DANE, 2005

2.2.1.2.1 Mortalidad según Grupo Poblacional

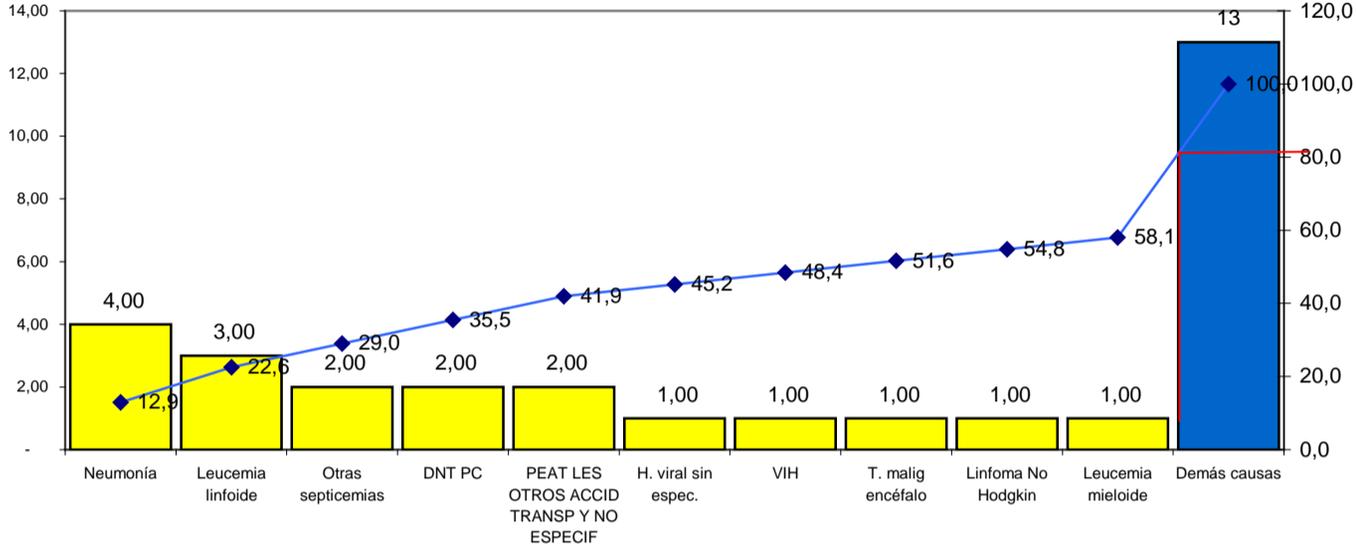
Mortalidad en menores de 1 año Cúcuta, 2006



Mortalidad en menores de 1 año		
Causa	Número casos	%
Trastornos vasc. Intestinos	8	12,3
EDA	5	7,7
Neumonía	5	7,7
Coagulación intrvasc dis-	4	6,2
Desnutrición pc severa	4	6,2
Otras malf. Cong corazón	4	6,2
Encefalomiелitis	2	3,1
Ileo paralítico y	2	3,1
Insuficiencia renal cron.	2	3,1
Otras causas mal def.	2	3,1
Demás causas	27	41,5
TOTAL	65	100,0

En primer lugar se encuentran los trastornos vasculares de los intestinos con el 12,31%. La enfermedad diarreica y la neumonía son la segunda y tercera causa de mortalidad en el grupo, con el 15,38%, las cuales son causas evitables, seguido de otras causas tales como otras malformaciones congénitas del corazón, con el 6,15%, desnutrición proteicocalórica severa con el 6,15% y otras causas.

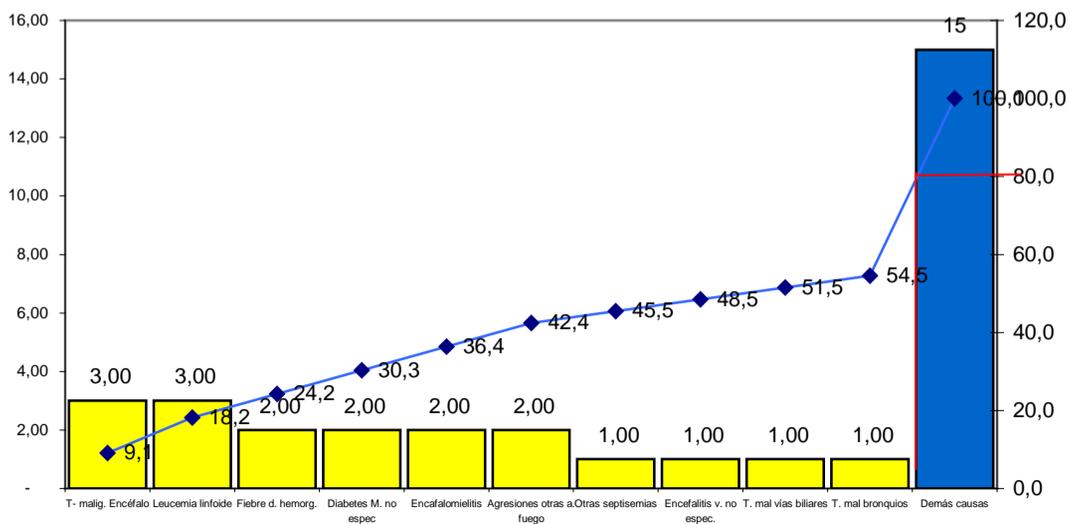
Mortalidad en población de 1 a 4 años Cúcuta, 2006



Mortalidad de 1 a 4 años		
Causa	Número casos	%
Neumonía	4	12,9
Leucemia linfoide	3	9,7
Otras septicemias	2	6,5
DNT PC	2	6,5
Otros Acc. Transp No espec	2	6,5
H. viral sin espec.	1	3,2
VIH	1	3,2
T. malig encéfalo	1	3,2
Linfoma No Hodgkin	1	3,2
Leucemia mieloide	1	3,2
Demás causas	13	41,9
TOTAL	31	100,0

Las muertes ocasionadas por la neumonía ocupan el primer lugar con 12,9%. En tercer lugar se encuentran las ocasionadas por la diarrea y gastroenteritis de presunto origen bacteriano con el 3.7%, seguida de las ocasionadas por accidente de vehículo con el 3.7% y en igual porcentaje las muertes ocasionadas por peatón lesionado por colisión con automóvil y en quinto lugar, con el 2.78%, las ocasionadas por otras malformaciones del corazón.

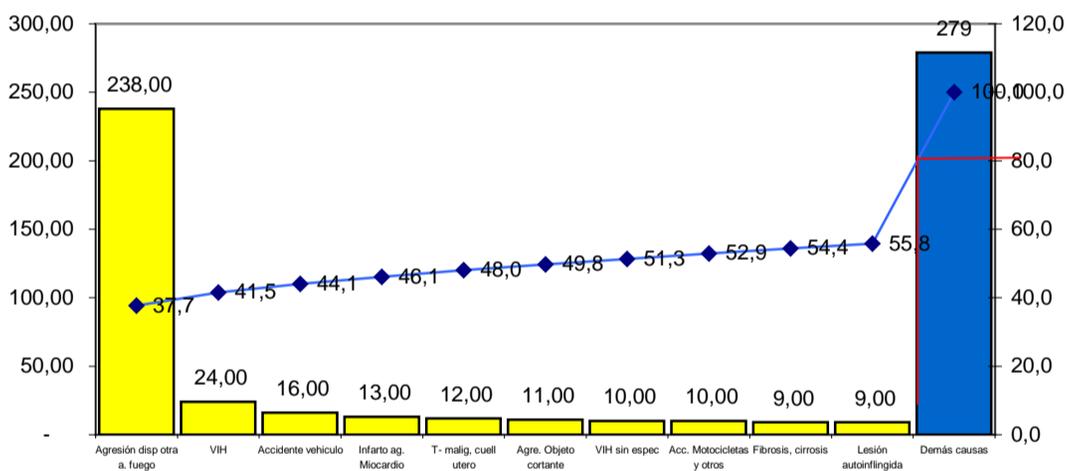
Mortalidad en población de 5 a 14 años Cúcuta, 2006



Mortalidad de 5 a 14 años		
Causa	Número casos	%
T- malign. Encéfalo	3	9,1
Leucemia linfoide	3	9,1
Fiebre d. hemorg.	2	6,1
Diabetes M. no espec	2	6,1
Encefalomiелitis	2	6,1
Agresiones otras a. fuego	2	6,1
Otras septisemias	1	3,0
Encefalitis v. no espec.	1	3,0
T. mal vías biliares	1	3,0
T. mal bronquios	1	3,0
Demás causas	15	45,5
TOTAL	33	100,0

Se observa que el primer lugar es ocupado por enfermedades crónicas y degenerativa las cuales representan casi una tercera parte de las causas de mortalidad en el grupo poblacional de 5 a 14 años, las enfermedades infecciosas y trasmisibles ocupan el segundo lugar con 18,18% y en tercer lugar las ocasionadas por agresión con disparo de otras armas de fuego con 6.48%, dando inicio a la aparición de las muertes violentas

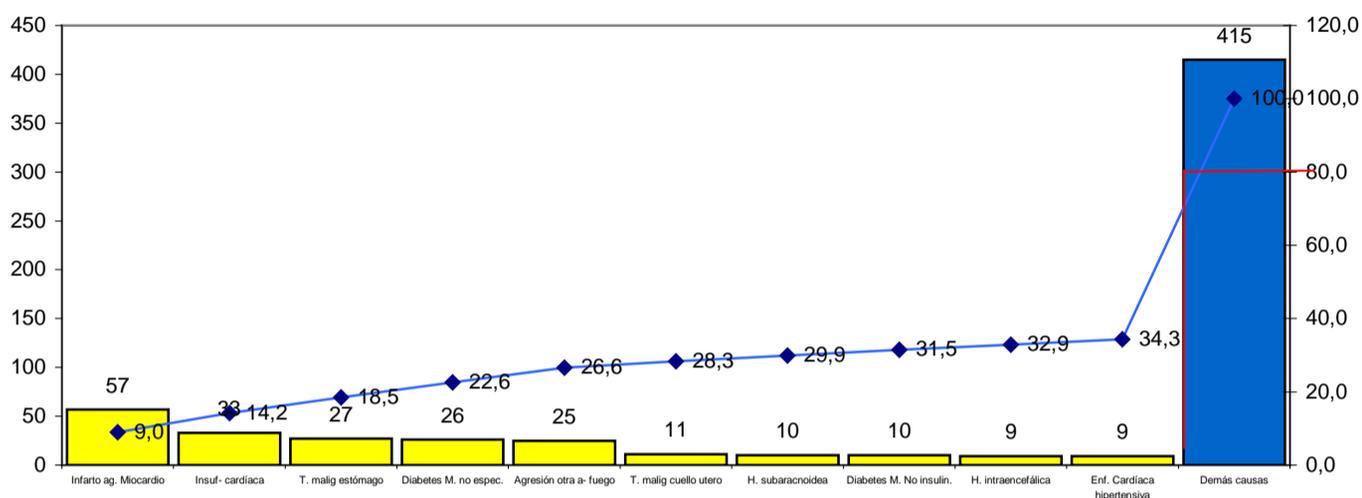
Mortalidad en población de 15 a 44 años Cúcuta, 2006



Mortalidad de 15 a 44 años		
Causa	Número casos	%
Agresión disp otra a. fuego	238	37,7
VIH	24	3,8
Accidente vehiculo	16	2,5
Infarto ag. Miocardio	13	2,1
T- malign. cuell utero	12	1,9
Agre. Objeto cortante	11	1,7
VIH sin espec	10	1,6
Acc. Motocicletas y otros	10	1,6
Fibrosis, cirrosis	9	1,4
Lesión autoinflingida	9	1,4
Demás causas	279	44,2
TOTAL	631	100,0

En el grupo poblacional de 15 a 44 años es preocupante el alto porcentaje de muertes por agresión con arma de fuego y otros objetos cortopunzantes, lo cual refleja los altos niveles de violencia de la ciudad con un 39,42%. Es el grupo que presenta el mayor número de muertes no esperadas. En segundo lugar está el VIH con 5,39%. En tercer lugar están las muertes por accidente de vehículo con el 4,12%.

Mortalidad en población de 45 a 64 años Cúcuta, 2006



Mortalidad de 45 a 64 años		
Causa	Número casos	%
Infarto ag. Miocardio	57	9,0
Insuf- cardíaca	33	5,2
T. malig estómago	27	4,3
Diabetes M. no espec.	26	4,1
Agresión otra a- fuego	25	4,0
T. malig cuello utero	11	1,7
H. subaracnoidea	10	1,6
Diabetes M. No insulin.	10	1,6
H. intraencefálica	9	1,4
Enf. Cardíaca hipertensiva	9	1,4
Demás causas	415	65,7
TOTAL	632	100,0

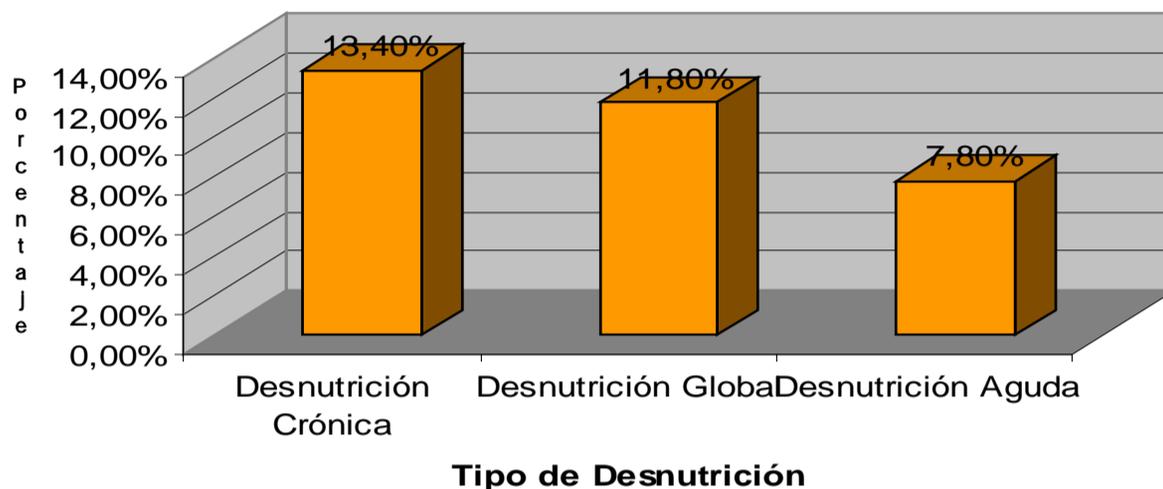
Se observa que en el grupo poblacional de 45 a 64 años las primeras causas de mortalidad corresponden a enfermedades crónicas.

2.2.1.2.2 Mortalidad General

Mortalidad General		
Causa	Número casos	%
Agresion a. fuego	265	8,5
Infarto agudo miocardio	212	6,8
Insuficiencia cardíaca	205	6,5
Diabetes mellitus	147	4,7
VIH	92	2,9
Otras enf. Cerebrovasc.	92	2,9
Neumonía	85	2,7
Tumor malg estómago	79	2,5
Otras enfe. Pulmonares obst.	61	1,9
Complicaciones placenta	58	1,8
Otras Causas	1.840	58,7
TOTAL	3136	100,0

Una tercera parte de las causas de mortalidad de la población son las enfermedades crónicas, el segundo lugar lo ocupan las agresiones con otras armas de fuego y otros objetos cortopunzantes, como ya se dijo, esto refleja el alto índice de violencia en la ciudad.

**Desnutrición en menores de cinco años.
Area Urbana y Rural
Cúcuta 2006**



2.1.4 Factores de riesgo

2.2.1.3.1 Salud Mental

En los estudios de Salud Mental realizados por el Ministerio de Protección Social a nivel nacional tanto en 1997 como en el 2003, se puede observar que los eventos con mayor prevalencia son la Ansiedad y la Depresión (en 1997, la Depresión obtuvo el mayor porcentaje; en el 2003, la Ansiedad), seguidos por los trastornos asociados a Sustancias Psicoactivas.

Se puede afirmar que durante el año 2007 en la ciudad de Cúcuta, algunos eventos en estudio se comportaron estadísticamente de manera diferente a lo que venía sucediendo en las vigencias anteriores. Si bien es cierto, los casos de ansiedad siguen siendo el mayor evento notificado, ahora lo sigue los casos de intoxicación. Lo anterior, sumado al alto número de intentos de suicidio presentado, debe alertar a las instituciones para que se generen nuevas propuestas para realizar programas de prevención e intervención que ayuden a la disminución de este evento que no da espacios a la espera, sino todo lo contrario, las personas con intento de suicidio son pacientes que deben estar atendidos con mayor celeridad y de manera integral.

Seguido a los eventos anteriores se ubica Trastorno Mixto y Depresión, lo que indica que se sigue presentando un alto grado de desordenes de tipo mental, producto de la interacción del individuo con su entorno y las dificultades para adaptarse o interactuar adecuadamente con el mismo. Se debe también indicar que desafortunadamente los índices de eventos de abuso sexual se siguen presentando en altas proporciones, requiriéndose mayor celeridad en la intervención de las autoridades competentes a fin de judicializar a los agresores y brindar protección y asistencia a las víctimas.

A continuación se presenta un informe de los eventos notificados con sus respectivos porcentajes, de modo que se pueda apreciar la incidencia de cada evento con respecto al total de casos notificados durante la vigencia 2007.

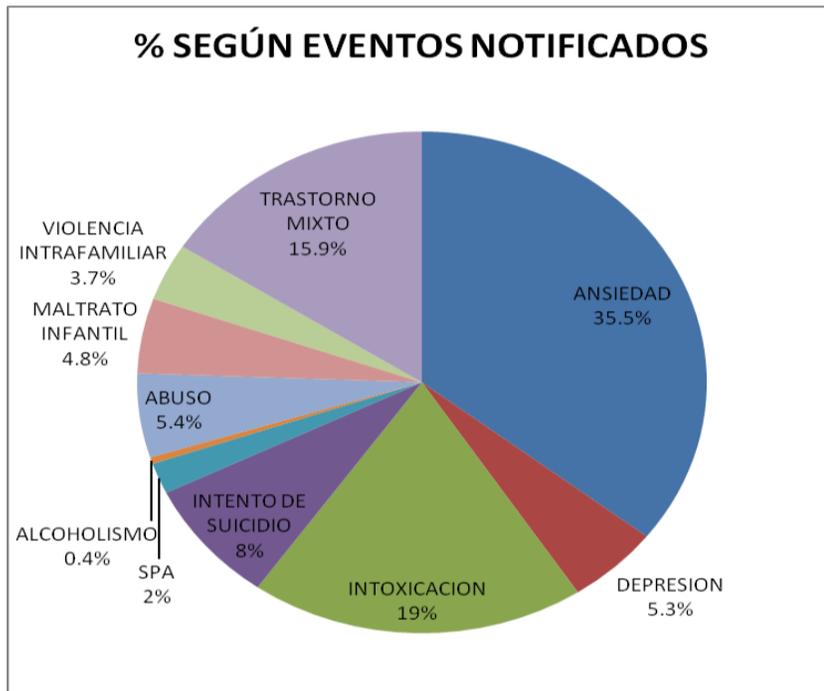
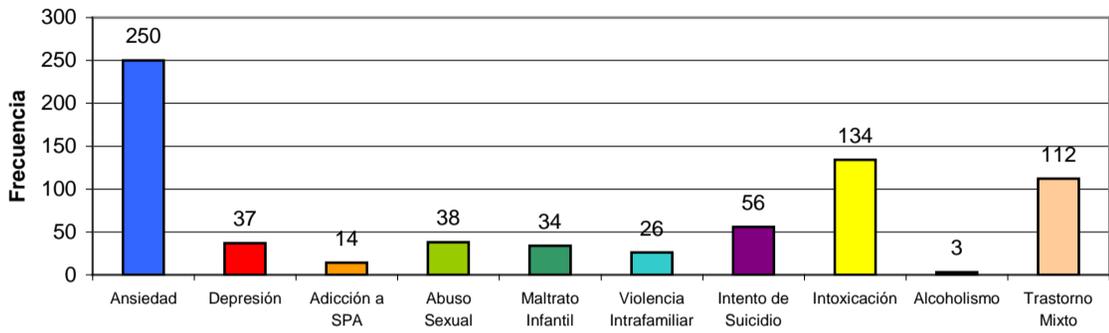
De los 10 Eventos reportados se encuentra en primer lugar la Ansiedad con 250 casos, equivalente al 35,5% del total.

En segundo, la Intoxicación con 19,0% (134 casos); seguido de Trastorno Mixto con 15,9% (112 casos) e Intento de Suicidio con 8,0% (56 casos). De eventos de Depresión se presentaron 37 casos equivalentes al 5,3%.

En cuanto al Abuso Sexual se reportaron 38 casos (5,4%). Los eventos de Maltrato Infantil fueron 34 (4,8%) y de Violencia Intrafamiliar 26 casos (3,7%) del total de eventos.

En menores proporciones se encuentran: Adicción a SPA 14 casos (2%); Alcoholismo 3 casos (0,4%).

Distribución de los eventos Clínicos



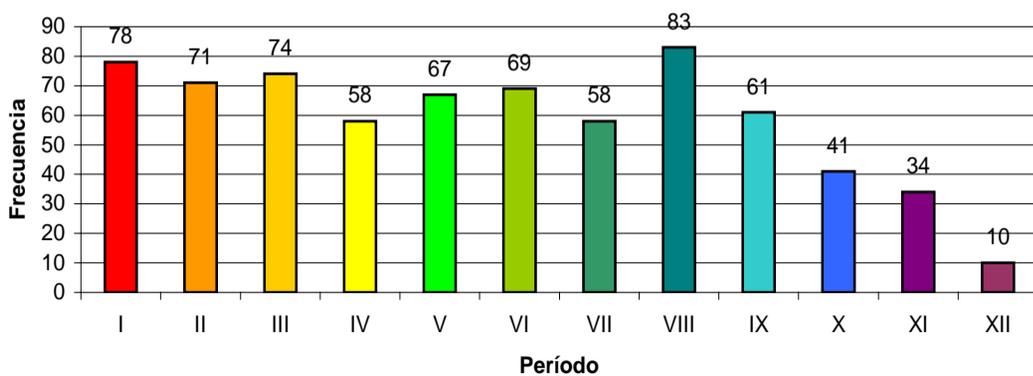
En la gráfica anterior se muestran los porcentajes para cada evento notificado, según los reportes obtenidos en vigilancia epidemiológica de la Secretaría de Salud Municipal, respecto al total de eventos notificados.

Se ve claramente que el mayor grupo de notificaciones se da para el evento de Ansiedad, seguido de Intoxicación y Trastorno Mixto.

Para el caso de Alcoholismo, el pequeño porcentaje de casos reportados se debe a que no hay la cultura de la notificación de estos casos y se relaciona con la no identificación del alcoholismo como una patología y su posible tratamiento. Se debe seguir trabajando en las capacitaciones en estos temas para que el personal asistencial encargado de estas tareas pueda desarrollar mejor su trabajo.

NÚMERO DE CASOS POR PERIODOS EPIDEMIOLÓGICOS

Distribución de los casos por Período Epidemiológico



El Periodo con mayor índice de casos es el Periodo 8 con 83 casos en total, equivalentes al 11,8%; este periodo comprende los días finales de Julio e inicio del mes de Agosto. Luego de este periodo lo siguen los Periodos 1 y Periodo 3.

Cabe destacar que en los 6 primeros periodos del año se recibieron el mayor número de notificaciones con un total de 417 equivalentes al 59.2% de los casos reportados. Por otro lado, se observa que en los periodos que comprenden final de año se disminuye el reporte de casos; siendo el periodo 11 con 34 casos (4.8%) y el Periodo 12 el de menor número de casos reportados 10 para un porcentaje de 1.5%. Esta situación esencialmente se debe que para la fecha de elaboración del informe epidemiológico, aun la IPS no han reportado la totalidad de los casos correspondientes al periodo 12 para cada evento, dificultando las tareas de análisis estadístico.

% DE CASOS NOTIFICADOS POR PERIODOS EPIDEMIOLÓGICOS.

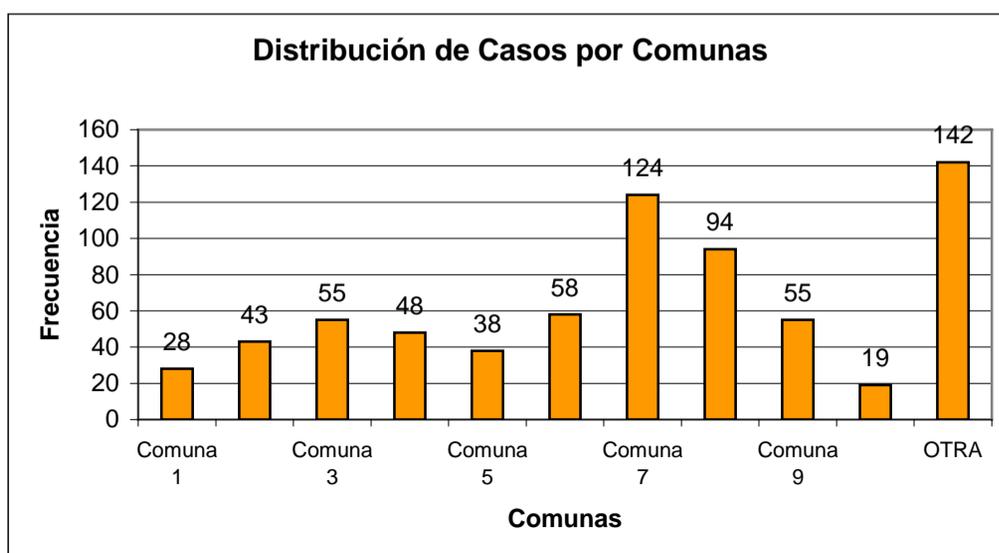


En la gráfica anterior se identifica que el periodo con mayor número de casos reportados es el periodo 8 seguidos por los periodos 1, 3, 2, 6, 5, 9, 7, 4, 10, 11 y por último el periodo 12.

En la página anterior se hizo la observación del bajo número de notificaciones para el periodo 12, por lo tanto queda como tema para reforzar en la próxima vigencia, hacer énfasis en la celeridad de la remisión de las fichas epidemiológicas de eventos en Salud Mental a la secretaría de Salud, con el propósito de dar el oportuno trámite y efectuar el debido seguimiento a los casos reportados por parte de la IPS notificadoras.

Dentro de este esfuerzo de capacitación al personal de las IPS, se debe resaltar como uno de los factores que inciden en la eficiente y oportuna notificación es que se da rotación al personal encargado de la elaboración de las fichas o se hacen cambios de personal.

NOTIFICACIÓN DE CASOS POR COMUNAS



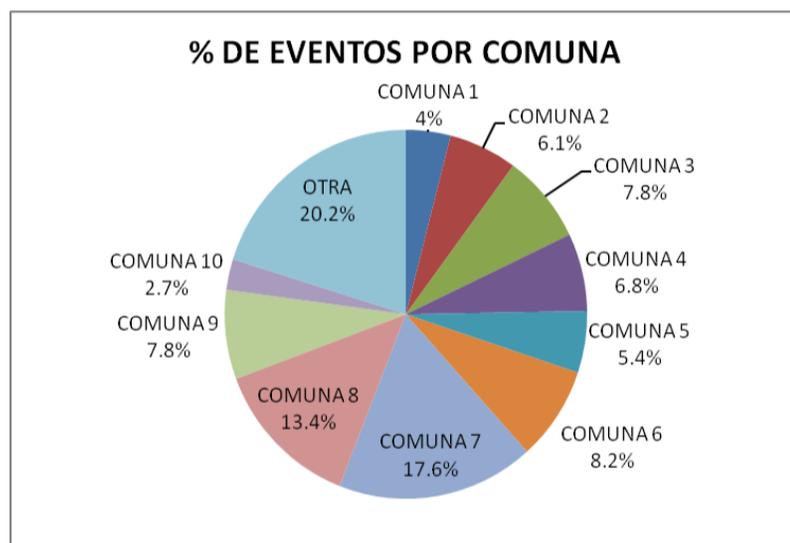
Al hacer el análisis del número de eventos notificados por comunas en el Municipio de San José de Cúcuta, se observa que el mayor número de casos reportados se encuentran ubicados en las comunas 7 con 124 notificaciones y la comuna 8 con 94 notificaciones respectivamente. Las dos comunas forman la Ciudadela de Atalaya y esencialmente refleja la situación social, económica y cultural que está viviendo esta zona de la ciudad.

Factores como el hacinamiento, carencia de oportunidades laborales, bajo índice de escolaridad, deserción escolar, precarios ingresos económicos para el mantenimiento familiar, inseguridad y otros, hacen que esta zona de la ciudad genere el mayor número de notificaciones. Claramente es un indicador de la situación social que se vive en esta parte de la ciudad.

Es también de anotar que la comuna 6 que correspondiente a la zona norte presenta un alto índice de eventos en Salud mental, para esta comuna se presentaron 58 casos equivalentes al 8.2% del total de casos reportados e igual que para el caso de la ciudadela de Atalaya, sirve como indicador de la situación que se vive en esta zona de la ciudad.

Dentro del análisis realizado se encontró una variable llamada (OTRA) teniendo en cuenta el software diseñado, especialmente para la vigilancia epidemiológica en eventos de salud mental, por el Ingeniero de sistemas de la secretaría de Salud Municipal, dicha variable corresponde a los casos que pertenecen a la zona rural, o direcciones inexistentes; información corroborada en el proceso de vigilancia epidemiológica, con la institución que reportó el caso, encontrándose 142 casos, equivalente al 20,2%.

PORCENTAJE DE EVENTOS NOTIFICADOS POR COMUNAS



En esta gráfica se muestra el porcentaje de eventos notificados por comunas de la ciudad.

Siguiendo con el análisis, se establece que en cuarto lugar como mayores comunas notificadoras, se encuentran la comuna 3 o Sur Oriental y la comuna 9 o Sur Occidental con 55 casos cada una, que corresponde al 7.8% del total de eventos notificados en los 12 periodos epidemiológicos de la vigencia 2007.

La comuna 9 se conoce como la ciudadela de Belén, incluyendo desde Pueblo Nuevo, Carora, Loma de Bolívar hasta Rudesindo Soto y Divina Pastora. Al igual que en las comunas anteriores, los barrios pertenecientes a esta se clasifican en los estratos 1 y 2 principalmente y tienen como características los anteriores factores de riesgo mencionados.

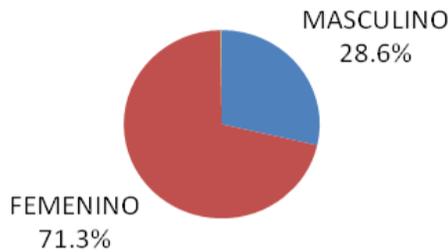
En el anexo se muestra el listado de barrios de la ciudad, con la correspondiente comuna a la que pertenecen, para que el lector detalle de manera más clara la zona geográfica de referencia.

NÚMERO DE EVENTOS NOTIFICADOS POR GÉNERO

Más de la mitad (71,3%) de los casos fueron mujeres, el 28,6% fueron hombres y sólo un caso (0,1%) no presentaba la información de género. Esto demuestra que el género femenino sigue siendo más vulnerable a los eventos de notificación en Salud Mental que los hombres.

% DE EVENTOS POR GENERO

N/C
0.1%



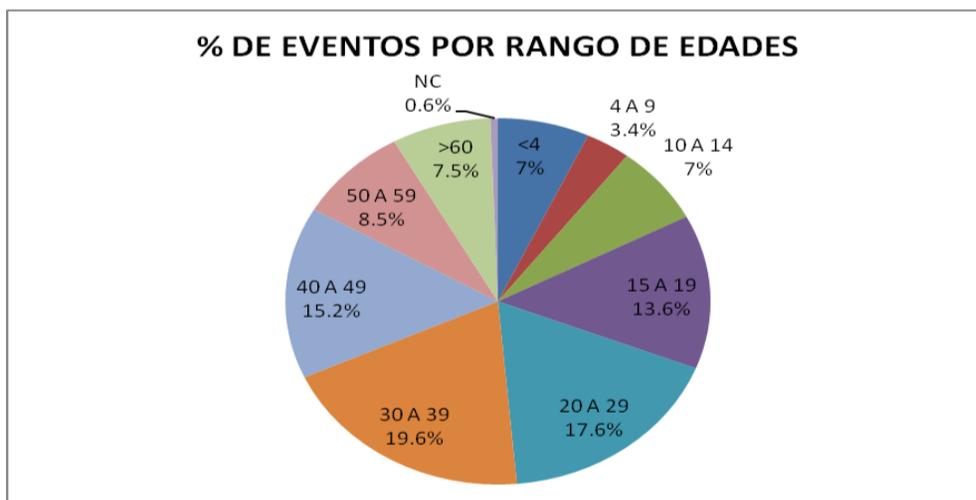
NUMERO DE CASOS NOTIFICADOS POR EDAD

El grupo de edad con mayor índice es de los 30 a 39 años con 138 casos reportados, lo cual equivale al 19.6% del total. En segundo lugar se encuentra el grupo de edades comprendidos entre los 20 a 29 años con 124 casos equivalentes al 17.6% del total. Si se suman estos dos grupos da como resultado 262 casos que equivalen a 37.2% del total de casos reportados; como se observó en el análisis de los datos anteriores, la mayoría de notificaciones se da por eventos de ansiedad, trastorno mixto e intoxicación, que por lo general se encuentran en este rango de edades, lo que explica el número alto de notificaciones para estos rangos de edades.

Sigue en el número de casos reportados a los dos grupos etareos referenciados anteriormente, el rango de edad de entre los 40 a 49 años con 107 casos equivalentes al 15.2 del total de casos, seguido del grupo de entre 15 a 19 con 96 casos (13.6%); Se debe aquí anotar que se trata de otro tipo de evento el que se notifica principalmente para este grupo que integra a menores de edad.

Después de los grupos etáreos anteriores sigue el rango de edad comprendido entre los 50 a 59 años con 60 casos (8.5%), seguido del grupo de mayores de 60 años con 53 casos equivalente al 7.5% del total de casos reportados.

PORCENTAJE DE EVENTOS SEGÚN RANGO DE EDADES



Siguiendo con el estudio, a los grupos anteriores sigue de manera descendente el grupo comprendido entre las edades de 10 a 14 años y menores de 4 años con 49 casos cada uno y un indicador de 7% del total de eventos.

El grupo de menor incidencia de eventos de notificación en salud Mental corresponde al grupo comprendido entre 4 a 9 años con 24 casos que equivalen al 3.4%.

Para el caso N/C o no conocido, se agrupan aquellas notificaciones en las que no se pudo establecer la edad del paciente, debido a que la persona notificadora no recogió los datos necesarios para adelantar el seguimiento respectivo. Se trata de notificaciones realizadas por personas de la red afectiva a los cuales se les debe capacitar de manera más intensiva a fin de mejorar los datos de notificación.

En la gráfica anterior se aprecian los grupos de edades en estudio y los porcentajes respecto al número total de casos notificados para cada grupo.

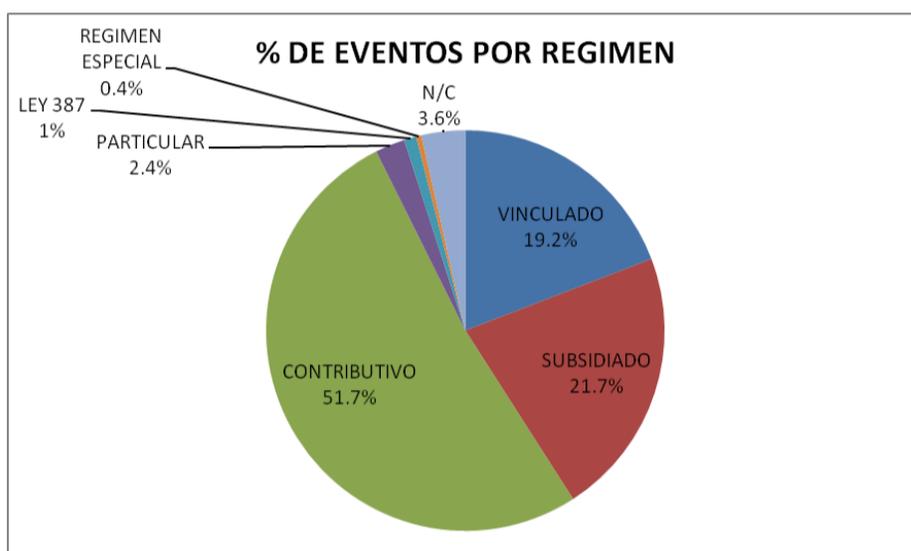
NÚMERO DE EVENTOS NOTIFICADOS SEGÚN RÉGIMEN DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

El régimen con mayor reporte de casos fue el Contributivo, con un total de 364 casos, es decir, el 51.7%. En este punto se debe indicar que las notificaciones en el régimen contributivo superaron la mitad de la totalidad de las notificaciones, lo que indica que las IPS privadas vienen mejorando su sistema de notificación, esto al comparar los resultados con las vigencias anteriores.

Siguiendo al régimen contributivo en orden descendente viene el régimen subsidiado con un total de 153 casos que equivalen al 21.7% tal como lo muestra la grafica de porcentajes.

Para el grupo Vinculado se presentaron 135 casos que representan el 19.2% del total de casos notificados.

PORCENTAJE DE CASOS REPORTADOS SEGÚN RÉGIMEN DE ASEGURAMIENTO EN SALUD



Acorde con la grafica anterior, los eventos notificados en que no se contó con la información para verificar el régimen de aseguramiento en salud y no se pudo realizar visita de seguimiento corresponden a 25 casos (3.6%); este número indica las fallas en la toma de información de las notificaciones y debe ser mejorado para las próximas vigencias.

En esta vigencia 17 casos en eventos de Salud Mental fueron atendidos en las IPS de manera particular, que corresponde al 1% del total de eventos.

Con respecto a personas desplazadas o de Ley 387 se encontraron 7 casos (1%).

De régimen especial son los casos atendidos por personal vinculado a la Policía Nacional y se registraron 3 casos que equivalen al 0.4%.

ANÁLISIS DE VARIABLES POR EVENTOS

A continuación se realizará la descripción y análisis por medio de variables cruzadas. En los anexos se pueden encontrar las tablas de contingencia correspondientes a cada una de las gráficas. Para desarrollar este análisis se realizó una condensación de los eventos, quedando de la siguiente manera:

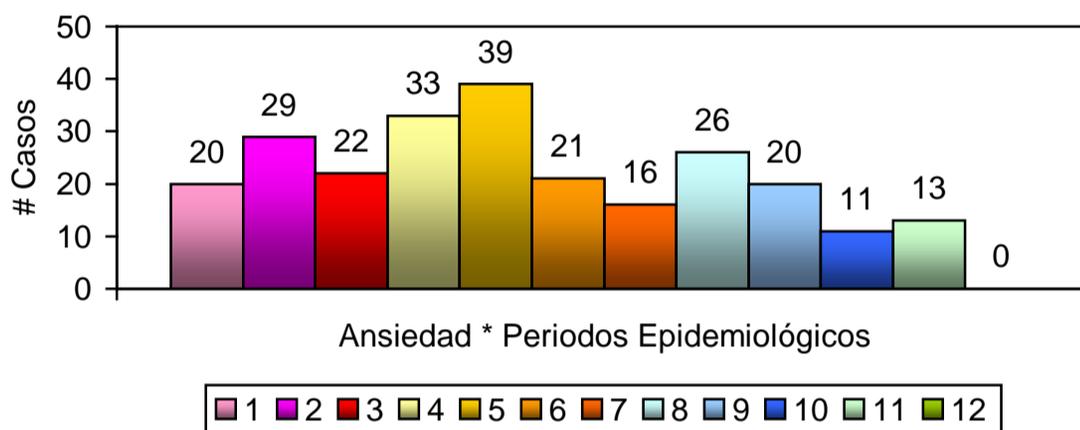
EVENTO	CASOS	PORCENTAJE
ANSIEDAD	250	35,5%
DEPRESION	37	5,3%
INTOXICACION	134	19,0%
INTENTO DE SUICIDIO	56	8,0%
SPA	14	2,0%
ALCOHOLISMO	3	0,4%
ABUSO	38	5,4%
MALTRATO INFANTIL	34	4,8%

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	26	3,7%
TRASTORNO MIXTO	112	15,9%

Esto se hizo con el propósito de realizar un análisis más concreto de los Eventos.

EVENTOS POR PERIODOS EPIDEMIOLÓGICOS

ANSIEDAD



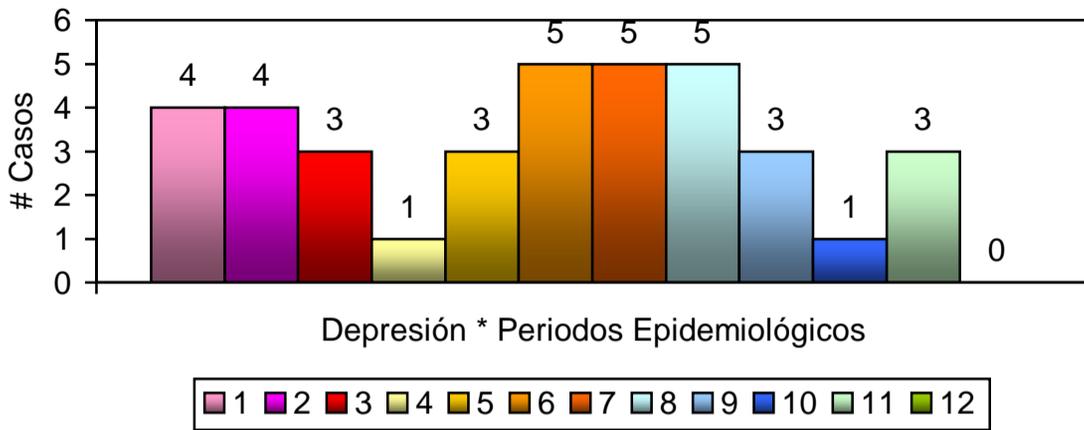
Dentro de este evento se puede observar que existió un punto en el que fueron aumentando los casos, pero al final del año disminuyeron. Los Periodos con los mayores índices de ansiedad fueron: el Periodo 5 con el 15,6% del total de los casos de Ansiedad; el 4 con el 13,2%; y el Periodo 2 con el 11,6%. El punto en el cual se presentaron más casos de ansiedad fue el tiempo comprendido entre el 22 de Abril al 13 de Mayo, así como del 25 de Marzo al 15 de Abril.

El Periodo 12 no se reportaron casos.

Teniendo en cuenta los factores de riesgo detectados durante el proceso de vigilancia epidemiológica, se relacionan con los factores desencadenantes de signos y síntomas del trastorno de ansiedad; como problemas económicos, conflictos familiares, de pareja, predisposición genética, duelos mal elaborados, hacinamiento, estrés postraumático; siendo estos los más frecuentes en los casos reportados. Se detectaron algunos casos de psicosis en la etapa de ansiedad, motivo por el cual no se reportaron psicosis como tal sino los síntomas que presentaba el paciente en el momento de ser atendidos en la IPS o centro de salud.

DEPRESION

Los periodos que presentaron un mayor número de casos por depresión, corresponden al 6, 7, 8; comprendidos entre el 27 de mayo al 11 de agosto, encontrándose 5 casos, equivalente al 13,5% en cada periodo; seguido por el periodo 1, 2, con el 10,8% en cada uno; el periodo 3, 5, 9, 11, presentan una constante del 8,1%. Realizado el proceso de vigilancia epidemiológica se detectaron factores desencadenantes, convirtiéndose en factores de riesgo como: desintegración familiar, estrés postraumático, trastorno bipolar, conflictos de pareja, duelo, problemas económicos, y periodos de cambios hormonales como el periodo premenstrual, postparto y menopausia, Generando síntomas como cambios en el sueño, desinterés, dificultades para disfrutar, dificultad para concentrarse, pensamientos frecuentes de muerte, ansiedad, irritabilidad, intolerancia; antecedentes de consultas frecuentes por molestias somáticas (cefaleas, dolores musculares, molestias digestivas vagas) convirtiéndose estas en muchos casos en la única expresión de un cuadro depresivo.



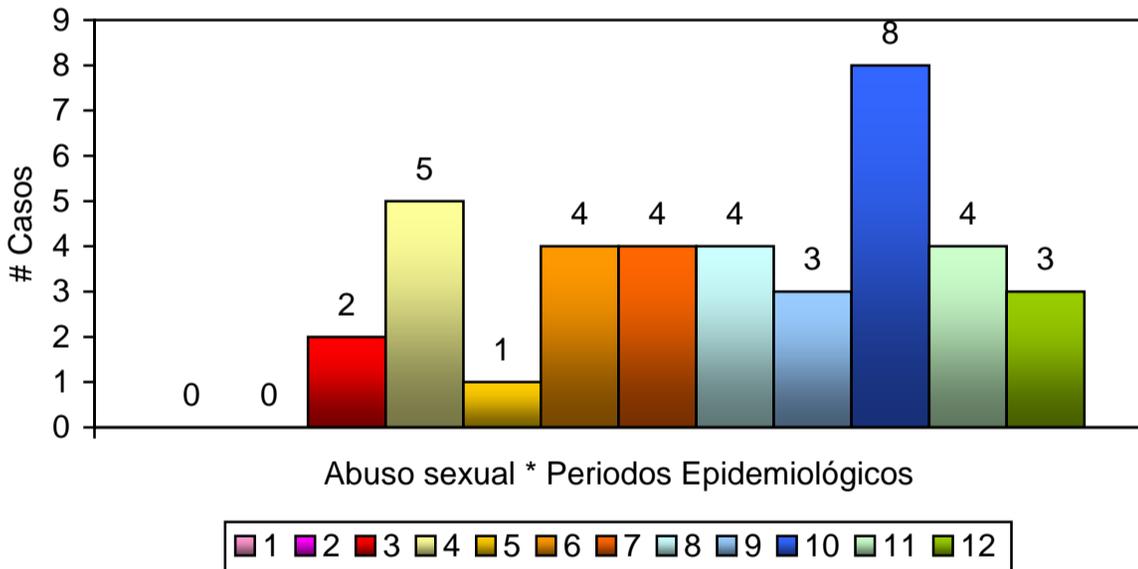
ABUSO SEXUAL

En la mayoría de los periodos se encuentra similitud en la presencia de este evento, a excepción del lo Periodos 10 (9 de Septiembre al 6 de Octubre) en el cual se presentaron 8 casos que equivalen al 21.1% del total de casos de abuso sexual registrados en el Municipio.

En el Periodo 4 (25 de Marzo al 21 de Abril) se presentaron 5 casos que equivalen al 13.2%.

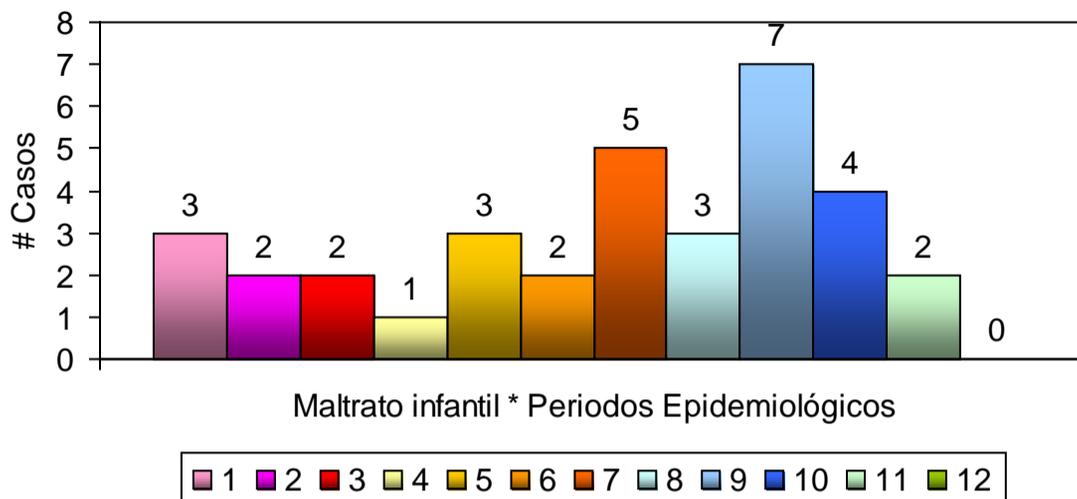
En los periodos 6, 7, 8 y 11 se reportaron 4 casos y en los periodos 9 y 12 3 casos.

Los periodos de menor reporte de casos fueron los dos primeros periodos sin notificaciones y el periodo 5 con 1 notificación.



MALTRATO INFANTIL

Para el evento de Maltrato Infantil se tiene que los periodos de mayor incidencia de casos es el periodo 9 con 7 casos, seguido del periodo 7 con 5 casos y el periodo 10 con 4 casos. En la tabla se aprecia los eventos por periodos y su porcentaje respecto al total de eventos de maltrato infantil en el Municipio.

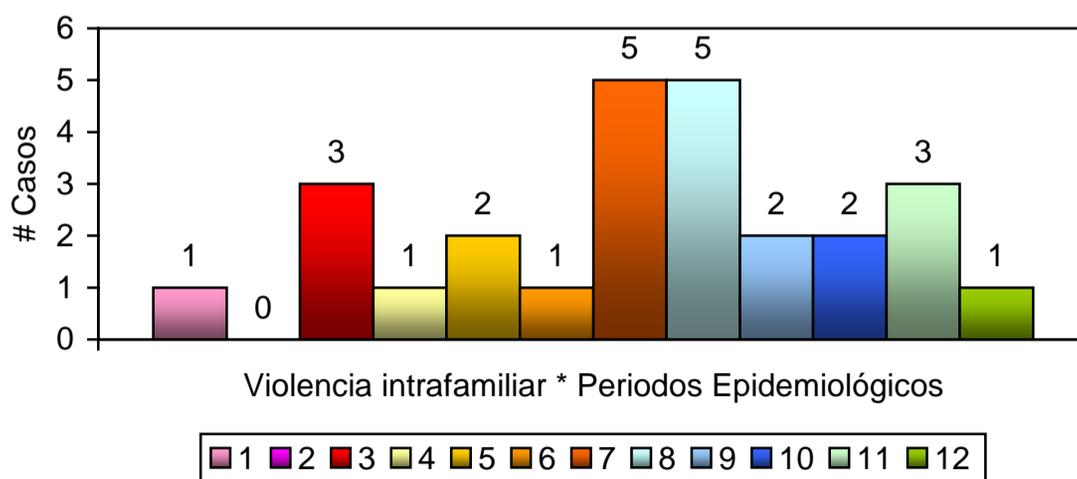


PERIODO	MALTRATO INFANTIL	PORCENTAJE
1	3	8,8%
2	2	5,9%
3	2	5,9%
4	1	2,9%
5	3	8,8%
6	2	5,9%
7	5	14,7%
8	3	8,8%
9	7	20,6%
10	4	11,8%
11	2	5,9%
12	0	0,0%

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Para el evento de Violencia Intrafamiliar se encontró que el mayor número de casos ocurrieron en los periodos 7 y 8 con 5 casos cada uno, equivalentes al 19.2% de los casos ocurridos en la vigencia. Los periodos de menor incidencia de eventos de violencia se encontraron en los periodos 1, 4, 6 y 12 con 1 caso reportado y el periodo 2 sin casos.

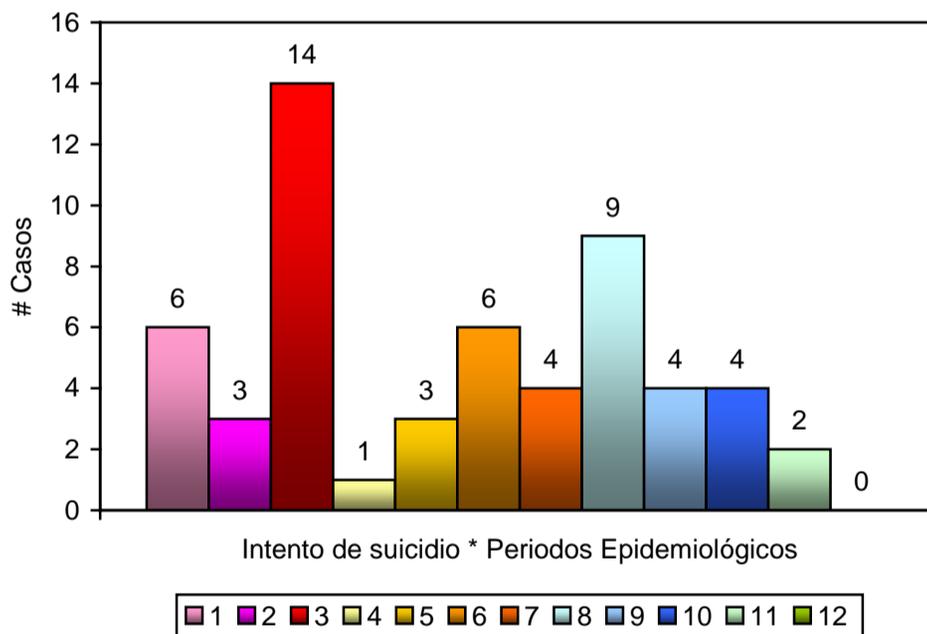
En la gráfica siguiente y en la tabla se encuentran los datos estadísticos para el evento.



PERIODO	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	PORCENTAJE
1	1	3,8
2	0	0,0
3	3	11,5
4	1	3,8
5	2	7,7
6	1	3,8
7	5	19,2
8	5	19,2
9	2	7,7
10	2	7,7
11	3	11,5
12	1	3,8

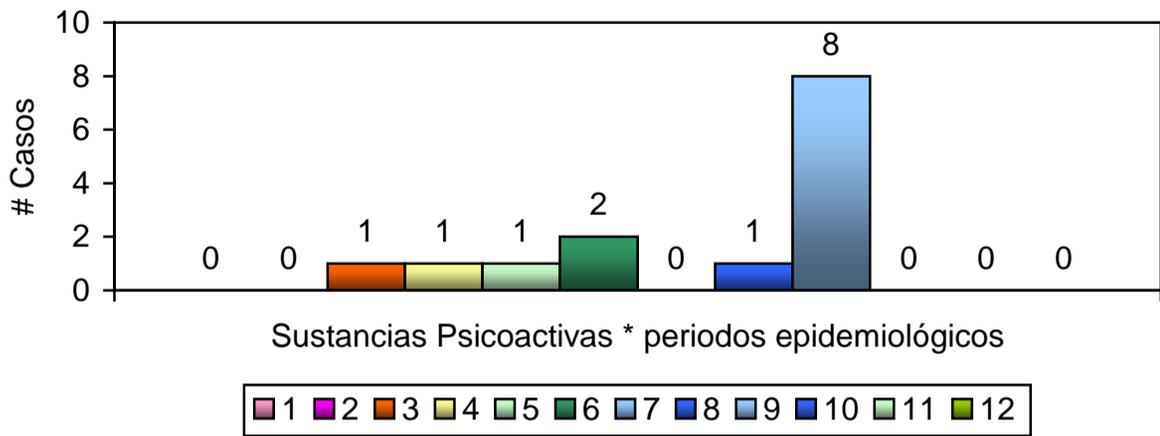
INTENTO DE SUICIDIO

De acuerdo al proceso de notificación, el periodo que presentó un alto índice de intentos de suicidio fue el Periodo 3 (25 de febrero al 24 de Marzo) con el 25% de casos, seguido del periodo 8 (15 Julio al 11 de Agosto) con 16%, el periodo 6 (20 de mayo al 16 de Junio) con 10,7%, y el periodo 1 (1 de enero al 27 de Enero) con 10,7% de casos; los factores de riesgo detectados con mas frecuencia fueron desintegración familiar, depresión, antecedentes de violencia intrafamiliar, hacinamiento, problemas económicos, duelo, ruptura en la relación de pareja. La mayoría de los casos fue por envenenamiento (producto raticida, nombre comercial Campeón), en el mismo lugar de residencia, luego de tener una discusión familiar o ruptura en la relación de pareja.



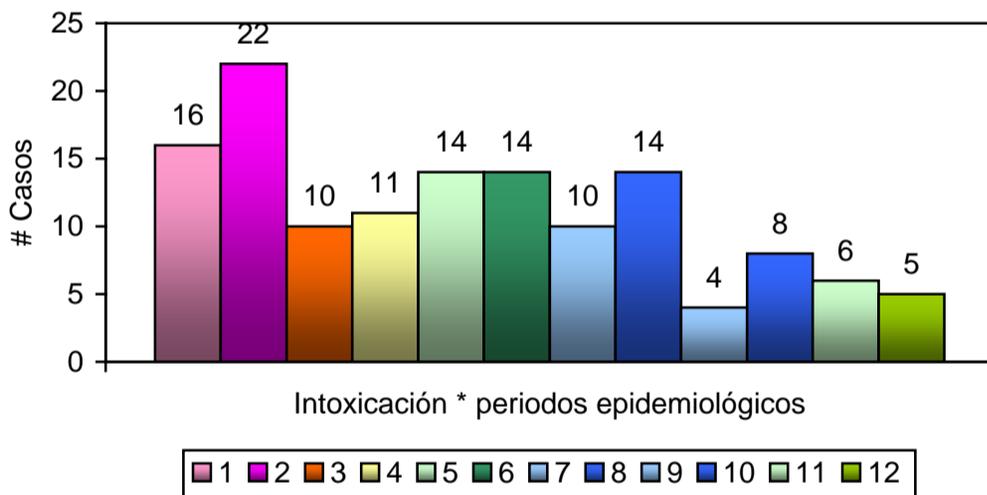
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

El total de eventos reportados por consumo de sustancias psicoactivas, son 14, el periodo en que se presentaron más casos fue el 9 (12 agosto al 8 de septiembre) con 57,1%; seguido por el periodo 6 (20 de mayo al 16 de Junio) con 2 casos equivalentes al 14,28%; y se presentó una constante del 7,1% en los periodos 3, 4, 5, y 8.

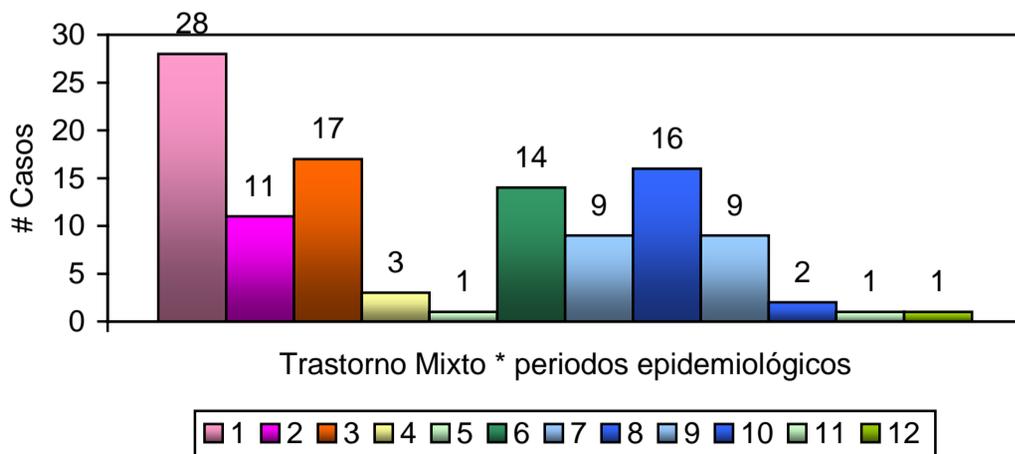


INTOXICACION

Se reportaron 134 intoxicaciones exógenas, en total, el periodo que más presentó notificaciones de este evento fue el 2 (28 de enero al 24 de febrero) con el 16,4%, seguido por el periodo 1 (1 de enero al 27 de enero) con 11,9%, se mantuvo una constante en los periodos 6, 7, 9 (20 de mayo hasta el 8 de septiembre) del 10,4%; y se mantuvo una muy poca diferencia del número de casos reportados en los periodos restantes. Al realizar el seguimiento se encontró que las IPS o centros de salud al reportar el evento a través de la ficha de vigilancia epidemiológica, reportaron en su mayoría intoxicaciones, y una vez detectado el caso en el proceso de vigilancia se confirmaba esta intoxicación intento de suicidio; se presentaron intoxicaciones accidentales en población infantil, reacciones adversas a medicamentos, manipulación accidental de insecticidas, e intoxicaciones por alimentos.



TRASTORNO MIXTO

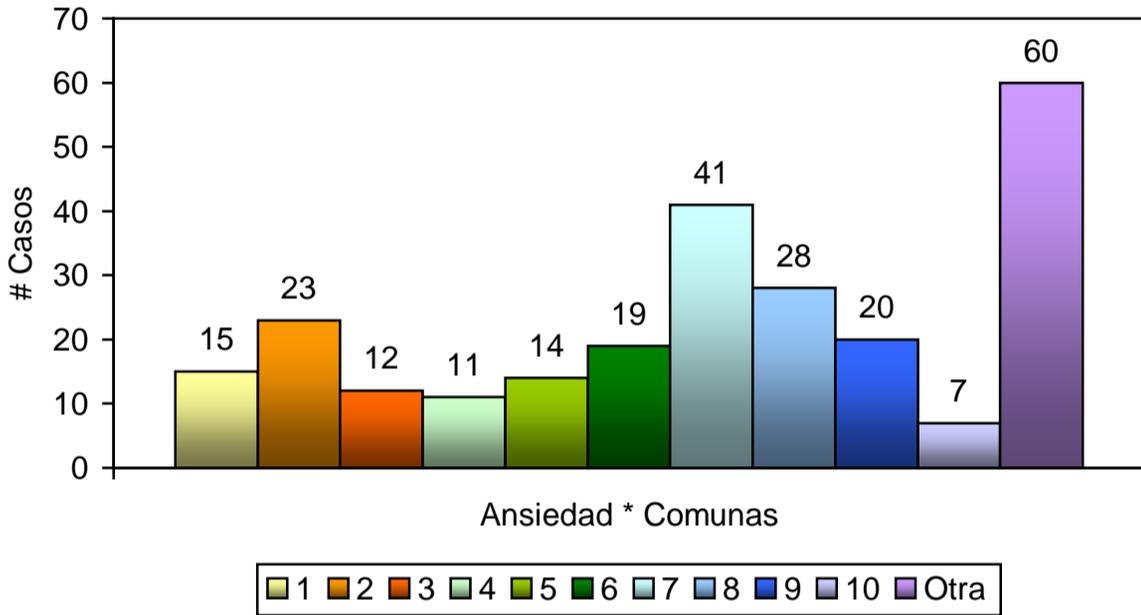


El periodo epidemiológico que reportó en un mayor índice fue el 1 (1 de enero al 27 de enero) con el 25% de casos, seguido por el 3 periodo (25 de febrero al 24 de marzo) 15,1%; en el 8 periodo (15 de Julio al

11 de Agosto) se presentaron 16 casos equivalentes al 14,28%; el 12,5% fue reportado en el periodo 6; y en el periodo 2 se encontró el 9,8%; los periodos restantes se encuentran por debajo del 2,67%. Una vez detectados los casos se encontró factores de riesgo como duelo, desintegración familiar, problemas económicos, conflictos de pareja, enfermedad física.

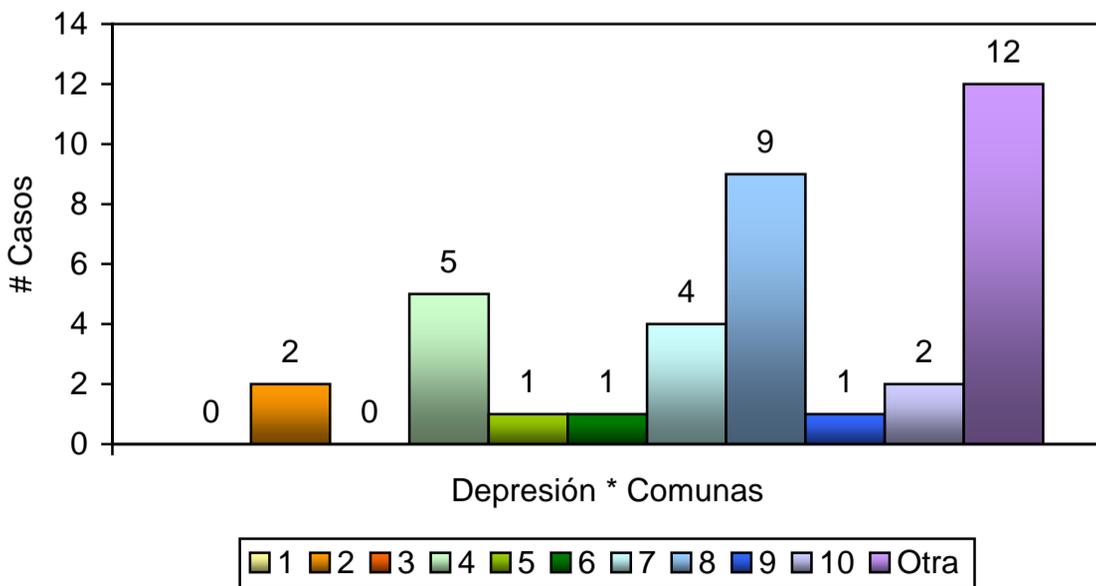
EVENTOS POR COMUNA

ANSIEDAD



La variable de mayor índice fue (Otra), que equivale a zona rural, datos no conocidos por el diligenciamiento incompleto de las fichas y direcciones inexistentes, con el 24% de casos notificados; todas las comunas presentan eventos notificados encontrándose un porcentaje representativo en la comuna 7 con el 16,4%, siendo esta una zona vulnerable en cuanto a detección de eventos en salud mental, la comuna 8 con el 11,2%; la comuna 2 con 9,2%; en la comuna 9 se presentó el 8% de casos; seguido por la comuna 6 con el 7,6%; en las comunas restantes se encuentra un porcentaje con pequeñas diferencias de casos notificados. Teniendo en cuenta los resultados de los años anteriores las comunas 7 y 8 siguen manteniendo un alto porcentaje en vulnerabilidad en cuanto a eventos reportados de salud mental, que afectan el bienestar integral de las personas que habitan en la zona; por diferentes factores influenciados como los altos índices de pobreza, falta de empleo e inseguridad social entre otros.

DEPRESION

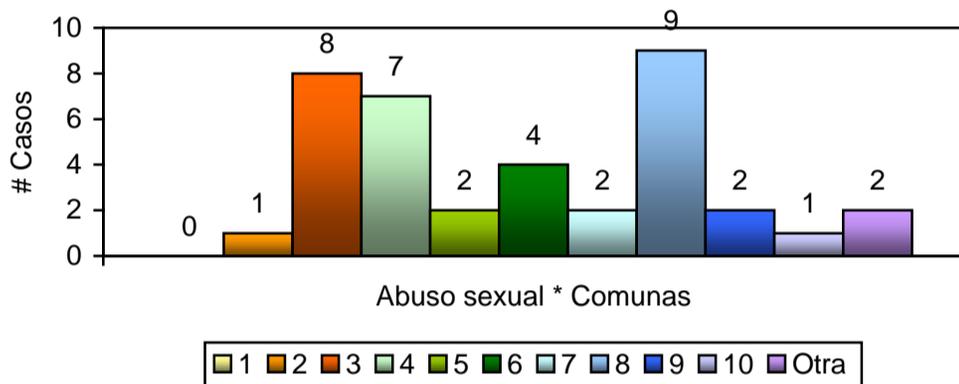


Con 12 casos sigue puntuando en primer lugar la variable OTRA con el 32% de eventos; La comuna 8 es la que mayor presenta casos de depresión con el 24,3%; seguido por la comuna 4 con 13,5%, y la

comuna 7 con el 10,8%, en la comuna 1 y 3 no se presentaron casos reportados de depresión. La comuna 8 de acuerdo a los antecedentes de influencia social, es una zona vulnerable por las condiciones de vida, observándose un alto nivel de pobreza, e inseguridad social, convirtiéndose para algunos casos en factores de riesgo detectados durante el proceso de vigilancia epidemiológica en salud mental.

ABUSO SEXUAL

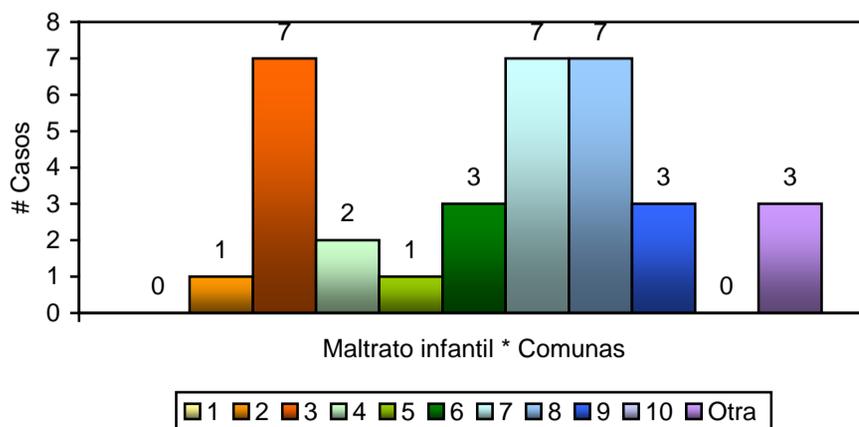
En las Comunas 8, 3 y 4 se presentó el mayor número de casos de Abuso sexual en el Municipio, con 9, 8 y 7 casos respectivamente. En las comunas 5, 7 y 9 se presentaron 2 casos en cada una y en la comuna 2 y 10 se presentó 1 caso. En la comuna 1 no hubo casos. A continuación se muestra la grafica de casos de abuso por comunas y la tabla con los respectivos porcentajes.



COMUNA	ABUSO SEXUAL	PORCENTAJE
1	0	0,0%
2	1	2,6%
3	8	21,1%
4	7	18,4%
5	2	5,3%
6	4	10,5%
7	2	5,3%
8	9	23,7%
9	2	5,3%
10	1	2,6%
OTRA	2	5,3%

MALTRATO INFANTIL

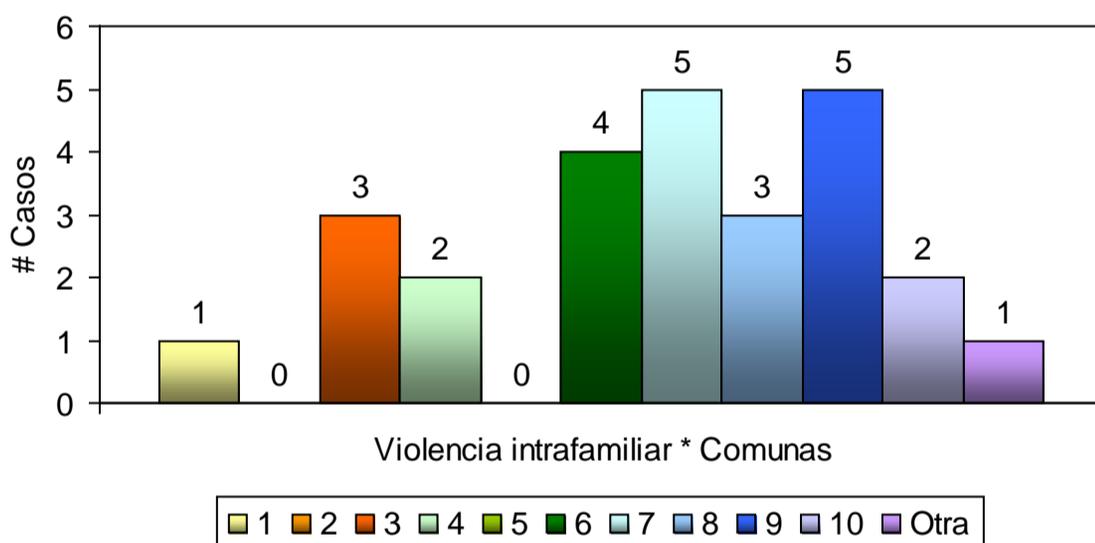
En cuanto al evento de Maltrato Infantil, en las comunas 3, 7 y 8 se presentó el mayor número de casos con 7 reportes, seguidos de la comuna 6 y 9 con 3 reportes. En las comunas 1 y 10 no hubo notificaciones de este tipo de eventos.



COMUNA	MALTRATO INFANTIL	PORCENTAJE
1	0	0,0%
2	1	2,9%
3	7	20,6%
4	2	5,9%
5	1	2,9%
6	3	8,8%
7	7	20,6%
8	7	20,6%
9	3	8,8%
10	0	0,0%
OTRA	3	8,8%

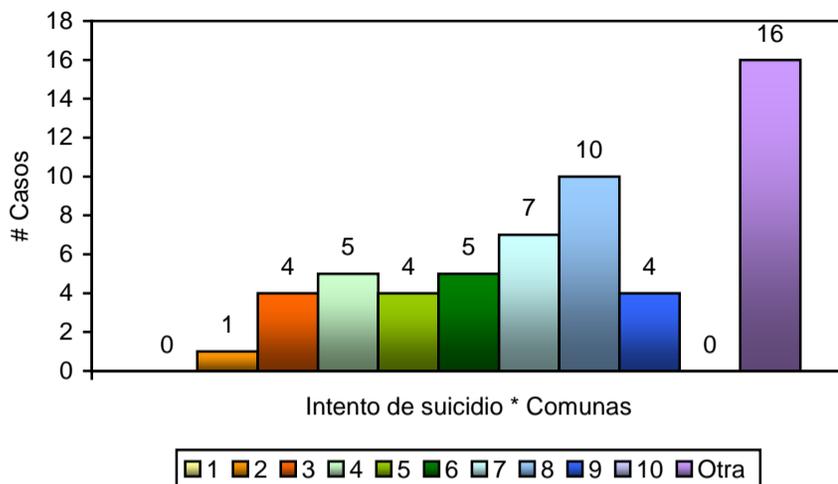
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

En las Comunas 2 y 5 no se presentaron casos de violencia intrafamiliar. En cambio, de las Comunas 7 y 9 se reportaron 5 casos (19.2%), siendo las de mayor índice.



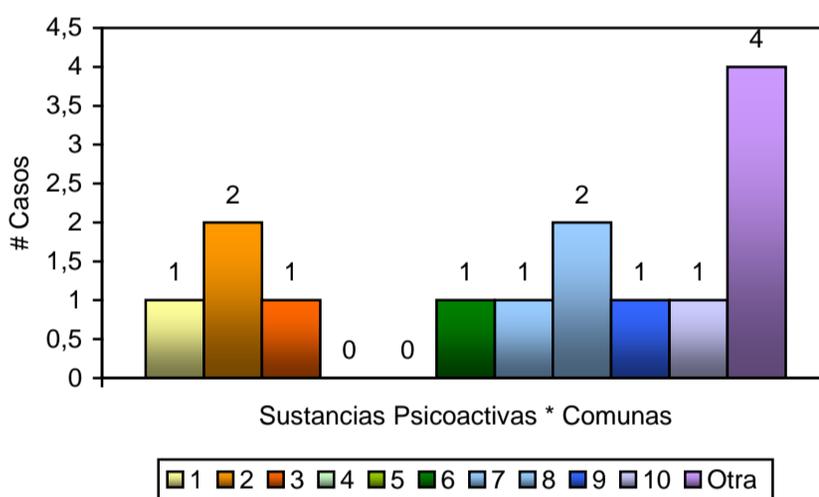
COMUNA	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	PORCENTAJE
1	1	3,8%
2	0	0,0%
3	3	11,5%
4	2	7,7%
5	0	0,0%
6	4	15,4%
7	5	19,2%
8	3	11,5%
9	5	19,2%
10	2	7,7
OTRA	1	3,8

INTENTO DE SUICIDIO



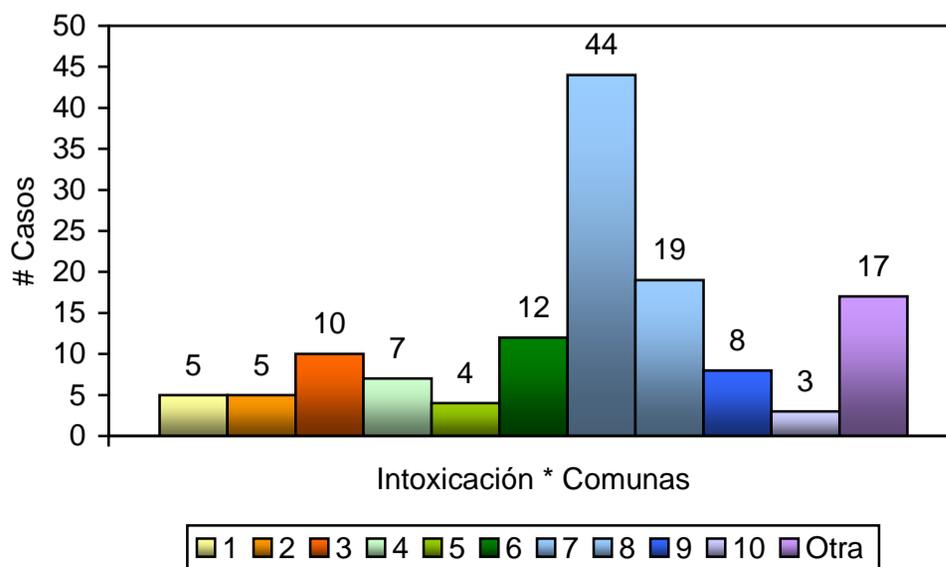
la mayoría de los casos de intento de suicidio se encuentran ubicados en las Comunas 8 con 10 casos (17,8%); Comuna 7 con 7 casos (12,5%); en la variable OTRA se encontraron 16 casos equivalente 28,57%, en las comunas 6 y 4 se encontró el 8,92% en cada una, las comunas restantes presentan casos en un menor porcentaje.

SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

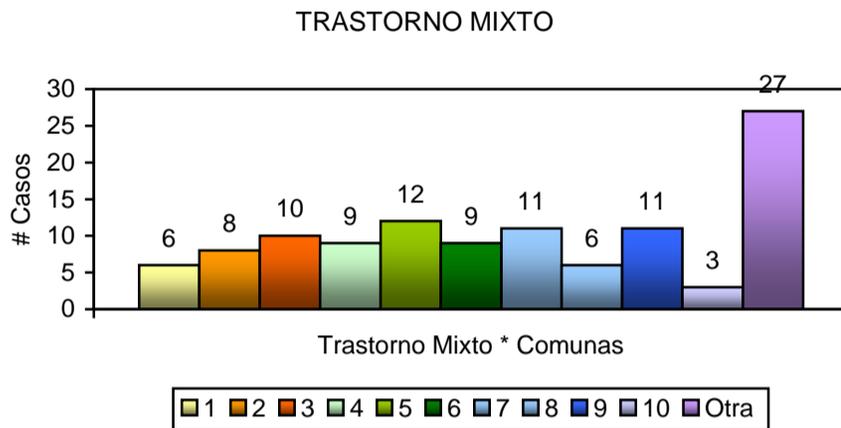


En cuanto a la variable OTRA sigue puntuando en primer lugar con el 28,5%, seguido de las comunas 2 y 8 con un 14,2%; en las comunas restantes se encuentra una constante del 7,1% en cada una

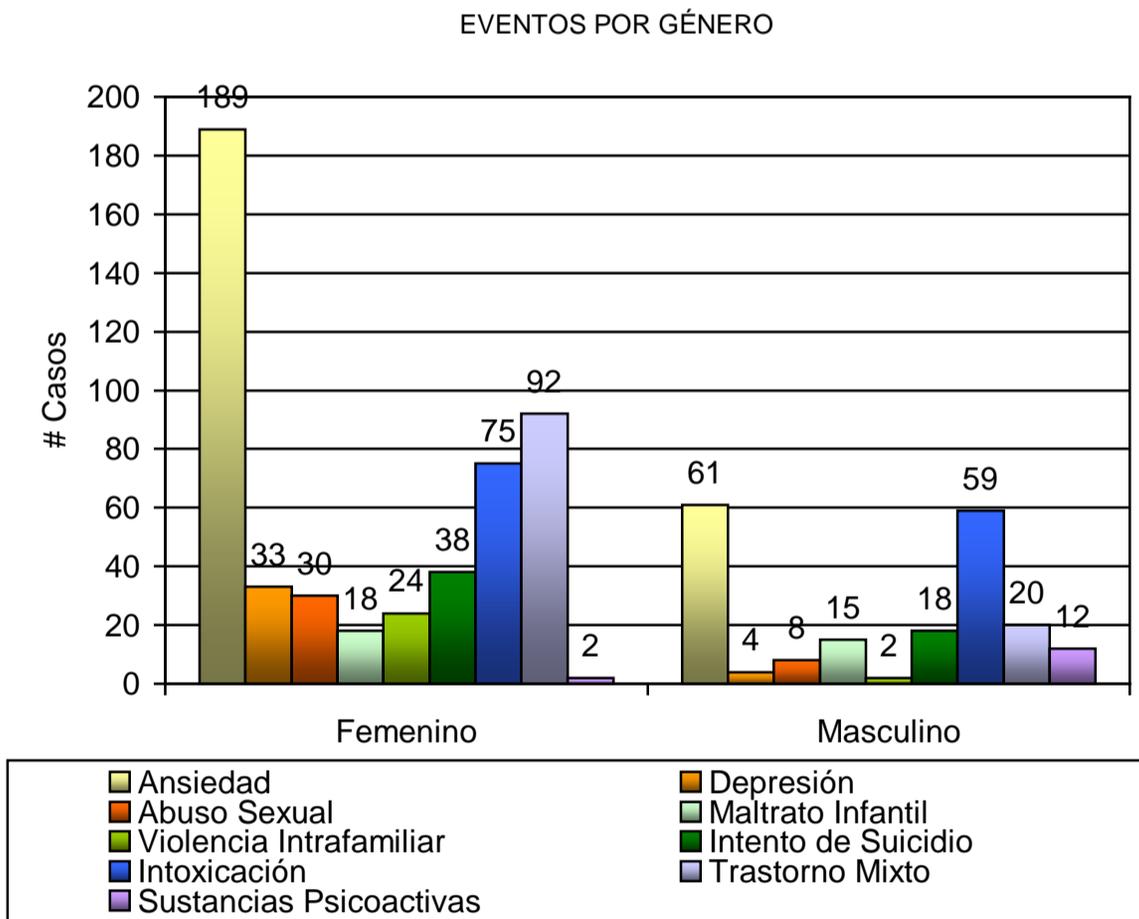
INTOXICACION



Se presentaron 44 casos de intoxicaciones, con un equivalente del 32,8% en la comuna 7, seguido por la comuna 8 con 14,1%; la variable OTRA con un 12,6%; presentando un menor porcentaje en las comunas restantes.



En la comuna 5 se presentó con un mayor índice de eventos de trastorno mixto equivalente al 10,7%, seguido por la comuna 7 y 9 con el 9,8% de casos en cada una; seguido de la comuna 3 con 8,9%.

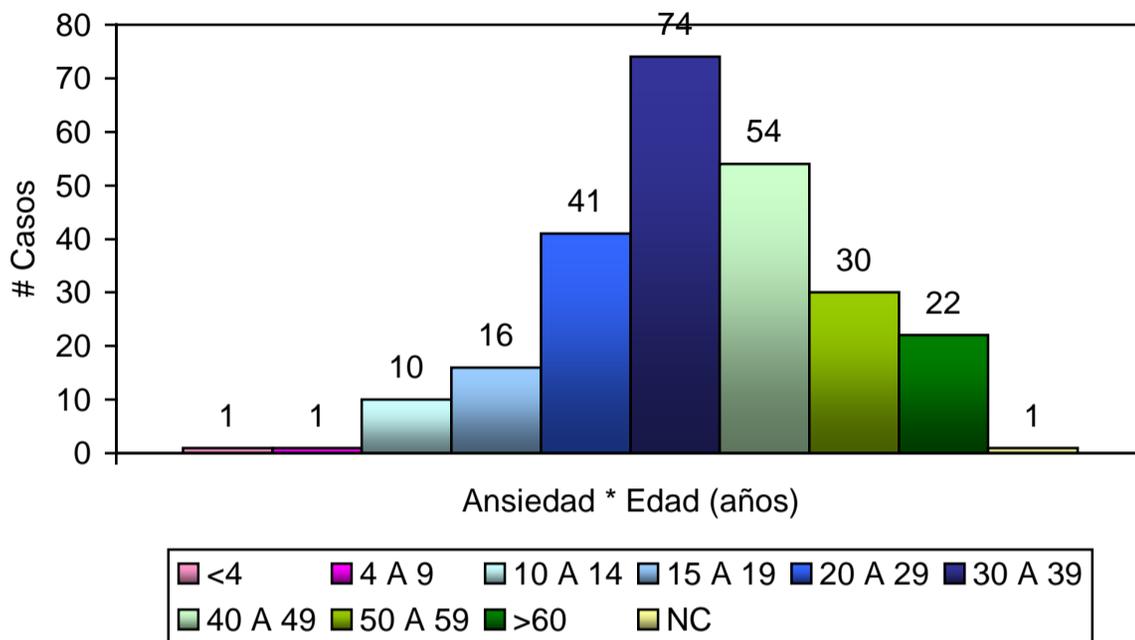


En la presente grafica se expresa el número de casos para cada evento en estudio, por género dividiendo la figura en 2 de tal forma que en la parte izquierda se encuentra los casos notificados para el género femenino y a la derecha los casos del género masculino.

Se observa una inclinación fuerte de Ansiedad, Depresión y trastorno mixto hacia el género femenino. Así mismo, el Abuso sexual, la violencia intrafamiliar y maltrato infantil se observa más en las mujeres; y el consumo de sustancias psicoactivas se muestran más en los hombres.

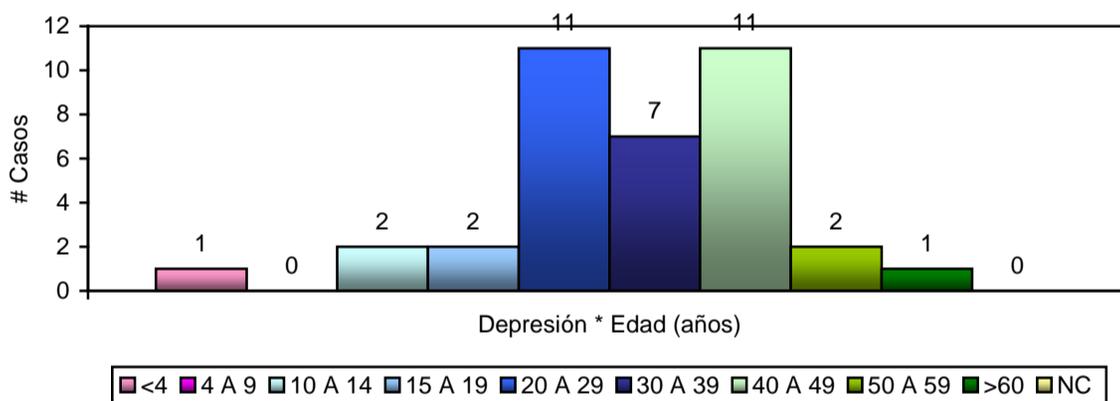
EVENTOS POR EDAD

ANSIEDAD



Se presentó un alto índice de ansiedad en el rango de edad entre los 30 a 39 años, con el 29,6% de casos; el 21,6% entre los 40 a 49 años de edad; seguido por el 16,4% en el rango de edad de 20 a 29 años; siendo el adulto joven el más vulnerable a padecer de ansiedad. De acuerdo a la etapa en que se encuentra el mayor índice de ansiedad y teniendo en cuenta lo encontrado durante el proceso de vigilancia epidemiológica, es una edad productiva donde se adquieren mayores responsabilidades a nivel familiar, social y laboral, situación que para muchos casos detectados no se encuentra definida, convirtiéndose en factores desencadenantes que afectan el estado emocional de las personas.

DEPRESION

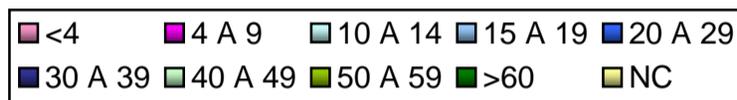
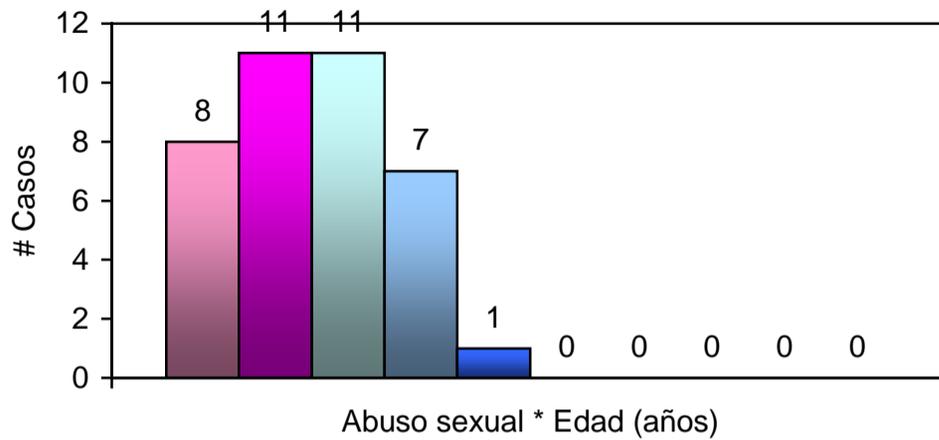


Los rangos de edad en los que se observan mayor número de casos son: entre los años 20 a 29 con 11 casos (29,7%); presentándose el mismo número de casos entre los 40-49 años; seguido en un menor porcentaje del 18,9% entre los 30 a 39 años. Se observó notablemente que el adulto joven es el que está presentando un alto porcentaje de depresión. Observándose factores de riesgo notables una vez realizado el proceso de vigilancia epidemiológica como: conflictos familiares y de pareja, seguidos por problemas económicos.

ABUSO SEXUAL

Se observa mayor frecuencia en los rangos comprendidos entre 4 a 9 años y 10 a 14 años con 11 casos cada uno, que corresponde al 28.9% respectivamente.

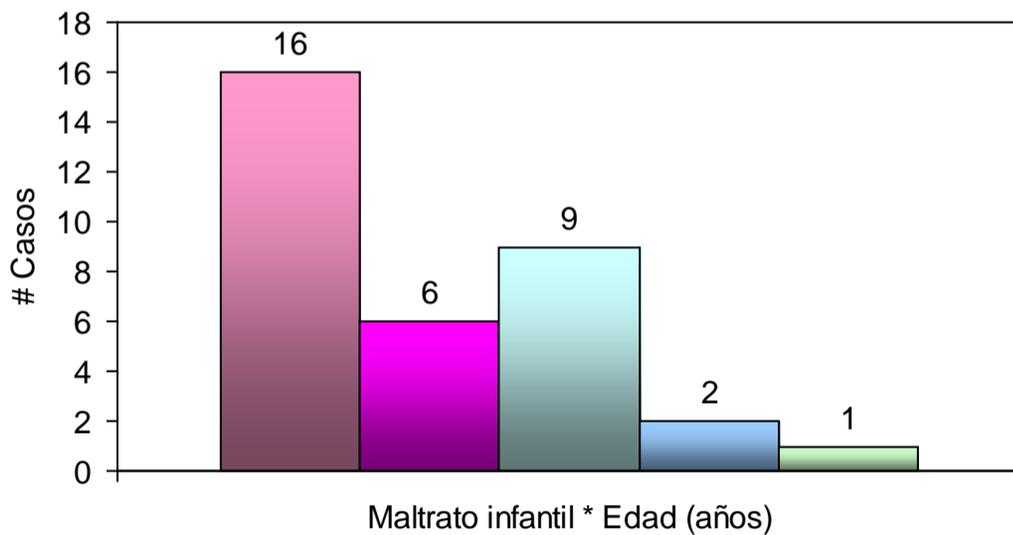
También se observa que los reportes de abuso sexual llegan hasta el rango de edad comprendido entre los 20 a 29 años.



EDAD	ABUSO SEXUAL	PORCENTAJE
<4	8	21,1%
4 A 9	11	28,9%
10 A 14	11	28,9%
15 A 19	7	18,4%
20 A 29	1	2,6%
30 A 39	0	0,0%
40 A 49	0	0,0%
50 A 59	0	0,0%
>60	0	0,0%

MALTRATO INFANTIL

En maltrato infantil se presentó con mayor incidencia en los menores de 4 años con 16 casos, en donde la vulnerabilidad es completa. Seguidamente se presenta en el rango de edad entre 10 a 14 años con 9 casos. A continuación se muestra la grafica de incidencia de casos por rango de edad y la tabla con los porcentajes.

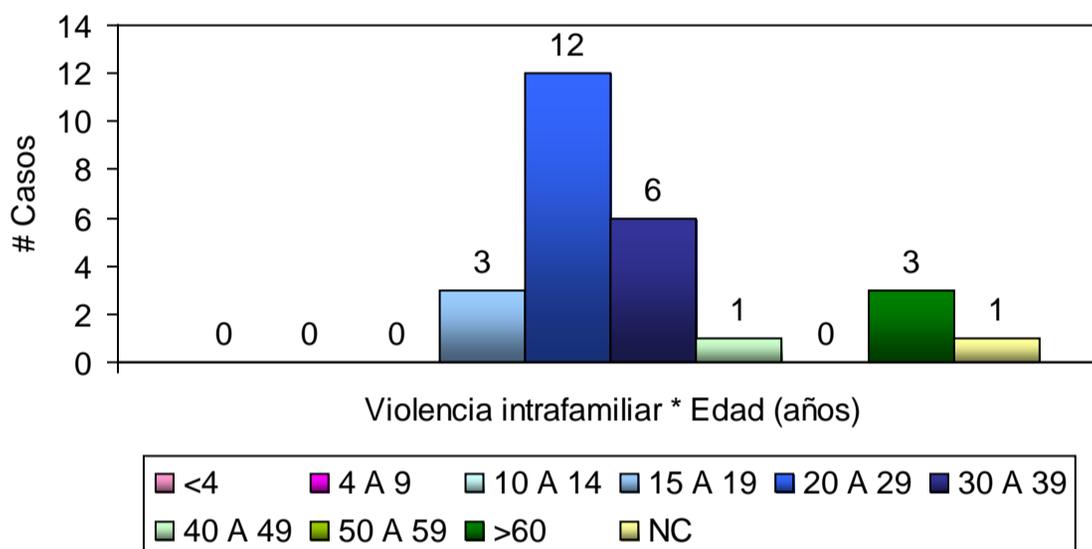


EDAD	MALTRATO INFANTIL	PORCENTAJE
<4	16	47,1%
4 A 9	6	17,6%
10 A 14	9	26,5%
15 A 19	2	5,9%
20 A 29	0	0,0%
30 A 39	0	0,0%
40 A 49	0	0,0%

50 A 59	0	0,0%
>60	0	0,0%
N/C	1	2,9%

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

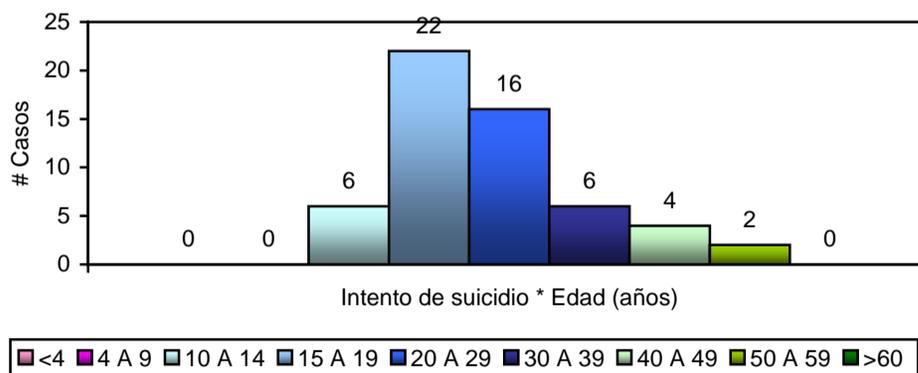
Los mayores reportes de Violencia de Violencia intrafamiliar se dan en las edades comprendidas entre los 20 a 29 años con 12 casos (46.2%), seguido de el rango entre 30 a39 años con 6 casos (23.1%).



EDAD	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	PORCENTAJE
<4	0	0,0%
4 A 9	0	0,0%
10 A 14	0	0,0%
15 A 19	3	11,5%
20 A 29	12	46,2%
30 A 39	6	23,1%
40 A 49	1	3,8%
50 A 59	0	0,0%
>60	3	11,5%
N/C	1	3,8%

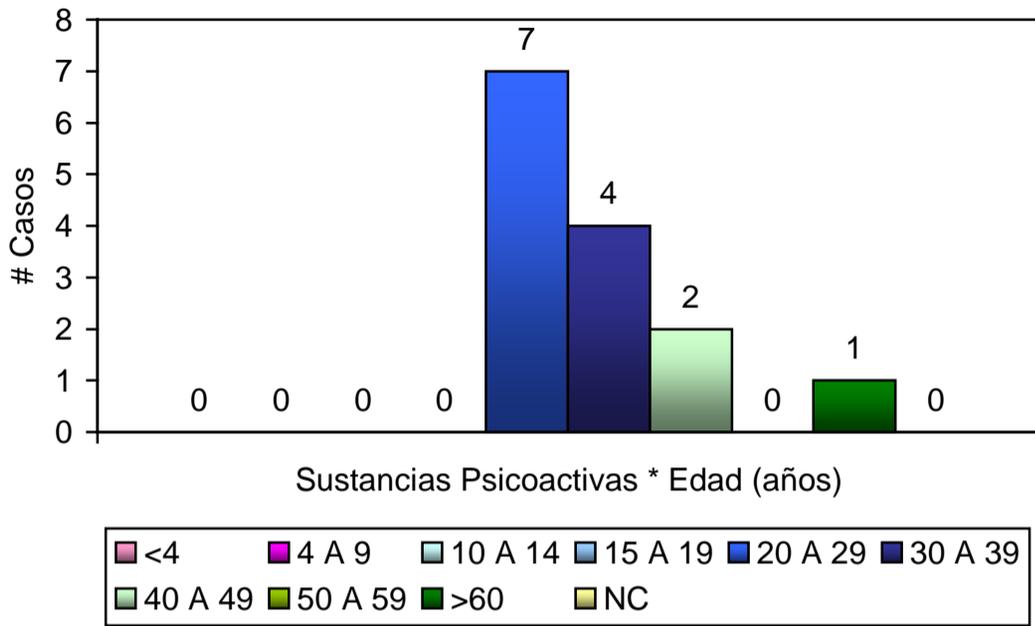
En la tabla anterior se muestra la incidencia de casos de violencia intrafamiliar por edades y su porcentaje.

INTENTO DE SUICIDIO



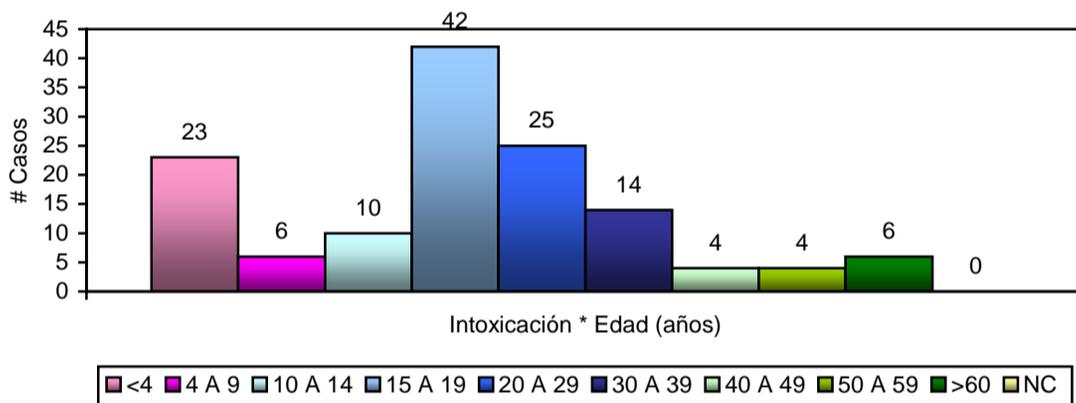
Los casos de intento de suicidio notificados, se presentaron desde los 10 hasta 59 años de edad. El 39,2% de los casos notificados se encuentran entre los 15 y 19 años. El 28,5% de 20-24 años. De 10-14 y 25-29 años se reportaron 6 casos en cada rango (10,7%). La mayoría de los casos de intento de suicidio se encuentran entre los 15 y 29 años sumando un 67,4%.

SUSTANCIAS PSICOACTIVAS



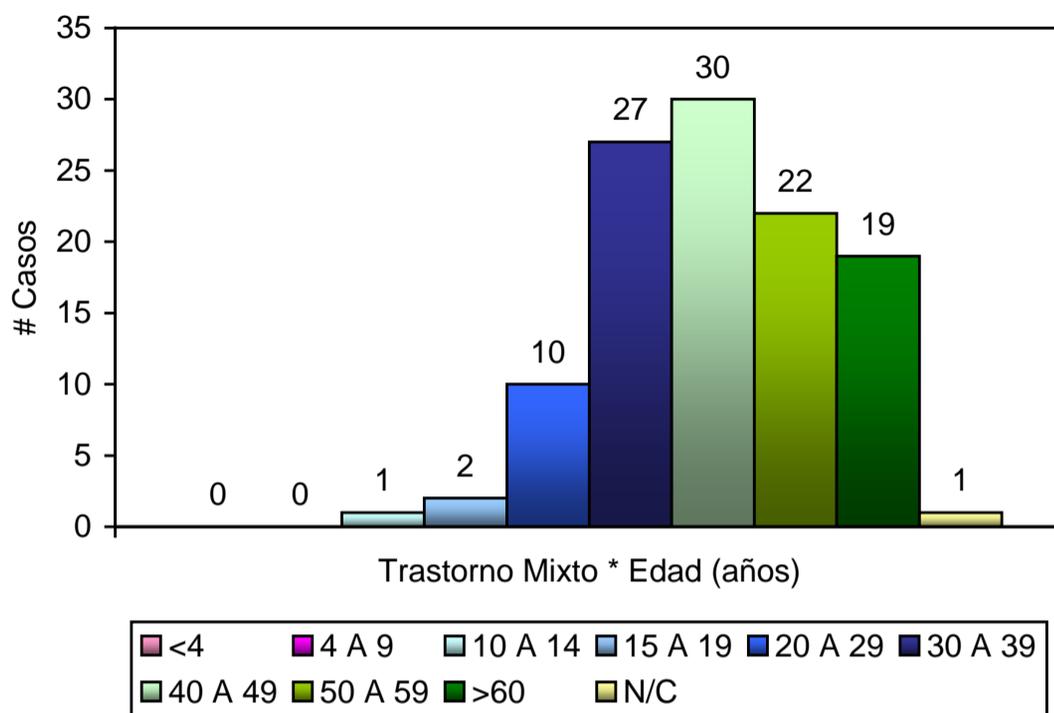
La mayoría de casos se encuentran entre los 20 a 29 años con el 50% de casos, seguido por el 28,5% entre los 30 a 39 años, siendo estos rangos los más representativos.

INTOXICACION



Los casos de intoxicación que se encuentran ubicados entre el rango de edad de los 15 a 19 años son los de mayor índice con el 31,3%, seguido por el 18% entre los 20 a 29 años; el 17, 1% se encuentra en menores de 4 años, y el 4.4% menores de 9 años, se encontró que las intoxicaciones en este rango de edad fueron accidentales, información obtenida en el proceso de vigilancia epidemiológica

TRASTORNO MIXTO



El trastorno mixto con mayor frecuencia se encuentra ubicado en el rango de 40 a 44 años, con el 26,7%, seguido por el 24, 1% entre los 20 a 29 años de edad, el 19,6% entre los 50 a 59 años, y mayores de 60 años presentan el 16,9%.

2.2.1.3.2 Situación Nutricional.

INDICADORES DE SALUD EN EL MUNICIPIO - AÑO 2006

Para el año 2006 la Prevalencia de Insuficiencia Ponderal fue de 12% sin cambios respecto al año 2005. Por género no se presentaron diferencias significativas.

En el grupo de menores de 5 años se registraron las más altas tasas de desnutrición aguda siendo los más afectados los niños y niñas de 2, 1 y 3 años respectivamente, se observa para el grupo de menores de seis meses cifras inferiores al promedio para el municipio. Entre las posibles causas se encuentran el hecho de que los menores de 5 años aún no tienen completamente desarrollado el sistema inmunológico lo cual los hace vulnerables para enfermedades infecciosas, siendo las más frecuentes las IRA y la EDA, sumado a esto el destete precoz y la falta de orientación adecuada a las madres al momento de iniciar la alimentación complementaria.

Indicadores Básicos

La prevalencia de retardo del crecimiento en la población observada durante el año 2005 fue de 14% inferior al año 2004 que fue de 22%. Por género los niños presentaron mayores tasas de retardo del crecimiento que las niñas.

En el grupo de menores de cinco años las tasas mas altas de retardo del crecimiento se presentan en los niños con edades entre 12 a 23 meses, situación que preocupa por cuanto es un periodo de crecimiento rápido y las consecuencias del retardo del crecimiento repercuten para toda la vida afectando su potencial de desarrollo. También presentan altas tasas de retardo del crecimiento los niños de cuatro años. Otra situación que preocupa es la prevalencia de baja talla en los menores de un año la cual puede estar relacionada con baja talla al nacer producto de desnutrición intrauterina.

Un factor de riesgo es cualquier circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad.

Hay que diferenciar los factores de riesgo de los factores pronóstico, que son aquellos que predicen el curso de una enfermedad una vez que ya está presente.

Existe también marcadores de riesgo que son características de la persona que no pueden modificarse (edad, sexo, estado socio-económico...)

Hay factores de riesgo (edad, hipertensión arterial..) que cuando aparece la enfermedad son a su vez factores pronóstico (mayor probabilidad de que se desarrolle un evento).

En epidemiología, los factores de riesgo son aquellas características y atributos (variables) que se presentan asociados diversamente con la enfermedad o el evento estudiado. Los factores de riesgo no son necesariamente las causas, sólo están asociadas con el evento. Como constituyen una probabilidad medible, tienen valor predictivo y pueden usarse con ventajas tanto en prevención individual como en la comunidad.

2.2.1.4.1 Factores de riesgo de Enfermedades Infecciosas

Indicador	Valor
Tasa general de Mortalidad por 1000 habitantes	
Tasa de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos	
Tasa de mortalidad perinatal por 1000 embarazos	
Tasa de mortalidad infantil por 1000 niños menores de un año	
Tasa de mortalidad perinatal por 1000 embarazos	
Tasa de mortalidad por homicidios por 100.000 habitantes	
% de desnutrición global en menores de 5 años	
Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años	
Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años	
Médicos por 1000 habitantes	
Enfermeras por 1000 habitantes	
Odontólogos por 1000 habitantes	

Eventos Trazadores

Evento	2001		2002		2003		2004		2005		2006	
	casos	tasa										
Mortalidad materna												
Mortalidad perinatal												
Sífilis congénita												
Tuberculosis												
VIH / Sida												
Parálisis Flácida												
Sarampión												
Malaria												
Tetanos neonatal												

FUENTE:

COBERTURAS DE INMUNIZACIÓN AÑO 2006

EDADES	BIOLÓGICO	COBERTURA
< 1 año	Esquema Completo	
< 1 año	Antipolio	
< 1 año	DPT	
< 1 año	Hib	
< 1 año	Triple Viral	
Recién Nacido	BCG	
< 5 años	Con todos los biológicos	
Gestantes	Toxóide Tetánico	
Mujeres, 10 a 49 años	Toxóide Tetánico	

FUENTE:

Coberturas de vacunación y análisis de las mismas. Además las características del Municipio en cuanto a las coberturas de saneamiento básico (agua potable y rellenos sanitarios).

MORBILIDAD GENERAL POR CONSULTA EXTERNA – AÑO 2006

No.	CAUSA	CASOS	%	Tasa x100.000 Hb.
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
	Total			

FUENTE:

MORBILIDAD HOSPITALARIA - AÑO 2006

No. ORDEN	CAUSA	CASOS	Tasa X 10.000 Hab.
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
	TOTAL		

FUENTE:

Se realiza un análisis de la morbilidad general por consulta externa y hospitalaria, distribuida por grupos etáreos, mencionando aquellas patologías especiales.

MORTALIDAD GENERAL PARA TODAS LAS EDADES - AÑO 2006

No. ORDEN	CAUSA	CASOS	TASA POR 10.000 HAB.
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
	TOTAL		

FUENTE:

Se realiza un análisis de las causas de mortalidad del Municipio para todas las edades y por grupos etáreos.

MORTALIDAD GENERAL SEGÚN GRUPOS DE CAUSAS - AÑO 2006

No.	GRUPO DE CAUSA	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL		
		# de Casos	Tasa	# de Casos	Tasa	# de Casos	%	Tasa
1	Ej: Transmisibles							
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
	Total Causas							

Del Individuo

1. Edad
2. Sexo
3. Educación
4. Higiene personal
5. Estado nutricional
6. Hábitos y adicciones
7. Estado de salud
8. Inmunidad
9. Suceptibilidad

Del medio ambiente

1. Habitación
2. Agua Potable
3. Drenaje
4. Higiene de alimentos
5. Higiene laboral
6. Contaminación

2.2.1.4.2 Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas. Las enfermedades crónicas graves tienen por causa factores de riesgo comunes y modificables. Dichos factores de riesgo explican la gran mayoría de las muertes por ese tipo de enfermedades a todas las edades, en hombres y mujeres y en todo el mundo. Entre ellos destacan:

1. Dieta inadecuada
2. Abuso de alcohol
3. Tabaquismo
4. Falta de actividad física
5. Estrés
6. Contaminación ambiental
7. Sobrepeso

2.2.1.4.3 Factores de Riesgo de Enfermedades Sociales. Cuando un conjunto de personas no obtiene de su medio físico la satisfacción de las necesidades en el orden social, nos encontramos con una "sociedad enferma". A este tipo de patologías se le conoce como enfermedades sociales, las cuales son producto de la crisis que vive la sociedad. En la actualidad, nos encontramos con una sociedad materialista, consumista e individualista en la que se han trastocado los valores, generando:

1. Incertidumbre sobre el futuro
2. Asentamientos ilegales no planificados
3. Desempleo
4. Desalojo y desplazamiento
5. Violencia
6. Abuso sustancias psicoactivas
7. Limitaciones en la educación
8. Condiciones de trabajo estresantes
9. Violación a los derechos humanos
10. Pobreza

[\(Tabla de Contenido\)](#)

2. Fuente:

Cuales fueron los montos de los recursos destinados a financiar el Plan de Atención Básico, según las diferentes fuentes, su variación en el periodo de estudio

Realice análisis de los montos utilizados en el periodo de estudio para financiar otras acciones en salud manejadas por los Alcaldes Municipales y las rentas cedidas para funcionamiento del ente territorial.

(A) ANÁLISIS DEL USO DE LOS RECURSOS.

Realice el análisis de:

USO PRESTACIÓN DE SERVICIOS A POBLACIÓN VINCULADA:

Recursos de Oferta (Situado Fiscal + Rentas Cedidas + Aportes Municipio). Uso en Hospitales Públicos. Uso otras IPS.

USO PRESTACIÓN DE SERVICIOS A POBLACIÓN SUBSIDIADA

- Recursos de Demanda (Situado Fiscal + Rentas Cedidas + FOSYGA + Esfuerzo Propio + PICN 15%). Uso en Hospitales Públicos. Uso otras IPS.

USO PRESTACIÓN DE SERVICIOS A POBLACIÓN CONTRIBUTIVA:

Recursos Régimen Contributivo (Recursos Cotizaciones). Uso en Hospitales Públicos. Uso otras IPS.

USO PRESTACIÓN DE SERVICIOS P.A.B. A TODA LA POBLACIÓN –

Recursos de Oferta (situado del Municipios). Uso en Hospitales Públicos. Uso otras IPS.

1. ANÁLISIS DE LA OFERTA DE SERVICIOS.

3 DIAGNOSTICO DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

2.3.1 Oferta de servicios de salud de Cúcuta

(A) OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD EN EL MUNICIPIO.

Centros Médicos	7
Ópticas	38
Centro de Ayudas Diagnosticas	37
Consultorios de Especialistas	300
Consultorios de Medicina General	74
Centro de Rehabilitación	8
Laboratorios Clínicos	56
Consultorios odontológicos	165
Centros Naturistas o Consultorios Homeopáticos	10

Disponibilidad de especialidades medicas, municipio de San José de Cúcuta

ESPECIALIDAD	TOTAL
Alergólogos	3
Anestesiólogos	40
Cardiólogos	8
Cirujano Cardiovascular y de tórax	1
Cirujano de Mano	14
Cirugía General	26
Cirujanos Pediatras	3
Cirugía Plástica	14
Cirugía Vascul Periférica	2
Dermatólogos	7
Endocrinos	4
Endoscopistas	15
Esterilidad	2
Fisiatras	3
Gastroenterólogos clínicos	2
Genética	1
Geriatras	2
Ginecólogos	33
Hematólogos	4
Infectólogos	1
Intensivistas	2
Internistas	31
Inmunología	3
C. Maxilofacial	4
Medicina de Trabajo	1
Medicina Nuclear	2
Nefrólogos	2
Neumólogos	4
Neonatología	2
Neurocirujanos	13
Oftalmólogos	18
Oncólogos	2
Ortopedia – Traumatólogos	24
Ortopedia y Traumatología Infantil	5
Otorrinolaringólogos	12
Patólogos	6
Pediatras	40
Psiquiatras	7
Radiólogos	14
Radioterapeutas	2
Reumatólogos	2
Salubristas	3
Salud Ocupacional	10
Urólogos	7
Médicos Generales	170

Disponibilidad de otros profesionales

PROFESION	TOTAL
Odontólogos	165
Bacteriólogos	56
Optómetras	31
Fonoaudiólogos	12

PROFESION	TOTAL
Terapia Física y Respiratoria	25
Terapista Ocupacional	20
Citólogos	5
Fisioterapeutas	38
Psicólogos	11
Ecografistas	11
Kinesiólogo	1
Terapista del lenguaje	5
Endodoncia	9
Estomatología	1
Implantología	4
Odontología estética	6
Odontología Infantil	8
Odontología Integral	64
Odontología Preventiva	3
Ortodoncia	19
Periodoncia	4
Prostodoncia	5
Homeópatas	4
TOTAL	482

Disponibilidad de camas hospitalarias

INSTITUCION	NUMEROS DE CAMAS
Unidades Básicas (Libertad, Comuneros, Puente Barco)	54
Hospital Erasmo Meoz	388
Hospital Mental Rudesindo Soto	155
Instituto de los Seguros Sociales	146
Ceginob	23
Clínica los Andes	12
Clínica Santa Ana	36
Clínica San Antonio	20
Clínica Saludcoop La Salle	
Clínica San José	83
Urgencias Famisalud (Santa Mónica)	10
Clínica Norte	57
Clínica de Rehidratación Infantil	9
Fundación Mario Gaitan Yaguas	17
Centro Urgencia San Rafael	8
Socorro Médico Santa Fe	12
Clínica el Rosal	15
Médico Quirúrgica	20
Centro Médico la Merced	12
Urgencia Pablo Sexto	7
Urgencia Gran Colombia	10
TOTAL	1094

RED PÚBLICA PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA COMPLEJIDAD

El Municipio cuenta con una sola red prestadora de servicios de salud de baja complejidad creada por Acuerdo Municipal 0089 en Enero de 1999 y que hace referencia a la Empresa Social del Estado E.S.E. IMSALUD.

Mediante Resolución N° 170 del 19 de Mayo del año 2000 se definió la Red Prestadora de Servicios de Salud del primer nivel de atención de la Empresa Social del Estado E.S.E. IMSALUD del Municipio de San José de Cúcuta, previa certificación por parte de la Secretaría Departamental de que el Municipio a través de la E.S.E. IMSALUD asumiría las competencias en salud del Primer Nivel de acuerdo a lo establecido en la Ley 60 de 1.993, para lo cual se cumplieron todos los requisitos del Decreto 1770/94, lo que acredita al Municipio el manejo autónomo de competencias y recursos del situado fiscal.

La siguiente es la Red Oficial de Prestación de Servicios de la E.S.E. IMSALUD la cual está conformada por los Organismos de Salud relacionados así: Ver más detalles en el CD correspondiente.

Tiene 30 I.P.S urbanas, de las cuales 4 funcionan como Unidades Básicas:

- I.P.S. DE PUENTE BARCO LEONES.
- I.P.S. DE LA LIBERTAD.
- I.P.S. DE COMUNEROS.
- I.P.S. POLICLINICO DE ATALAYA

Estos cuatro (4) organismos prestan todos los servicios de primer nivel excepto imágenes diagnósticas el cual está centralizado en la Unidad Básica Puente Barco Leones, además funcionan las 24 horas del día.

Las 27 I.P.S. restantes son las siguientes:

- I.P.S. EL CONTENIDO.
- I.P.S. LOMA DE BOLIVAR.
- I.P.S. BELEN.
- I.P.S. EL RODEO.
- I.P.S. SAN MARTIN.
- I.P.S. SANTA ANA.
- I.P.S. EL SALADO.
- I.P.S. AEROPUERTO.
- I.P.S. NIÑA CECI.
- I.P.S. ERMITA.
- I.P.S. OSPINA PEREZ.
- I.P.S. SAN LUIS.
- I.P.S. SEVILLA.
- I.P.S. CLARET.
- I.P.S. GUAIMARAL.
- I.P.S. TOLEDO PLATA.
- I.P.S. CUNDINAMARCA.
- I.P.S. PALMERAS.
- I.P.S. ALPES
- I.P.S. SAN MATEO
- I.P.S. DIVINA PASTORA
- I.P.S. DOMINGO PEREZ
- I.P.S. BOCONO
- I.P.S. EL CERRITO
- I.P.S. VIRGILIO BARCO
- I.P.S. BELISARIO
- I.P.S. ANTONIA SANTOS

Estas I.P.S. prestan atenciones de tipo ambulatorio Médicas – Odontológicas, servicios de vacunación actividades de enfermería, Promoción y Prevención. El servicio de laboratorio clínico se presta solamente en las I.P.S.s de San Martín, Loma de Bolívar, Niña Ceci y Salado.

Su horario de atención es de lunes a viernes de 7:00 A.M. a 12 M. y de 2:00 P.M. a 6:00 P.M., los sábados de 8:00 A.M. a 12 M.

Ademas está conformada por ocho I.P.S. RURALES.

- I.P.S. AGUA CLARA.
- I.P.S. BUENA ESPERANZA.
- I.P.S. SAN FAUSTINO.
- I.P.S. EL PORTICO.
- I.P.S. GUARAMITO.
- I.P.S. PALMARITO.
- I.P.S. LA FLORESTA
- I.P.S BANCO DE ARENA

Estos organismos prestan atención de tipo ambulatorio Médicas – Odontológicas, servicio de vacunación, actividades de enfermería, Promoción y Prevención. El servicio de laboratorio clínico se presta solamente en el Centro de Salud de Agua Clara.

El de atención son los días Lunes a Viernes, Sábados y Domingos de 8:00 A.M. a 2:00 P.M. excepto el organismo de salud de Agua Clara que funciona igual que un Centro de Salud Urbano de Martes a Domingo con intensidad de atención médica de 24 horas al día.

Capacidad instalada de la ESE IMSALUD. La Empresa Social del Estado ESE IMSALUD, cuenta en la actualidad con 31 Instituciones Prestadoras de Servicios del primer nivel de atención, de las cuales cumplen con el total de los requisitos esenciales exigidos por el nivel Nacional.

La Empresa Social del Estado IMSALUD cuenta con 107 profesionales de medicina general atendiendo en 51 consultorios en el área de Consulta Externa I Nivel, mientras que en el área de urgencias encontramos 12 médicos generales en 6 consultorios.

Otros profesionales que ofrecen sus servicios en consulta externa son: 54 odontólogos en 34 consultorios, 12 enfermeras jefes en 3 consultorios, 1 terapeuta ocupacional, 1 optómetra, 36 bacteriólogos y 9 profesionales en los programas de promoción y prevención, 110 Auxiliares de enfermería, 34 Auxiliares de Odontología y 19 Auxiliares de Laboratorio.

En relación con el servicio de hospitalización se cuenta con 55 camas, con un promedio estancia de 2.97 y un porcentaje de ocupación de 26.93. Tres salas de parto con un promedio de 2.000 procedimientos año. En relación con la salas de cirugía se cuenta con 1 sala en puente barco leones y su uso se da por venta de servicios a particulares.

Como servicios de apoyo se encuentra: 8 laboratorios clínicos, 1 unidad de radiología, 1 unidad de ecografía y 4 ambulancias.

2.3.2 Accesibilidad geográfica

ORGANISMOS DE SALUD	ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA		ACCESIBILIDAD ORGANIZACIONAL
	SITUACION REAL	ESTÁNDAR	Hora Atención / Hora atención Adecuada.
U.B. COMUNEROS	15 MIN/AU. 45 MIN/AR.	30 MIN/AU 120 MIN/AR	60/30 minutos
U.B.P. B. LEONES	10 MIN/AU.	30 MIN/AU 120 MIN/AR	60/30 minutos
U.B. LIBERT.	15 MIN/AU.	30 MIN/AU 120 MIN/AR	40/30 minutos
C.S. SAN MARTI.	10 MIN/AU.	30 MIN/AU 120 MIN/AR	35/30 minutos
C.S. SANTA ANA	10 MIN/AU.	30 MIN/AU 120 MIN/AR	30/30 minutos
C.S. EL CONTE	10 MIN/AU.	30 MIN/AU 120 MIN/AR	35/30 minutos
C.S. BELEN.	10 MIN/AU. 25 MIN/AR.	30 MIN/AU 120 MIN/AR	30/30 minutos
C.S. EL RODEO	25 MIN/AU.	30 MIN/AU 120 MIN/AR	25/30 minutos
C.S. AEROPUERTO	15 MIN/AU.	30 MIN/AU 120 MIN/AR	30/30 minutos
C.S. SALAD	15 MIN/AU. 45 MIN/AR.	30 MIN/AU 120 MIN/AR	30/30 minutos
C.S. NIÑA CECI	20 MIN/AU.	30 MIN/AU 120 MIN/AR	30/30 minutos
C.S. OSPINA PEREZ.	25 MIN/AU.	30 MIN/AU 120 MIN/AR	30/30 minutos
C.S. LOMA DE BOLIVA	20 MIN/AU.	30 MIN/AU 120 MIN/AR	35/30 minutos
P.S. PORTIC	5 MIN/AU.	30 MIN/AU 120 MIN/AR	25/30 minutos
P.S. AGUA CLARA	40 MIN/AR.	30 MIN/AU 120 MIN/AR	30/30 minutos
P.S. PALMARITO	40 MIN/AR.	30 MIN/AU 120 MIN/AR	30/30 minutos
P.S. BUENA ESPERANZA	38 MIN/AR.	30 MIN/AU 120 MIN/AR	30/30 minutos
P.S. SAN FAUSTINO	40 MIN/AR.	30 MIN/AU 120 MIN/AR	30/30 minutos
P.S. GUARAMITO.	45 MIN/AR	30 MIN/AU 120 MIN/AR	30/30 minutos

Una vez tabulada la accesibilidad geográfica para cada organismo de salud adscrito a la Empresa Social del Estado E.S.E. IMSALUD, podemos concluir que el grado de dificultad o facilidad para llegar al organismo de salud por parte de la población desde el punto más apartado del área de influencia a cada I.P.S. es relativamente fácil, teniendo en cuenta que en las Unidades Básicas como son: Comuneros, Puente Barco leones y la Libertad convergen el 60% de las rutas de transporte público (Busetas, Colectivos o Bus), desde el punto de vista del área de influencia a los organismos de salud del área del sector rural, se puede concluir que el tiempo que utiliza la población de las diferentes veredas se puede

determinar cómo moderado para algunas veredas y difícil para otras más alejadas al organismo de salud debido a la dificultad de la topografía geográfica y a la escasez de transporte por lo que en muchas ocasiones la población le toca desplazarse a pie hasta el organismo de salud.

(A) DISPONIBILIDAD DE RECURSOS FÍSICOS EN IPS PÚBLICAS.

Realice un análisis detallado de la cantidad de recursos físicos con que se cuenta el por nivel de complejidad, verificando sobre todo la pertinencia de los equipos para cumplir con las actividades que debe desarrollar cada IPS, acorde a su nivel, existencia de equipos que ofrecen una tecnología diferente a la Institución donde se encuentran.

Dentro del análisis se deben mencionar si la red pública no cuenta con algunos equipos de primera necesidad para garantizar la adecuada prestación de los servicios acorde al nivel de atención.

Inserte entonces un cuadro con las siguientes características:

RECURSOS FISICOS EN LAS IPS PÚBLICAS DEL DEPARTAMENTO AÑO 2003

SERVICIOS	RECURSOS FISICOS DISPONIBLES	BAJA COMPL	MEDIA BAJA COMPL	ALTA MEDIA COMPL	MENTAL	TOTAL
CONSULTA EXTERNA	# de consultorios consulta externa					
CONSULTA EXTERNA	# de consultorios para programas					
CONSULTA EXTERNA	# de consultorios de procedimientos					
SALUD ORAL	# de unidades odontológicas					
URGENCIAS	# de consultorios urgencias					
URGENCIAS	# de salas de procedimientos generales					
HOSPITALIZACION	# de camas					
QUIRÓFANOS	# de quirófanos para cirugía electiva					
QUIRÓFANOS	# de quirófanos urgencias					
QUIRÓFANOS	# Equipos para Anestesia General					
PARTOS	# de salas de procedimientos ginecobstetric					
PARTOS	# de mesas de parto					
PARTOS	# Monitores fetales					
DIAGNOSTICO	# Equipos para Radiología portátil					
DIAGNOSTICO	# Equipos para Radiología fijos					
DIAGNOSTICO	# Ecografos					
DIAGNOSTICO	# Electrocardiógrafos					
DIAGNOSTICO	# Electromiografos					
DIAGNOSTICO	# Colposcopios					
DIAGNOSTICO	# Mamógrafos					
SOPORTE TERAPEUT	# Endoscopios Digestivos					
SOPORTE TERAPEUT	# unidades Cobaltoterapia					
TRASLADO PACIENTE	# de Ambulancias Terrestres					

2.Fuente:

3Análisis Del Uso De Servicios Y Coberturas De Atención.

	Saludcoop	Hospital U. Erasmo Meoz	E.S.E. IMSALUD
Promedio día estancia	4,1	4,0	2,97
Giro cama	10,32	60,0	
Porcentaje ocupacional	99,9%	76%	26,93%
Egresos	4.888	25.455	

FUENTE: Información suministrada por Saludcoop (Institución Privada), Hospital Universitario Erasmo Meoz y la ESE IMSALUD (institución Pública) Año 2006

(B) ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO DE LA PRODUCCION DE SERVICIOS 2001 AL 2003.

COMPORTAMIENTO DE LA PRODUCCIÓN DE SERVICIOS EN IPS DE BAJA COMPLEJIDAD 2000 - 2003.

La información de producción se debe registrar de la siguiente forma:

Se analiza la información por grados de complejidad y posteriormente se divide en las áreas de consulta externa, hospitalización, urgencias, cirugía y apoyo diagnóstico. No olvide analizar la producción de partos. Este análisis se realiza con base en el comportamiento del 2001 AL 2003.

Se deben comentar aspectos como la relación existente entre el número de cirugías electivas y de urgencias, número de consultas externas y de urgencias, actividades de promoción y prevención y atención de partos.

Al final, realice un análisis global de la producción de cada uno de los grados de complejidad.

**COMPORTAMIENTO DE LA PRODUCCIÓN DE SERVICIOS IPS DE BAJA COMPLEJIDAD
2001, 2002**

UNIDAD DE PRODUCCION	INDICADOR	2002	2003
AMBULATORIOS	# Consultas Externas MD General		
	# Consultas Externas MD Especialista		
	# Actividades odontológicas		
	# dosis biológicos aplicados		
	# citología tomadas		
URGENCIAS	# consultas de urgencias		
HOSPITALIZACION	# de camas		
	# de egresos		
	% Ocupacional		
	Promedio día estancia		
	Giro Cama		
QUIROFANOS	# de Cirugías		
	# de Partos		
	# de cesáreas		
	# de Legrados		

FUENTE:

En el caso de consulta externa, se debe evaluar la producción de medicina general, medicina especializada, promoción y prevención (biológicos aplicados y citologías vaginales realizadas), actividades de salud oral, etc. Para el caso de producción de quirófanos, se debe analizar la información de cirugías electivas, cirugías de urgencias y atención de partos.

En cuanto a la producción de ayuda diagnóstica, se debe analizar la producción de laboratorio clínico, imagenología y terapias básicamente. En el caso de urgencias, se debe analizar el número de consultas de urgencia realizadas

Realice un análisis de la producción de urgencias comparando cada uno de los años del quinquenio y obteniendo al final una conclusión que integre la totalidad de la situación de urgencias. Realice análisis a la información de producción de consultas de urgencia anual y la producción diaria del municipios.

**COMPORTAMIENTO DE LA PRODUCCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS EN IPS DE BAJA COMPLEJIDAD
2001 Y 2003**

IPS	# consultas de urgencias				# pacientes/día				Var. 01/02
	2002	2003		%			2002	2003	
TOTAL									

Fuente:

4Análisis De La Referencia De Pacientes En Elmunicipio, Año 2003.

La fuente de información para la obtención de los datos de referencia de los pacientes se puede obtener en los formatos diseñados para tal fin (REMISION).

Para cada una de las tablas siguientes, se debe realizar análisis y posteriormente un análisis global de las referencias del municipio. Indicando cual es en general el sistema de referencia que se utiliza.

REMISIÓN DE PACIENTES A IPS SEGUN NATURALEZA JURIDICA .AÑO 2003

Concepto	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado	Vinculados	Total	%
No. Remisiones a Red Privada					
No. Remisiones al ISS					
No. Remisiones a Red Pública					
No. Total de Remisiones					

Fuente: Información suministrada por (medicina prepaga) (régimen subsidiado)

REMISIÓN DE PACIENTES SEGÚN COMPLEJIDAD DE LA IPS RECEPTORA AÑO 2003

Concepto	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado	Vinculados	Total	%
No. Remisiones de 1er. Grado de complejidad					
No. Remisiones de 2do. Grado de complejidad					
No. Remisiones de 3er. Grado de complejidad					
No. Remisiones sin identificación de nivel					

Fuente: Información suministrada por (medicina prepaga) (régimen subsidiado)

Fuente:

REMISIÓN DE PACIENTES POR CIUDAD A DONDE SE REMITE AÑO 2003

Concepto	Régimen Contrib.	Régimen Subsid.	Vinculados	Total	%
No. Remisiones a					
No. Remisiones a					
No. Remisiones a					
No. Remisiones a					
No. Remisiones a					
No. Remisiones sin identificación de ciudad de referencia					

Fuente: Información suministrada por (medicina prepaga) (régimen subsidiado)

Fuente:

REMISIÓN DE PACIENTES AÑO 2003 POR TIPO DE ESPECIALIDAD REQUERIDA

Concepto	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado	Vinculados	Total	%
Remisiones a G – O					
Remisiones a Medicina Interna					
Remisiones a Ortopedia					
Remisiones a Pediatría					
Remisiones a Cirugía General					
Remisiones a Psiquiatría					
Remisiones a Otras Especialidades					

Fuente:

REMISIÓN DE PACIENTES AÑO 2003 SEGÚN NIVEL DE LA IPS RECEPTORA

Concepto	Régimen Contrib.	Régimen Subsid.	Vinculados	Total	%
Hospital					
Seguro Social					
Hospital					

Fuente:

REMISIÓN DE PACIENTES AÑO 2003 SEGÚN IPS REMISORA

MUNICIPIO	IPS	CU	CE	TOTAL	REMISIONES	%

Fuente:

- 1.1. Se observa que el 80% de las remisiones se realizan a la red pública, así mismo estas remisiones se hacen en un 52% a instituciones de segundo nivel de complejidad y en un 96% se realizan dentro de la mismo municipio. **ANALISIS DEL RECURSO HUMANO EN IPS PUBLICAS DEL DEPARTAMENTO:**

(A) ANALISIS DE DISPONIBILIDAD DEL RECURSO HUMANO AÑO 2003.

El análisis de este importante aspecto debe tener en cuenta la siguiente información:

- *Distribución del personal por cada uno de los grados de complejidad, incluyendo la distribución entre trabajadores oficiales, empleados públicos (provisionales, en carrera administrativa, de libre nombramiento y remoción y fijos) y vacantes.*
- *Número de contratistas por cada una de las IPS y por cada uno de los grados de complejidad y su relación con la planta de personal.*
- *Distribución porcentual entre los cargos administrativos y asistenciales en planta de personal y un total luego de sumar los contratistas.*

[\(Tabla de Contenido\)](#)

2.4. DIAGNOSTICO FINANCIERO 2.4 E.S.E IMSALUD.

2.4.1.1 Ingresos.

ARS: Teniendo en cuenta el comportamiento de los ingresos de la vigencia 2003 con respecto al año 2002, hubo un incremento del 54.82%; es decir, que de \$ 4.865.119.141.97 que ingresaron en el año 2003, se presentó un aumento de \$ 1.722.755.655. En cuanto al año 2004, hubo una variación de los ingresos de 17.43%; es decir, que de \$5.713.138.661 hubo un incremento de \$ 848.019.534, con respecto a la vigencia 2003. En el año 2005, hubo una variación del 22.95%, es decir que se paso a \$ 7.024.285.146 con un incremento de \$ 1.311.148.566, con respecto a la vigencia 2004. Para el 2006 el incremento fue del 71.48% al pasar \$ 12.045.526.486, con un aumento de \$ 5.021.241.340.

VINCULADOS: En el 2002 se presentaron unos ingresos de \$ 4.422.399.788 y para el 2003 hubo una variación del 57.68% al pasar a \$ 6.973.268.855, reflejando un incremento de \$ 2.550.859.097. Para el 2004 los ingresos aumentaron un 8.22% al pasar a \$ 7.546.225.378, reflejando un incremento de \$ 572.966.493. Para el 2005 la variación del 34.20% al pasar a \$10.125.802.255., reflejando un incremento de \$ 2.580.576.877. Para el 2006 hubo una disminución de los ingresos por el orden de \$ 997.509.264, es decir -9.85%.

PROMOCION Y PREVENCION: En el 2002 se presentaron ingresos por valor de \$ 57.026.327, los ingresos se incrementaron en 908.11% al pasar en el año 2003 a \$ 574.886.9144. es decir un aumento de \$ 569.160.587. Al 2004 el incremento fue del 21.52%, al pasar a \$ 698.616.378, con una variación de \$ 123.729.981. Para el 2005, los ingresos disminuyeron en el -18.64%, al caer a \$568.388.714, con una variación negativa de \$ 130.228.181. Para el 2006 se incrementó a \$ 725.114.362, es decir 27.54%, con una variación de \$ 156.725.648.

CUOTA DE RECUPERACION: En el 2002 se presentaron ingresos por el orden de los \$ 686.848.024, que para el 2003 disminuyó en \$ 53.517.717, es decir una variación negativa de -7.79%, al caer a \$ 633.328.307. Para el 2004 los ingresos incrementaron a \$ 930.500.635, con un incremento de \$ 297.172.328, con una variación del 46.92%. Para el 2005, los ingresos fueron por el orden de \$ 1.018.162.662, es decir un incremento de \$ 87.662.027, con una variación de 9.42%. Para el 2006, los ingresos fueron por el orden de \$ 1.031.135.230, con un aumento de \$ 12.972.568, es decir una variación de 27%.

SOAT: Durante las vigencias 2002 y 2003, no se presentaron ingresos por este concepto, mejorando la gestión para el recaudo de estos tres últimos años, al pasar en el 2004 de \$ 1.054.000 a \$ 25.123.766 en el 2006 con una variación de 1287%.

DESPLAZADOS: En la vigencia 2002, se presentaron ingresos por valor de \$ 86.509.221; con respecto al año 2003, se presentó una variación negativa con una porcentaje de -1.78%, reflejando unos ingresos por valor de \$ 84.967.495. Para el año 2004, los ingresos estuvieron por los \$ 56.070.474; presentando una variación negativa de -34.02%, con respecto a la vigencia 2003. Para el año 2005 se presenta un caso especial, por que se facturó y el cobro se hizo, pero como los recursos para pago de atención a desplazados los gira el Gobierno Nacional, durante ésta vigencia no alcanzaron a efectuar desembolsos, por tanto el ingreso para ésta vigencia es \$ 0; lo que lleva una variación negativa del -100%, con respecto a la vigencia 2004. Para la vigencia 2006, se presentaron ingresos por valor de \$ 65.000.00, con una variación a favor del 100%.

RECAUDO ACUMULADO: Durante la vigencia 2002, se presentaron ingresos por el orden de \$ 11.275.907.133, que para el 2003 pasaron a \$ 16.413.391.194, con un incremento de \$ 5.134.484.061, es decir una variación del 45.56%. Para el 2004 el incremento fue de \$ 971.905.585, al pasar a \$ 17.385.296.779 los ingresos de este año, es decir, una variación del 6%. Para el 2005 el incremento fue de \$ 3.630.721.962, al pasar los ingresos a \$ 21.016.018.741, con una variación del 21%, respecto al año anterior.

Para el 2005 los ingresos fueron del orden de los \$ 26.191.158.129, con un incremento de \$ 5.175.141.388 y una variación del 25%.

Los ingresos por concepto de ARS, han venido aumentando año a año desde la vigencia 2002, debido a la gestión administrativa en lo concerniente a la ampliación de cobertura que se ha efectuado de forma gradual con las diferentes ARS y gracias al mejoramiento de nuestras Unidades Básicas e IPS, en infraestructura, dotación y personal, nos ha llevado aumentar los ingresos de \$ 3.142.363.486 en el año 2002 a \$ 12.045.526.486 en el 2006.

Los ingresos por concepto de VINCULADOS provenientes del Convenio firmado con la Secretaria de Salud Municipal y girados por el Sistema General de Participaciones, han mostrado de igual forma un aumento gradual año tras año, aunque entre el año 2005 y el año 2006, hubo una variación negativa del (9.85%). Así mismo, en el momento que se presente la cobertura universal del Régimen Subsidiado estipulada en la Ley 1122 del 2007, lógicamente los ingresos por este rubro se disminuirían de forma considerable.

Los ingresos por concepto de P y P (4.01%), desde el año 2002 van en ascenso, aunque entre el año 2004 y 2005 hubo una variación negativa, para el año 2006 se volvió a recuperar y se espera que a partir del momento en que se autorice la cobertura universal del Régimen Subsidiado, se aumenten en un alto porcentaje.

Los ingresos por concepto de CUOTA DE RECUPERACIÓN, aunque entre el año 2002 y 2003 tuvieron una variación negativa, pasaron a aumentar desde el año 2004 hasta el 2006; pero se espera que con la cobertura universal del Régimen Subsidiado, tiendan a disminuir.

Los ingresos por concepto de SOAT, que desde el año 2002 hasta el año 2005 eran ínfimos, repuntaron en el año 2006 gracias a la gestión y se espera que con la implementación del sistema para estos eventos en las Unidades Básicas y Policlínico por parte de la Dependencia encargada, a partir del año 2007 sea una cifra a tener en cuenta.

Los ingresos por concepto de LEY 387(DESPLAZADOS), la Empresa Social del Estado en los cuatros primeros años de este informe (2002 a 2005), ha venido haciendo un esfuerzo fiscal de sus recursos, ya que en este período tanto el Departamento como la Nación no efectuaron los desembolsos a tiempo; sólo hasta el 2006, gracias a la gestión de la actual administración se logró que la Nación y el Departamento saldaran parte de la deuda con la E.S.E. IMSALUD.

2.4.1.2 Análisis del Comportamiento de los Egresos de la Empresa Social del Estado IMSALUD.

GASTOS DE ADMINISTRACIÓN: En el 2002 los gastos fueron del orden de los \$1.375.202.159, que para el 2003 ascendieron a los \$2.508.813.327, para una variación del 82.3%. Para el 2004 la variación fue del 30.54% ascendiendo los gastos a \$3.350.305.325. En el 2005 la variación fue del 2.92% ascendiendo a \$3.358.550.142 y para el 2006 los gastos de administración fueron del orden de los \$4.547.977.642, con una variación del 31.88%.

GASTOS DE OPERACIÓN: En el 2002 los gastos de operación fueron de \$4.864.550.415, que para el 2003 tuvo una variación del 28.37%, ascendiendo a \$ 6.270.072.250. Para el año 2004 la variación fue del 6.77% y por el orden de \$6.594.572.867. Para el 2005 la variación estuvo en el orden del 45.88% pasando a los \$9.766.534.841 para el 2006 la variación fue del 8.57%, al pasar a \$10.532.556.016.

GASTOS GENERALES: En el 2002 los gastos generales fueron del orden de los \$3.319.643.402 y para el 2003 tuvo una variación del 14.74%, al pasar a \$3.602.476.906. Para el 2004 la variación fue del 15.66%, al pasar a \$4.148.739.414. En el 2005 la variación fue del 21.21%, ascendiendo a \$5.028.548.705 y para el 2006, disminuyeron al caer un - 36.15% en \$3.210.759.445.

OPERACIÓN COMERCIAL: En el año 2002 los gastos por operación comercial fueron de \$ 417.994.180, presentando un aumento del 32.37% para la vigencia 2003, ascendiendo a los \$ 553.308.107. Para el año 2004 se presentó un incremento del 13.46%, ascendiendo a \$ 627.788.800. En la vigencia 2005 se presentó un incremento del 133.40%, ascendiendo a 1.465.257.583. Para la vigencia 2006 los gastos por operación comercial llegaron a \$ 4.142.440.670, para un incremento del 182.71%.

GASTOS DE INVERSIÓN: De \$ 1.651.638.846 del año 2002, se pasó a \$ 2.875.753.181 en el año 2003, con un incremento del 74.12%. En el año 2004 se presentó una variación negativa de -49.47%, con un total de \$ 1.453.044.891. Para la vigencia 2005 se presentó una variación negativa de -57.86%, con un total de \$ 612.279.178 y en el año 2006 la variación fue de -88.41% con un valor de \$ 70.982.084.

SERVICIO DE LA DEUDA: En el año 2002 este rubro fue del orden de \$95.230.156, que con respecto al 2003 tuvo una variación del 377.59%, pasando a \$454.811.585. Para el 2004, se incrementó en un 152.20% pasando a \$ 1.147.040.709. En el 2005 cayó a \$612.279.178, con una variación negativa de -67.86%. En el 2006 cayó a \$ 70.982.054, con una variación negativa del 86.41%.

Los **GASTOS DE ADMINISTRACIÓN**, han mostrado un incremento año a año desde el año 2002, que dejan ver la expansión de la empresa, que a la vez la tiene posicionada como la E.S.E de mayor envergadura del Departamento, con su Red de 39 IPS, tanto urbanas como rurales y la unidad móvil, teniendo en cuenta que se tiene cubierto todo el Municipio de Cúcuta y la zona rural, que de igual forma requiere de nuestros servicios y al mismo tiempo pacientes de municipios aledaños que forman parte del área Metropolitana.

Los **GASTOS DE OPERACIÓN**, por concepto de este rubro la E.S.E IMSALUD, ha efectuado una inversión en forma constante y gradual con el objeto de mantener dotada y equipada toda nuestra red prestadora de servicios, para poder brindarle a nuestros usuarios un servicio óptimo y con calidad.

Los gastos por **OPERACIÓN COMERCIAL Y PRESTACION DE SERVICIOS**, la E.S.E IMSALUD ha hecho un gran esfuerzo por mantener toda la red dotada de productos farmacéuticos, material médico quirúrgico, odontológico, laboratorio, rayos X y material para promoción y prevención; a tal punto que en los dos últimos años analizados los gastos han sido superiores al 100% por este concepto.

Los **GASTOS DE INVERSIÓN**, por este concepto la E.S.E IMSALUD ha venido destinando recursos con el fin de ampliar cobertura con la construcción y ampliación de diferentes IPS.

Por concepto de **SERVICIO DE LA DEUDA**, la E.S.E IMSALUD ha sido bastante cautelosa y eficiente con el manejo de créditos con el sector financiero, puesto que entre el año 2002 y en el año 2005 canceló crédito por valor de \$2.000.000.000. Con el fin de mejorar nuestra infraestructura y brindar nuestros servicios a un mayor número de usuarios, se tiene aprobado un crédito con el Banco de Bogotá, estando a la espera del desembolso, recursos que serán destinados a la construcción y dotación de las unidades básicas del Trigal del Norte, Loma de Bolívar y así mismo la automatización de la Red de informática de la E.S.E IMSALUD.

En resumen, el total de egreso de la Empresa Social del Estado E.S.E IMSALUD en el 2002 fueron de \$11.588.675.338 con un incremento de 40.37% para el año 2003, al pasar a \$16.266.651.636; para el año 2004 el incremento fue del 7.6%, al pasar a \$17.503.042.912; para el año 2005 la variación fue del 20.31%, al pasar a \$21.057.798.394 y en el 2006 la variación fue del 20.21%, al pasar a \$25.312.852.279.

Con respecto al compromiso financiero que tiene la E.S.E. IMSALUD con recursos propios, frente al desarrollo de la misión institucional, se puede decir que la entidad invierte estos recursos que capta de la prestación de servicios en el fortalecimiento de la infraestructura física y dotación de las 38 IPS que conforman la red de prestación de servicios de la E.S.E IMSALUD.

En lo que respecta a la asignación de los recursos a los proyectos formulados como respuesta a los problemas y necesidades priorizados y planteados en el programa de gestión institucional durante los próximos cuatro años, la ESE IMSALUD, tiene aprobado un crédito del orden de los \$3.500.000.000 con el Banco de Bogotá y se encuentra a la espera del desembolso de dicho crédito.

Estos recursos tienen como destinación la construcción y dotación de las unidades básicas de Trigal del Norte, Loma de Bolívar y así mismo la automatización de la red de informática de la ESE IMSALUD

Así mismo la actual administración dentro de su plan de desarrollo esta comprometido en la implementación de las normas de calidad contempladas en la Ley 817 del 2003, NTCGP-1000 (Decreto 4110/2004) y SOGC (Decreto 1110/2006).

Una de las limitaciones relacionadas con procedimientos, metodología e instrumentos del recursos humano del área financiera, es la poca capacidad instalada de equipos de informática que le permitan a la entidad agilizar y actualizar el recaudo; falencia que se espera subsanar con los recursos del crédito.

Se pretende que con la adquisición de los nuevos equipos de informática, la ESE IMSALUD pueda contar con información financiera ágil y oportuna, referente al comportamiento de los ingresos de las diferentes IPS, para tomar decisiones inmediatas que le permitan mejorar día a día en su funcionamiento, que se vean reflejadas en una excelente atención a nuestros usuarios.

2.4.1.3 Proyecciones Financieras

PROYECCION FINANCIERA DE LA E.S.E IMSALUD 2007-2009

AÑOS	2007	2008	2009
INGRESOS EMPRESA	28.870.700	28.414.121	29.554.938
Venta de servicios	25.366.700	27.988.701	29.108.247
ARS-Régimen subsidiado.	15.806.802	16.755.210	17.425.418
Ente territorial-Vinculados	6.396.767	6.780.573	7.051.795
Cuotas de recuperación	1.134.000	1.202.040	1.250.121
Otros conceptos	2.029.131	3.250.878	3.380.913
Dispon. Inicial			
Recursos de Capital	3.504.000	425.420	446.691
Rendimientos	4.000	7.500	7.875
Otros conceptos-crédito	3.500.000	417.920	438.816
GASTOS EMPRESA	28.870.700	28.414.121	29.554.938
NOMINA	6.138.825	6.415.072	6.703.750
PERSONAL CONTRATADO	9.986.749	10.685.821	11.166.682
INVERSION (Contr. Automatiz)	3.510.000	2.000.000	2.000.000
SERVICIO DEUDA	474.951	840.000	882.000
GASTOS DE OPERACION	4.748.915	5.500.000	5.775.000
OTROS GASTOS	4.011.260	2.973.228	3.027.506
SUPERAVIT O EXCEDENTE			

2.4.2 Secretaria Municipal de Salud

Fuente de recursos	2002	2003		2004		2005	
Transferencias							
Participación para Salud	\$ 22.178.579.576,00	\$ 24.901.251.079,00	12,28%	\$ 27.707.581.233,00	11,27%	\$ 30.921.618.056,00	11,60%
FOSYGA	\$ 2.209.239.821,00	\$ 2.644.899.808,00	19,72%	\$ 4.985.385.599,00	88,49%	\$ 8.910.025.916,00	78,72%
Árbitros Rentísticos	\$ 456.248.752,00	\$ 637.853.768,00	39,80%	\$ 597.342.184,00	-6,35%	\$ 582.285.210,00	-2,52%
Otros aportes	\$ 300.000.000,00	\$ 384.847.964,00	28,28%	\$ 1.287.272.932,00	234,49%	\$ 850.759.289,00	-33,91%
TOTAL TRANSFERENCIAS	\$ 25.144.068.149,00	\$ 28.568.852.619,00	13,62%	\$ 34.577.581.948,00	21,03%	\$ 41.264.688.471,00	19,34%
Ventas							
Ventas otros bienes	\$ 52.234.860,00	\$ 41.838.355,00	-19,90%	\$ 54.344.008,00	29,89%	\$ 47.098.246,00	-13,33%
TOTAL VENTAS	\$ 52.234.860,00	\$ 41.838.355,00	-19,90%	\$ 54.344.008,00	29,89%	\$ 47.098.246,00	-13,33%
Recursos de Capital							
Recurso de Balance	\$ 3.534.492.132,00	\$ 6.256.359.219,00	77,01%	\$ 4.501.999.457,00	-28,04%	\$ 7.909.090.204,00	75,68%
Rendimiento de Op. Financieras	\$ 528.969.947,00	\$ 319.436.591,00	-39,61%	\$ 461.565.470,00	44,49%	\$ 373.457.578,00	-19,09%
Rendimiento de Coofinanciación	\$ 601.791.720,00		-100,00%				
TOTAL RECURSOS CAPITAL	\$ 4.665.253.799,00	\$ 6.575.795.810,00	40,95%	\$ 4.963.564.927,00	-24,52%	\$ 8.282.547.782,00	66,87%
TOTAL INGRESOS	\$ 29.861.556.808,00	\$ 35.186.486.784,00	17,83%	\$ 39.595.490.883,00	12,53%	\$ 49.594.334.499,00	25,25%

Gastos	2002	2003		2004		2005	
Funcionamiento							
Gastos personal	\$ 345.114.421,00	\$ 430.013.217,00	24,60%	\$ 436.544.788,00	1,52%	\$ 493.366.733,00	13,02%
Gastos Generales	\$ 127.248.976,00	\$ 132.509.854,00	4,13%	\$ 130.114.624,00	-1,81%	\$ 66.992.729,00	-48,51%
Transferencias Corrientes	\$ 18.696.775,00	\$ 38.641.100,00	106,67%	\$ 6.583.289,00	-82,96%	\$ 5.506.345,00	-16,36%
TOTAL G. FUNCIONAMIENTO	\$ 491.060.172,00	\$ 601.164.171,00	22,42%	\$ 573.242.701,00	-4,64%	\$ 565.865.807,00	-1,29%
Inversión	\$ 25.001.953.466,00	\$ 33.626.071.604,00	34,49%	\$ 39.660.628.849,00	17,95%	\$ 49.363.294.949,00	24,46%
TOTAL INVERSION	\$ 25.001.953.466,00	\$ 33.626.071.604,00	34,49%	\$ 39.660.628.849,00	17,95%	\$ 49.363.294.949,00	24,46%
TOTAL EGRESOS	\$ 25.493.013.638,00	\$ 34.227.235.775,00	34,26%	\$ 40.233.871.550,00	17,55%	\$ 49.929.160.756,00	24,10%

[\(Tabla de Contenido\)](#)

2.5. DIAGNOSTICO ORGANIZACIONAL.

Función administrativa. Análisis del Entorno. La Secretaría de Salud es una institución gubernamental del Municipio de San José de Cúcuta única en su género, por lo tanto, no tiene competencia, sin embargo, es necesario estudiar los diferentes factores que inciden en el desarrollo, crecimiento y configuración de la entidad, como los económicos, los políticos, los sociales y tecnológicos, para que con base en ellos sea posible presentar propuestas que adecuen la institución a su entorno.

Para dicho análisis se utiliza la matriz POAM que ayuda a detectar las oportunidades y amenazas del entorno, para lo cual es necesario definir los siguientes factores:

Factores Económicos. Identifican las ventajas o amenazas que se derivan de la aplicación de políticas económicas, presupuestales y fiscales, como las contenidas en las Leyes 617 de 2000, 715 de 2001, Ley 1176 de 2007 que enmarcan la razón de ser de la entidad y determinan su incidencia en el costo de la prestación del servicio de salud.

Factores Políticos. Se deben tener en cuenta las decisiones y orientaciones de orden político que puedan afectar las actividades propias de la entidad tales como: la renovación de la clase dirigente, el fortalecimiento de la descentralización y la falta de credibilidad en algunas instituciones del Estado.

Factores Sociales. La entidad debe preocuparse por conocer y responder a las necesidades cambiantes de la población, las cuales determinan sus demandas, debe estar atenta al nivel de satisfacción frente al servicio prestado. Se deben analizar variables y situaciones tales como: inseguridad social y crecimiento poblacional entre otros.

Factores Tecnológicos. Es importante tener en cuenta los avances en el campo de las telecomunicaciones, la automatización de procesos, la facilidad de acceso tecnológico, la velocidad en el desarrollo tecnológico, con el fin de analizar su posible aplicación al interior de la institución, lo cual va a redundar en el mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios.

2.5.1 Matriz POAM (perfil de oportunidades y amenazas)

FACTORES Y VARIABLES	OPORTUNIDAD			AMENAZA			IMPACTO		
	A	M	B	A	M	B	A	M	B
Económicos: - Ajuste Fiscal - Cambios en la distribución de competencias y recursos. - Manejo de recursos	X		X	X			X		
Políticos: - Renovación de la clase dirigente - Fortalecimiento de la Descentralización - Falta de gobernabilidad	X				X		X		X
Sociales: - Inseguridad social - Crecimiento poblacional					X		X		
Tecnológicos: - Avance en telecomunicaciones - Automatización de procesos - Facilidad de acceso tecnológico - Velocidad del desarrollo tecnológico		X	X				X		

Es importante tomar en cuenta el déficit de recursos propios por los que está atravesando el Municipio por los compromisos adquiridos por los megaproyectos y las ampliaciones de cobertura en el sistema de salud en donde la capacidad del recaudo es menor a la deuda. Como se puede observar un ajuste fiscal de la misma naturaleza del que se realizó mediante la Ley 617 de 2000, podría constituirse en una oportunidad de nivel bajo e impacto alto para la Secretaría de Salud, como quiera que al señalarse límites a los gastos del Municipio, se disminuye la posibilidad de financiar inversión, lo que afecta directamente la posibilidad de ampliar coberturas, limita el fortalecimiento de programas sociales e institucionales y el flujo adecuado de recursos financieros del sistema de salud con las obligaciones ya contraídas afectando directamente la mejorar de la calidad en la prestación del servicio de salud.

Las reformas en la distribución de competencias y recursos obedecen al cambio de categoría del Municipio al pasar a ser un Municipio de primera categoría a ser Distrito especial. Esto puede constituirse en una oportunidad alta para la Secretaría generando un gran impacto en su desarrollo, en la medida en que se le pueden asignar mayores responsabilidades y recursos, mejorando la calidad y cobertura en la prestación de los servicios de salud a la población del Municipio o por el contrario volverse una amenaza si no se estructura adecuadamente el estamento administrativo de Salud para poder asumir esas nuevas funciones y poder responder a esas nuevas competencias dejando en manos de otras instancias la prestación de dicho servicio.

Con relación al manejo de recursos podemos observar que actualmente se está reflejando una alta amenaza con un impacto alto por las dificultades que se han presentado al no ser la Secretaria de Salud autónoma en el manejo de los mismos, tomando en cuenta que el manejo del presupuesto lo realiza Secretaria de Hacienda y el de las cuentas maestras en Salud la Secretaria del Tesoro Municipal. Esta situación afecta notablemente la oportunidad en la toma de decisiones, la realización de pagos, el proceso de contratación y el conocimiento expedito y completo que debe tener el Secretario de Salud del manejo presupuestal y contable del Fondo Global de Salud lo que limita el adecuado flujo de recursos financieros del Sistema de Salud.

En el aspecto político, la renovación de la clase dirigente local, regional y nacional constituye una amenaza media para la Secretaría de Salud, pues existe la posibilidad de que se den cambios sustanciales en las políticas públicas para el sector salud, lo que no permite cumplir con los planes trazados generando traumatismos y parálisis en la prestación del servicio, causando un alto impacto en la institución.

El fortalecimiento en el proceso de la descentralización administrativa puede convertirse en una oportunidad de nivel alto y gran impacto para la entidad, en la medida en que puede fortalecer su papel como ente rector de la salud a nivel local. En este aspecto se sugiere el cambio de estructura administrativa del ente rector de Salud Municipal de Secretaria de Salud a Instituto Municipal de Salud como ente descentralizado de la Administración Municipal con personería jurídica y autonomía Financiera y administrativa que permita el manejo directo de la ordenación del gasto, el manejo del presupuesto y tesorería, para facilitar la asunción de las nuevas competencias por ser Distrito.

Las dificultades en la gobernabilidad en el país pueden conducir a la desconfianza y poca credibilidad de la población civil hacia las instituciones del estado, convirtiéndose en una amenaza baja pero de impacto medio para la Secretaría, como quiera que afecte el alcance y eficacia de los programas y proyectos del sector salud.

En el campo social la inseguridad se considera una amenaza alta y de gran impacto para la entidad, pues impide el acceso del personal de salud a determinados lugares, dificultando la ejecución de los diferentes proyectos del sector lo que afecta negativamente la cobertura en la prestación del servicio.

Por su parte, el crecimiento poblacional representa una amenaza media pero de gran impacto en la institución, como quiera que hace más latente la insuficiencia de recursos para la financiación de los proyectos del sector y disminuye los niveles de cobertura en la prestación del servicio.

En lo que se refiere al entorno tecnológico, el avance en las telecomunicaciones representa una oportunidad media, que a pesar de su alto impacto en el desarrollo y crecimiento de la entidad, ésta no dispone de los recursos suficientes que le permitan acceder a dichos avances, limitando la posibilidad de contar con información actualizada y oportuna para el cumplimiento de los diferentes procesos.

Así mismo, la automatización de los procesos es una oportunidad media, ya que a pesar de que la Secretaría entró en la era de la computación, aun debe fortalecer y consolidar su sistema de información, lo que le permitirá disponer de información, actualizada, depurada y organizada facilitando la toma de decisiones. El impacto se considera alto porque permite mejorar la prestación de los servicios.

La facilidad al acceso tecnológico es considerada una oportunidad baja, pues no se cuenta con los suficientes recursos para acceder a la tecnología de punta, sin embargo, el impacto es muy alto si se considera que el atraso en dicho aspecto afecta notablemente la calidad y oportunidad en la prestación de los servicios de salud.

Por la misma razón, se considera que la velocidad del desarrollo tecnológico es una oportunidad media con un impacto alto, ya que a medida que la tecnología avanza día a día, si la Secretaría no cuenta con los recursos necesarios que le permitan acceder a la misma se verá rezagada afectando su crecimiento y desarrollo.

Objetivos y Estrategias institucionales a adoptar desde el Sector. Para el desarrollo de sus competencias y funciones la Secretaria de Salud ha definido los siguientes objetivos estratégicos:

- Masificar los programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y control y vigilancia de los factores de riesgo.
- Priorizar de acuerdo a las tendencias municipales y Nacionales en salud, los programas de prevención de enfermedades más urgentes.
- Ejercer inspección, vigilancia y control sanitario sobre los factores de riesgo para la salud presentes en los establecimientos y espacios que puedan generar riesgo para la población
- Establecer una base de datos computarizado y actualizada de todos los estados de salud susceptibles de control en salud.
- Contar con un sistema de información avanzado, ágil y oportuno que permita establecer base de datos confiables para el aseguramiento de la población al SGSSS.
- Certificarnos en el sistema de calidad que permita agilizar y actualizar los procedimientos en la atención de las funciones propias de la entidad y la prestación de los servicios.
- Modificar y actualizar la estructura orgánica de sector salud en el Municipio convirtiéndonos en un ente descentralizado que permita tener autonomía financiera y administrativa para facilitar la asunción de nuevas competencias como Distrito.
- Establecer controles necesarios a las entidades prestadoras de servicios de salud en el Municipio de San José de Cúcuta para garantizar la calidad de la prestación de los servicios de salud y la oportunidad en la atención para los eventos de interés para la salud pública.
- Organizar y garantizar la prestación del Plan de Salud Pública.
- Garantizar el adecuado acceso de la población al Sistema General de Seguridad social en Salud.
- Fortalecer el recaudo de los ingresos por concepto de venta de servicios.
- Garantizar la correcta prestación de los servicios de salud en los regímenes subsidiado y contributivo.

Factores Clave de Éxito. La Secretaria de Salud para optimizar su desempeño, permanecer, crecer y progresar en el medio ambiente en que se mueve ha definido los siguientes factores clave de éxito:

- Cobertura
- Oportunidad en el Servicio
- Calidad en el Servicio
- Tecnología en informática y en las comunicaciones
- Ética en la prestación de los Servicios profesionales

Relaciones Establecidas con Otros Sectores. La Secretaría planea y ejecuta los diferentes programas y proyectos bajo los principios de coordinación y complementariedad con los demás Sectores sociales, entre los que se encuentran:

SECTOR	PROGRAMAS, PROYECTOS Y/O ACTIVIDADES	INSTITUCIÓN
Educación	Cátedra de Salud Pública, Riesgo escolar, control de vectores, Salud Sexual y reproductiva, Salud Mental.	Secretaria de Educación Municipal, Departamental, Instituciones Educativas Públicas y Privadas, Universidades
Bienestar Familiar	P.A.I., Vigilancia en Salud Pública, Nutrición,	I.C.B.F.
Desarrollo Comunitario	Participación Social, P.A.I., Vigilancia en Salud Pública.	Secretaria de Desarrollo de la Comunidad, JAL, JAC, Asociaciones, Comités Veedores.
Gobierno	Control de Alimentos, Control de Zoonosis, Control Residuos Sólidos y Hospitalarios, Salud Mental y Salud Sexual y Reproductiva.	Secretaria de Gobierno Municipal, Comisarías de Familia, Inspecciones de Policía.
Bienestar Social	Adulto Mayor, Población Vulnerable, Nutrición, Discapacitados, Salud Mental y Salud Sexual y Reproductiva.	Secretarías Municipales de Bienestar Social y la Mujer, Despacho de la primera Dama Municipal, Cruz Roja, Red de

		Solidaridad , Defensa Civil y ONGs
Medio Ambiente	Control de Aire, Control de Ruido, Control Residuos Sólidos.	CORPONOR,
Agua Potable y Saneamiento Básico	Control Aguas.	E.I.S., Secretaria de Obras Públicas Municipal.
Planeación	Espacio Público, Prevención y Atención de Desastres.	Planeación Municipal, Comité de Prevención y Atención de Desastres Municipal
Justicia	Drogadicción, Derechos Humanos, Abuso Sexual.	Casas de Justicia, Fiscalía, Personería.

[\(Tabla de Contenido\)](#)

3. ANÁLISIS CON ENFOQUE DE PROGRAMAS Y SUBPROGRAMAS

3.1 ASEGURAMIENTO

- A 31 de Diciembre de 2007 el municipio de Cúcuta tiene 301,541 afiliados al Régimen Subsidiado para un 59,15%, los cuales el municipio garantizará su continuidad en su aseguramiento, a través de los contratos que se suscribirán el 1 de Abril de 2008.
- El Municipio de Cúcuta tiene un déficit de cobertura de afiliados al Régimen Subsidiado del 40,85% de 208.213 personas sin afiliación con relación al SISBEN
- A esta población no afiliada a ningún régimen se garantiza la prestación de servicios mediante la contratación de la ESE IMSALUD garantizando un seguimiento a los indicadores de calidad y a la gestión de la IPS Pública.

3.2 OFERTA DE SERVICIOS

2.2. ESTUDIO DE LA POBLACIÓN SEGÚN NIVEL DE ASEGURAMIENTO.

(A). Composición De La Población Por Aseguramiento Año 2002 Y 2007.

SEGMENTACIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN AFILIACIÓN AL SGSSS – AÑOS 2004-2007

TIPO REGIMEN	1999	2000	2006	2007
Reg. Contributivo*				270.904
Reg. Subsidiado	72565	228.268	294.129	301.541
Evasores				
Vinculados				29.378
TOTAL	380.059			

FUENTE: Secretaría Municipal de Salud de Cúcuta. Subsecretaría de Aseguramiento
* Superintendencia Nacional de Salud, Boletín estadístico No. 12

El Municipio de Cúcuta inicio la vigencia 2004 con 118,165 afiliados por un valor de **\$21,816,968,199** de los cuales el Municipio ha financiado un 3% con Recursos Propios.

Durante las vigencias 2004 al 2007 se realizaron Ampliación de Cobertura de 183,376 afiliados de los cuales 8,506 corresponde a Subsidios Parciales que benefician a los niveles 2 y 3. En conclusión el Régimen Subsidiado durante la vigencia 2004 al 2007 aumento en un doscientos cincuenta y cinco por ciento (255%) .

Para un total de afiliados de 301,541 distribuidos así:

REGIMEN SUBSIDIADO	NIVEL 1	152.615
	NIVEL 2	137.430
	NIVEL 3	990
	CENSAL	10.506
	TOTAL	301.541

2.3. ANALISIS DE FUENTES Y USOS DE LOS RECURSOS DESTINADOS A LA SALUD EN EL MUNICIPIO.

(B) FUENTE DE LOS RECURSOS DE SALUD PARA EL MUNICIPIO.

Realice un análisis de los ingresos para salud en el Municipio entre 2.001, y 2003 especificando el comportamiento de cada uno de los rubros en el mismo período de tiempo y el porcentaje de cada una de las fuentes en la totalidad de los mismos

TOTAL FUENTE DE RECURSOS PARA EL REGIMEN SUBSIDIADO Y PARA VINCULADOS - 2001.2003

Concepto	% Variación					
	2001	2002	2003	02/01	03/02	
FUENTE DE RECURSOS						
Recursos del Pto. Nacional						
Situado Fiscal						
Participación ICN						
FOSYGA Subcta. de Solidaridad						
FOSYGA Cajas de Compen. Fliar.						
Transferencias Presto. Nacional						
Total Recursos del Pto Nacional						
Recursos Departamentales						
Rentas Cedidas						
Esfzo. Propio Recursos Deptales.						
Total Recursos Departamentales						
Recursos Municipales						
ECOSALUD - ETESA						
Esfuerzo Propio Recursos Municipales						
Total Recursos Municipales						
Total						

FUENTE:

(C) ANÁLISIS DE LAS FUENTES Y DESTINO DE LOS RECURSOS.

Establezca claramente la destinación de los recursos financieros del sector salud del Municipio. Al finalizar, se debe tener claridad sobre la cantidad de recursos utilizados para cada una de las acciones de salud, por lo que se sugiere insertar una tabla con las siguientes características:

TOTAL RECURSOS PARA SALUD 2000-2003 SEGÚN DESTINOS

Años	VINCULADOS	SUBSIDIADOS	P.A.B.	Otras Acciones Salud Municipal	Func. del SERV. SECC. SALUD	TOTAL	Variación
2000							
2001							
2002							
2003							

Fuente:

Realice un análisis de la utilización de los recursos en cada uno de los destinos durante el período de tiempo evaluado, mencionando las principales causas de la variación de las cifras.

Es importante realizar un análisis detallado de los recursos destinados para la atención de la población vinculada, determinando la variación del valor pér-cápita anualmente, insertando además una tabla con las siguientes características:

VARIACIÓN DE LOS RECURSOS DE OFERTA PER CAPITA VINCULADO 2001-2003

	2001	2002	2003
Recursos disponibles			
Población Vinculada			
\$ per cápita			

FUENTE:

Especifique, en forma detallada como se comporta esta distribución de recursos en el municipio. Realice un análisis detallado de la situación observada en las instituciones de cada uno de los grados de complejidad, concluyendo con un análisis general de la situación financiera del Municipio.

A continuación realice una descripción amplia de las fuentes de los recursos para el subsidio a la demanda, mencionando la variación de cada una de ellas durante el período de tiempo evaluado y la variación porcentual en dicha participación de las diferentes fuentes, así como las causas de esa variación.

Inserte una tabla con las siguientes características:

**FUENTE Y DESTINO DE LOS RECURSOS PARA ATENCIÓN POBLACION SUBSIDIADA
2001-2003**

DESTINO Y FUENTE	Años			Variación %		
	2001	2002	2003	02/01	03/02	
Situado Fiscal						
Participación ICN						
FOSYGA						
- Subcuenta de Solidaridad						
- Cajas de Compensación Fliar.						
Rentas Cedidas						
- Rentas Cedidas Transformadas						
- Esfuerzo Departamental						
Total Recursos Régimen Subsidiado						

Fuente:

**COMPORTAMIENTO DE RECURSOS DEL PAB Y OTROS RECURSOS 2001-2003
Comparación entre pesos constantes del 2001, 2002 Y 2003**

DESTINO Y FUENTE	Años			Variación %		
	2001	2002	2003	02/01	03/02	
PAB						
- Situado Fiscal						
Total Recursos PAB						
Acciones en Salud						
- Participación ICN						
- Recursos Municipales						
Total Recursos Acciones en salud						
Funcionamiento Dirección Departamental de Salud						
- Rentas Cedidas						
Total Recursos para Funcionamiento						

A 31 de Diciembre de 2007 el municipio de Cúcuta tiene 301,541 afiliados al Régimen Subsidiado para un 59,15%, los cuales el municipio garantizará su continuidad en su aseguramiento, a través de los contratos que se suscribirán el 1 de Abril de 2008.

El Municipio de Cúcuta tiene un déficit de cobertura de afiliados al Régimen Subsidiado del 40,85% de 208.213 personas sin afiliación con relación al SISBEN

A esta población no afiliada a ningún régimen se garantiza la prestación de servicios mediante la contratación de la ESE IMLSAUD garantizando un seguimiento a los indicadores de calidad y a la gestión de la IPS Pública.

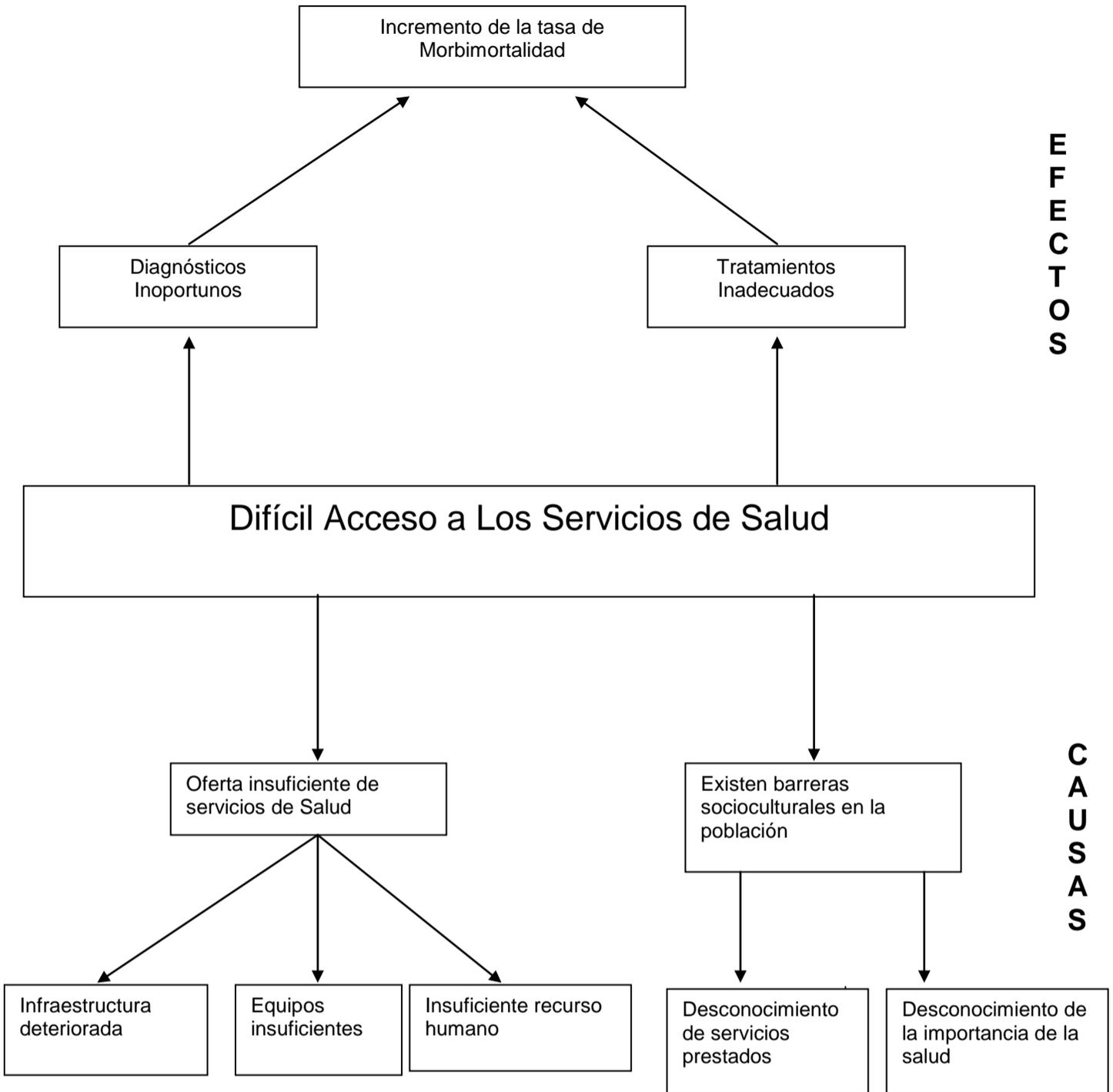
En el Municipio de Cúcuta la financiación del Régimen Subsidiado se realiza a través de Recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) asignados mediante los documentos CONPES, Recursos del Municipio, Departamento y del FOSYGA. Aproximadamente el municipio aporta el 18% del total de los Recursos por valor aproximado de \$71.835.285.680,00.

Población de Régimen Subsidiado distribuidas por cada una de las EPSS

EPSS	AFIL COMP ASMT	TOTAL AFILIADOS	DISTRIBUCION POR GRUPOS POBLACIONALES			
			DESMOVLIZADOS	DESPLAZADOS	RESTO POBLACION	ICBF
COMFANORTE	86.072	88.399	496	319	87.584	-
COMFAORIENTE	52.020	53.311	519	-	52.792	-
CAFESALUD	35.767	36.079	-	312	35.767	-
CAPRECOM	27.099	32.514	-	5.415	27.099	-
SOLSALUD	31.645	37.792	519	311	36.815	147
SALUDVIDA	26.990	32.109	-	5.119	26.990	-
ECOOPSOS	18.050	21.337	518	617	20.202	-
	277.643	301.541	2.052	12.093	287.249	147

3.2 PRESTACION Y DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

3.2.1 Accesibilidad

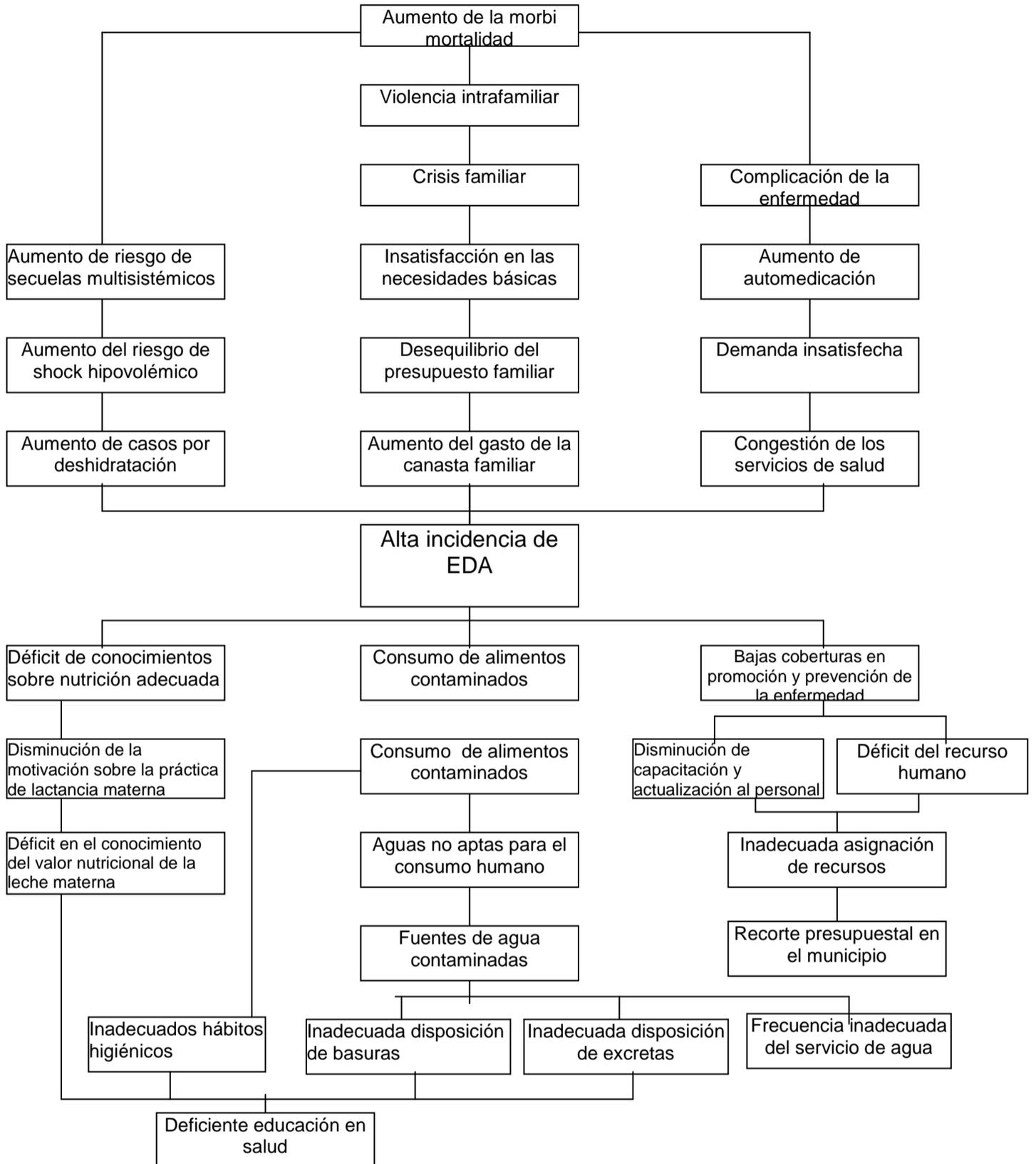


3.3 SALUD PÚBLICA

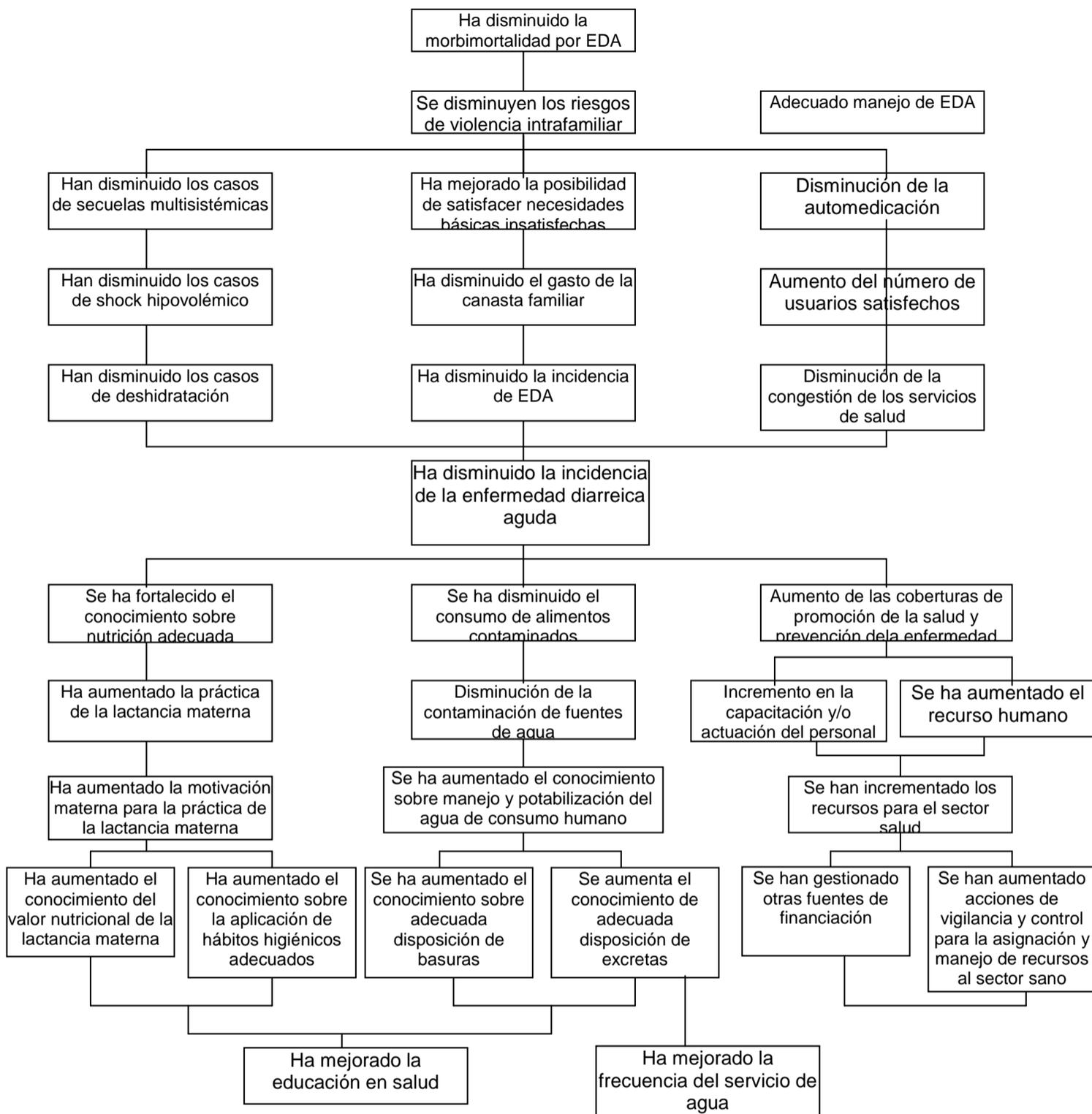
3.3.1 Salud Infantil

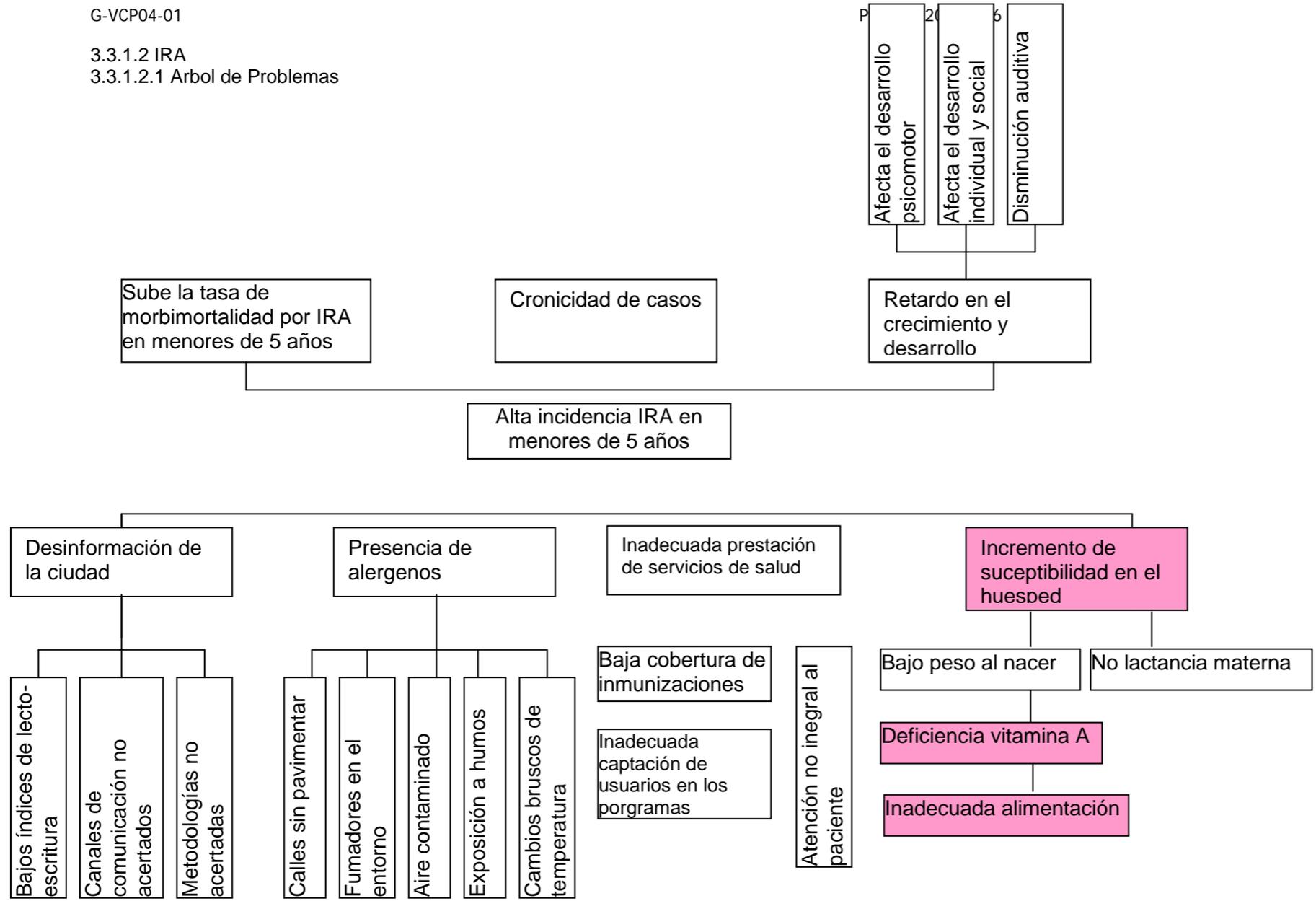
3.3.1.1 EDA

3.3.1.1.1 Árbol de Problemas

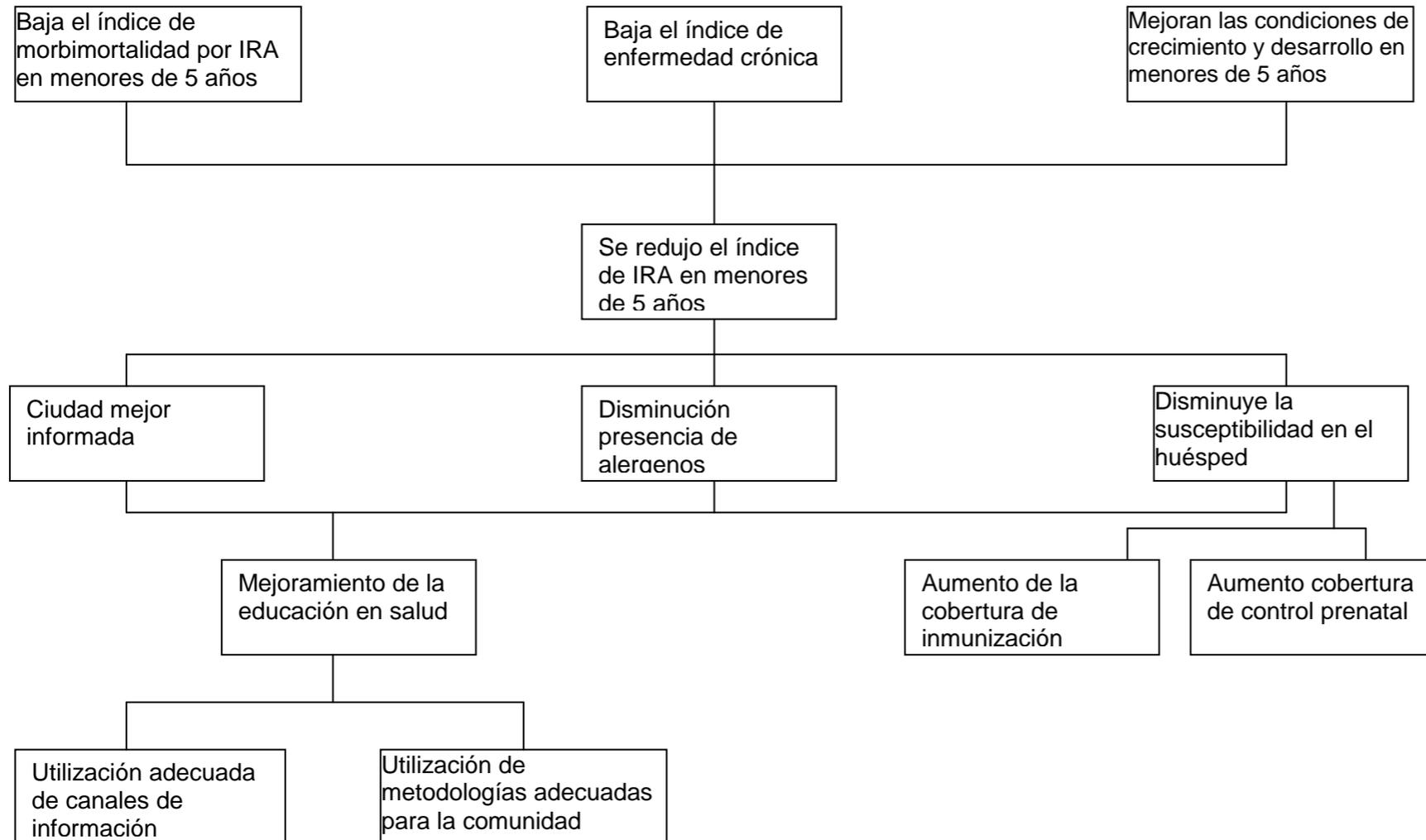


3.3.1.1.2 Árbol de Objetivos

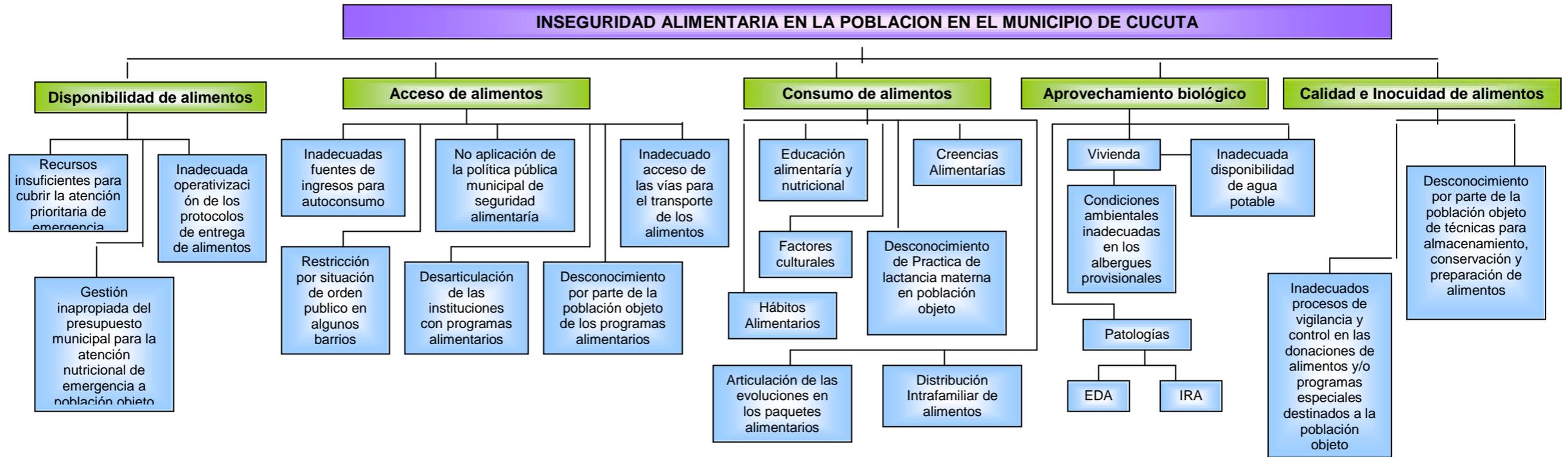




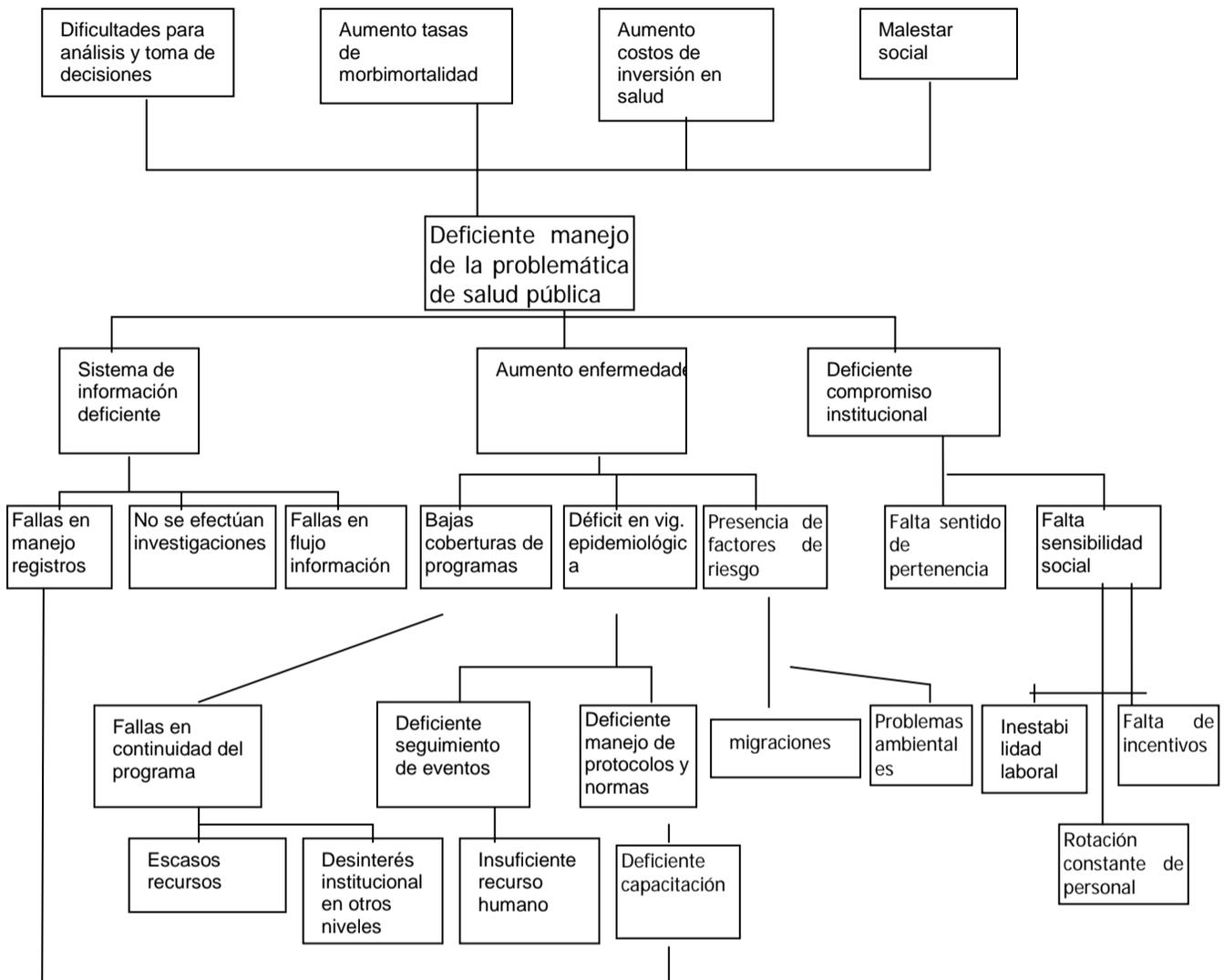
3.3.1.2.1 Árbol de Objetivos



3.3.2 Seguridad alimentaria y nutricional
3.3.2.1 Mejorar la situación nutricional de niños, niñas y población vulnerable

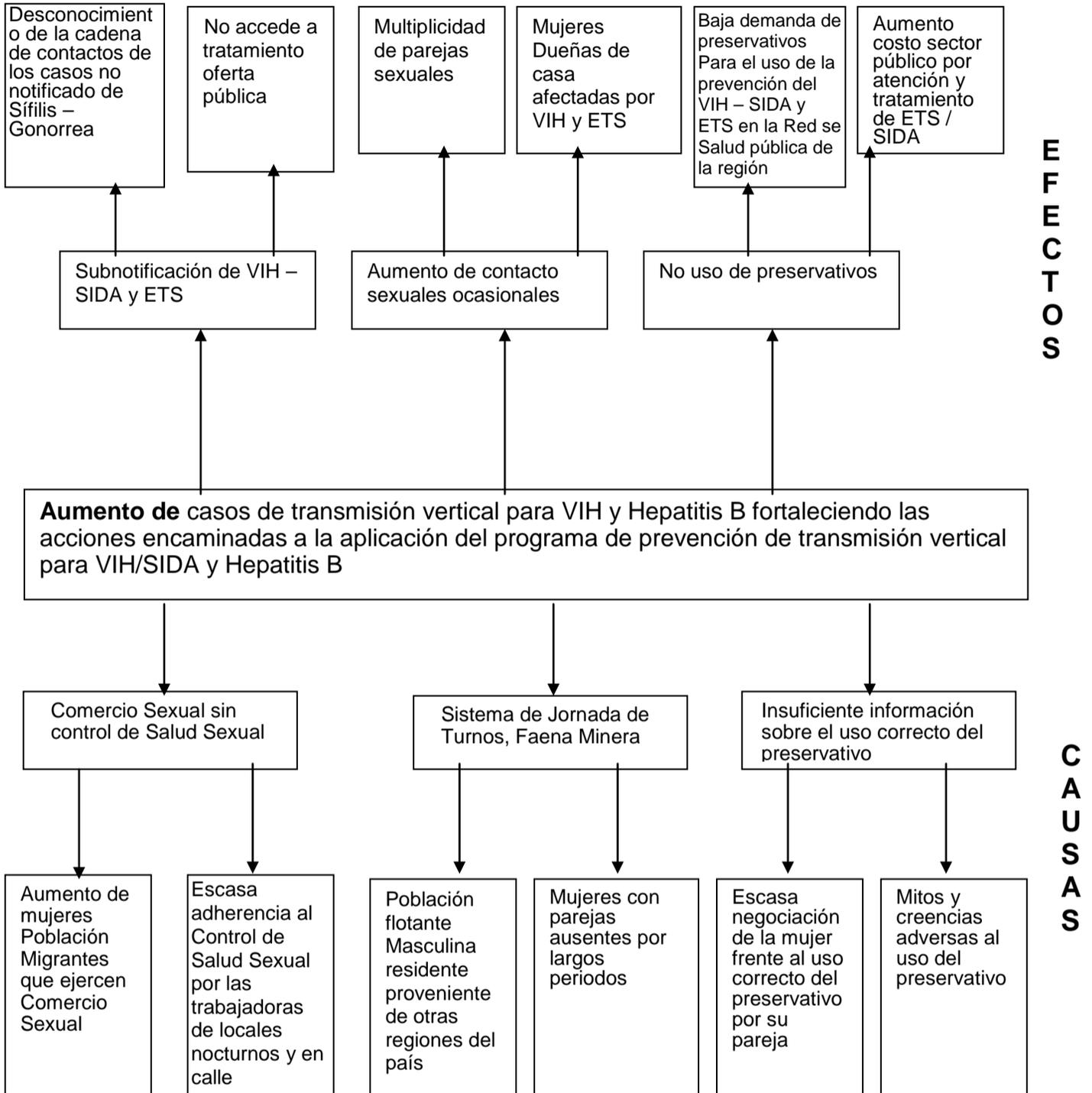


3.3.3 Vigilancia en Salud
3.3.3.1 Árbol de Problemas



3.3.5 La salud sexual y la salud reproductiva

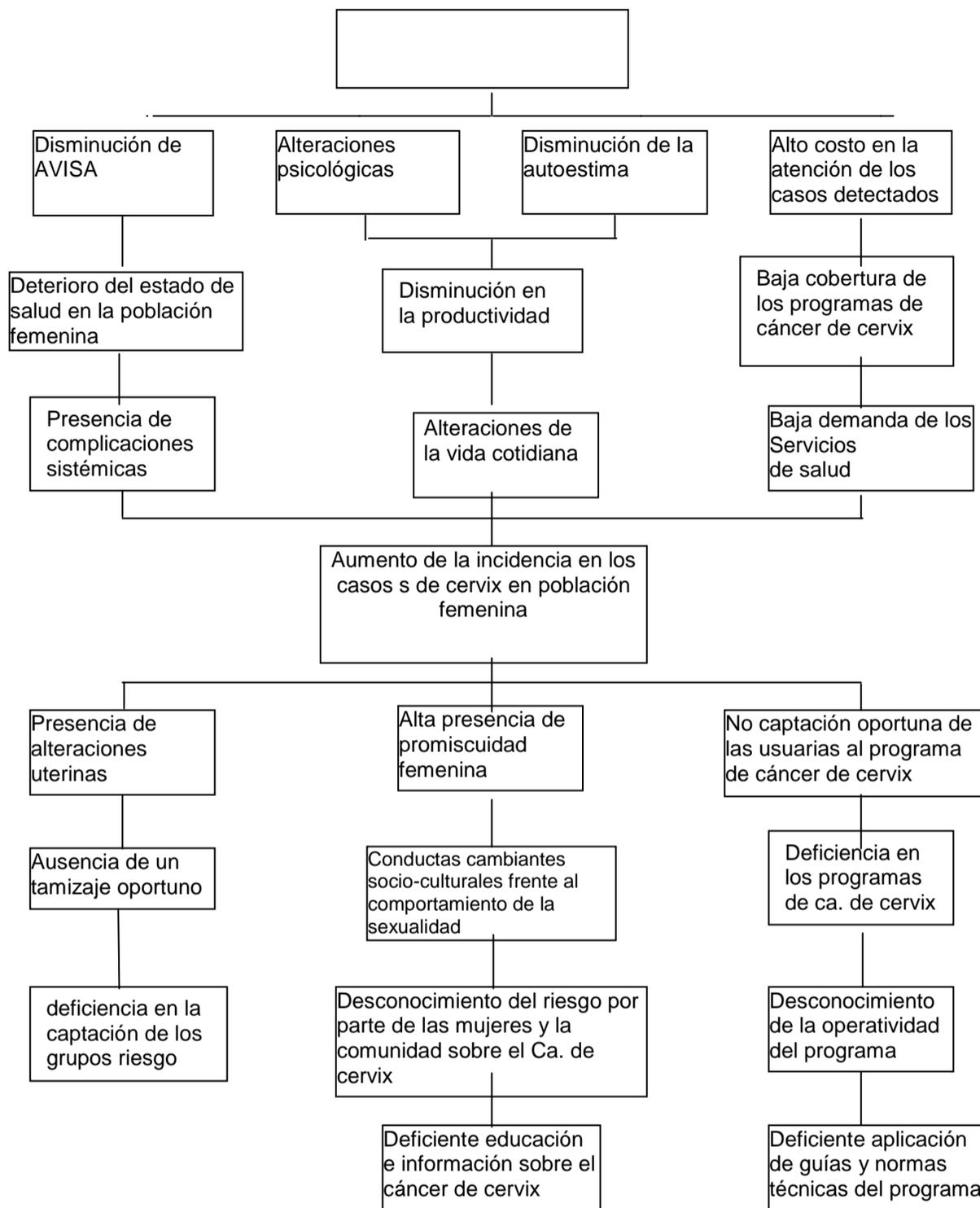
3.3.5.1 Reducir los casos de transmisión vertical para VIH y Hepatitis B fortaleciendo las acciones encaminadas a la aplicación del programa de prevención de transmisión vertical para VIH/SIDA y Hepatitis B.



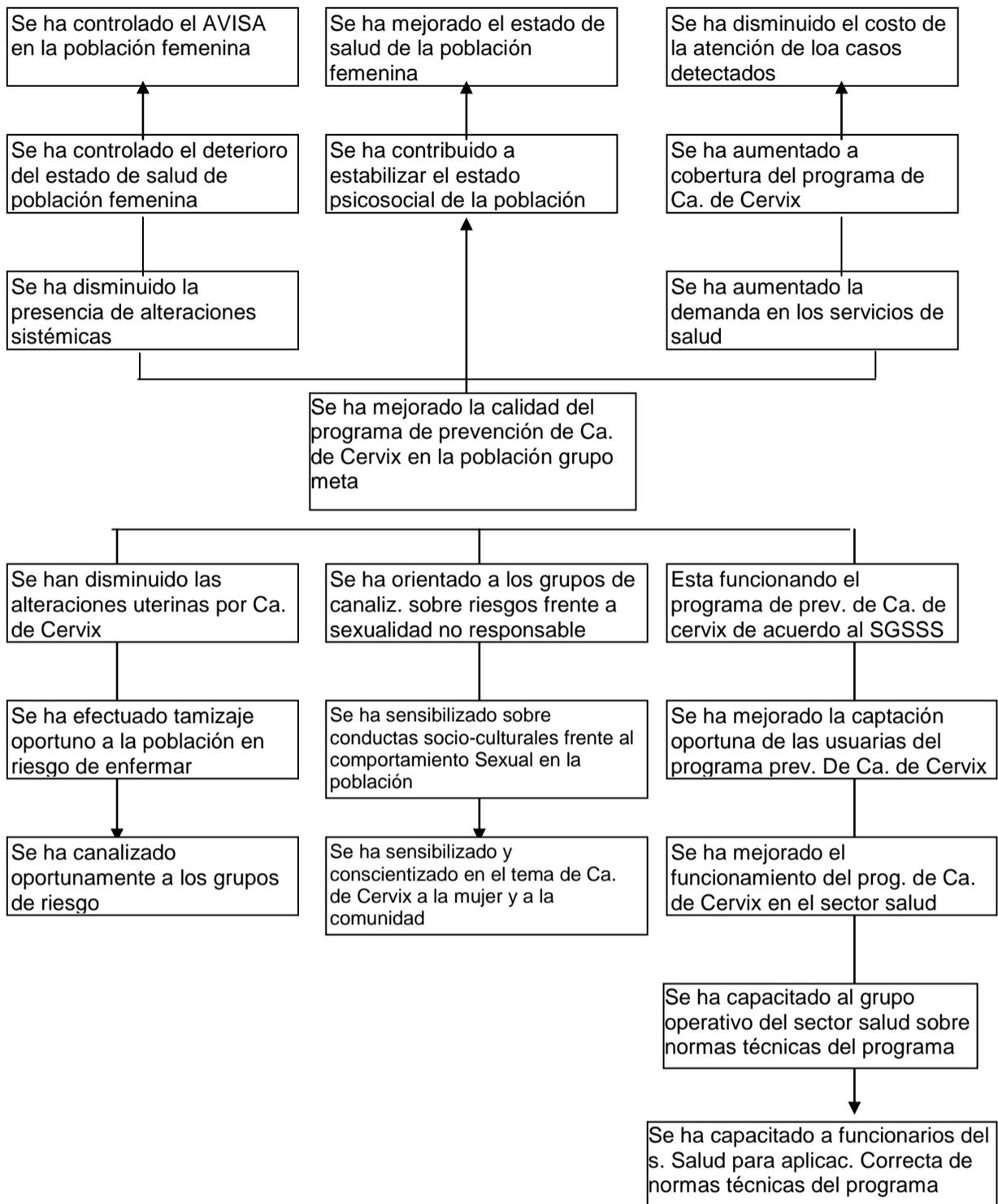
3.3.5.2 Reducir la tasa de cáncer de cérvix mediante acciones encaminadas al cumplimiento de la Norma técnica para la prevención del cáncer de cérvix por las EPS e IPS.

3.3.5.2.1 Cáncer de Cérvix

3.3.5.4.1.1 Árbol de Problemas



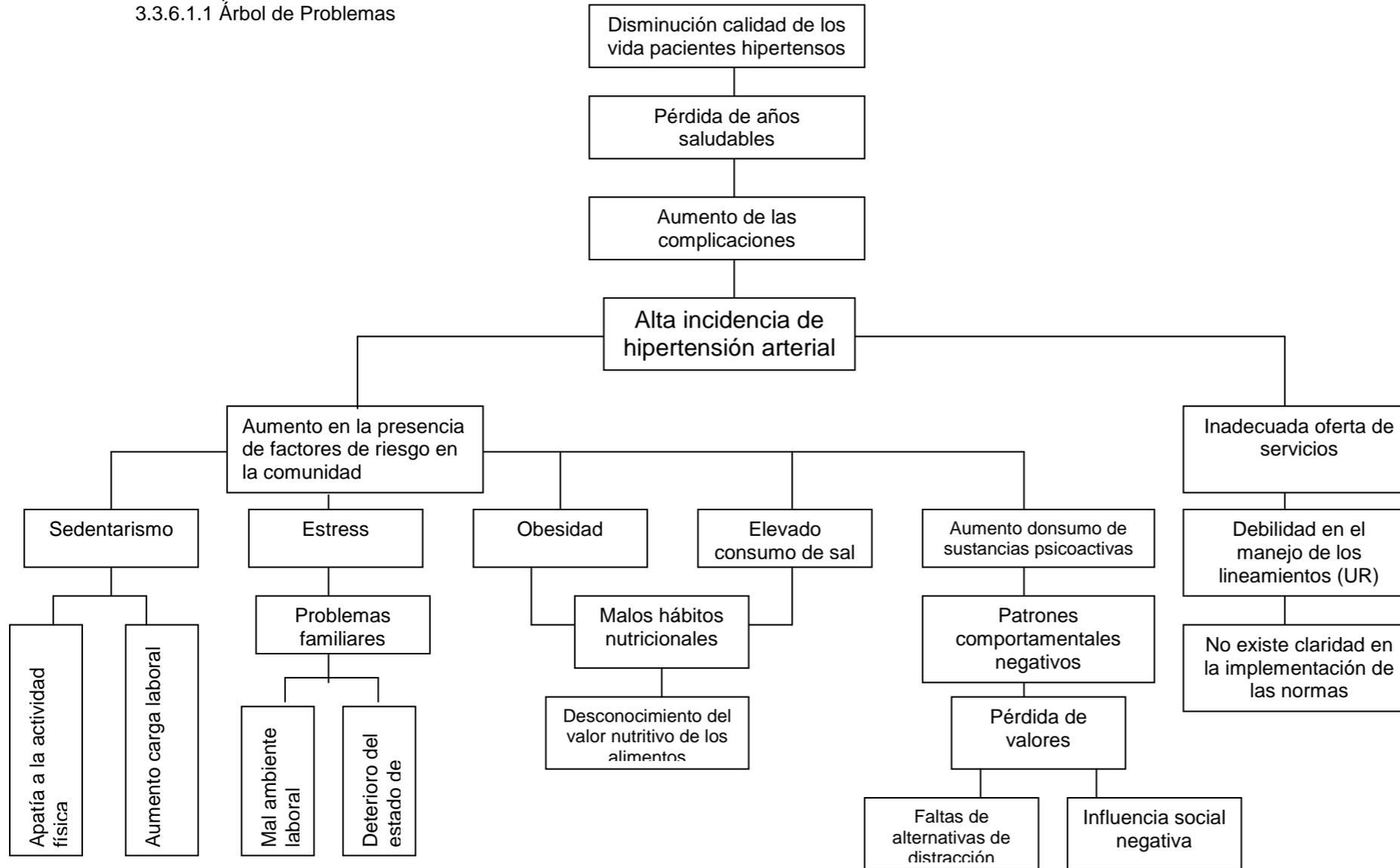
3.3.5.4.1.2 Árbol de Objetivos



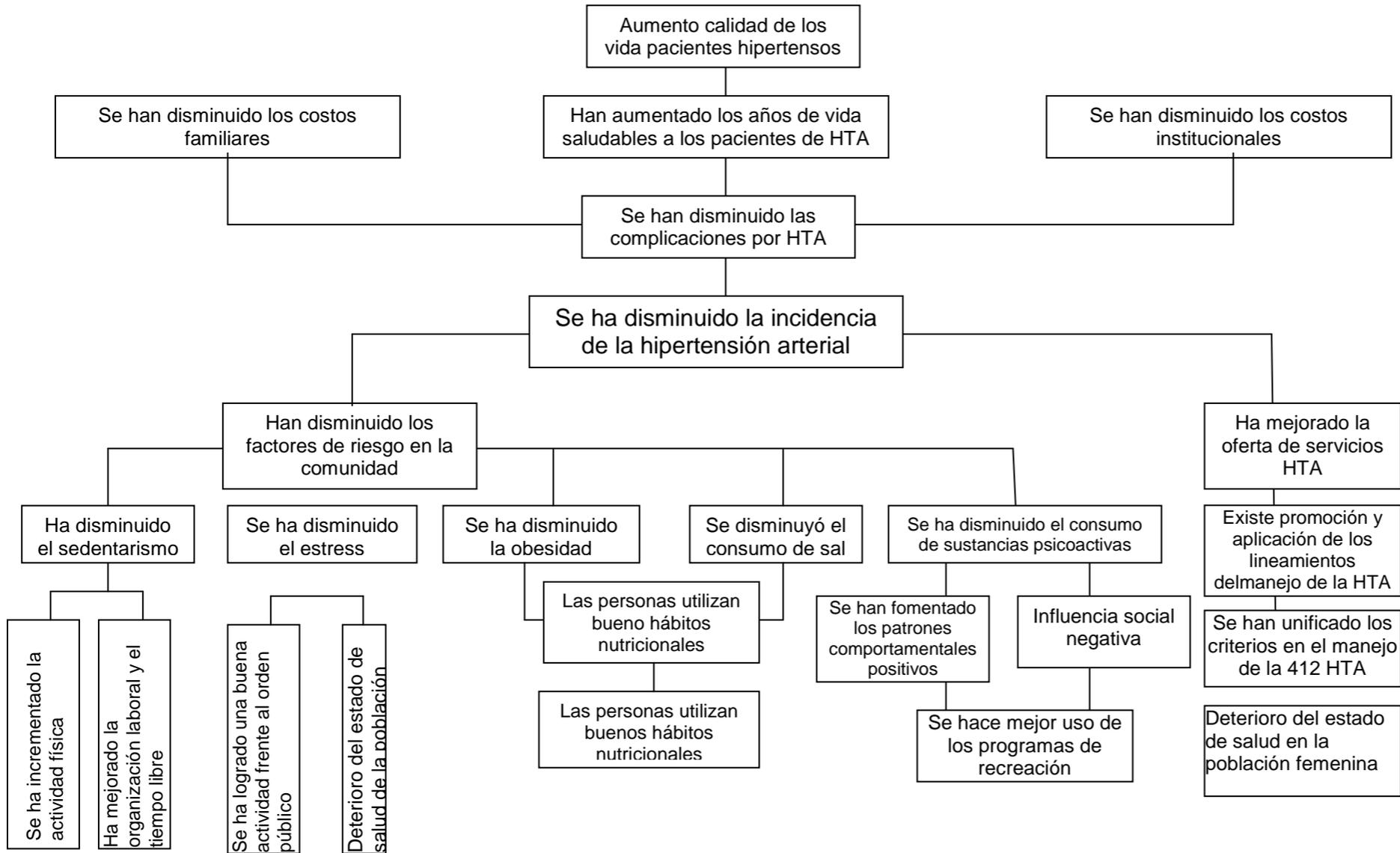
3.3.6 Enfermedades Crónicas No transmisibles

3.3.6.1 Hipertensión Arterial

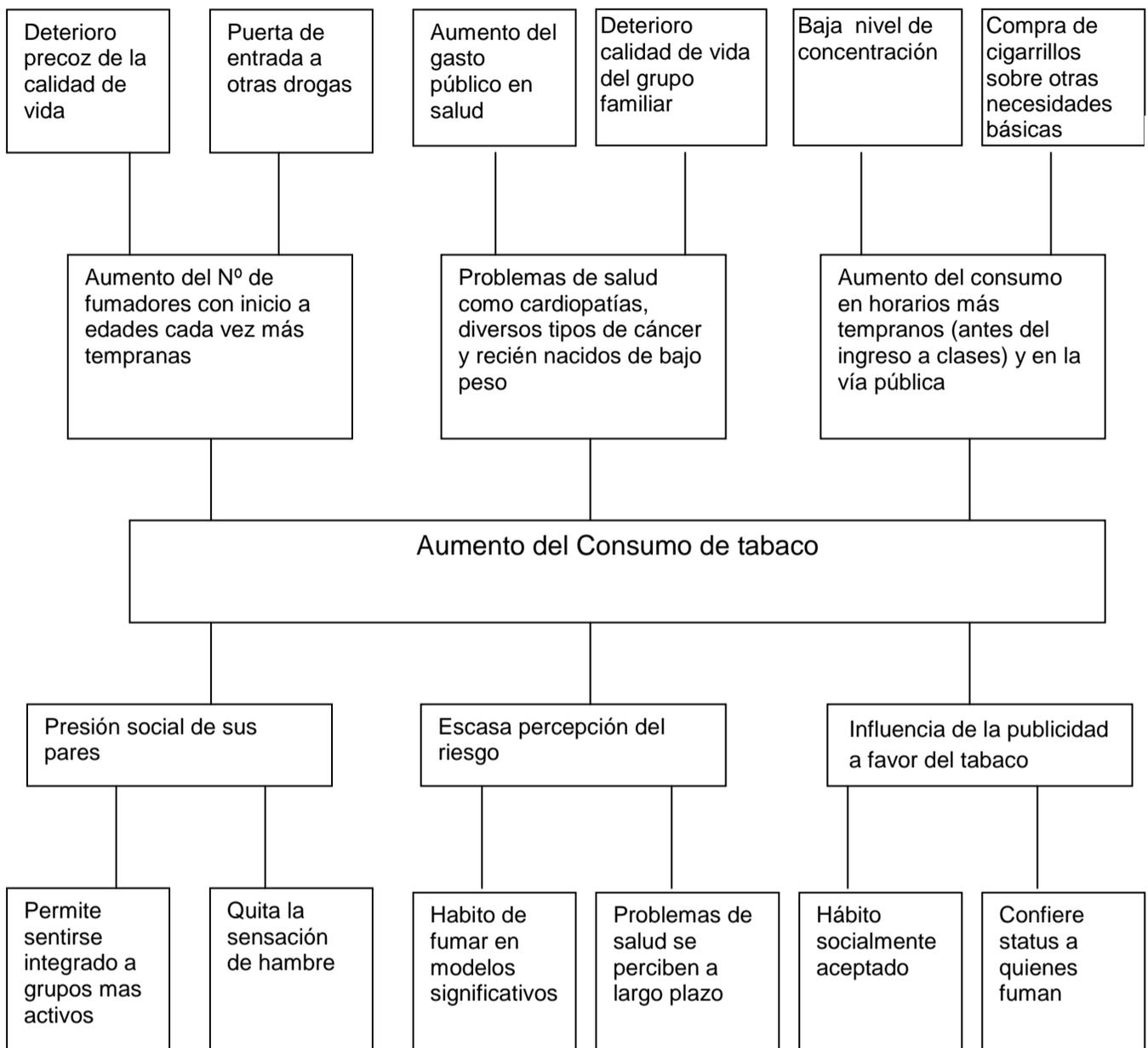
3.3.6.1.1 Árbol de Problemas



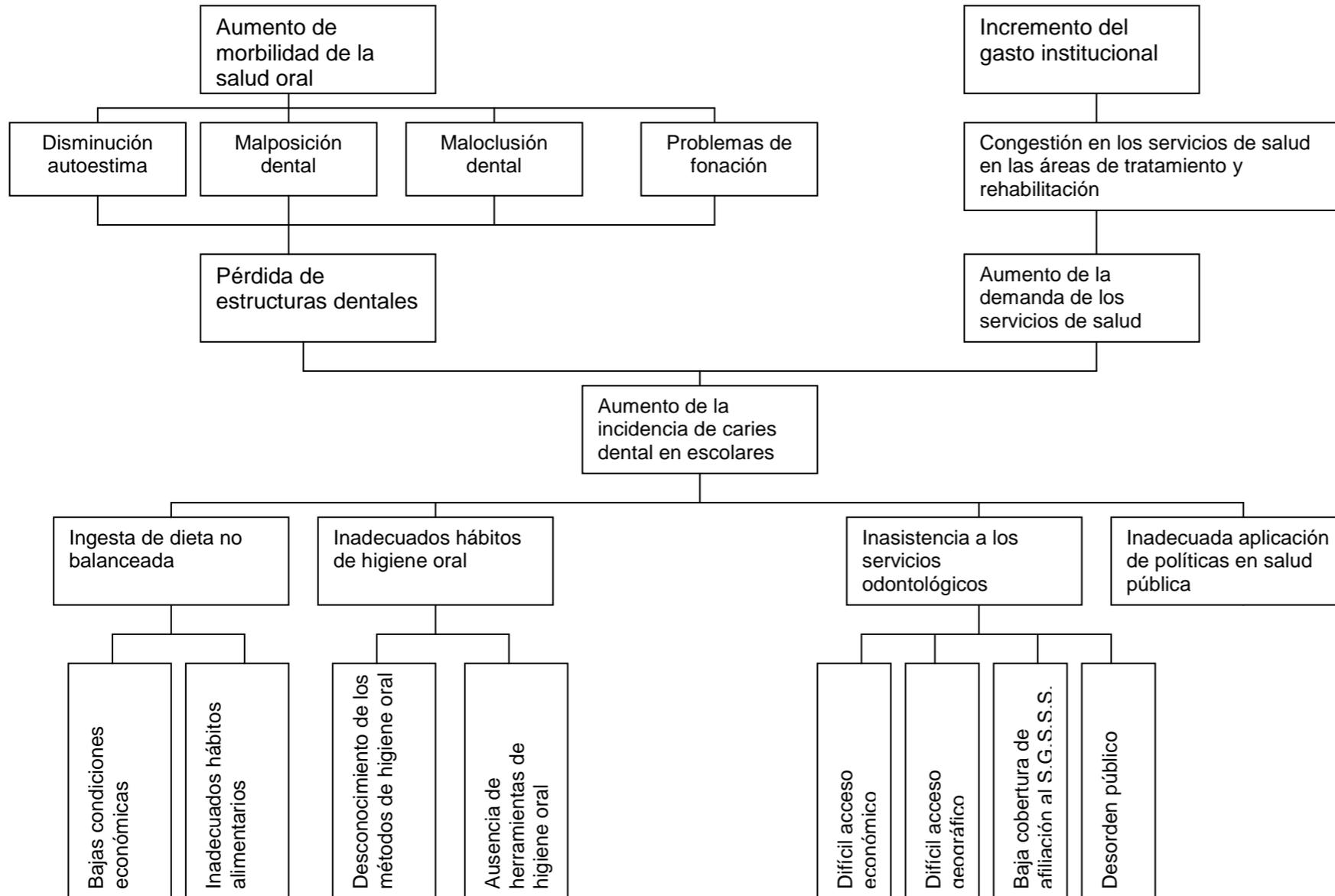
3.3.6.1.2 Árbol de Objetivos



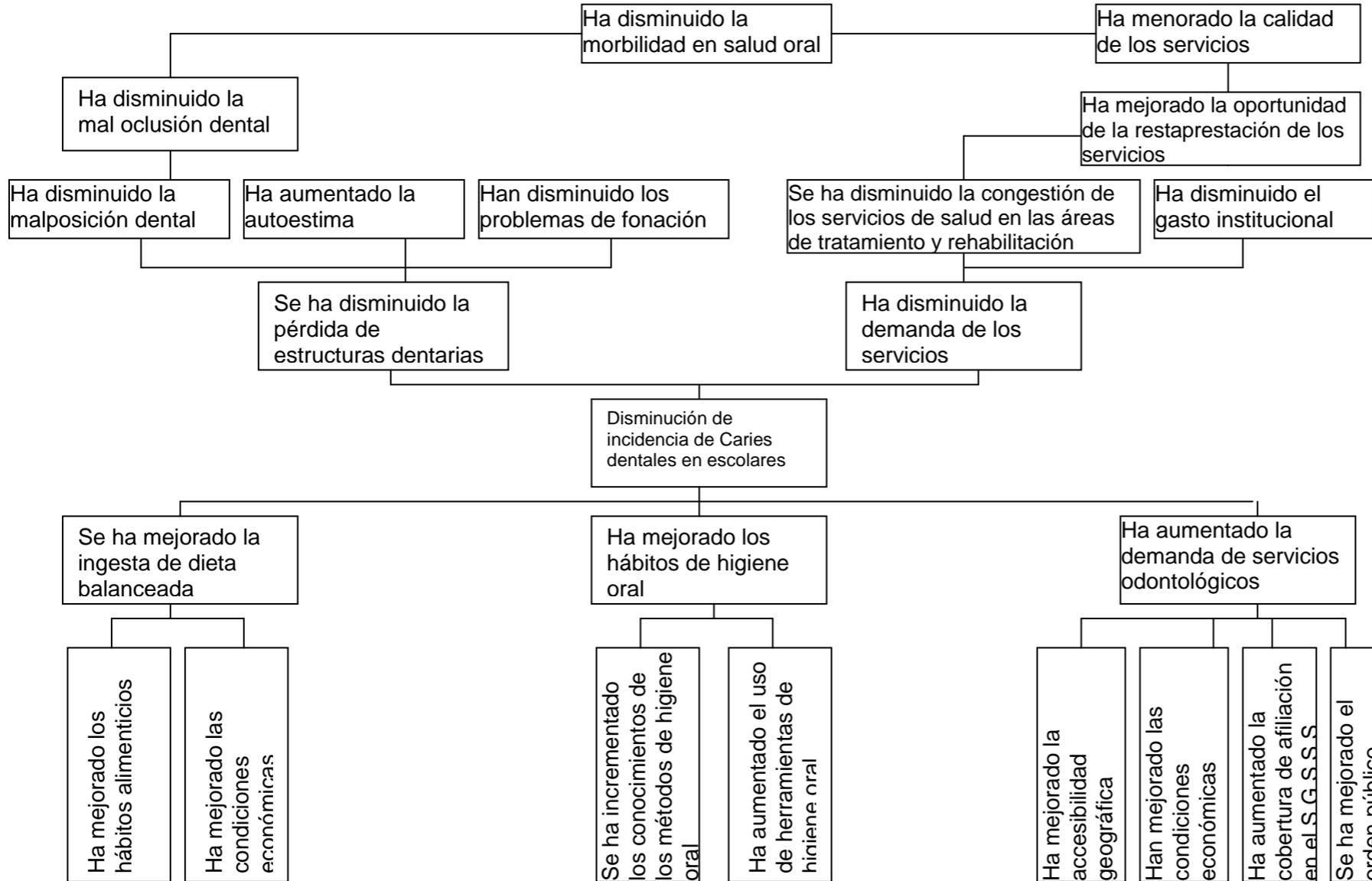
3.3.6.2 Consumo de Tabaco



3.3.9 La salud oral
3.3.9.1 Caries dentales
3.3.9.1.1 Árbol de Problemas

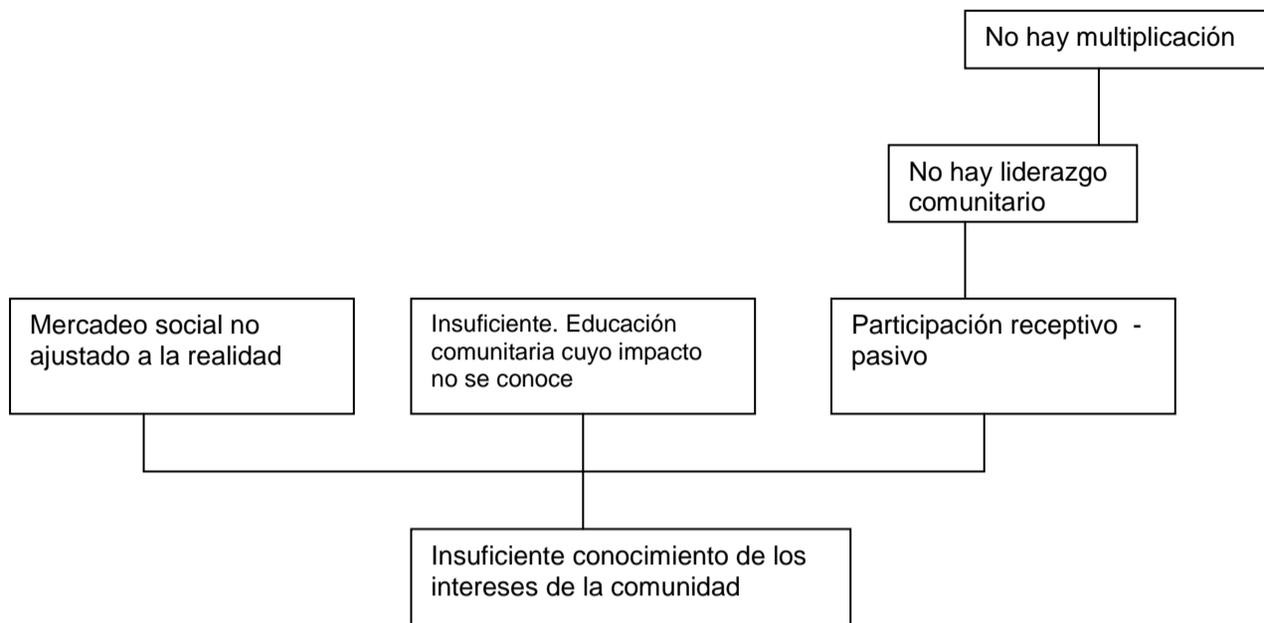


3.3.9.1.2 Árbol de Objetivos

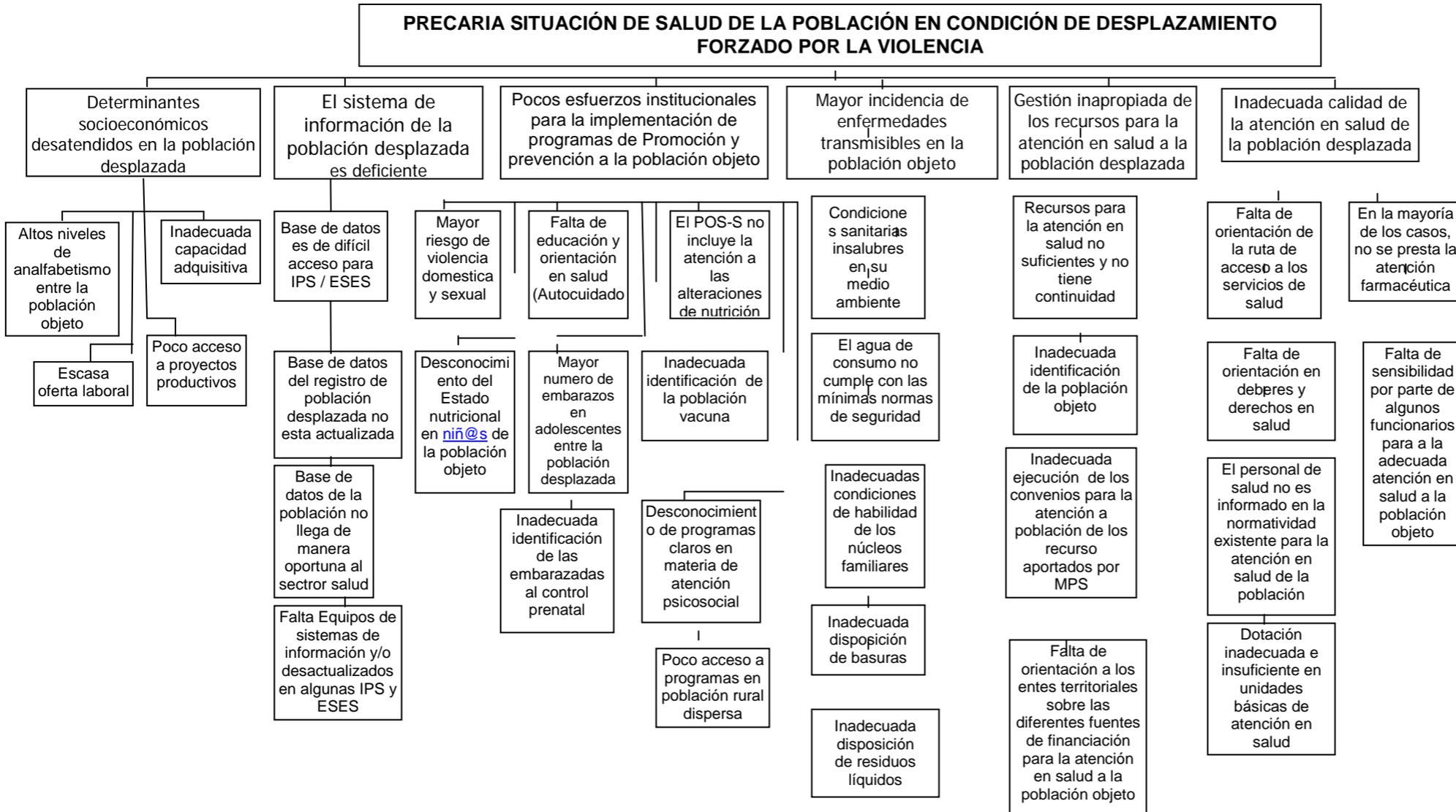


3.3.10 participación Social y comunitaria

3.3.10.1 Contar con los Mecanismos Participativos que permitan a todos los actores sociales contribuir activamente en el desarrollo de las intervenciones de interés en salud pública

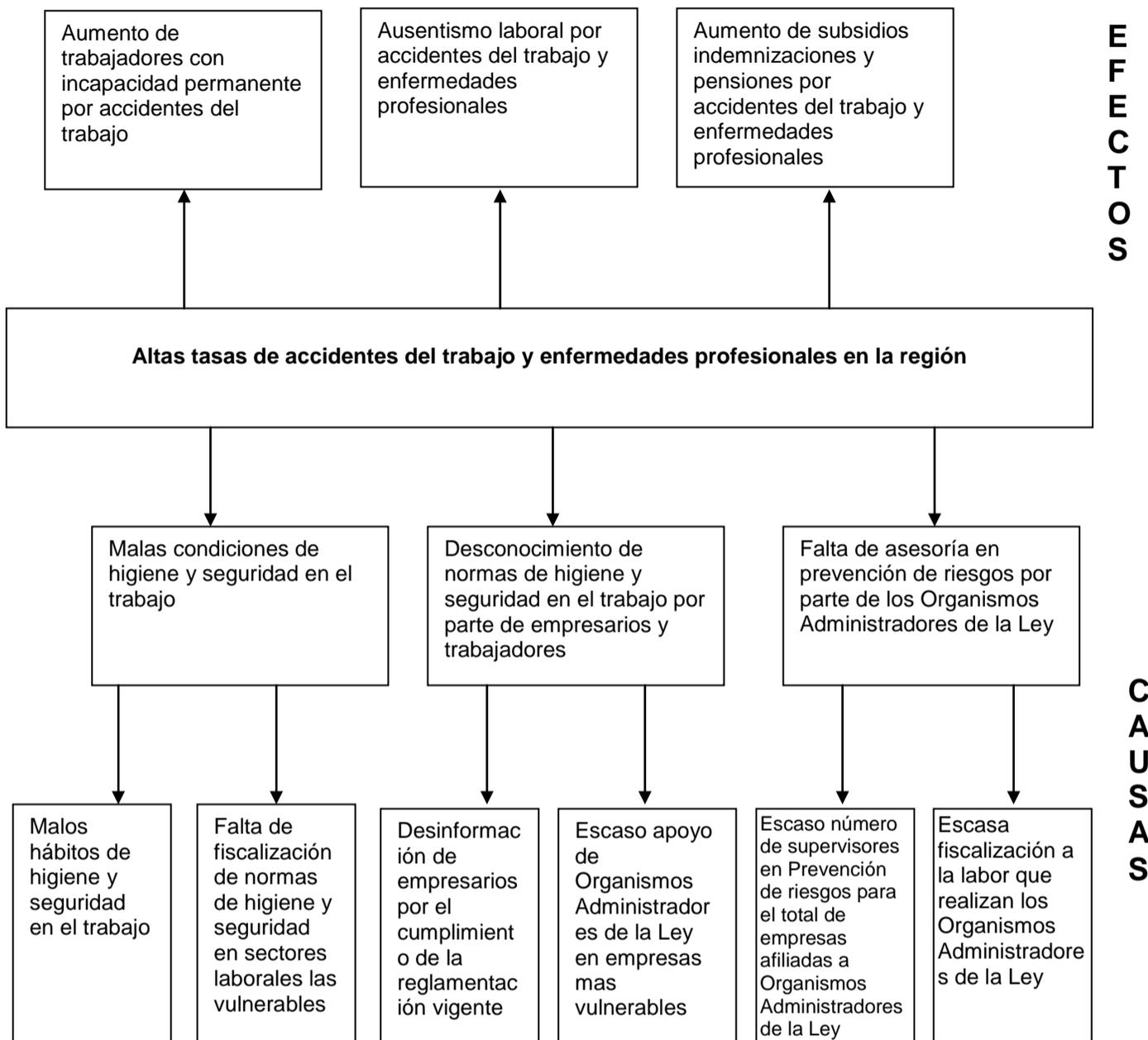


3.4 PROMOCIÓN SOCIAL



3.5 PREVENCIÓN, VIGILANCIA DE RIESGOS PROFESIONALES

3.5.1 Árbol de Problemas



3.6 EMERGENCIAS Y DESASTRES IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

3.6.1. Objetivo. Garantizar que la gestión y la coordinación de todas las Entidades participantes en el control de riesgos y en la atención de emergencias y desastres en la Localidad, se realice con eficacia, eficiencia y oportunidad en la atención de heridos y demás afectados, integrando conceptos de coordinación y organización entre: el Comité Local de Emergencias, el Sector Salud y la Comunidad, a través de acciones en la etapa del antes, durante y después.

3.6.1.1 Objetivo General. Contar con un instrumento que permita integrar y coordinar el trabajo de las diferentes instituciones que participan en el manejo de situaciones de emergencia rigiéndose por políticas de actuación y criterios unificados y participando en los modelos de prevención planteados con el fin de optimizar los modelos de respuesta para la ciudad de San José de Cúcuta.

3.6.1.2 Objetivos Específicos. Propender por el bienestar de los habitantes del Municipio, mediante acciones de Reducción (Gestión del riesgo), Respuesta y Recuperación, en caso de emergencia o desastre.

Analizar la vulnerabilidad del Municipio para reducir el grado de afectación por la presencia de una posible emergencia o desastre.

Establecer líneas de acción específicas a nivel institucional que permitan articular la respuesta ante una emergencia, para optimizar los recursos disponibles en el municipio.

Unificar las metodologías de actuación por parte de los organismos encargados de la respuesta en situaciones de emergencia.

Definir competencias y responsabilidades institucionales en las diferentes fases de operación.

Establecer mecanismos de organización y planificación para brindar una respuesta oportuna en el momento que sea requerido.

Definir los escenarios de riesgo probables y plantear la formulación de planes de contingencia para eventos específicos.

Coordinar la participación de las diferentes instituciones que conforman el CLOPAD para lograr una respuesta efectiva ante la presencia de un evento, evitando la improvisación.

Definir las responsabilidades de los organismos públicos y privados en relación con las situaciones que se generen y que requieran la atención específica en reducción, respuesta y recuperación, que satisfagan las necesidades básicas (Alojamiento, Alimento, Salubridad, Servicios públicos básicos) de las comunidades afectadas.

3.6.2. Organización Sectorial. Mediante la Ley 46 de 1978 y el Decreto Ley 919 de 1989 se organiza el Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres, el cual está constituido por el conjunto de entidades públicas y privadas que realizan planes, programas, proyectos y acciones específicas en materia de prevención y atención de emergencias. El sistema busca fortalecer la coordinación institucional y definir las competencias de las entidades de los tres niveles:

El Nivel Nacional. Representado por la presidencia, los ministerios y entidades descentralizadas de orden nacional y organizado a través del Comité Nacional para la Prevención y Atención de Desastres, Dirección General de Prevención y Atención de Desastres del Ministerio del Interior, el Comité Técnico Nacional de Prevención y Atención de Desastres y el Comité Operativo Nacional para Atención de Desastres.

El Nivel Regional. Representado por los departamentos, Corporaciones Autónomas Regionales y entidades descentralizadas de orden regional y nacional con representación regional, coordinado a través de los Comités Regionales de Prevención y Atención de Desastres.

El Nivel Local. Representado por los municipio y las organizaciones de la sociedad civil y coordinado a través de los Comités Locales de Prevención y Atención de Desastres.

La responsabilidad ejecutora recae en el nivel local (comités municipales), sólo cuando un desastre afecta a más de un municipio o la capacidad local es superada, debe intervenir el nivel regional. Y sólo cuando la capacidad de ambos es superada, entra el nivel nacional a ejercer funciones operativas o ejecutoras (Ver figura 1). El nivel nacional es responsable de la formulación de políticas, planificación y coordinación.

3.6.2.1 Estructura Municipal. El Comité Local para la Prevención, Atención y Recuperación de Desastres está conformado por:

- El Alcalde o su delegado, quien lo preside
- El Secretario de Despacho de la Secretaría de Gobierno
- El Secretario de Despacho de la Secretaría de Planeación
- El Secretario de Despacho de la Secretaría de Obras Públicas
- El Secretario de Despacho de la Secretaría de Educación
- El Secretario de Despacho de la Secretaría de Salud
- El Comandante del Distrito de la Policía Nacional
- El director de CORPONOR o su delegado
- El Jefe de la Unidad de Bomberos de la Secretaría de Gobierno
- El Director de la Cruz Roja Colombiana
- El Director de la Defensa Civil Seccional Norte de Santander
- El Jefe de la Oficina Municipal de Prevención y Atención de Emergencias

3.6.2.2 Estructura Departamental. Según el Decreto 919 los Comités Regionales para la Prevención y Atención de Desastres en cada uno de los Departamentos estarán conformados por:

- El Gobernador quien lo presidirá
- El Comandante de Brigada o Unidad Militar existente en el área correspondiente
- El Director del Instituto Departamental de Salud
- El Comandante de la Policía Nacional en la respectiva jurisdicción
- Un representante de la Defensa Civil y uno de la Cruz Roja Colombiana
- Dos representantes del Gobernador, escogidos de la Corporaciones Autónomas Regionales o de las asociaciones gremiales, profesionales o comunitarias
- El Alcalde de la ciudad capital

3.6.2.3 Estructura Nacional. Comité Nacional para la Atención de Desastres: Según el Decreto 919 de 1989 está integrado de la siguiente manera:

- El Presidente de la República o su delegado, quien lo preside
- Los Ministros de Gobierno, Hacienda y Crédito Público, Defensa Nacional, Protección Social, Comunicaciones y Obras Públicas y Transporte
- El Jefe del Departamento Nacional de Planeación
- Los Directores de la Defensa Civil y de la Cruz Roja Nacional
- El Jefe de la Oficina Nacional para la Atención de Desastres, y
- Dos representantes del Presidente de la República, escogidos de las Asociaciones Gremiales Profesionales o Comunitarias.

Existe también un Comité Técnico Nacional como organismo de carácter asesor y coordinador presidido por el jefe de la Oficina Nacional para la Atención y Desastres y un Comité Operativo Nacional en el cual funciona en todos los casos en que se declare una situación de desastre, cuya secretaría está a cargo de un funcionario de la Defensa Civil.

3.6.3. Estructura Orgánico Funcional. A través de este plan se establecen las funciones y responsabilidades de las diferentes instituciones ante posibles situaciones de emergencia, en adición a sus funciones normales.

El Comité Operativo de Emergencias cuenta con un Centro de Operaciones, que sirve para la coordinación de las acciones institucionales en caso de alerta, emergencia o desastre.

3.6.3.1 Comité Operativo De Emergencias –COE. En caso de emergencia el Comité Operativo de Emergencias deberá constituirse automáticamente en el tiempo más corto posible, sin esperar convocatoria y operará de manera ininterrumpida, para asegurar el

control de todas las fuentes de información de la emergencia. Esta será la instancia donde se coordine todo el operativo y el desarrollo de las diferentes funciones de respuesta, para el manejo adecuado de la emergencia.

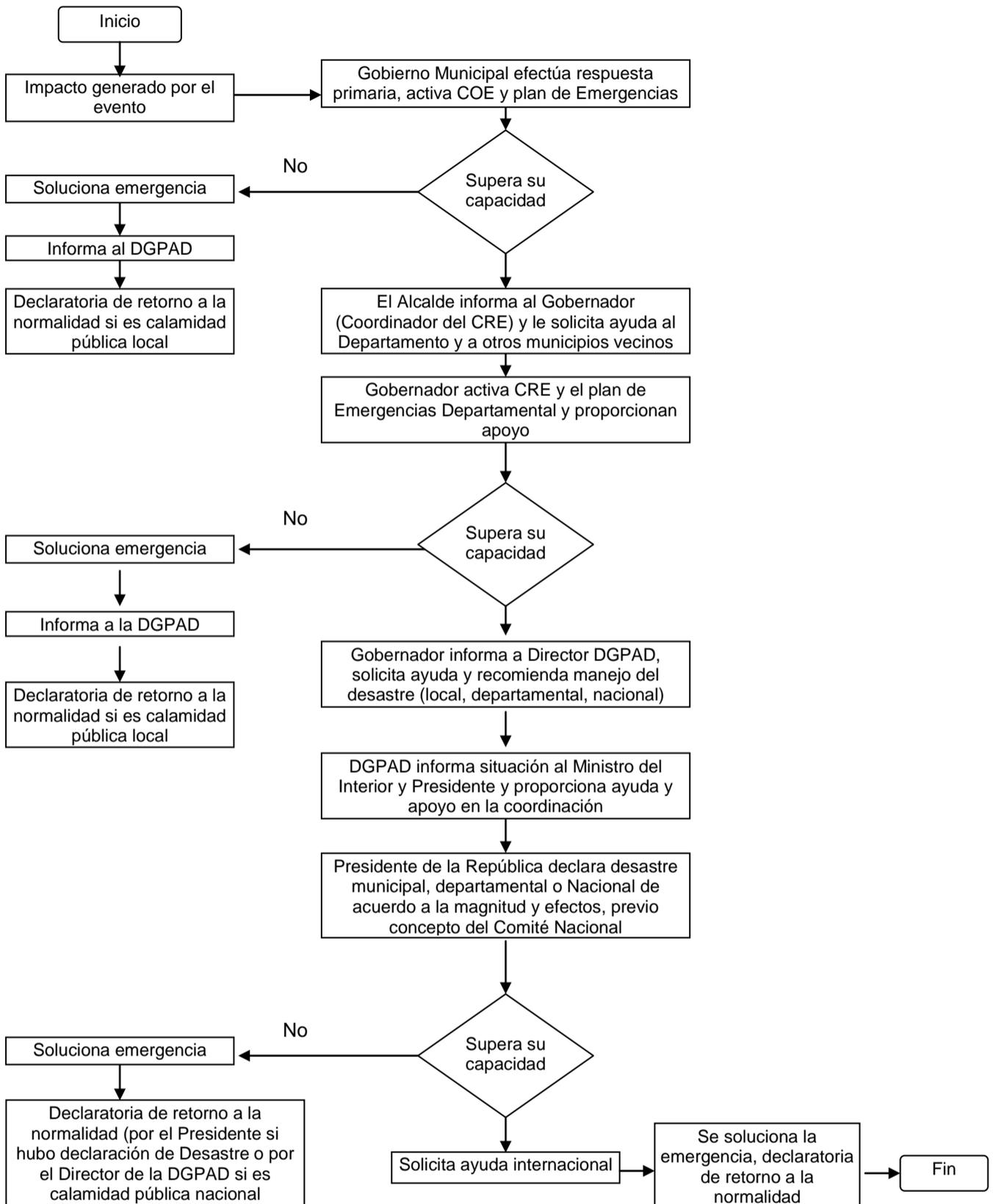


Figura 1. Procedimiento para declaración de desastre. Relación entre en Alcalde, el Gobernador, el Director de Atención de Desastres, Ministro del Interior y Presidente

Cada una de las entidades debe tener al menos un delegado en el COE para la coordinación interinstitucional del cumplimiento de las funciones de respuesta. Como resultado de la deliberación y decisión del Comité Operativo de Emergencias sobre las prioridades de acción, se pueden crear comisiones permanentes o temporales de trabajo. Estas comisiones están integradas por todas aquellas instituciones que tengan un papel importante que jugar en la implementación de acciones en el área correspondiente. Estas áreas pueden corresponder a los Anexos de este plan, por ejemplo: salvamento y seguridad, salud y saneamiento, etc.

El COE conformará un Puesto de Mando Unificado - PMU principal en el Centro de Operaciones. De acuerdo con los escenarios de daño existentes se desarrollaran otros puestos de mando unificado en terreno los cuales tendrán las siguientes funciones básicas:

- Aplicar las acciones estratégicas, tácticas y operativas en situación de desastre en campo.
- Canalizar la información inicial, la cual será dada a conocer al Comité Operativo de Emergencias.
- Evaluar la magnitud inicial del desastre a través de la Evaluación de Daños, verificando por intermedio de las Estaciones de Coordinación el Análisis de Necesidades de asistencia inmediata y de protección a las víctimas
- Evaluar periódicamente las actividades adelantadas.
- Gestionar y administrar los recursos de personal, equipos y suministros necesarios durante la atención del desastre en un área específica.
- Llevar un registro sobre el desarrollo de las actividades y necesidades de recursos en la zona asignada.
- Determinar cuándo la Fase de Impacto ha terminado, para ordenar levantar el PMU.

3.6.3.2 Coordinación Interinstitucional. El Comité Operativo de Emergencias puede reclamar información, presencia y participación de cualquier representante del sector privado en las actividades necesarias para la protección de la comunidad.

3.6.3.3 Responsabilidades y Funciones de Respuesta. Un evento de grandes proporciones genera un gran número de actividades de respuesta y la participación de una gran cantidad de instituciones y organizaciones del sector público y privado que deben responder. Todas las actividades de respuesta requieren de la actuación coordinada de múltiples actores, por lo tanto las responsabilidades y funciones institucionales han sido clasificadas en una organización funcional que las agrupa en seis funciones de respuesta o anexos de trabajo con el fin de facilitar labores.

Estas funciones se dividen en tareas, para las cuales se definen las diferentes actividades que se deben realizar para la preparación, alerta, respuesta y rehabilitación y las responsabilidades de las diferentes instituciones. Estas asignaciones del plan permiten y facilitan la coordinación y el uso eficaz de los recursos. Cada grupo de trabajo puede ampliarse o reducirse según se considere necesario, y debe formular y actualizar sus procedimientos detallados mediante un proceso continuo de preparación y entrenamiento.

Todas las entidades y organismos públicos y privados relacionados con el tema o que se les solicite su contribución deben participar dentro del ámbito de su competencia y deberán designar una interlocución al interior de cada entidad que asuma la responsabilidad de facilitar y asegurar su debida participación

3.6.3.3.1 Salvamento y Seguridad. El propósito de esta función de respuesta es facilitar la atención o asistencia durante un desastre con el fin de salvar vidas, proteger los bienes y mantener la seguridad pública. Está dividida en cinco tareas:

Aislamiento y seguridad: Esta tarea define una serie de mecanismos que tienen como fin coordinar las actividades de aquellos organismos con atribuciones relativas a la seguridad y al orden público y que durante las operaciones de emergencia procurarán garantizar el orden público en general; la protección de la vida y honra de la ciudadanía y de los bienes públicos y privados; el control de los problemas de tráfico, acordonamiento de las áreas afectadas y el aseguramiento de la ciudad para el cumplimiento de los operativos de respuesta a la emergencia. Se deben tener en cuenta las medidas de seguridad del personal que participa en todas las labores de emergencia, asesorar o anticipar sobre posibles situaciones riesgosas y facilitar los procesos de atención de la emergencia y de evacuación.

Búsqueda y rescate. En emergencia es necesario proveer servicios efectivos de búsqueda, rescate y salvamento para lograr en el menor tiempo posible la detección, estabilización, rescate, extracción y entrega de personas atrapadas o afectadas en caso de emergencia. Esta tarea tiene como objetivo establecer la coordinación y las acciones necesarias para hacer dichas operaciones lo más efectivas posible.

Extinción de incendios. Es necesario contar con lineamientos generales que puedan servir para un programa de detección y control de incendios forestales, rurales y urbanos.

Manejo de riesgos tecnológicos y derrame de sustancias peligrosas. Esta tarea incluye la detección, atención, control y contención de accidentes tecnológicos y derrames de materiales peligrosos que puedan resultar de o generar un desastre, ya sea por todas las operaciones y condiciones relacionadas con la movilización de estos productos, la seguridad en los envases y embalajes, la preparación, envío, carga, segregación, trasbordo, trasiego, almacenamiento en tránsito, descarga y recepción en el destino final. También se trata de promover las acciones preventivas necesarias para minimizar los efectos de estos eventos.

Evacuación. Esta tarea tiene que ver con la coordinación de la movilización de población de una zona peligrosa a un área segura dentro de un procedimiento de alerta y alarma o una vez producido el desastre con el propósito de asegurar a la comunidad.

3.6.3.3.2 Salud y Saneamiento. El propósito de esta función es garantizar la atención médica y psicológica de las personas afectadas, así como cubrir las necesidades en salud pública. Está dividido en seis tareas:

Atención pre-hospitalaria. El propósito es prestar la atención médica prehospitalaria, estabilización, transporte, triage y remisión de pacientes rescatados a centros de salud y hospitalarios de nivel I, II y III.

Atención hospitalaria. El fin es garantizar la atención médica oportuna y necesaria a los afectados de una emergencia, así como cubrir las necesidades en rehabilitación con posterioridad al desastre.

Salud mental. Esta tarea pretende minimizar los daños psico-sociales de las víctimas directas o indirectas del desastre, a través de la promoción y atención en salud mental.

Saneamiento ambiental. Los propósitos son verificar y garantizar las condiciones de saneamiento necesarias en sitios de atención de pacientes y albergues temporales, así como evaluar y disminuir la presencia de vectores y posible contaminación hídrica o de alimentos.

Vigilancia epidemiológica. El fin de esta actividad es detectar y prever cambios para instaurar medidas eficaces y eficientes de prevención y control de transmisión de enfermedades infectocontagiosas o epidémicas.

Manejo de cadáveres: Con esta actividad se pretende recibir las personas fallecidas, establecer parámetros primarios de identificación (características, procedencia, zona donde fue encontrado, entidad que hace entrega del cadáver, posibles causas del fallecimiento), recolección de información con familiares y disposición de los cadáveres.

3.6.3.3.3 Asistencia Social. El propósito de esta función es desarrollar y coordinar los programas de asistencia social especialmente en aquellas situaciones en donde las condiciones de emergencia hagan necesario que ciertos sectores de la población requieran, extraordinariamente, de albergue, alimento y vestuario u otro tipo de asistencia para la satisfacción de sus necesidades básicas. Así mismo se encarga del manejo de un sistema de información que permita conocer el estado de la población afectada y posibilitar el reencuentro de las familias. Este anexo está dividido en cuatro tareas:

Censos de población y evaluación de necesidades. El fin es determinar el impacto de un evento desastroso en la población, e identificar, caracterizar y cuantificar la población afectada o en riesgo y sus necesidades a raíz del desastre o emergencia.

Alojamiento temporal. Muchos de los desastres traerán como consecuencia la evacuación de ciertas áreas que ofrecen peligro y por esto las instituciones deben asegurarse de que estén disponibles lugares adecuados con miras a albergar la población que resulte afectada durante una emergencia. Siendo esto así, es necesario asegurarse de que existan refugios suficientes en número y en condiciones satisfactorias donde pueda darse protección a la vida de los ciudadanos.

Alimentación y menaje básico. El propósito de esta tarea es suministrar temporalmente alimentación, vestido, elementos de aseo personal, cobijas y utensilios de cocina a las personas afectadas directamente por una emergencia o desastre con el fin de cubrir sus necesidades básicas, asegurándose de que sean suficientes, a tiempo y en condiciones satisfactorias.

Trabajo comunitario. Con el trabajo comunitario se quiere lograr la participación de la comunidad, facilitar la rehabilitación de la comunidad afectada y realizar tareas como el fomento del reencuentro familiar, proveer información sobre desaparecidos, definir reglas de convivencia tareas y responsables en los albergues y alojamientos temporales, tener a la comunidad informada sobre los procedimientos que se está llevando a cabo por parte de las instituciones y otras organizaciones, etc. Engloba todas las actividades de asistencia social que no se mencionan en las otras tareas del presente anexo y propende por una conexión estrecha con la comunidad.

3.6.3.3.4 Manejo de Infraestructura, Servicios Públicos y Medio Ambiente. Mediante esta función se deben desarrollar y coordinar los programas tendientes a monitorear los eventos naturales y evaluar los daños en la infraestructura vial, los servicios públicos, las edificaciones y el medio ambiente con el fin definir las medidas que las autoridades deben tomar para la protección de las vidas humanas y los bienes, la recuperación del medio ambiente natural y construido. Estas acciones incluyen las evaluaciones técnicas e inspecciones, servicios de ingeniería, y reparaciones inmediatas a obras de infraestructura. También incluye el apoyo de ingeniería civil para búsqueda y rescate. Este trabajo está dividido en cinco tareas:

Monitoreo de eventos naturales. El fin de esta tarea es identificar y registrar cualitativa y cuantitativamente las características de los fenómenos naturales de generación lenta con el fin de evaluar su evolución, determinar sus posibles efectos y generar alertas, o también para caracterizar la extensión, magnitud y localización de los fenómenos de ocurrencia súbita de carácter destructivo. Dentro de los eventos que se pueden monitorear están lluvias, incendios forestales, sismos, volcanes, deslizamientos e inundaciones.

Evaluación e inspección de daños en edificaciones. El propósito es evaluar el nivel de daño y la seguridad de las edificaciones públicas y privadas después de la ocurrencia de un evento, con el fin de poder definirle a la población si son habitables y/o utilizables y definir las medidas que las autoridades deben tomar para la protección de las vidas humanas y el manejo de las estructuras. También incluye el apoyo de ingeniería civil para búsqueda y rescate y salvar las vidas.

Recolección y disposición escombros. El propósito de esta tarea es organizar y coordinar las actividades para quitar, remover, transportar y disponer los escombros en el post-desastre inmediato para llegar a los lesionados en una estructura colapsada, restablecer el acceso a un área afectada y permitir el inicio de las labores de recuperación.

Evaluación de daños y restauración de líneas vitales. Después de una emergencia se debe asegurar la prestación de los servicios públicos (acueducto, alcantarillado, energía, teléfonos, gas natural y vías) en la fase de respuesta a la emergencia, dando prioridad a la infraestructura para la atención de la misma. Estas acciones incluyen las evaluaciones técnicas e inspecciones y reparaciones inmediatas a obras de infraestructura.

Evaluación y reducción de impactos ambientales. Esta tarea pretende identificar, caracterizar y mitigar o corregir los impactos ambientales causados por un desastre o emergencia.

3.6.3.3.5 Manejo y Coordinación de la Emergencia. El propósito de esta función de respuesta es orientar la coordinación y participación de las entidades gubernamentales y privadas que componen el COE y sus comisiones de trabajo y las demás entidades de apoyo que se requieran a nivel local, departamental o nacional. Esta función está dividido en cinco tareas:

Coordinación interinstitucional. Esta tarea pretende orientar la colaboración y participación de las entidades que componen el Comité Local para la Prevención, Atención y Recuperación de Desastres, así como las demás entidades de apoyo que se requieran a nivel local, departamental o nacional del SNPAD.

Información pública. El propósito es facilitar el conocimiento público sobre amenaza, vulnerabilidad y riesgo, la creación de actitudes críticas y proactivas para disminuir los niveles de riesgo existentes, y la creación de valores y conductas que permitan un desarrollo sostenible. También está incluido el aspecto de la divulgación de información vital en caso de emergencia, para la cual es necesario garantizar que la información sea verificada y transmitida rápida y efectivamente. Adicionalmente, una comunidad previa y adecuadamente informada acogerá más eficazmente las instrucciones necesarias en caso de emergencia.

Asuntos jurídicos. El propósito es contar con el acompañamiento y orientación para garantizar que las operaciones y actuaciones administrativas estén respaldadas en un marco legal adecuado.

Asuntos financieros. Esta tarea pretende promover, orientar y gestionar la asignación de recursos para la respuesta a emergencias, con criterios técnicos de previsión y racionalidad de conformidad con los escenarios de desastre y planes específicos de respuesta.

Alertas. Las alertas son avisos o advertencias que se realizan con anterioridad a la ocurrencia de un fenómeno, con el fin de que los organismos operativos activen procedimientos de acción preestablecidos y para que la población tome precauciones específicas debido a la inminente ocurrencia de un evento previsible.

3.6.3.3.6 Logística. La función básica de un sistema de logística es la de proveer los suministros, equipos y personal apropiados, en buenas condiciones, en las cantidades requeridas y en los lugares y momento en que se necesitan para la atención y recuperación de la emergencia. La documentación y procedimientos deberán, por lo general, diseñarse antes de que surja una emergencia. Esta área de trabajo está dividida en seis tareas:

Equipos y bienes inmuebles. A fin de enfrentar los desastres con efectividad es necesario contar con un inventario de los recursos existentes a nivel municipal, que debe mantenerse actualizado de manera estricta por aquellas instituciones públicas y privadas propietarias o bajo cuya responsabilidad descansan equipos y bienes inmuebles que pueden ser utilizados en las operaciones de emergencias. Esta labor es primordial para el logro de la recuperación en caso de desastre.

Comunicaciones. El propósito de esta tarea es proporcionar la necesaria y eficiente comunicación entre todos los entes del COLPADE que intervendrán en las actividades de alerta, respuesta, y recuperación después de una emergencia; asegurando las comunicaciones a nivel interno de cada una de las entidades y del COE como a nivel externo con los organismos de apoyo. Está limitada a los requisitos de comunicaciones para el manejo de la emergencia, el manejo de la información pública se referencia dentro de las tareas institucionales.

Transporte. Su fin es coordinar y facilitar toda clase de transporte en apoyo a las operaciones de las entidades municipales y otras organizaciones para responder a la situación de emergencia o desastre y proteger las vidas, o para transportar al público en caso de evacuación así como el traslado de ayudas y donaciones, equipos de emergencia, voluntarios o equipos de expertos en Búsqueda y Rescate.

Sistemas de información. Pretende coleccionar, organizar, analizar y presentar información útil acerca de la situación de desastre actual o inminente para facilitar la toma de decisiones y las actividades de alerta, respuesta y recuperación.

Manejo de suministros y donaciones. El propósito de esta actividad es llevar a cabo la recepción, registro, almacenamiento, despacho de suministros que provienen de organismos nacionales o internacionales con fines de apoyo a la emergencia. También tiene como objetivo el coordinar el pedido para donaciones y organizar el recibo, manejo y distribución de las mismas para el beneficio de las comunidades afectadas por el desastre.

Voluntarios. Se pretende con esta tarea coordinar la capacitación, facilitar y aprovechar las actividades de los voluntarios.

3.6.3.4 Inventario de Oferta de Recursos Locales. Toda operación de emergencia depende de la accesibilidad y disponibilidad del personal, los equipos, los sistemas y los materiales esenciales. Hay que considerar cuáles son esos recursos, cuál será la forma de administrarlos y como se usarán las instalaciones, equipos y servicios de las instituciones del gobierno, del sector privado, las ONG y los recursos internacionales. Para asegurar el equipo y al personal adecuado para las operaciones de emergencia, es necesario que cada institución mantenga un inventario actualizado de sus recursos y su disponibilidad y que este inventario esté a disposición del COE.

3.6.3.4.1 Recursos Institucionales. Se hace necesario definir los

3.6.3.4.2 Inventario de Recursos Físicos

Institución	CAMAS										AMBULANCIA		SALAS	
	Obstétrica	Adulto	Pediátrica	UCI	UCIN	UCInt	UCIntN	CAMental	Psiquiátrico	Mental	Medicalizada	Básica	Partos	Quirófano
Clínica Santa Maria	3	1											1	
IPS Chapinero														
SUBTOTAL MIXTAS	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Emermovil Ltda											1			
Clínica San José de Cúcuta	12	84	10	12	7		3						2	5
Corporación Clínica Saludcoop Cúcuta	14	28	9	6	5		3						1	3
Clínica Santa Ana S.A.	4	52	2	3		4							1	4
Centro Medico de Urgencias San Rafael Ltda	3	3											2	
Clínica Urgencias La Merced		8												
Unidad De Servicios Médicos Pablo Sexto		4	3											1
Clínica Norte S.A.	4	40	4	2									1	3
Clínica Los Andes Ltda.	4	2	1										1	1
Clínica Medico Quirúrgica		21	3											2
IPS Clínica Santa Mónica		4												
Clínica Psicoterapéutica de Cúcuta Somaisa Ltda.										18				
Inversiones Dumian E.U.				12		5								
SUBTOTAL PRIVADAS C/A LUCRO	41	246	32	35	12	9	6	0	0	18	1	0	8	19
Fundación Mario Gaitan Yanguas	4	13	2											
Clínica Metropolitana Comfanorte IPS	6	10	3									1	1	1

Institución	CAMAS										AMBULANCIA		SALAS	
	Obstétrica	Adulto	Pediátrica	UCI	UCIN	UCInt	UCIntN	CAMental	Psiquiátrico	Mental	Medicalizada	Básica	Partos	Quirófano
Cruz Roja Colombiana, Seccional Norte De Santander												1		
SUBTOTAL PRIVADAS S/A LUCRO	10	23	5	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1
E.S.E Hospital Erasmo Meoz	36	301	57	6		3	20						2	9
E.S.E Francisco De Paula Santander	28	95	29	4			8						1	5
Hospital Mental Rudesindo Soto								14	38	35		1		
Unidad Básica Puente Barco Leones												1		
Unidad Básica de Comuneros												1		
Unidad Básica La Libertad												1		
Policlínico De Juan Atalaya												1		
I.P.S. Agua Clara												1		
I.P.S. Buena Esperanza												1		
Aeronáutica Civil												1		
SUBTOTAL PUBLICAS	64	396	86	10	0	3	28	14	38	35	0	8	3	14
TOTAL	118	666	123	45	12	12	34	14	38	53	1	10	13	34

Fuente: Ministerio de la Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, según información reportada por las Entidades Territoriales de Salud. Última Fecha de actualización 31 de marzo de 2008.

3.6.4. Análisis del Riego.

3.6.4.1. Identificación de las Amenazas. Se define la **Amenaza** como el agente o grupo de condiciones o eventos que tienen el potencial de causar daño. La representación de la amenaza parte de un conocimiento de los procesos que dan lugar al evento amenazante, e involucra las propiedades físicas del fenómeno: tipo, actividad, velocidad, área de afectación, volumen, mecanismos de falla, trayectoria, y probabilidad de ocurrencia, entre otros.

3.6.4.1.1. Amenazas de Origen Natural. En muchas oportunidades la fuerza de la naturaleza sobrepasa lo imaginable de la percepción humana, la vulnerabilidad de la infraestructura ubicada en zonas de amenaza es generalmente “conocida” por los habitantes que las han ocupado durante años, para el caso presente nos referiremos a las amenazas naturales entre las que se incluyen las amenazas por movimientos en masa, las amenazas por inundación y las amenazas por sismicidad.

Los movimientos en masa comúnmente conocidos como deslizamientos, son fenómenos geológicos que junto con la actividad volcánica y los sismos representan la mayoría de las veces una amenaza para el ser humano y su medio ambiente. Y en el caso de las inundaciones, los moradores de las áreas amenazadas conviven con eventos recurrentes (generalmente de baja magnitud) sin imaginar el peligro al que pueden estar expuestos ante un evento extremo de creciente.

3.6.4.1.2. Amenazas de Origen Antrópico. Corresponden a aquellos eventos en los cuales el hombre y su tecnología son los causantes de la afectación de una comunidad, a este tipo pertenecen los incendios, explosiones, derrames y fugas de sustancias químicas, asociados a accidentes industriales o manejo de sustancias peligrosas; adicionalmente todos los actos provocados o intencionales como atentados, actos de piromanía, sabotajes, actos armados.

3.6.4.2 TIPOLOGIA DE LAS EMERGENCIAS

Las emergencias se pueden clasificar en relación con los recursos y las capacidades locales, de la siguiente manera:

3.6.4.2.1 Emergencia tipo 1. Evento de magnitud y de efecto localizado, que puede ser atendido con los recursos y capacidades locales disponibles.

3.6.4.2.2 Emergencia tipo 2. Evento de afectación extendida a varios sectores de la ciudad, pero sin consecuencias lo suficientemente graves como para ser declarado como desastre; para su atención se requiere el apoyo específico de los organismos regionales y la gestión de recursos tendientes a garantizar la atención a la población afectada.

3.6.4.2.3 Emergencia tipo 3. Evento de afectación masiva en la ciudad; se requiere la intervención de identidades externas de orden nacional y organismos de apoyo en la tensión de emergencias; las capacidades locales y regionales se superan completamente debido al nivel de afectaciones producido por el evento.

3.6.4.3 Analisis De Vulnerabilidad.

Vulnerabilidad: Es el mayor o menor grado de susceptibilidad de una comunidad a ser afectada por una amenaza. Está determinada por sus condiciones intrínsecas y puede ser de diversos tipos como: estructural, social, económica, biológica, sanitaria y ambiental.

Riesgo: Es la mayor o menor probabilidad de afectación a un sistema urbano determinado por la acción de un fenómeno natural o antrópico. Así el riesgo de una

comunidad a sufrir un desastre se define como el resultado de calcular la potencial acción de una amenaza determinada, con las condiciones de vulnerabilidad de la comunidad.

CALIFICACION CUALITATIVA DEL RIESGO POR AMENAZAS NATURALES EN LA CIUDAD DE SAN JOSÉ DE CÚCUTA

AMENAZAS NATURALES	VULNERABILIDAD	FACTOR RIESGO	SUSCEPTIBILIDAD DE AFECTACION
Sismos	Alta	Alto	Toda la población
Deslizamientos	Alta	Alto	Comunas
Inundaciones	Media	Bajo	Sector de los Ríos Pamplonita, Táchira y caños de la ciudad

CALIFICACION CUALITATIVA DEL RIESGO POR AMENAZAS ANTROPICAS EN LA CIUDAD DE SAN JOSE DE CUCUTA

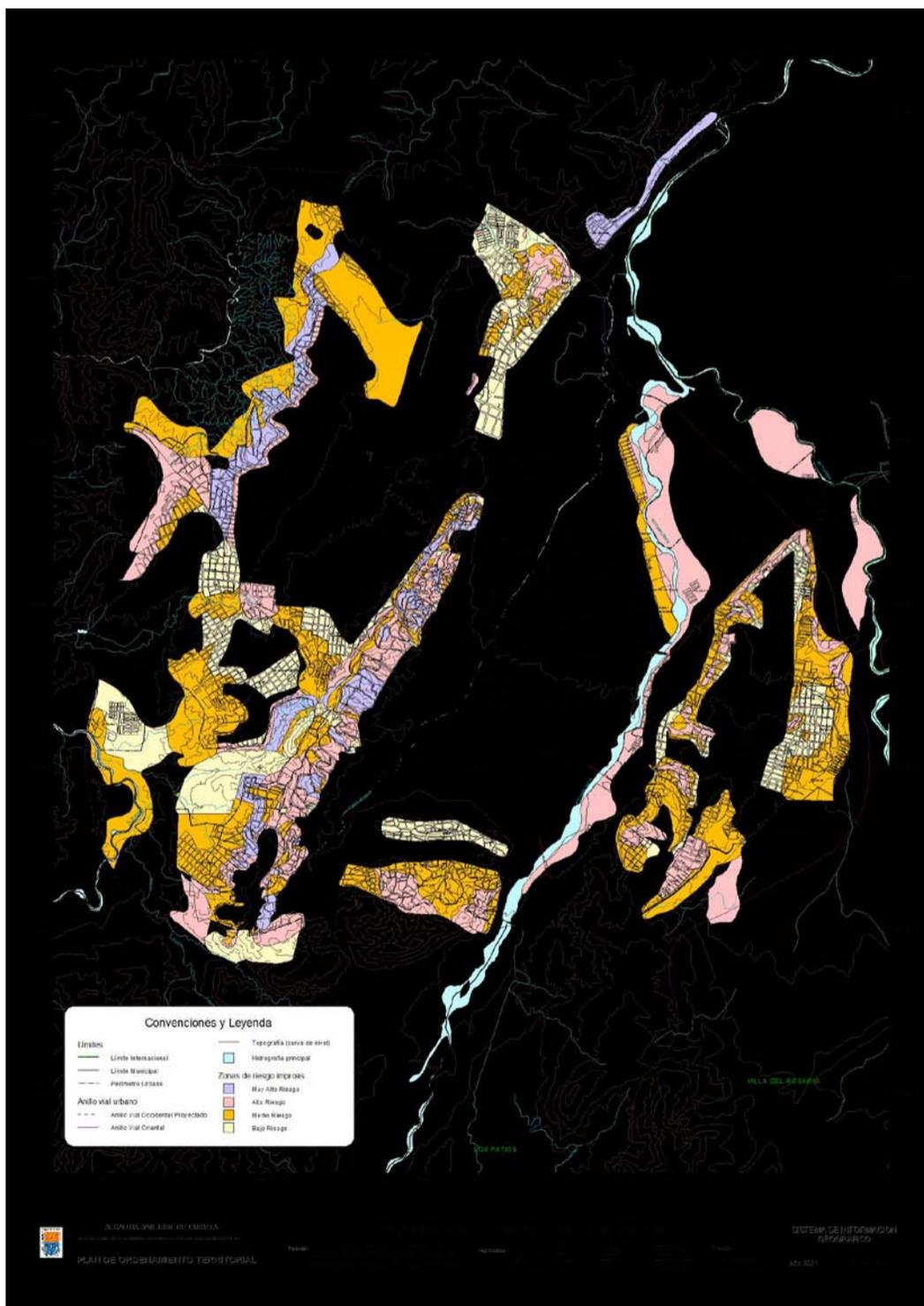
AMENAZAS TECNOLOGICAS	VULNERABILIDAD	FACTOR RIESGO	SUSCEPTIBILIDAD DE AFECTACION
Atentados con explosivos	Media	Bajo	Sectores Gobierno, Públicos, Seguridad
Incendios forestales	Media	Bajo	Sector rural forestal
Incendios estructurales	Media	Bajo	General para zona urbana
Derrames o fugas de químicos	Alta	Bajo	Zona Industrial, Carreteras y vías en general.

Los escenarios de riesgo descritos, corresponden a sitios de histórica situación de emergencia, permitiendo, con anticipación establecer los puntos críticos y de mayor atención en la preparación de los componentes del CLOPAD, ante nuevas situaciones que se generen.

3.6.4.4 Escenarios de Riesgo. Debido a la falta de un estudio de zonificación de amenazas naturales o factores de vulnerabilidad de la ciudad, fue necesario apoyarse en los diferentes datos estadísticos obtenidos en la Oficina de Planeación Municipal. De acuerdo a las amenazas identificadas para la ciudad de Cúcuta, y la calificación cualitativa del riesgo, se pueden definir de manera general y a modo indicativo los escenarios de riesgos contenidos en el siguiente cuadro.

Nivel Emerg	EVENTO	ZONAS DE AFECTACION	N. RELATIVO DE DAÑOS	PRICIPALES EFECTOS	CAPACIDAD DE RESPUESTA
1	Inundaciones generadas por desbordamiento de ríos	Zonas aledañas a los ríos Pamplonita y Tachira Comuna 2 Comuna 5	Medio	Daños leves a moderados en viviendas ubicadas sobre las zonas aledañas. Problemas de sanidad en las áreas contiguas, daños a infraestructura.	NO supera la capacidad de respuesta institucional local y regional
1-2	Deslizamientos	Comuna 3 Comuna 4 Comuna 6 Comuna 7 Comuna 8 Comuna 9 Comuna 10	Bajo Medio Alto Dependien do de la ubicación dentro de la comuna	Perdida de vidas humanas, personas lesionadas, colapso parcial o total de viviendas,	NO supera la capacidad de respuesta institucional local y regional

				daños en redes de servicios públicos, daños en infraestructura.	
2-3	Sismo	Afectación generalizada en toda la ciudad	Muy Alto	Perdida de vidas humanas, personas lesionadas, colapso parcial o total de viviendas, daños en redes de servicios públicos, afectación de las operaciones en empresas e instituciones públicas y privadas	Puede llegar a superar la capacidad de respuesta local y Regional, necesitando apoyo Nacional para la atención de la situación.



3.6.5. PLANES

3.6.5.1 Planes de Contingencia. Los Planes de Contingencia presentarán los procedimientos específicos preestablecidos de coordinación, alerta, movilización y respuesta ante la ocurrencia o inminencia de un evento particular para el cual se tienen escenarios definidos. Los escenarios son el fundamento de los Planes de Contingencia.

En esta sección del Plan se presentan unas consideraciones o lineamientos para la preparación de los Planes de Contingencia.

Para la atención de una situación de Contingencia se deben considerar los siguientes aspectos: Cuando la atención de un incidente (emergencia), de diferente magnitud requiera la respuesta de las diferentes instituciones comprometidas a través del CLOPAD del municipio de Cúcuta, se establecerá un sistema coordinado de respuesta, que asegure una atención eficaz y se maximice la utilización de los recursos existentes de una manera segura y eficiente.

A continuación los protocolos a usar en la situación de contingencia

INUNDACIONES**DESCRIPCIÓN DEL FENÓMENO Y MEDIDAS DE MITIGACIÓN Y PREPARACIÓN**

Efectos Adversos	<p>Daños Físicos: Los desbordamientos tienen un potencial destructor bajo, excepto en las zonas planas cultivadas, donde los niveles del agua podrían permanecer muchas semanas, dependiendo de la inclinación, drenaje y absorción del terreno en las zonas anegadas. Es frecuente observar contaminación de los pozos y yacimientos de agua con las aguas de las inundaciones, que desbordan letrinas y sistemas de alcantarillado. En muchos casos se aprecia la interrupción del servicio de acueducto, al obstruirse la bocatoma por el material que arrastra el cauce aumentado de los ríos. Las inundaciones pueden arruinar los cultivos y dependiendo del tiempo en que ocurran y su extensión generar escasez de determinados alimentos.</p> <p>Salud Las implicaciones en la salud van desde pocas víctimas y problemas de saneamiento ambiental en caso de desbordamientos, hasta gran cantidad de víctimas en caso de inundaciones súbitas con presencia concomitante de deslizamientos y pequeños represamientos.</p>
Posibles Medidas de Prevención y Mitigación:	<p>Las acciones dependen de las causas de la inundación. Las que se presentan por intensas precipitaciones de lluvias, exigen una adecuación y mantenimiento de los sistemas de drenaje. Obras de protección y control de inundaciones (canales, diques, presas, control de erosión). Las reforestaciones y conservación de cuencas constituyen las medidas a mediano plazo con mayor impacto, al aumentar la permeabilidad de los suelos, disminuir la erosión, limitar el transporte y depósito de sedimentos.</p>
Medidas de Preparación	<p>Sistemas de monitoreo y alarma, participación de la comunidad y educación, desarrollo de planes para el manejo del fenómeno, realización de mapas de susceptibilidad a las inundaciones, control del uso del suelo</p>
Necesidades Post Desastre:	<p>Búsqueda y rescate, Asistencia médica, vigilancia epidemiológica, alojamientos temporales, alimentación y menaje básico, evaluación de daños, suministro de agua, generación provisional de energía, restablecimiento de telecomunicaciones, maquinaria pesada y equipo de remoción de escombros.</p>
ACTIVIDADES DE PREPARACIÓN, RESPUESTA Y RECUPERACIÓN	
Salvamento y Seguridad	<ul style="list-style-type: none"> • Llevar a cabo búsquedas aéreas, terrestres o por agua una vez ocurrida la emergencia, • Las siguientes consideraciones deben ser tomadas en cuenta en los procedimientos de evacuación: mapas detallados de las zonas de inundación y las rutas de evacuación, sitios de encuentro y de recolección y transporte de los evacuados, coordinación e implementación de convenios de ayuda mutua, manejo de mascotas o animales atrapados por la inundación.
Salud y Saneamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificación, traslado y atención de heridos • Recursos para mantener la gente informada de las condiciones de salud y sanitarias generadas por las inundaciones: las aguas de inundación pueden contener aguas sanitarias, animales muertos, cuerpos desenterrados y materiales peligrosos. • Monitorear la calidad del agua y las condiciones sanitarias. • Control de vectores
Asistencia Social	<ul style="list-style-type: none"> • Designar los sitios adecuados para los albergues temporales, localizados en sitios por encima del peor estimativo de la cota de inundación y para el número suficiente de personas posiblemente evacuadas.

	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de recursos o espacios para un periodo prolongado (90 días)
Manejo de Infraestructura Servicios Públicos y Medio Ambiente	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo y control de cuencas, mantenimiento permanente de canales de aguas lluvias y colectores • Prohibir y controlar los asentamientos humanos en zonas inundables • Realización de mapas de zonas susceptibles a inundaciones. • Construcción de presas temporales con sacos de arena para evitar las inundaciones • Inspeccionar edificios y otras estructuras que pueden haber sido debilitadas por la presión del agua y el flujo de escombros con el fin de definir si son seguras o no para su ocupación. El interior de las edificaciones puede estar lleno de lodo. • Remoción de basuras, escombros y desecamiento. • Revisión de colectores y canales en búsqueda de represamientos y solucionar la situación. • Drenaje mecánico y manual. • Revisión y reparación de redes averiadas y líneas caídas
Manejo y Coordinación de La Emergencia	<ul style="list-style-type: none"> • Relocalizar los recursos del gobierno, los registros vitales y los equipos necesarios para garantizar la continuidad de las operaciones y prevenir los daños y pérdidas. • Para emergencias que se desarrollen lentamente proveer a la comunidad con información sobre: el nivel esperado del agua y las instrucciones de cuando evacuar, donde conseguir transporte y ayuda para la evacuación, diseñar rutas de viaje y horas de salida, estado de las vías cerradas y que vías deben ser evitadas a causa de la inundación, que llevar a o no a los albergues, localización de los albergues temporales • En la medida que la emergencia se va tornando en recuperación, proveer a la comunidad que regresa a sus hogares información sobre: las condiciones sanitarias, la inseguridad para beber agua, el uso de utensilios, los campos eléctricos creados en el agua por líneas de energía volcadas
Logística	<ul style="list-style-type: none"> • Aprovechamiento o compra de materiales para combatir las inundaciones, como bolsas de arena, sábanas de polietileno, motobombas (del tipo y tamaño correcto, con el combustible necesario, los operadores y las tuberías) • Listas de recursos que identifican la cantidad y localización de los ítems mencionados, así como las personas para contacto (día, noche y fines de semana). • Transporte para los damnificados

MOVIMIENTOS EN MASA (DESLIZAMIENTOS)	
DESCRIPCIÓN DEL FENÓMENO Y MEDIDAS DE MITIGACIÓN Y PREPARACIÓN	
Efectos Adversos	<p>Físicos Cualquier elemento, estructura o persona localizado sobre la superficie o en la trayectoria del material en movimiento puede sufrir daños o verse destruido. Los materiales desplazados (rocas, tierra o escombros) pueden bloquear vías o ríos, con el consecuente riesgo de represamiento e inundación. Pueden ocurrir rupturas de tuberías de acueducto y alcantarillado con la consecuente contaminación de agua.</p> <p>Salud Los efectos y número de personas afectadas están directamente relacionados con la densidad de población existente y la masa de material desplazado. Pueden ocurrir desde pequeños trauma hasta ahogamiento por cubrimiento.</p>
Posibles Medidas de Prevención y Mitigación:	Obras de estabilización y de contención, modificación de pendientes, sistemas de drenaje, retención y conservación de taludes mediante la utilización de muros de concreto, gaviones, trinchos, siembra de vegetación apropiada (empradizado, barreras vivas).
Medidas De Preparación	<p>Establecimiento de programas permanentes de educación a la comunidad.</p> <p>Sistemas de monitoreo, alerta y evacuación.</p> <p>Detectar las condiciones climáticas asociadas a la amenaza por deslizamientos y definir las medidas a tomar en caso de que éstas se presenten.</p> <p>Las comunidades ya informadas, cuando se presente fuertes lluvias pueden establecer sistemas de vigilancia mediante mecanismos sencillos.</p>
Necesidades Post Desastre:	Búsqueda y rescate, asistencia médico quirúrgica, alojamientos de emergencia, alimentación y menaje básico, evaluación de daños, maquinaria pesada y equipo de remoción
ACTIVIDADES DE PREPARACIÓN, RESPUESTA Y RECUPERACIÓN	
Salvamento y Seguridad	<ul style="list-style-type: none"> • Llevar a cabo búsquedas aéreas o terrestres de acuerdo a la magnitud y localización del evento, • Rescatar rápidamente las personas atrapadas para evitar la muerte por asfixia, pero teniendo cuidado que los socorristas no corran peligro • Evacuar a la población que puede verse afectada en caso de reactivación o desplazamiento adicional del material removido.
Salud y Saneamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificación, traslado y atención de heridos • Monitorear la calidad del agua y las condiciones sanitarias. • Control de vectores
Asistencia Social	<ul style="list-style-type: none"> • Designar los sitios adecuados para los albergues temporales. • Alimentación y menaje básico para las personas afectadas
Manejo de Infraestructura Servicios Públicos Y Medio Ambiente	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación y menaje básico para las personas afectadas • Monitoreo y control de taludes y de canales de aguas lluvias y colectores • Prohibir y controlar los asentamientos humanos en zonas inestables • Realización de mapas de zonas susceptibles a movimientos en m • Evaluación de daños en edificaciones e infraestructura

	<ul style="list-style-type: none">• Remoción de rocas, tierra o escombros.
Manejo Y Coordinación De La Emergencia	<ul style="list-style-type: none">• Relocalizar los recursos del gobierno, los registros vitales y los equipos necesarios para garantizar la continuidad de las operaciones y prevenir los daños y pérdidas.• Para emergencias que se desarrollen lentamente proveer a la comunidad con información sobre las instrucciones de cuando evacuar, donde conseguir transporte y ayuda para la evacuación, diseñar rutas de viaje y horas de salida, estado de las vías cerradas y que vías deben ser evitadas• En la medida que la emergencia se va tornando en recuperación, proveer a la comunidad que regresa a sus hogares información sobre las condiciones sanitarias,
Logística	<ul style="list-style-type: none">• Palas, maquinaria pesada y plásticos• Transporte para los damnificados

SISMOS

DESCRIPCIÓN DEL FENÓMENO Y MEDIDAS DE MITIGACIÓN Y PREPARACIÓN

Efectos Adversos	<p>Daños físicos Daños y destrucción de edificaciones e infraestructura. Las réplicas pueden causar mayores daños a las estructuras ya debilitadas. También puede haber efectos secundarios significativos como incendios, fallas en presas, deslizamientos que a su vez pueden generar represamiento de ríos o canales y posteriores inundaciones, daños en instalaciones que contengan materiales peligrosos.</p> <p>Salud Heridos y pérdidas de vidas por lo daños en las estructuras o por los efectos secundarios. Las pérdidas de vidas pueden ser altas especialmente en las áreas cercanas al epicentro y en zonas de grandes densidades de población o de edificaciones pesadas, vulnerables y localizadas en terrenos inestables.</p>
Posibles Medidas de Prevención y Mitigación:	<p>Reglamentación de usos del suelo, estudios de microzonificación sísmica y códigos de diseño y construcción. Reducción de la vulnerabilidad sísmica a través de buenas configuraciones estructurales y diseño, distribución homogénea de la rigidez y de los esfuerzos, buena calidad de construcción y mano de obra.</p>
Medidas De Preparación	<p>Educación de la comunidad sobre las causas y las características de los sismos, y como actuar en caso de que ocurra uno Planes de contingencia sobre logística, búsqueda y rescate, atención médica, alimentación de emergencia y materiales para alojamientos temporales</p>
Necesidades Post Desastre:	<p>Búsqueda y rescate (especialmente en la áreas urbanas, requiriendo equipo y maquinaria pesas especialmente en las primeras 48 horas); Control del tráfico y de la multitud; Extinción y control de incendios; Atención médica; Evaluación de daños; Transporte para la evaluación de daños; Remoción de escombros; Re-establecimiento de las comunicaciones; Suministro de agua potable; Alojamientos temporales; Alimentación y menaje básico</p>
ACTIVIDADES DE PREPARACIÓN, RESPUESTA Y RECUPERACIÓN	
Salvamento y Seguridad	<ul style="list-style-type: none"> • Llevar a cabo búsquedas aéreas y terrestres para determinar la extensión de los daños, afectación de las personas y estado de las instalaciones vitales. • Remover las personas atrapadas por deslizamientos, colapso de edificios y otras estructuras, proporcionar primeros auxilios y ayudar en el • transporte de los seriamente afectados a las instalaciones de salud indicadas • Control y acordonamiento de las áreas afectadas hasta que sean seguras, sólo las personas directamente involucradas en los operativos de respuesta pueden ingresar • Establecer los protocolos para que las personas evacuadas y el público en general puedan entrar a las áreas severamente impactadas <p>Inmediatamente después del sismo puede existir la necesidad de evacuar gente de aquellas estructuras afectadas y que pueden tener más daños en caso</p>

	de réplicas. Se deben diseñar protocolos especiales de evacuación de (hospitales, cárceles, instituciones mentales, hogares infantiles, etc.)
Salud y Saneamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificación, traslado y atención de heridos • Monitorear la calidad del agua y las condiciones sanitarias.
Asistencia Social	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de recursos o espacios para albergues durante un periodo prolongado (más de 90 días) • Suministro de alimentación y menaje básico a los afectados
Manejo de Infraestructura Servicios Públicos Y Medio Ambiente	<ul style="list-style-type: none"> • Llevar a cabo recorridos aéreos y terrestres para determinar el alcance de los daños, heridos, muertes y el estado de las instalaciones esenciales para la atención de la emergencia • La identificación, remoción, transporte y disposición de escombros y material de los deslizamientos debe ser una acción de alta prioridad. Esta actividad puede incluir la demolición y otras acciones para despejar vías obstruidas, reparación o reforzamiento temporal de puentes y vías Inspección de edificaciones y otras estructuras para determinar si es seguro habitarlas o utilizarlas, priorizando aquellas edificaciones de atención de emergencias, atención a la comunidad, estructuras que puedan amenazar la seguridad pública (identificando aquellas inseguras y que no pueden ser ocupadas) • Restauración y reparación de los servicios de energía eléctrica, gas natural, acueducto y alcantarillado, teléfono y otros sistemas de comunicaciones para minimizar el impacto en los servicios de emergencia y en la comunidad
Manejo Y Coordinación De La Emergencia	<ul style="list-style-type: none"> • El flujo de información detallada y a tiempo sobre la emergencia es crítica para la protección de vidas y de propiedades es caso de un sismo catastrófico. Se deben proporcionar recomendaciones de supervivencia e instrucciones sobre que hacer inmediatamente después del sismo, también se deben proveer alerta sobre problemas de incendios, áreas inseguras, colapso de edificios, réplicas y otras amenazas.
Logística	<ul style="list-style-type: none"> • Aprovechamiento o compra de materiales para construir los alojamientos temporales y suministrar los alimentos y menaje básico • Listas de maquinaria pesada para remoción de escombros y demoliciones, identificar la cantidad y localización de los items mencionados, así como las personas para contacto (día, noche y fines de semana). • Transporte para los damnificados, organismos de socorro y evaluadores de daños en edificaciones

NO

la población y a autoridades del Comité Operativo de Emergencias	la OMPAD y miembros del Comité Operativo de Emergencias	informe de daños y se sigue procedimiento para declaración de desastre
Efectúa seguimiento y evalúa los resultados	Procedimiento de verificación	Se instalan y operan el Centro Operativo de Emergencias y/o Nacional
Convoca al Comité Operativo de Emergencias Mpal	Informe al Alcalde y niveles superiores (si se requiere)	Opera el Plan de Contingencias Regional o Nacional en la zona afectadas y de acuerdo al tipo de evento
Activa el Plan de Contingencias de acuerdo a l tipo de evento	Se insta la y opera el Centro Operaciones	Seguimiento y evaluación del estado de la emergencia
	Se activa y ajusta el Plan acción específico	Coordina COLPAD el apoyo de otros mpios, departamental o nacional
	Reunión d el COLPADE conferencia de prensa del alcalde	Termina Emergencia
Termina Alerta		
	Opera el Plan de acción específico en la zona área afectada	Declaratoria de retorno a la normalidad
Informa a las entidades del COLPADE	Efectúa la evaluación del impacto y elabora reporte de daños y necesidades y solicitud de ayuda de acorde a los resultados	

NO

S
I



3.6.6. Sistema de Seguimiento y Evaluación del Plan. La elaboración de un plan de emergencias es un trabajo necesariamente continuo y participativo. El plan tiene que ser flexible y capaz de adecuarse a las diferentes circunstancias, tiene que ser actual y basado en las realidades y capacidades del Municipio.

La manera mas adecuada de asegurar estas características en el Plan de Emergencias es desarrollar y aplicar un plan de trabajo, signar responsabilidades y garantizar la participación activa de todas las instituciones responsables en el trabajo permanente del desarrollo, prueba, evaluación y actualización del plan. Este trabajo exige la creación de equipos multidisciplinarios e interinstitucionales para asegurar el nivel necesario de coordinación y colaboración interinstitucional.

También es necesario establecer criterios y guiar el proceso de la preparación de planes operativos institucionales y planes de contingencia por eventos

3.6.6.1 Ejecución. El Comité Local para la Prevención, Atención y Recuperación de Desastres es responsable de promover el plan, sus objetivos y sus procedimientos. También se encargará de promover la preparación en las actividades del gobierno y de la sociedad civil. El Comité Local para la Prevención, Atención y Recuperación de Desastres coordinará los esfuerzos de las diferentes instituciones para ejecutar el plan y sus procedimientos y estimulará la colaboración interinstitucional en la preparación para los desastres.

3.6.6.2 Monitoreo y Evaluación

El monitoreo y evaluación del plan debe ser una acción continua. El Comité Local para la Prevención, Atención y Recuperación de Desastres coordinará todos los esfuerzos de monitoreo, revisión y evaluación del Plan de Emergencia.

Se plantea la evaluación del plan en cuatro ambientes específicos:

3.6.6.2.1 Revisión periódica. Para implantar con eficiencia el plan se hace necesario una revisión analítica que se hará periódicamente a través de grupos de trabajo respectivos. También se hace necesario el análisis continuo de las amenazas y las vulnerabilidades del municipio para indicar su potencial riesgo y las acciones para reducirlo y fortalecer la protección y seguridad. Este trabajo tendrá el propósito de establecer:

- Características de las zonas mas vulnerables del municipio a los diferentes tipos de fenómenos
- Proyección de impactos en términos físicos, sociales y económicos
- Coordinación y acciones a ser establecidas en relación con toda clase de asistencia a las zonas potencialmente afectadas, como refugios, asistencia humanitaria, localidades o zonas donde deberá hacerse énfasis en labores educativas y almacenamiento de suministros, combustible, etc.
- Políticas a ser tomadas en relación con los asentamientos humanos, trazados de infraestructura vial y zonas agrícolas.

3.6.6.2.2 Análisis del desempeño real. Las situaciones reales de emergencia o desastre ofrecen oportunidades de aprender y mejorar los planes y procedimientos para mejor desempeño en el futuro. Cuando hay una emergencia o desastre, todas las entidades involucradas deben participar en dos procesos de revisar y analizar sus experiencias y la eficacia del plan. Estos procesos son: una reunión o serie de reuniones institucionales e interinstitucionales y la preparación de un informe que sigue un formato estandarizado. Las categorías posibles de información para incluir en el análisis y el informe son:

- Descripción
- Particularidades del evento
- Antecedentes históricos
- Distribución y concentración de los daños
- Características políticas, económicas y sociales
- Estructura para el manejo de la emergencia
- Aplicación del Plan de Emergencias

- Movilización y respuestas
- Respuesta comunitaria
- Problemas y consecuencias a resolver
- Acciones futuras

3.6.6.2.3 Simulaciones. Este plan deberá activarse por lo menos una vez al año en la forma de ejercicios prácticos o simulaciones, de manera tal que se dote de experiencia operacional controlada y práctica a aquellos individuos que tengan bajo su responsabilidad tomar las acciones de emergencia.

La simulación es un ejercicio con juego de roles que se lleva a cabo en un salón. Se desarrolla a apretar de un libreto que presenta una situación imitada de la realidad. Los participantes representan los distintos roles y se ven obligados a tomar decisiones para resolver hechos. Los roles pueden ser semejantes o diferentes a sus posiciones habituales.

3.6.6.2.4 Simulacro. A través de las simulaciones y simulacros se puede identificar problemas o la necesidad de hacer cambios al plan.

La participación del personal de las instituciones en simulacros es un método eficaz de capacitar al personal de las instituciones a través de un ejercicio de juego de roles que se lleva a cabo en un escenario real o casi real. Los participantes toman decisiones y movilizan recursos realmente disponibles. Les permite familiarizarse con los procedimientos y sistemas que utilizarán en las situaciones de emergencia. Los simulacros pueden ser anunciados o sorpresivos, pero deben ser precedidos por capacitación y un ejercicio de simulación.

El Comité Local para la prevención, Atención y Recuperación de Desastres, con el apoyo de la Oficina Municipal de Prevención y Atención de Desastres, es responsable de planear y organizar periódicamente los simulacros interinstitucionales para mantener el nivel de preparación. También se recomienda que cada institución haga su propio simulacro (o simulación) una vez al año para asegurar la preparación del personal responsable y para evaluar sus planes operativos.

[\(Tabla de Contenido\)](#)

4. MUNICIPIO DE SAN JOSE DE CÚCUTA

La definición de las prioridades en salud pública surge del análisis serio, cuidadoso, responsable y racional de los resultados producto de la carga de la morbilidad, la transición epidemiológica y el análisis del costo-efectividad junto con otros factores importantes como los servicios de asistencia y la exposición a los riesgos, determinando así los problemas y condiciones que sean susceptibles de ser modificados, problemas en los que se debe focalizar los mayores esfuerzos y recursos por parte de los actores involucrados para lograr el mayor impacto de solución de la situación de salud del municipio.

Esta identificación de prioridades convalidadas con el desarrollo de un diagnóstico técnico va a permitir con plena participación social establecer grados de intervención de acuerdo a la inversión y de acuerdo a su peso social, técnico y político en los que podemos tener : *una intervención desde el punto de vista negativo por su incidencia y severidad o su efecto en la mortalidad y/o morbilidad *una intervención desde el punto de vista positivo por la disminución de las pérdidas o la satisfacción de las necesidades eficiencia y costo. La complejidad de los problemas determinara de igual forma si su intervención será a corto, mediano o largo plazo.

Ante las variaciones que se presentan en el entorno, la adaptación a la velocidad de la tecnología y a la exigencia de mayores y eficientes servicios de los usuarios y a la flexibilidad de sus programas, así como los cambios en la política nacional, nos obliga a estar modificando las estrategias continuamente, esto nos condiciona a establecer un horizonte de tiempo para esta planeación de tan solo cuatro años, tiempo que de igual manera tiene que ir de la mano con el periodo de gobierno de nuestros gobernantes para que se ajusten a su plan de desarrollo en donde necesariamente debe ir implícito el plan local de salud pública.

4.1 PRIORIDADES EN SALUD PUBLICA PARA EL PERIODO 2008 – 2011

Como respuesta a las necesidades del municipio en Salud se determinan las siguientes prioridades acordes con el Nivel Nacional y el Plan de gobierno municipal periodo 2008-2011:

1. La salud infantil
2. Seguridad alimentaria y nutricional en niños, niñas y población vulnerable.
3. La vigilancia de la salud y la investigación en salud pública.
4. Las enfermedades transmisibles y las zoonosis de mayor impacto en Salud Pública.
5. La salud sexual y la salud reproductiva en adolescentes, jóvenes y grupos de riesgo.
6. Las enfermedades crónicas no transmisibles de mayor impacto en salud pública.
7. La salud mental y las lesiones violentas evitables.
8. La seguridad sanitaria y del ambiente para la vigilancia y el control de los factores de riesgo del ambiente y del consumo.
9. La salud oral en niños, niñas y población vulnerable.
10. La gestión en Salud Pública para el desarrollo del Plan Local de Salud.
11. La participación Social y comunitaria.
12. La salud en población desplazada.
13. Lograr la universalidad en el aseguramiento dentro del SGSSS con la ampliación del 100% de la cobertura en el Régimen subsidiado
14. Establecer una red de servicios del primer nivel de atención fortalecida mediante el mejoramiento de la accesibilidad de los servicios de salud, de la calidad en la atención en salud y de la eficiencia en la prestación de servicios de salud y la sostenibilidad financiera de la ESE IMSALUD.

Y como una prioridad de obligatorio cumplimiento para el Municipio por ser una directriz del Nivel Nacional:

15. La seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral.

4.2 OBJETIVO Y METAS DE LAS PRIORIDADES EN SALUD PUBLICA PARA EL PERIODO 2008 – 2011.

De igual importancia se hace necesario y de manera conjunta establecer objetivos y metas reales y alcanzables que permitan orientar el que hacer de la Administración y determinar que queremos y a donde deseamos llegar con una línea de base bien definida y así poder dirigir todos los esfuerzos

logísticos, humanos y económicos para el cumplimiento de dicho sueño; sueño que se debe identificar al mismo tiempo con la problemática que debe ser intervenida y las principales necesidades que deben ser desarrolladas mediante la implementación de estrategias que faciliten su perfeccionamiento en las diferentes prioridades y áreas, fomentando el crecimiento de habilidades y competencias institucionales y comunitarias, la conformación de entornos saludables, la garantía al acceso de la población a los servicios de salud de calidad, oportunidad e integralidad y el mejoramiento en el acopio y análisis de la información para facilitar la toma de decisiones así como el fortalecimiento de la capacidad institucional en la vigilancia y control con el ánimo de mejorar la gestión en Salud Pública.

Las metas se establecieron por prioridad en salud, partiendo como línea de base de la información que al momento de proyectarlas se tenía en la Secretaría de Salud del Municipio y su estimación para el cuatrienio tomo como base las metas establecidas por el nivel Nacional dentro de un marco lógico de intervención de acuerdo a la capacidad de respuesta del Municipio en relación a su capacidad instalada y a los recursos asignados y por asignar, de acuerdo al comportamiento histórico, para la Salud Pública.

PRIORIDADES EN SALUD	OBJETIVOS	EJE PROGRAMATICO	DESCRIPCION DE LA META	INDICADOR	LINEA BASE	META AL 2011	PROYECTOS	ENTIDADES QUE PUEDEN INTERVENIR
Aseguramiento de la población pobre y vulnerable en el SGSSS.	-Garantizar la afiliación universal de la población pobre y vulnerable del Municipio de los niveles 0, 1, 2 y 3 del SISBEN al SGSSS. -Contar con una BDUA actualizada donde se integre y consolide el registro de afiliados a los regímenes subsidiado, contributivo y de excepción.	ASEGURAMIENTO	Ampliar la cobertura del régimen subsidiado al 100% de la población pobre y vulnerable sin capacidad de pago de los niveles 1 y 2 del SISBEN	No de afiliados del Régimen subsidiado/Total población SISBEN 1 y 2	301.541	396.323	Régimen subsidiado: Valor estimado para los 4 años: \$410.915.676.442,36	SECRETARIA DE SALUD SISBEN SECRETARIA DE HACIENDA SECRETARIA DEL TESORO I.D.S. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
Prestación de servicios de salud de baja complejidad por la ESE Municipal	-Mejorar la accesibilidad de los servicios de salud. -Mejorar la calidad de la atención de salud. -Mejorar la eficiencia, la sostenibilidad y el equilibrio financiero y presupuestal de la Red Pública Municipal.	PRESTACION Y DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Fortalecimiento y Adecuación del sistema de Unidades Básicas de salud por comunas Fortalecer la demanda inducida en los diferentes programas de promoción y prevención Incrementar los indicadores de promoción y prevención Cumplir con los requerimientos del sistema Obligatorio de garantía de calidad en salud Mejorar la oportunidad en la atención por consulta externa y Urgencias	No de Unidades Básicas adecuadas por comuna / No de Comunas No de IPS ampliadas/No de IPS programadas para ampliación No de usuarios atendidos/No de usuarios programados No de actividades realizadas / No de actividades programadas No de IPS que cumplen con el SOGCS Implementado/Total de IPS Tiempo	40%	70%	Ampliación y Dotación de la Unidad básica de la Libertad Valor estimado: \$280.000,00 Conversión del centro de Salud de Loma de Bolívar en Unidad Básica y su dotación. Valor estimado: \$450.000.000 Conversión del Centro de Salud de Agua clara en Unidad básica y su dotación. Valor estimado: \$250.000.000 Construcción y dotación de la Unidad básica del Trigal del Norte. Valor estimado: \$1.590.000.000 Ampliación y dotación de la unidad básica puente barco Leones. Valor estimado: \$1.000.000.000 Construcción y dotación de la Unidad Administrativa de la ESE IMSALUD Valor estimado: \$2.000.000.000 Mantenimiento Locativo De la Red Prestadora de servicios de Salud. Valor estimado \$2.800.000.000	E.S.E. IMSALUD SECRETARIA DE SALUD

PRIORIDADES EN SALUD	OBJETIVOS	EJE PROGRAMATICO	DESCRIPCION DE LA META	INDICADOR	LINEA BASE	META AL 2011	PROYECTOS	ENTIDADES QUE PUEDEN INTERVENIR
			Incrementar la automatización de la Red Prestadora. Sostener las IPS con punto financiero de equilibrio rentable Lograr la productividad económica en el 100% de las IPS del Municipio Implementar el Plan Médico Domiciliario en el Municipio de San José de Cúcuta	No de IPS automatizadas/ Total IPS IPS en equilibrio financiero/Total IPS Ingresos por IPS /Gastos por IPS Plan implementado y operando	externa 25 minutos para Urgencias 21% 21% 79% 0%	15 a 20 minutos 80% 80% 20% 100%	Ampliación de la automatización de la Red Prestadora de servicios de salud. Valor estimado: \$1.020.000.000 Habilitación y acreditación de la Red prestadora de servicios de salud. Valor estimado: \$800.000.000 Plan de información, educación y comunicación al personal de salud y a la comunidad usuaria Valor estimado: \$480.000.000 Proyecto de Prestación de servicios a la población pobre no cubierta con subsidio a la demanda. Valor estimado para los 4 años: 16 mil millones de pesos	
La salud infantil	-Reducir la morbimortalidad infantil a través de la aplicación de estrategias y programas que atiendan las enfermedades más prevalentes de la infancia y orienten la prestación de servicios a una integralidad en su atención.	SALUD PUBLICA	Reducir la tasa de mortalidad en < de un año * 1000 N.V. por debajo de 6*1000 N.V. Reducir la tasa de mortalidad en < de 5 años *10.000 por debajo de 15 * 10.000	No. Defunciones en menores de 1 año/Total nacidos vivos* 1000 No. Defunciones en menores de 5 años/ Total población menor de 5 años * 10.000	9,45 (Fuente: DANE 2005 proyectada a 2007) 20,55 (Fuente: DANE 2005 proyectada a 2007)	< 6*1000 < 15 *10.000	IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA AIEPI EN EL MUNICIPIO SAN JOSÉ DE CÚCUTA Valor estimado en los 4 años: 160.000.000	SECRETARIA DE SALUD EPS IPS PUBLICAS Y PRIVADAS

PRIORIDADES EN SALUD	OBJETIVOS	EJE PROGRAMATICO	DESCRIPCION DE LA META	INDICADOR	LINEA BASE	META AL 2011	PROYECTOS	ENTIDADES QUE PUEDEN INTERVENIR
	-Mejorar las coberturas de vacunación de las enfermedades inmunoprevenibles.		<p>Reducir la tasa de mortalidad Neonatal*1.000 N.V. por debajo de 3,5 * 1.000 N.V.</p> <p>Reducir y mantener la Tasa anual de Mortalidad por EDA en menores de 5 años x 100.000 por debajo de 4*100.000</p> <p>Evitar que la Tasa de Mortalidad por IRA en menores de cinco años x 100.000 se incremente por encima de 13,71 x 100.000</p> <p>Aumentar y mantener Coberturas de Vacunación del P.A.I. en 95%</p>	<p>No. Defunciones en menores de 28 días/ Total nacidos vivos*1000</p> <p>No. Defunciones por EDA en menores de 5 años/ Total población menor de 5 años*100.000</p> <p>No. Defunciones por IRA en menores de 5 años/ Total población menor de 5 años*100.000 No de menores de un año vacunados / Total de menores de un año</p>	<p>5,46 (Fuente: DANE 2005 proyectad a 2007)</p> <p>4,08 (Fuente: DANE 2005 proyectad a 2007)</p> <p>12,39 (Fuente: DANE 2005 proyectad a 2007)</p> <p>88,35% (Fuente: PAI Sec. Salud 2007)</p>	<p>< 3,5 *1000</p> <p>< 4 *100.000</p> <p>= /< 13,71 *100.000</p> <p>95%</p>	<p>FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI MUNICIPIO SAN JOSÉ DE CÚCUTA Valor estimado en los 4 años: 400.000.000</p>	
Seguridad alimentaria y nutricional en niños, niñas y población vulnerable.	Mejorar la situación nutricional de niños, niñas y población vulnerable (embarazadas y madres lactantes) mediante acciones intersectoriales que permitan orientar mejor los recursos, fortalecer los conceptos técnicos que mejoren la carga nutricional de la suplementación y complementación nutricional y el desarrollo de actividades de sensibilización y	SALUD PUBLICA	<p>Reducir a 12 el porcentaje de desnutrición global en niños < de 5 años</p> <p>Mantener por debajo de 6,8 * 100.000 la tasa de mortalidad por desnutrición en < de 5 años</p>	<p>No de niños menores de 5 años con desnutrición aguda/ Total menores de 5 años registrados en el SISVAN*100</p> <p>No. Defunciones por desnutrición en menores de 5 años/ Total población menor de 5 años*100.000</p>	<p>13,2% (Fuente: SISVAN Sec. de Salud 2007)</p> <p>6,8* 100.000 < de 5 años (Fuente: DANE 2005 proyectad a 2007)</p>	<p>12%</p> <p>< 6,8</p>	<p>FORTALECIMIENTO A LAS ACCIONES DE NUTRICIÓN DEL MUNICIPIO SAN JOSÉ DE CÚCUTA. Valor estimado en los 4 años: 800.000.000</p>	<p>SECRETARIA DE SALUD</p> <p>SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL</p> <p>I.C.B.F.</p> <p>EPS</p> <p>IPS PUBLICAS Y PRIVADAS</p>

PRIORIDADES EN SALUD	OBJETIVOS	EJE PROGRAMATICO	DESCRIPCION DE LA META	INDICADOR	LINEA BASE	META AL 2011	PROYECTOS	ENTIDADES QUE PUEDEN INTERVENIR
	comunicación como herramienta fundamental en los procesos de autocuidado, así como el apoyo a proyectos productivos comunitarios y familiares.		Mantener una cobertura anual del 50% de menores de cinco años vinculados a hogares de bienestar y familias en acción niveles 1 y 2 con suministro de suplemento con micronutrientes	No. de menores de cinco años vinculados a hogares de bienestar y familias en acción niveles 1 y 2 con suministro de suplemento con micronutrientes* 100	50% (Fuente: Sec. de Salud 2007)	50%		
			Mantener una cobertura anual del 60% de madres gestantes sin ningún régimen de niveles 1 y 2 con suministro de suplemento con micronutrientes	No. madres gestantes sin ningún régimen de niveles 1 y 2 con suministro de suplemento con micronutrientes* 100	60% (Fuente: Sec. de Salud 2007)	60%		
			Aumentar en 60% la cobertura de madres gestantes con lactancia exclusiva	No de niños entre 0 y 6 meses que reciben lactancia exclusiva/Total de niños entre 0 y 6 meses registrados en el SISVAN	51% (Fuente: SISVAN Sec. de Salud 2007)	60%		
La vigilancia de la salud y la investigación en salud pública.	Mejorar el sistema de vigilancia en salud pública y fomentar el desarrollo de investigaciones que conlleven a identificar riesgos y alternativas de solución de los diferentes eventos que atentan contra la salud de la comunidad.	SALUD PUBLICA	Mantener en un 100% la cobertura anual de notificación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.	No de UPGD que notifican al sistema / Total de UPGD	100% (Fuente: SIVIGILA Sec. de Salud 2007)	100%	MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA EN EL MUNICIPIO DE SAN JOSE DE CUCUTA Valor estimado en los 4 años: 1.520.000.000	SECRETARIA DE SALUD EPS IPS PUBLICAS Y PRIVADAS
			Mantener en un 97% la cobertura anual de la oportunidad en la notificación	No de UPGD que notifican oportunamente al sistema / Total de UPGD que notifican	97% (Fuente: SIVIGILA Sec. de Salud 2007)	97%		
			Aumentar y mantener en	No de	87,8%	90%		

PRIORIDADES EN SALUD	OBJETIVOS	EJE PROGRAMATICO	DESCRIPCION DE LA META	INDICADOR	LINEA BASE	META AL 2011	PROYECTOS	ENTIDADES QUE PUEDEN INTERVENIR
			el 90% la cobertura anual de investigaciones epidemiológicas de campo de eventos de interés en Salud Pública.	investigaciones epidemiológicas de campo realizadas / Total de eventos de interés en Salud Pública presentados.	(Fuente: SIVIGI LA Sec. de Salud 2007)			
			Aumentar y mantener al 100% la cobertura anual de toma de muestras para vigilancia de eventos en Salud Pública	No de tomas de muestras realizadas / Total de eventos de interés en Salud Pública presentados.	60% (Fuente: SIVIGI LA Sec. de Salud 2007)	100%		
			Mantener la Tasa anual de Parálisis Flácida Aguda igual o mayor a 1 por 100.000 menores de 15 años.	No. de casos presentados de Parálisis flácida aguda en menores de 15 años/ Total población menor de 15 años*100.000	1,79 (Fuente: SIVIGI LA Sec. de Salud 2007)	Igual o mayor a 1 por 100.000 menores de 15 años.		
			Mantener una tasa anual de tétano neonatal por debajo de 1 caso por cada 100.000 nacidos vivos.	No. casos de Tétano neonatal/total nacidos vivos*100.000	0 (Fuente: SIVIGI LA Sec. de Salud 2007)	< 1 caso por 100.000 N.V.		
			No superar la tasa de letalidad por tosferina del 15% según lineamientos Nacionales	No. Defunciones por tosferina/ No. de enfermos de tosferina	0 (Fuente: DANE 2005 proyectada a 2007)	Tasa de letalidad < al 15%		
			Disminuir tasa de incidencia por tosferina a	No. de Casos nuevos de tosferina/total	6,80 (Fuente: SIVIGI	Tasa de incidencia <1		

PRIORIDADES EN SALUD	OBJETIVOS	EJE PROGRAMATICO	DESCRIPCION DE LA META	INDICADOR	LINEA BASE	META AL 2011	PROYECTOS	ENTIDADES QUE PUEDEN INTERVENIR
			menos de 1 por 100.000 menores de cinco años.	población menor 5 años*100.000	LA Sec. de Salud 2007)	*100.000 < de 5 años		
Las enfermedades transmisibles y las zoonosis de mayor impacto en Salud Pública.	-Disminuir las enfermedades transmisibles y las zoonosis. -Fortalecer la búsqueda activa de las enfermedades silenciosas y de gran impacto en salud pública y orientar acciones para su vigilancia y control.	SALUD PUBLICA	Aumentar en un 30% la detección de casos de Tuberculosis Aumentar al 85% la tasa de curación de los casos de tuberculosis pulmonar baciloscopia positiva Mantener por debajo de 1*10.000 la prevalencia de Lepra Mantener en 0 los casos de rabia humana transmitidas por perros Mantener en 0 los casos de mortalidad por malaria	No. Total de casos/población media *100 No. ptes curados/Total pacientes TBC*100 No. Total de casos/población total*10.000 No. Total de casos/población total No. Total de casos/población total	0,041% (Fuente: Sec. de Salud 2007) 67,89% (Fuente: Sec. de Salud 2007) 0,4 (Fuente: SIVIGI LA Sec. de Salud 2007, IDS) 0 (Fuente: SIVIGI LA Sec. de Salud 2007) 0 (Fuente: DANE 2005)	0,051% 85% < 1 *10.000 0 0	PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS Y LEPROA EN EL MUNICIPIO DE SAN JOSE DE CUCUTA Valor estimado en los 4 años: 160.000.000 PROMOCION, PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ZOONOTICA EN EL MUNICIPIO SAN JOSÉ DE CÚCUTA. Valor estimado en los 4 años: 480.000.000 PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES DENGUE, PALUDISMO, CHAGAS, LEISHMANIASIS Y FIEBRE AMARILLA EN EL MUNICIPIO DE SAN JOSÉ DE CÚCUTA Valor estimado en los 4 años: 4.000.000.000	SECRETARIA DE SALUD EPS IPS PUBLICAS Y PRIVADAS UMATA ICA I.D.S.

PRIORIDADES EN SALUD	OBJETIVOS	EJE PROGRAMATICO	DESCRIPCION DE LA META	INDICADOR	LINEA BASE	META AL 2011	PROYECTOS	ENTIDADES QUE PUEDEN INTERVENIR
			Mantener por debajo del 0,05*1000 la tasa de morbilidad por malaria	No. Total de casos/población total*1.000	proyectada a 2007) 0,04*1.000 (Fuente: SIVIGI LA Sec. de Salud 2007)	< 0,05 * 1000		
			Mantener por debajo del 0,01*1000 la tasa anual de mortalidad por dengue	No. Muertes por dengue/total población*1000	0,013*1000 (Fuente: SIVIGI LA Sec. de Salud 2007)	< 0,01 *1000		
La salud sexual y la salud reproductiva en adolescentes, jóvenes y grupos de riesgo.	<p>-Reducir la mortalidad materna y perinatal a través del fortalecimiento de la vigilancia y control de las EPS e IPS en los programas de planificación familiar, control prenatal, atención del parto y recién nacido.</p> <p>-Reducir la sífilis congénita fortaleciendo las acciones encaminadas a la aplicación del Plan de choque, a su vigilancia y a su control.</p> <p>-Reducir los casos de transmisión vertical para VIH y Hepatitis B fortaleciendo las acciones encaminadas a la aplicación del programa de prevención de transmisión vertical para VIH/SIDA y Hepatitis B.</p> <p>-Reducir la tasa de</p>	SALUD PUBLICA	<p>Reducir la tasa de Mortalidad materna por debajo de 27*100.000 nacidos vivos</p> <p>Reducir y mantener por debajo de 9 *1000 N.V. la tasa anual de mortalidad perinatal.</p> <p>Mantener por debajo de 1,75 hijos por mujer, la tasa total de fecundidad en mujeres entre 15 a 49 años</p>	<p>No. de defunciones en maternas/Total nacidos vivos*100.000</p> <p>No. Mortinatos tardíos y defunciones neonatales precoces/ total nacidos vivos*1.000</p> <p>No. promedio de hijos por mujer = $\frac{5 * \sum TFE_{15 a 49}}{1.000}$ TFE= # N.V. de madres por grupo etáreo/Total Mujeres de ese grupo etáreo a</p>	<p>32,60*100000 N.V. (Fuente: DANE 2005 proyectado 2007)</p> <p>9,78*1.000 N.V. (Fuente: DANE 2005 proyectado 2007)</p> <p>1,75 (Fuente: DANE 2005 proyectado 2007)</p>	<p>< 27 *100.000 N.V.</p> <p>< 9*1000 N.V.</p> <p>< 1,75</p>	<p>PROYECTO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Valor estimado en los 4 años: 600.000.000</p>	<p>SECRETARIA DE SALUD</p> <p>E.S.E IMSALUD</p> <p>EPS</p> <p>IPS PUBLICAS Y PRIVADAS</p> <p>SECRETARIA DE LA MUJER</p>

PRIORIDADES EN SALUD	OBJETIVOS	EJE PROGRAMATICO	DESCRIPCION DE LA META	INDICADOR	LINEA BASE	META AL 2011	PROYECTOS	ENTIDADES QUE PUEDEN INTERVENIR
	<p>cáncer de cérvix mediante acciones encaminadas al cumplimiento de la Norma técnica para la prevención del cáncer de cérvix por las EPS e IPS.</p> <p>-Aplicar la política de salud sexual y reproductiva del Municipio de San José de Cúcuta para el periodo 2008-2011.(Decreto Municipal 562 del 28 de Diciembre de 2007)</p>		<p>Reducir por debajo de 18*100.000 mujeres la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino.</p> <p>Mantener por debajo de 1*100.000 la prevalencia de infección por VIH en población de 15 a 49 años.</p> <p>Reducir la tasa de incidencia de VIH en menores de 18 años por debajo de 1* 100.000.</p> <p>Reducir la tasa de incidencia de VIH en mujeres en edad fértil por debajo de 1* 100.000.</p> <p>Aumentar las coberturas de servicio en los diferentes programas de salud sexual y reproductiva en población adolescente.</p>	<p>mitad de periodo * 1000. Se expresa por grupos quinquenales.</p> <p>No. Defunciones por cáncer de cuello/total mujeres*100.000</p> <p>No. Total de casos en 15 a 49 años/población total de 15 a 49 años*100.000</p> <p>No de casos nuevos de VIH en < de 18 años/ Total población menor de 18 años *100.000</p> <p>No de casos nuevos de VIH en MEF/ Total población de MEF *100.000</p> <p>No de instituciones amigas de los adolescentes para el manejo de programas de salud sexual y reproductiva implementados y funcionando.</p>	<p>21,82 *100000 mujeres (Fuente: DANE 2005 proyectado 2007)</p> <p>0,023 *100000 (Fuente: Sec. de Salud 2007)</p> <p>1,4 *100000 (Fuente: Sec. de Salud 2006)</p> <p>28 *100000 (Fuente: Sec. de Salud 2006)</p> <p>2 institucion es amigas de los adolescentes</p> <p>Planificaci</p>	<p><18 *100000 mujeres</p> <p><1 *100.000</p> <p><1 *100.000</p> <p>6 institucion es amigas de los adolescentes</p>		

PRIORIDADES EN SALUD	OBJETIVOS	EJE PROGRAMATICO	DESCRIPCION DE LA META	INDICADOR	LINEA BASE	META AL 2011	PROYECTOS	ENTIDADES QUE PUEDEN INTERVENIR
			Aumentar las coberturas en los diferentes programas de salud sexual y reproductiva en población MEF	No de usuarias inscritas o beneficiarias de programas de salud sexual y reproductiva/Total población MEF*100	ón familiar: 5,4% Citología 36,5% Consejería: 2,4% (Fuente Sec. de Salud 2006)	Cobertura de 80% en todos los programas.		
			Garantizar que las EPS y ESE suministre oportunamente la terapia antirretroviral al 100% de paciente VIH positivo.	No de usuarias inscritos y beneficiarios de terapia antirretroviral oportuna /Total población VIH positiva*100	Por definir	100% de pacientes VIH positivos con terapia antiretroviral oportuna.		
			Garantizar que el 100% de las EPS y ESE realicen la prueba para VIH y Hepatitis B a toda embarazada y apliquen el tratamiento y la terapia antirretroviral a toda mujer embarazada positiva.	No de Mujeres embarazadas con prueba para VIH y Hepatitis B/Total mujeres en embarazo*100	Por definir	100%		
				No de Mujeres en embarazo que reciben tratamiento antirretroviral/Total mujeres en embarazo con prueba positiva *100		100%		
			Reducir por debajo de 2*1000 la tasa de incidencia anual de sífilis congénita	No. Total de casos nuevos/Total nacidos vivos*1000 N.V.	3,02 *1.000 N.V. (Fuente: SIVIGI LA Sec. de Salud 2007)	<2*1.000 N.V.		

PRIORIDADES EN SALUD	OBJETIVOS	EJE PROGRAMATICO	DESCRIPCION DE LA META	INDICADOR	LINEA BASE	META AL 2011	PROYECTOS	ENTIDADES QUE PUEDEN INTERVENIR
Las enfermedades crónicas no transmisibles de mayor impacto en salud pública.	-Disminuir el principal factor de riesgo para el cáncer de pulmón y enfermedades asociadas mediante la aplicación en el ámbito Municipal del Decreto 563 del 28 de Diciembre del 2007 Por medio del cual se prohíbe el consumo de cigarrillo y Tabaco en Escuela de Básica Primaria, secundaria, Universidades, Instituciones de Salud, deportivas, de servicio Público y lugares de trabajo. -Disminuir los factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares Fomentando en grupos de riesgo el desarrollo de actividad física dirigida, así como en grupos laboralmente activos de las instituciones públicas del Municipio.	SALUD PUBLICA	Lograr que el 100% de las Escuelas de Básica Primaria, secundaria, Universidades, Instituciones de Salud, deportivas, de servicio Público y lugares de trabajo del Municipio apliquen el Decreto 563 del 28 de Diciembre del 2007 Por medio del cual se prohíbe el consumo de cigarrillo y Tabaco. Lograr el desarrollo de actividades físicas dirigidas en 93 de las Asociaciones de Adultos mayores existentes. Lograr que el 50% de las Secretarías e Instituciones del Municipio implementen un programa de actividades físicas dirigidas en grupos laboralmente activos. Garantizar el cumplimiento de la norma técnica de las enfermedades crónicas no trasmisibles en el 100% de las EPS e IPS públicas	No de instituciones que aplican el Decreto / Total de instituciones*100 No de asociaciones beneficiadas con el programa No de Instituciones que implementaron el programa /Total de Instituciones del Municipio*100 No EPS y ESE que cumplen con la Norma técnica/Total de EPS y ESE*100	0% 45 (Fuente Sec. De Salud 2007) 0% Por definir	100% 93 50% 100%	PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS, MUNICIPIO SAN JOSÉ DE CÚCUTA. Valor estimado en los 4 años: 200.000.000	SECRETARIA DE SALUD SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL SECRETARIA GENERAL CENTRO DE REHABILITACION NEURO MUSCULAR SECRETARIA DE EDUCACION SECRETARIA DE LA CULTURA E.S.E. IMSALUD EPS IPS PUBLICAS Y PRIVADAS
La salud mental y las lesiones violentas evitables.	Orientar acciones a la promoción de la salud mental que promuevan en la EPS e IPS la atención de los trastornos de mayor prevalencia, la	SALUD PUBLICA	Mantener activa y funcionando la Red institucional del buen trato, las redes sociales de apoyo y las redes afectivas existentes en las diferentes comunas	No de instancias activas y funcionando	1 Red del buen trato, 10 redes de apoyo social y 24 redes afectivas	1 Red del buen trato, 10 redes de apoyo social y 24 redes afectivas	INVESTIGACION Y FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD MENTAL EN EL MUNICIPIO DE SAN JOSE DE CUCUTA Valor estimado en los 4 años:	SECRETARIA DE SALUD E.S.E IMSALUD EPS IPS PUBLICAS

PRIORIDADES EN SALUD	OBJETIVOS	EJE PROGRAMATICO	DESCRIPCION DE LA META	INDICADOR	LINEA BASE	META AL 2011	PROYECTOS	ENTIDADES QUE PUEDEN INTERVENIR
	prevención de la violencia, el maltrato, la drogadicción y el suicidio.		<p>del Municipio.</p> <p>Los programas sociales y de salud pública AIEPI, Familias en acción, programa de crecimiento y desarrollo, y programa de desplazados desarrollan dentro de sus protocolos el componente de salud mental.</p> <p>Mantener por encima del 90 % la vigilancia epidemiológica en salud mental al total de los eventos a investigar en el año.</p> <p>Garantizar el cumplimiento de la norma técnica y los protocolos de salud mental en el 100% de las EPS e IPS públicas</p>	<p>No de Programas con el componente de salud mental</p> <p>No de eventos con vivita para vig. epidemiológica/ Total de eventos notificados*100</p> <p>No EPS y ESE que cumplen con los protocolos y la Normas técnicas/Total de EPS y ESE*100</p>	<p>activas y funcionando.</p> <p>0</p> <p>94,7% de los eventos notificados se les realizó visita para la vigilancia epidemiológica (Fuente: SIVIGILA SALUD MENTAL 2007) Por definir</p>	<p>activas y funcionando</p> <p>Todos los programas desarrollan el componente de salud mental.</p> <p>> del 90% de los eventos a investigar fueron visitados para vigilancia epidemiológica</p> <p>100% de las EPS e IPS cumplen con las normas técnicas y los protocolos de Salud mental</p>	520.000.000	I.D.S.

PRIORIDADES EN SALUD	OBJETIVOS	EJE PROGRAMATICO	DESCRIPCION DE LA META	INDICADOR	LINEA BASE	META AL 2011	PROYECTOS	ENTIDADES QUE PUEDEN INTERVENIR
La seguridad sanitaria y del ambiente para la vigilancia y el control de los factores de riesgo del ambiente y del consumo.	-Mejorar la seguridad sanitaria y ambiental fortaleciendo las acciones de vigilancia y control sanitario sobre los factores de riesgo para la salud generados por alimentos, aguas de consumo y recreativas, residuos sólidos hospitalarios y similares, tenencia de animales, establecimientos y espacios que puedan generar riesgo para la población.	SALUD PUBLICA	Ampliar la cobertura de vigilancia y control en establecimientos y espacios que puedan generar riesgo para la población. Mejorar el sistema de información sanitaria y ambiental que permita y facilite la recolección, almacenamiento, procesamiento, actualización y análisis de la información. Lograr la eficiencia administrativa y operacional en la expedición de conceptos sanitarios que permita obtener además de una rentabilidad social una financiera a la institución.	No de establecimientos visitados y registrados/ Total establecimientos *100 Contar con un registro único de la información que permita establecer los resultados de las visitas practicadas, de los procesos sancionatorios que se generen, y de la programación en el tiempo para verificación de exigencias y nuevas visitas a realizar. No de conceptos expedidos/Total de establecimientos *100 No de carnet expedidos/Total histórico promedio de población anual que requieran carnet*100	Aproximado en 58% Se cuenta con un software implementado y operando en todos los programas de alimentos, establecimientos especiales y quejas sanitarias no implementado en el 100% Por definir Por definir	80% 100% del software implementado y operando en todos los programas 80% 80%	PROMOCION, PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LAS AGUAS DE CONSUMO, AGUAS SEGURAS Y AGUAS RECREACIONALES EN EL MUNICIPIO DE SAN JOSE DE CUCUTA. Valor estimado en los 4 años: 80.000.000 VIGILANCIA DE LA CALIDAD DEL AIRE PROMOCION, VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO POR CONSUMO DE ALIMENTOS. Valor estimado en los 4 años: 160.000.000 PROMOCION, PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO A ESTABLECIMIENTOS ESPECIALES, COMERCIALES Y CENTROS DE COSMETOLOGÍA. Valor estimado en los 4 años: 120.000.000 PROMOCION, PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL A LA DISPOSICIÓN FINAL DE RESIDUOS SÓLIDOS DOMÉSTICOS, DE LA GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES Y ATENCIÓN DE MOLESTIAS POR DETERIORO DEL MEDIO AMBIENTE. Valor estimado en los 4 años: 120.000.000	SECRETARIA DE SALUD IPS PUBLICAS Y PRIVADAS EMPRESAS DE SERVICIO PUBLICO(ASEO, ACUEDUCTO, ALCANTARILLADO) CORPONOR EMPRESAS DE SERVICIO ESPECIAL RSHS ESTABLECIMIENTOS PUBLICOS Y PRIVADOS
La salud oral en niños, niñas y población vulnerable.	-Mejorar la salud oral en niños, niñas y población vulnerable (embarazadas, población desplazada) promoviendo hábitos higiénicos de salud bucal, el acceso a los servicios de salud y el ejercicio de los deberes y derechos de los	SALUD PUBLICA	Lograr un índice de COP a los 12 años de edad < de 2,3 de acuerdo a lineamientos nacionales. Lograr y mantener los dientes permanentes en el 60% de los mayores de 18 años.	No de dientes cariados, opturados y perdidos de una población específica. No de personas mayores de 18 años sin dientes perdidos / Total	Por definir Por definir	< de 2,3 60% de la población mayor de 18 años	PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LA SALUD ORAL EN EL MUNICIPIO Valor estimado en los 4 años: 200.000.000	SECRETARIA DE SALUD E.S.E IMSALUD EPS IPS PUBLICAS Y PRIVADAS

PRIORIDADES EN SALUD	OBJETIVOS	EJE PROGRAMATICO	DESCRIPCION DE LA META	INDICADOR	LINEA BASE	META AL 2011	PROYECTOS	ENTIDADES QUE PUEDEN INTERVENIR
	usuarios.		Garantizar el cumplimiento de la norma técnica para la atención preventiva en salud bucal en el 100% de las EPS e IPS públicas.	población mayor de 18 años*100 No EPS y ESE que cumplen la Normas técnicas/Total de EPS y ESE*100	Por definir	100% de las EPS e IPS cumplen con la norma técnica.		
La gestión en Salud Pública para el desarrollo del Plan Local de Salud.	Gestionar mecanismos de coordinación con los diferentes actores sociales, sectores e instituciones que faciliten el desarrollo de las alternativas de solución y el logro de las metas propuestas en el Plan Local de Salud. -Fortalecer la Cátedra de Salud Pública como estrategia importante de la Educación para la Salud en la mejora de la calidad de vida.	SALUD PUBLICA	Fortalecer y/o activar para la plena participación de actores sociales, institucionales y comunitarios el 100% de los comités interinstitucionales e intersectoriales para salud, como mecanismo de articulación y coordinación para facilitar el desarrollo de las alternativas de solución y el logro de las metas propuestas en el Plan Local de Salud(Consejo Municipal de Seguridad Social en Salud, Comité PAI, El comité de prevención de sustancias psicoactivas, comité departamental de prevención de abuso sexual, El comité de política social, El COVE Municipal, Comité para la atención de población desplazada, La Red Institucional del Buen trato, El COPACO, El comité para la Seguridad Alimentaria, El de atención de Emergencias y desastres). Fortalecer la regulación y fiscalización de las	No de comités interinstitucionales e intersectoriales activos y operando.	11 Comités de los cuales activos están 4	11 Comités activos y operando	GESTION DEL PLAN DE SALUD PUBLICA Valor estimado en los 4 años: 4.800.000.000 PROMOCION Y GESTION PARA LA IMPLEMENTACION DE LA CATEDRA DE SALUD PUBLICA EN EL MUNICIPIO DE SAN JOSE DE CUCUTA Valor estimado en los 4 años: 320.000.000	SECRETARIA DE SALUD SECRETARIA DE EDUCACION PLANEACION MUNICIPAL
				Dirección territorial de Salud	La Secreta	Dirección territorial		

PRIORIDADES EN SALUD	OBJETIVOS	EJE PROGRAMATICO	DESCRIPCION DE LA META	INDICADOR	LINEA BASE	META AL 2011	PROYECTOS	ENTIDADES QUE PUEDEN INTERVENIR
			<p>acciones de salud mediante la reestructuración de la Dirección territorial de salud para la asunción de las nuevas competencias como Distrito.</p> <p>Contar con un Plan de Atención de Emergencia y Desastres que garantice la integración y coordinación institucional frente a situaciones de emergencia, conforme a las políticas, criterios y modelos de prevención y atención de Emergencia y Desastres</p> <p>Garantizar la gestión y la coordinación de todas las Entidades participantes en el control de riesgos y en la atención de emergencias y desastres en la Localidad, se realice con eficacia, eficiencia y oportunidad en la atención de heridos y demás afectados, integrando conceptos de coordinación y organización entre</p>	<p>con una estructura orgánica acorde a las nuevas competencias asignadas como distrito.</p> <p>Documento del Plan de Emergencia y Desastre</p> <p>Comité Local de Emergencia</p>	<p>ria de Salud no cuenta con una estructura orgánica suficiente y acorde para la asunción de las competencias en Salud Pública</p> <p>0</p> <p>Se cuenta con un comité local de emergencia poco estructurado</p> <p>0</p>	<p>de salud estructurada.</p> <p>Plan de Emergencia y Desastre adoptado</p> <p>Comité Local de Emergencia activo y bien estructurado</p>		

PRIORIDADES EN SALUD	OBJETIVOS	EJE PROGRAMATICO	DESCRIPCION DE LA META	INDICADOR	LINEA BASE	META AL 2011	PROYECTOS	ENTIDADES QUE PUEDEN INTERVENIR
			<p>instituciones.</p> <p>Implementar en escuelas y colegios públicos un software interactivo que facilite la comprensión y la aplicación de factores protectores sobre las ETV</p> <p>Fortalecer los conceptos relacionados con la temática de la cátedra de Salud pública en los docentes mediante el desarrollo de un diplomado</p> <p>Lograr la cobertura de aplicación de la cátedra en salud pública en el 80% de los colegios públicos y privados del Municipio</p>	<p>1Software</p> <p>No de Diplomados realizados</p> <p>No de instituciones educativas de básica primaria aplicando la cátedra/Total de instituciones educativas de básica primaria*100</p>	<p>0</p> <p>Por definir</p>	<p>Software implementado y funcionando en el 70% de escuelas y colegios públicos</p> <p>Mínimo 4 Diplomas desarrollados</p> <p>80%</p>		
La participación Social y comunitaria.	-Contar con los Mecanismos Participativos que permitan a todos los actores sociales contribuir activamente en el desarrollo de las intervenciones de interés en salud pública.	SALUD PUBLICA	<p>Mantener activos el 100% de los espacios de participación social en el municipio de san José de Cúcuta</p> <p>El 100% de las IPS Públicas y privadas y EPSs tienen creado y funcionando el SIAU</p>	<p>No de espacios de participación social activos / Total de espacios de participación social*100</p> <p>No de IPS y EPSs con el SIAU funcionando/Total IPS y EPSs *100</p>	<p>75% de los espacios activos (Fuente Sec. de Salud)</p> <p>16 IPS y EPSs de las 44 existentes tienen el SIAU</p>	<p>100%</p> <p>100%</p>	<p>LA PARTICIPACION SOCIAL COMO ESTRATEGIA EN LOS PROGRAMAS DE SALUD</p> <p>Valor estimado en los 4 años: 140.000.000</p>	<p>SECRETARIA DE SALUD</p> <p>EPS</p> <p>IPS PUBLICAS Y PRIVADAS</p>

PRIORIDADES EN SALUD	OBJETIVOS	EJE PROGRAMATICO	DESCRIPCION DE LA META	INDICADOR	LINEA BASE	META AL 2011	PROYECTOS	ENTIDADES QUE PUEDEN INTERVENIR
			Garantizar que el servicio de Atención a la comunidad este debidamente implementado y funcionando activamente.	SAC activo	activo que corresponde al 36% (Fuente Sec. de Salud) SAC en el 70% de operatividad.	100%		
La salud en población desplazada.	-Mejorar las condiciones de salud de la población desplazada y el acceso de esta población a los servicios de salud.	PROMOCION SOCIAL	Garantizar el acceso a las acciones de salud pública a la población desplazada. Garantizar que la población desplazada tenga el acceso a los servicios de salud a través de la red pública y su atención integral. Contar con una base de datos actualizada y real de la población desplazada asentada en el Municipio de San José de Cúcuta. Lograr que todo registro de acciones de salud contenga información específica para población	No de personas desplazadas beneficiadas con acciones de salud pública/Total de población desplazada*100 No de personas desplazadas atendidas por primera vez por la red pública/Total Población desplazada*100 Base de datos actualizada Registro único en salud para población desplazada.	Por definir Por definir Base de datos desactualizada No se tiene registro único	80% 80%	PROMOCION Y PREVENCIÓN DEL MANEJO INTEGRAL A FAMILIAS DESPLAZADAS DEL MUNICIPIO DE SAN JOSE CÚCUTA. Valor estimado en los 4 años: 200.000.000	SECRETARIA DE SALUD UAO ACCION SOCIAL CENTRO DE REHABILITACION DEL NORTE DE SANTANDER ESE IMSALUD EPS IPS

PRIORIDADES EN SALUD	OBJETIVOS	EJE PROGRAMATICO	DESCRIPCION DE LA META	INDICADOR	LINEA BASE	META AL 2011	PROYECTOS	ENTIDADES QUE PUEDEN INTERVENIR
			desplazada.			las acciones de salud Pública		
La seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral.	Mejorar la seguridad en el trabajo y contribuir en la disminución de las enfermedades de origen laboral.	PREVENCION, VIGILANCIA Y CONTROL DE RIESGOS PROFESIONALES	<p>Contar con un diagnostico de las principales enfermedades de origen laboral que estén afectando a la población trabajadora del Municipio.</p> <p>Contribuir junto con las ARP en mantener y/o disminuir de la tasa de mortalidad por enfermedad profesional según lineamiento Nacional.</p> <p>Lograr mantener y/o reducir la tasa de accidentes ocupacionales</p>	<p>Documento Diagnostico</p> <p>No de Muertes por enfermedad profesional/Total población laboralmente activa*100.000</p> <p>No de accidentes laborales ocasionados / Total población laboralmente activa*100.000</p>	<p>No se tiene un diagnostico</p> <p>Por definir</p> <p>Por definir</p>	<p>Documento diagnostico elaborado</p> <p>< 11,5 *100.000</p> <p>< 5,2 *100.000</p>	<p>PREVENCION , VIGILANCIA Y CONTROL DE RIESGOS PROFESIONALES</p> <p>Valor estimado en los 4 años: 150.000.000</p>	<p>SECRETARIA DE SALUD</p> <p>ARP</p> <p>EPS</p> <p>IPS PUBLICAS Y PRIVADAS</p> <p>EMPRESAS DEL SECTOR PUBLICO Y PRIVADO</p>

4.3. ESTRATEGIAS.

Se define como las herramientas que van a facilitar el cumplimiento de las metas propuestas mediante el desarrollo de habilidades y destrezas que permitan la intersectorialidad e interinstitucionalidad, el desarrollo y aplicación de conocimientos con el fin de aunar esfuerzos y recursos para lograr un impacto positivo en la Salud Pública.

SALUD INFANTIL

- Desarrollo de una política local de salud infantil y promover la conformación de mecanismos de coordinación intersectorial e interinstitucional para abordar los diferentes problemas en la niñez y adolescencia.
- Implementación y desarrollo en EPS e IPS de estrategias que permitan la atención integral en salud de los niños y las niñas para la prevención y control de las enfermedades más prevalentes de la infancia.
- Fortalecer e impulsar el desarrollo de las UROCS y UAIRAS como espacios comunitarios para educación y manejo de síntomas de infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas.
- Impulsar la creación de las salas de Rehidratación oral y atención de enfermedades respiratorias agudas como requisito de habilitación para IPS.
- Fortalecer las acciones de vigilancia y control institucional para los programas materno infantiles.
- Desarrollar estrategias de IEC que promuevan los derechos de los niños y los deberes de padres y cuidadores.
- Desarrollo de jornadas masivas de vacunación para apoyar el logro de coberturas de vacunación del Programa ampliado de inmunizaciones y promover en la EPS e IPS el fortalecimiento del Programa Ampliado de Inmunización que permita la vacunación sin barreras.
- Garantizar los inmunobiológicos del PAI a todas las IPS que prestan el servicio de acuerdo a la disponibilidad de los mismos del Nivel Nacional.
- Garantizar una adecuada red de frío para los inmunobiológicos tanto por parte de la Secretaría de Salud como por las IPS que prestan el servicio.
- Realizar los monitoreo rápidos de cobertura que permitan evaluar permanentemente las coberturas reales de vacunación para orientar acciones y análisis de cohortes protegidas para cumplimiento de indicadores de los inmunobiológicos que previenen enfermedades que se encuentran en fase erradicación y eliminación (poliomielitis, sarampión, rubeola, rubeola congénita y tétano neonatal).
- Fortalecer la formación continua del recurso humano de EPS e IPS para la atención integral y manejo de los riesgos relacionados con la salud infantil.
- Implementar en EPS e IPS estrategias para mejorar la prevención y control de la retinopatía perinatal, la sífilis gestacional y congénita y la detección y control del hipotiroidismo congénito.
- Exigir en toda IPS que atiendan partos el cumplimiento de la vacunación del recién nacido a través de la implementación del PAI en esos servicios.
- Fomentar e impulsar en los profesionales de la salud la aplicación de los deberes y derechos consagrados en la Ley de Infancia como actores y responsables activos en la defensa de los mismos.
- Apoyar de manera activa las políticas Municipales para el no rotundo a los niños trabajadores y el regreso de los mismos a las aulas escolares.
- Fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica para todos los determinantes de la salud infantil y de las anomalías congénitas con énfasis en rubeola, sífilis y toxoplasmosis.

SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL EN NIÑOS, NIÑAS Y POBLACIÓN VULNERABLE.

- Promover y apoyar la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y con alimentación complementaria adecuada hasta los primeros dos años de vida.
- Impulsar el desarrollo del programa canguro para la atención del recién nacido de bajo peso al nacer.
- Desarrollar y/o fortalecer la estrategia IAMI.
- Garantizar la desparasitación y el suministro de suplemento con micronutrientes para menores de cinco años vinculados a hogares de bienestar y familias en acción niveles 1 y 2.
- Garantizar el suministro de suplemento con micronutrientes para madres gestantes sin ningún régimen de niveles 1 y 2.
- Coordinación intersectorial para la ejecución y seguimientos de los programas de

complementación alimentaria que se llevan a cabo en el municipio para permitir orientar mejor los recursos, fortalecer los conceptos técnicos que mejoren la carga nutricional de la complementación nutricional.

- Desarrollo de estrategias IEC que promuevan patrones alimentarios adecuados, fomento y protección de la lactancia materna y estilos de vida saludables.
- Fomentar el desarrollo en el Municipio de Bancos de alimentos para la población de muy bajos recursos.
- Implementar la vigilancia y control a los comedores infantiles para minimizar los riesgos de intoxicación alimentaria y garantizar una adecuada carga nutricional de los alimentos de acuerdo al grupo de edad.
- Fortalecer el SISVAN y garantizar su aplicación en EPS e IPS.
- Seguimiento a las EPS e IPS en el cumplimiento de las Normas técnicas y guías de atención en lo relacionado con la nutrición.
- Fortalecer la formación continua del recurso humano de EPS e IPS para la atención integral y manejo de los riesgos relacionados con la nutrición.

LA VIGILANCIA DE LA SALUD Y LA INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA.

- Desarrollo e implementación de las acciones del sistema de vigilancia en salud pública.
- Implementar y Difundir el sistema de información establecido por el Ministerio de la Protección Social para la recolección, procesamiento, transferencia, actualización, validación, organización, disposición y administración de datos de vigilancia.
- Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud del Municipio.
- Fortalecer el SIVIGILA y garantizar su aplicación en EPS e IPS garantizando la infraestructura y el talento humano necesario para su gestión.
- Fortalecer e implementar puestos centinelas para los eventos de mayor riesgo para la salud Pública que permita la vigilancia activa de los mismos.
- Fomentar y desarrollar investigaciones que conlleven a identificar riesgos y alternativas de solución de los diferentes eventos que atenten contra la salud de la comunidad.
- Fortalecer la estrategia de los Comités de Vigilancia Comunitaria COVECOM.
- Garantizar la conformación y funcionamiento de los comités de vigilancia epidemiológica institucionales en IPS para la vigilancia y control de las enfermedades de mayor impacto para la salud pública.(Comités: COVE, Comité de infecciones intrahospitalarias, Comité de Estadísticas vitales, COVECOM, entre otros que se requieran).
- Asegurar y/o conformar el grupo de reacción inmediata para la atención de brotes y garantizar sus insumos.
- Realizar cordones epidemiológico a los eventos de riesgo que permitan además de la investigación del caso, la búsqueda activa de nuevos casos bien sea por contacto o por relación geográfica, el desarrollo de actividades de promoción, prevención, identificación de riesgos y la aplicación de acciones de control químico y/o físicos para cortar cadena de transmisión (vacunación barrido, aplicación de plaguicidas, uso de toldillos, recolección de inservibles, etc.)
- Fortalecer los mecanismos de capacitación y actualización del recurso humano de EPS e IPS para el buen manejo del Sistema y manejo clínico adecuado de los diferentes eventos.
- Realizar los requerimientos y aplicar las sanciones que sean necesarias para lograr que el 100% de las UPGD cumplan con la identificación, clasificación y notificación oportuna de los eventos de obligatoria notificación y de interés en salud pública así como con su tratamiento, seguimiento y control de acuerdo a los protocolos, normas técnicas, guías de atención y los lineamientos para el sistema de vigilancia y control en Salud Pública dados por el Instituto Nacional de Salud.
- Mantener la vigilancia epidemiológica activa fortaleciendo la búsqueda activa institucional y comunitaria de casos de interés en salud pública y garantizando la vigilancia rutinaria de estos eventos por parte de las IPS. (Parálisis Flácida Aguda, Sarampión / Rubeola, Síndrome de la rubeola congénita, Tétano Neonatal, Tosferina, difteria, EDA, IRA, MENGITIS BACTERIANA, Dengue, Malaria, Fiebre amarilla, encefalitis, leishmaniasis visceral, Chagas, TBC, Sífilis gestacional y congénita, Rabia, Mortalidad materna y perinatal, Hepatitis B, Hepatitis A, entre otras que se requiera).
- Desarrollar y evaluar estrategias IEC que garanticen divulgar el estado de la vigilancia epidemiológica en EPS, IPS y comunidad organizada con el propósito de retroalimentar la información y orientar las acciones que correspondan frente a la salud colectiva.
- Lograr el 100% de correlación de la información del SIVIGILA con las demás fuentes de información de los principales eventos de Salud Pública.
- Realizar Unidades de análisis mensual y/o trimestral para revisar la calidad de los datos, clasificar los casos reportados, y hacer los ajustes respectivos al SIVIGILA de cada periodo epidemiológico, estudio de morbilidad y mortalidad para los diferentes eventos de mayor impacto en Salud Pública. (Parálisis Flácida Aguda, Sarampión / Rubeola, Síndrome de la rubeola congénita, Tétano Neonatal, Tosferina, difteria, EDA, IRA, MENGITIS BACTERIANA, Dengue, Malaria, Fiebre amarilla, encefalitis, leishmaniasis visceral, Chagas, TBC, Sífilis gestacional y congénita, Rabia, Mortalidad materna y perinatal, entre otras que se requiera).

- Crear la sala situacional de cada uno de los eventos analizados y aplicar su georeferenciación a través del sistema de georeferenciación de la Secretaria de Salud para determinar los diferentes mapas de riesgo.
- Conformar o establecer el centro único de información en la Secretaria de Salud que permita la recopilación, unificación y el análisis oportuno de la información en salud para la debida toma de decisiones.
- Garantizar el cumplimiento de la recolección, toma y envío oportuno y adecuado de muestras al Laboratorio de Salud Pública para la vigilancia de los eventos de mayor impacto en Salud Pública. (Parálisis Flácida Aguda, Sarampión / Rubeola, Síndrome de la rubeola congénita, Tétano Neonatal, Tosferina difteria, EDA, IRA, MENINGITIS BACTERIANA, dengue, fiebre amarilla, malaria, entre otras).
- Cumplir con no menos del 90% de las investigaciones de los eventos presentados de mayor impacto en salud pública dentro de las 48 o 72 horas de notificado según el evento de acuerdo a los lineamientos para el sistema de vigilancia y control de salud pública impartidos por el Instituto Nacional de Salud.
- Fortalecer la vigilancia institucional para el seguimiento a las EPS e IPS en el cumplimiento de las Normas técnicas, guías de atención y protocolos para la vigilancia y atención de enfermedades de mayor impacto en la salud Pública.

LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y LAS ZONOSIS DE MAYOR IMPACTO EN SALUD PÚBLICA.

- Fortalecer la búsqueda activa institucional y comunitaria de sintomáticos respiratorios y de piel para la detección de casos de tuberculosis y lepra a través de jornadas, demanda inducida, integración de acciones de busqueda activa en otros programas y servicios como AIEPI, PAI, SASER, NUTRICION, Consulta general por medicina, enfermería, control materno infantil, Consulta por odontología, Laboratorio Clínico de requisito para manipulación de alimentos, entre otros.
- Fortalecer con trabajo social un sistema de seguimiento a pacientes positivos para TBC adecuado que disminuya y evite la deserción de pacientes en el tratamiento y aumente su tasa de curación.
- Identificar y relacionar dentro de los indicadores epidemiológicos la relación TBC-VIH para determinar coinfección.
- Impulsar y fortalecer la estrategia de tratamiento acortado supervisado para manejo de pacientes con tuberculosis.
- Promover en los COVECOM estrategias que les permitan identificar posibles sintomáticos respiratorios y de piel para ser canalizados a la red de salud.
- Desarrollar y evaluar estrategias IEC y de movilización social para la promoción de estilos de vida saludables, búsqueda de los sintomáticos respiratorios y de piel y prevención de las enfermedades trasmisibles.
- Actualizar el censo de población canina y felina total del municipio.
- Garantizar la red de frio del área de zoonosis.
- Desarrollo de jornadas de vacunación antirrábica masiva de animales domésticos potenciales transmisores de rabia con cobertura superior al 80% del total del censo.
- Realizar la observación del 100% de los animales mordedores susceptibles de transmitir rabia a las personas.
- Mantener el programa de recolección de perros y felinos en la vía pública sin aparente dueño que permita reducir población susceptible de transmitir rabia y garantizar los insumos necesarios para la eliminación sanitaria.
- Conformar y hacer operativo el Consejo territorial de zoonosis tomando en cuenta los lineamientos del Decreto 2257 de 1986.
- Coordinar con el ICA los estudios de poblaciones de murciélagos hematófagos tendientes a la identificación de la circulación del virus de la rabia.
- Garantizar la debida y oportuna notificación de exposiciones rábicas y rabia humana de forma obligatoria por la UPGD en la ficha única de notificación de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia.
- Impulsar el desarrollo de acciones de caracterización, estratificación, focalización y georeferenciación de los riesgos para las ETV.
- Establecer y aplicar los requisitos de habilitación para las empresas de fumigación para el control de enfermedades transmitidas por vectores de interés en salud pública.
- Activar los centro diagnostico de Paludismo con el fin de realizar la prueba de gota gruesa a todo paciente sospechoso, agilizar su tratamiento y cortar de manera pronta la cadena de transmisión.
- Desarrollo de jornadas de control químico para la prevención de enfermedades de mayor impacto en salud pública transmitidas por vectores como dengue, paludismo, chagas, fiebre amarilla, leptospirosis y rabia.
- Desarrollar e impulsar estrategias de control físico de barrera (toldillos, tapado de tanques, limpieza de tanques, recolección de inservibles, entre otros) para disminuir el riesgo de enfermar

y cortar cadena de transmisión de las enfermedades como el dengue, paludismo, leishmaniasis, fiebre amarilla.

- Implementar e impulsar la estrategia de instituciones libres de Aedes en IPS, Instituciones educativas, instituciones oficiales y empresas.
- Desarrollar junto con Universidades la estrategia COMBI como campaña de comunicación y movilización social piloto en sectores de mayores índices aedicos y epidemiológicos con miras al cambio conductual y comportamental de las comunidades intervenidas en relación al dengue.
- Fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica de los eventos transmisibles y las zoonosis de mayor impacto en salud pública.
- Fortalecer la vigilancia institucional para el seguimiento a las EPS e IPS en el cumplimiento de las Normas técnicas, guías de atención y protocolos para la atención de enfermedades transmisibles y las zoonosis de mayor impacto en salud pública.
- Fortalecer los mecanismos de capacitación y actualización del recurso humano de EPS e IPS para fomentar la vigilancia rutinaria y garantizar una adecuada atención integral y manejo de los riesgos relacionados con las enfermedades transmisibles y las zoonosis de mayor impacto en salud pública.
- Desarrollar e impulsar estrategias de aprendizaje virtual en colegios y escuelas del municipio para la enseñanza de las principales enfermedades transmitidas por vectores dentro de la estrategia de la Cátedra de Salud Pública.
- Fortalecer en los docentes la temática de enfermedades transmitidas por vectores a través de programas educativos ofrecidos en la estrategia de Cátedra de Salud Pública en el Municipio.
- Fortalecer el trabajo interinstitucional e intersectorial para el control de los riesgos de las ETV y lograr que instituciones diferentes al sector salud participen activamente en la prevención, vigilancia y control de la enfermedad del dengue mediante la aplicación de políticas institucionales orientadas a la atención de la problemática que genera esta enfermedad.
- Apoyar y promover el desarrollo de investigaciones entomológicas de campo de las enfermedades transmitidas por vectores.

LA SALUD SEXUAL Y LA SALUD REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES, JÓVENES Y GRUPOS DE RIESGO.

- Expedir y difundir los actos administrativos necesarios para facilitar la implementación y aplicación de la Política de Salud Sexual y reproductiva del Municipio 2008-2011 en las EPS e IPS que ejercen en el Municipio y demás entidades competentes.
- Implementar y Difundir el sistema de información establecido por el Ministerio de la Protección Social para la recolección, procesamiento, transferencia, actualización, validación, organización, disposición y administración de datos de vigilancia de las infecciones de transmisión sexual (sífilis gestacional y congénita, Hepatitis B, VIH/SIDA).
- Fortalecer los mecanismos de capacitación y actualización del recurso humano de EPS e IPS para fomentar la vigilancia rutinaria y garantizar una adecuada atención integral y manejo de los riesgos relacionados con las infecciones de transmisión sexual, la mortalidad materna y perinatal y la prevención del Cáncer de Cérvix.
- Garantizar un adecuado sistema de referencia y contrareferencia para la atención del parto y puerperio para una adecuada atención de los riesgos y uso de los servicios de acuerdo a su complejidad que permitan disminuir costos, descongestionar servicios y evitar complicaciones y mortalidades prevenibles.
- Realizar los requerimientos y aplicar las sanciones que sean necesarias para lograr que el 100% de las UPGD cumplan con la identificación, clasificación y notificación oportuna de los eventos de las infecciones de transmisión sexual, mortalidad materna y perinatal y prevención de Cáncer de Cérvix de obligatoria notificación así como con su tratamiento, seguimiento y control de acuerdo a los protocolos, normas técnicas, guías de atención y los lineamientos para el sistema de vigilancia y control en Salud Pública dados por el Instituto Nacional de Salud.
- Propender y garantizar el fortalecimiento de los servicios de control prenatal y atención del parto, del nacimiento, del puerperio de acuerdo a los requisitos de habilitación en las diferentes IPS para la prestación idónea de los mismos.
- Mantener la vigilancia epidemiológica activa fortaleciendo la búsqueda activa institucional y comunitaria de casos de infecciones de transmisión sexual y mortalidad materna y perinatal y garantizando la vigilancia rutinaria de estos eventos por parte de las IPS. (Sífilis gestacional y congénita, Mortalidad materna y perinatal, Hepatitis B, VIH/SIDA, entre otras que se requiera).
- Lograr el 100% de correlación de la información del SIVIGILA con las demás fuentes de información de los casos de infecciones de transmisión sexual y mortalidad materna y perinatal. (Sífilis gestacional y congénita, Mortalidad materna y perinatal, Hepatitis B, VIH/SIDA, entre otras que se requiera).
- Realizar Unidades de análisis mensual y/o trimestral para revisar la calidad de los datos, clasificar los casos reportados, y hacer los ajustes respectivos al SIVIGILA de cada periodo epidemiológico, análisis del comportamiento en la notificación, posibles fallas en la detección precoz, diagnóstico oportuno, tratamiento y seguimiento de los casos, estudio de morbilidad y

mortalidad de los casos de las infecciones de transmisión sexual y mortalidad materna y perinatal. (Sífilis gestacional y congénita, Mortalidad materna y perinatal, Hepatitis B, VIH/SIDA, entre otras que se requiera).

- Fortalecer la vigilancia institucional para el seguimiento a las EPS e IPS en el cumplimiento de las Normas técnicas, guías de atención y protocolos para la vigilancia y atención de infecciones de transmisión sexual y mortalidad materna y perinatal. (Sífilis gestacional y congénita, Mortalidad materna y perinatal, Hepatitis B, VIH/SIDA, entre otras que se requiera).
- Promover en el programa de gestantes y control prenatal la prueba voluntaria para el VIH y Hepatitis B con asesoría pre y post, y garantizar su tratamiento en casos positivos.
- Realizar las investigaciones epidemiológicas de caso y campo al 100% de los casos de sífilis gestacional y congénita y de las muertes atribuibles a la sífilis congénita a todo gestante con hepatitis B y a todo caso probable de VIH/SIDA perinatal, por lactancia o transfusión de sangre.
- Realizar búsqueda de contactos para sífilis gestacional y congénita y Hepatitis B según lo establecido en los protocolos de vigilancia.
- Buscar estrategias que promuevan la prueba voluntaria para el VIH con servicio de asesoría pre y post a comunidad en general.
- Fomentar el desarrollo de acciones de actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida en la población objeto asegurada y/o no asegurada para la inducción a los servicios de control prenatal y la captación de mujeres que han desertado del programa de control prenatal.
- Impulsar estrategias que fomenten en las mujeres entre los 15 a 49 años la toma anual de citología desarrollando en las IPS de baja complejidad una política transversal en todos los programas que se prestan en ellas para incluir a esta población en el programa de prevención de CA de Cervix.
- Fomentar en las redes de apoyo social y afectivas activas la promoción y garantía del derecho a la protección de la salud sexual y la salud reproductiva.
- Fomentar el desarrollo de jornadas masivas de toma de citología en población asegurada y no asegurada en las diferentes IPS públicas y Privadas con el apoyo de comunidades organizadas y otras Secretarías que manejan diferentes programas sociales para la mujer.
- Fortalecer la vigilancia institucional para el seguimiento a las EPS e IPS en el cumplimiento de las Normas técnica para la detección temprana de cáncer de cuello uterino y guía de atención de lesiones preneoplásicas de cuello uterino así como el desarrollo de acciones de actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida en la población objeto asegurada y/o no asegurada.
- Desarrollar jornadas educativas en colegios y Universidades que promuevan el uso de métodos de barrera y de planificación familiar bajo los preceptos de una sexualidad sana y responsable.
- Impulsar y fomentar la estrategia de instituciones amigas de los adolescentes para manejo de programas de salud sexual y reproductiva.
- Fortalecer en los docentes la temática de salud sexual y reproductiva y prevención de Ca de Cérvix a través de programas educativos ofrecidos en la estrategia de Cátedra de Salud Pública en el Municipio.
- Fortalecer en las IPS el debido uso de la pastilla anticonceptiva de emergencia en casos de abuso y violencia sexual.
- Desarrollo de estrategias IEC que promuevan en la comunidad patrones de autocuidado de la salud sexual y la salud reproductiva en el individuo y la familia para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, el embarazo no deseado y el Cáncer de Cérvix.

LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES DE MAYOR IMPACTO EN SALUD PÚBLICA.

- Mediante la coordinación intersectorial promover la aplicación del Decreto 563 del 28 de Diciembre del 2007 para garantizar la protección de los espacios libres de humo en instituciones educativas, instituciones de salud, instituciones y áreas deportivas, áreas de servicio público y lugares de trabajo de dependencias e instituciones públicas del Municipio.
- Desarrollar estrategias de IEC hacia empleados y usuarios de estos espacios libres de humo que permitan un cambio conductual y comportamental sobre la necesidad de preservar estas áreas como un derecho que tiene todo ciudadano de gozar de un espacio sano para garantizar su salud y reducir los riesgos de enfermar por causa del humo del cigarrillo y/o tabaco.
- Desarrollar jornadas educativas en instituciones educativas, instituciones de salud, instituciones y áreas deportivas, áreas de servicio público y lugares de trabajo de dependencias e instituciones públicas del Municipio de promoción de estos espacios libres de humo y desestimular el hábito de fumar y la cesación del hábito del tabaco, así como la promoción de la actividad física y el consumo de alimentos saludables.
- Desarrollaran acciones en los grupos o asociaciones de Adultos mayores organizados encaminadas a promover condiciones de vida favorable relacionadas con el manejo del tiempo libre, la recreación, el desarrollo ejercicios dirigidos que generen un nuevo estilo de vida en esta población.
- Fortalecer la comunicación entre comunidad de Adulto mayores e institución, promoviendo los derechos a una vida sana y el uso de los servicios de salud relacionados con las diferentes

patologías propias de su edad, facilitando su exigencia en la eventualidad de su vulneración.

- Fortalecer la vigilancia institucional para el seguimiento a las EPS e IPS en el cumplimiento de las Norma técnica para la detección de alteraciones del adulto mayor de 45 años y las guías de atención de la diabetes y la hipertensión arterial y realizar los requerimientos y aplicar las sanciones que sean necesarias para lograr su aplicación.
- Promover una política municipal que permita implementar un programa de actividad física dirigida a grupos laboralmente activos de las diferentes dependencias e instituciones del Municipio junto con acciones de promoción y seguimiento de una alimentación sana.
- Garantizar los recursos que permitan dar continuidad a la política de desarrollo de actividad física en grupos laboralmente activos y grupos de adultos mayores para que realmente impacte en la prevención de enfermedades asociadas con el sedentarismo y los malos hábitos alimenticios.

LA SALUD MENTAL Y LAS LESIONES VIOLENTAS EVITABLES.

- Coordinación intersectorial para la ejecución y seguimientos de las políticas y planes de salud mental.
- Desarrollo de estrategias IEC que promuevan en la comunidad patrones de autocuidado de la salud mental en el individuo y la familia para la prevención y control de la violencia intrafamiliar y el consumo de sustancias psicoactivas.
- Fortalecer en los docentes la temática de salud mental y prevención de sustancias psicoactivas a través de programas educativos ofrecidos en la estrategia de Cátedra de Salud Pública en el Municipio.
- Fortalecer la formación continua del recurso humano de EPS e IPS, redes de apoyo social, afectivas e institucionales para la atención integral y la identificación y manejo de los riesgos relacionados con la salud mental.
- Fortalecer la vigilancia institucional para el seguimiento a las EPS e IPS en el cumplimiento de las Normas técnicas, guías de atención y protocolos para la atención de enfermedades relacionadas con la salud mental.
- Incluir dentro de los programas sociales y de salud pública AIEPI, Familias en acción, programa de crecimiento y desarrollo y programa de desplazados el componente de salud mental como estrategia para identificar y prevenir los riesgo relacionados con los eventos que afecten la salud mental del individuo, la identificación y manejo oportuno de estos eventos en caso de haberse presentado, así como promover su notificación oportuna a la Secretaria de Salud para su vigilancia epidemiológica.
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica de los diferentes eventos asociados con la salud mental con personal idóneo y suficiente de manera que permitan la investigación y el seguimiento superior al 90% de los casos notificados.
- Divulgar y promocionar en todos los espacios sociales, comunitarios e institucionales la ruta de atención de la violencia y el abuso sexual que permita aunar esfuerzos y recursos institucionales, una atención más oportuna al individuo afectado y la judicialización del 100% de los casos identificados.
- Fomentar la construcción de redes de apoyo afectivo de mujeres líderes para la promoción de la convivencia pacífica y la protección de los derechos de la mujer y la infancia.
- Fortalecer la formación continua del recurso humano de EPS e IPS en relación a la responsabilidad del sector salud frente al nuevo sistema penal acusatorio para los casos de violencia y abuso sexual.
- Promover alianzas estratégicas con alcohólicos anónimos y narcóticos anónimos que permitan contar con una alternativa de solución a los problemas encontrados en la vigilancia epidemiológica.
- Fortalecer y mantener activas la red institucional y las de apoyo social como espacios de concertación y solución de problemas encontrados de enfermedades relacionadas con la salud mental, la aplicación de políticas municipales, departamentales y nacionales y el análisis de la situación epidemiológica de salud mental del Municipio para la toma de decisiones.
- Promover la reactivación del comité municipal de prevención de consumo de sustancias psicoactivas como un espacio interinstitucional donde se coordina, se planea y se evalúa todas las acciones de promoción y prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

LA SEGURIDAD SANITARIA Y DEL AMBIENTE

- Disponer de un censo actualizado de establecimientos relacionados con alimentos, especiales como almacenes, centros educativos, cárceles, centrales de transporte, instituciones de salud, bares, tabernas, supermercados; centros de estética y similares, cuarteles, albergues, guarderías, ancianatos, transporte público, piscinas, estadios, coliseos, gimnasios, transporte público, piscinas, estadios, coliseos, gimnasios; establecimientos generadores de residuos

hospitalarios y similares que puedan generar riesgos para la población. Esta actualización permitirá contar con información por barrios y comunas sectorizadas, lo que posibilita la organización de rutas de trabajo que minimicen los desplazamientos entre establecimientos, redundando en menor tiempo perdido entre visitas y mayor cobertura de visitas.

- Aplicación y ajuste del software de saneamiento que permita y facilite la recolección, almacenamiento, procesamiento y actualización de la información del área urbana del Municipio de San José de Cúcuta, permita tener un registro sistematizado de la información de los resultados de las visitas practicadas, de los procesos sancionatorios que se generen, y de la programación en el tiempo para verificación de exigencias y nuevas visitas a realizar.
- Asesoría técnica y capacitación en saneamiento ambiental y legislación o marco legal dirigido a la población vulnerable de la ciudad, grupos o asociaciones de comunidades que soliciten esta actividad a la Secretaría de salud Municipal o cuya eminencia de riesgo a la comunidad lo ameriten.
- Fortalecer la función de vigilancia y control de los factores de riesgo generados en establecimientos comerciales y espacios públicos que pueden afectar la salud humana, de manera que la actuación institucional sea preventiva que minimice la posibilidad de la aparición de enfermedades asociadas.
- Garantizar la debida y oportuna notificación de brotes de forma obligatoria por la UPGD en la ficha única de notificación colectiva dada por el Instituto Nacional de Salud.
- Realizar los requerimientos y aplicar las sanciones que sean necesarias para lograr que el 100% de las UPGD cumplan con la identificación, clasificación y notificación oportuna de los eventos.
- Fortalecer en la Secretaria de Salud la capacidad resolutoria de los requerimientos y procesos sancionatorios con personal del área del derecho idóneo, permanente y suficiente, que permitan llevar los debidos procesos, el cumplimiento de los términos y eviten procesos sancionatorios hacia la misma institución.
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica de los diferentes eventos asociados con los factores de riesgo del ambiente y del consumo con personal idóneo y suficiente de manera que permitan la investigación y el seguimiento superior al 90% de los casos notificados.
- Fortalecer los mecanismos de capacitación y actualización del recurso humano de la Secretaria de Salud para garantizar una atención integral y manejo adecuado de los problemas asociados con los factores de riesgo del ambiente y del consumo.

LA SALUD ORAL EN NIÑOS, NIÑAS Y POBLACIÓN VULNERABLE.

- Desarrollar el Diagnostico de Salud Oral del Municipio que permita conocer el estado epidemiológico de las enfermedades asociadas a la salud bucal, su incidencia y/o prevalencia.
- Promover en ámbitos escolares como guarderías, escuelas y hogares de bienestar hábitos higiénicos de salud bucal.
- Promover en los padres y cuidadores factores protectores para la salud bucal con el no uso del chupo o biberón, el control por odontólogo desde el primer año de vida, el fomento de hábitos higiénicos orales como el uso diario y adecuado de la seda dental y el cepillo, la importancia de la dentadura temporal y la necesidad fisiológica de preservar los dientes permanentes.
- Fomentar en los usuarios de otros servicios de salud de las IPS, la necesidad e importancia de la salud oral y el control por odontólogo.
- Fortalecer la vigilancia institucional para el seguimiento a las EPS e IPS en el cumplimiento de la Norma técnica para la atención preventiva en salud bucal y realizar los requerimientos y aplicar las sanciones que sean necesarias para lograr su aplicación.

LA PARTICIPACIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA

- Lograr vincular a todos los actores institucionales y comunitarios en los diferentes espacios de participación social en salud de acuerdo a la normatividad vigente.
- Fortalecer los mecanismos de capacitación y actualización del recurso humano de los diferentes espacios de participación social en relación a su responsabilidad y compromiso.
- Promover en las organizaciones comunitarias de base su participación en los diferentes espacios de participación social.
- Fomentar y promover la conformación de los comités de salud en las Juntas de Acción comunal.
- Promover la construcción de proyectos sociales en salud en los diferentes espacios de participación social.
- Buscar los mecanismos necesarios para garantizar que todas las IPS cuenten con asociación de usuarios conformadas y funcionando.
- Fortalecer los mecanismos de capacitación y actualización del recurso humano de EPS e IPS para la conformación y funcionamiento del SIAU en cada una de ellas.

- Fortalecer la vigilancia institucional para garantizar que toda EPS e IPS tengan conformado el SIAU.
- Fortalecer los mecanismos de capacitación y actualización del recurso humano de la Secretaría de Salud para garantizar una atención integral y manejo adecuado del SAC.
- Garantizar el recurso humano necesario para el funcionamiento del SAC.
- Aplicar los procesos y procedimientos ya establecidos necesarios para el buen desarrollo y funcionamiento del SAC.

LA SALUD EN POBLACIÓN DESPLAZADA.

- Construir un Documento Diagnóstico que caracterice la población objeto, describa los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen frente a su salud sexual reproductiva e identificando los factores de riesgo para la misma.
- Promover en los grupos familiares, habilidades sociales y herramientas pedagógicas, que les permitan abordar con mayores elementos las dificultades relacionadas con la convivencia y la búsqueda asertiva de mecanismos de resolución.
- Brindar herramientas que les facilite el reconocimiento de los factores de riesgo para la salud y promueva los factores protectores garantizando la práctica de una vida saludable.
- Fortalecer la comunicación entre comunidad e instituciones, promoviendo los derechos a una vida sana y el uso de los servicios de salud relacionados con las diferentes patologías propias a su condición, facilitando su exigencia en la eventualidad de su vulneración.
- Brindar atención psicosocial como una herramienta que permita identificar los factores condicionantes de la violencia intrafamiliar y sexual y de las enfermedades de transmisión sexual, así como la prevención de embarazos no deseados mediante su atención oportuna y remisión a las Instituciones que de una y otra forma atienden estas problemáticas en la ciudad.
- Incluir en todas las líneas de acción de salud Pública el desarrollo de actividades la población desplazada.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA COMPLEJIDAD POR LA ESE MUNICIPAL

- Ampliar y dotar la Unidad básica de la Libertad
- Convertir el centro de Salud de Loma de Bolívar en Unidad Básica y complementar su dotación.
- Convertir el Centro de Salud de Agua clara en Unidad básica con su respectiva dotación
- Construir y dotar la Unidad básica del Trigal del Norte.
- Ampliar y dotar de la unidad básica puente barco Leones.
- Construir y dotar la Unidad Administrativa de la ESE IMSALUD
- Mantener el estado Locativo de la Red Prestadora de servicios de Salud en óptima condiciones cumpliendo con la reglamentación para tal fin.
- Ampliar la automatización de la Red Prestadora de servicios de salud.
- Habilitar y acreditar la Red prestadora de servicios de salud en el Sistema Obligatorio de la garantía de la calidad en salud.
- Mejorar y automatizar el sistema de asignación de citas por agenda abierta y cita telefónica.
- Implementar el TRIAGE en Urgencias.
- Desarrollar un plan continuo y permanente para brindar información, educación y comunicación al personal de salud de la ESE IMSALUD y a la comunidad usuaria en temas relacionados con la oferta y prestación de servicios, el buen uso de los mismos, la oportunidad y calidad de su prestación y su rentabilidad social y financiera.
- Implementar el Plan Médico Domiciliario como una estrategia para mejorar calidad, oportunidad y cobertura de los servicios de salud.
- Incluir en todas las líneas de acción de la prestación de servicios el desarrollo de actividades de promoción y prevención.
- Fortalecer la demanda inducida en los programas de promoción y prevención.
- Determinar la población asignada por grupo etéreo para determinar número de personas que deben beneficiarse en los diferentes programas de Promoción y prevención y velar por la inclusión de esta población a los mismos.
- Garantizar el cumplimiento de protocolos normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
- Dotar adecuadamente las IPS para el óptimo desarrollo de los programas de Promoción y Prevención y de prestación de servicios.

PLAN DE ATENCION DE EMERGENCIAS Y DESASTRES

10. **FUENTE:**

Se realiza un análisis de los grupos de causas de mortalidad por sexo.

ENFERMEDADES DE INTERES EN SALUD PUBLICA Y EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

Se realiza una descripción y análisis de las enfermedades en salud pública y eventos de notificación obligatoria presentados y notificados en el año anterior TBC, ETV y lepra.