

MUNICIPIO DE EL ZULIA**PLAN LOCAL DE SALUD****LUIS ALBERTO GOMEZ FORERO***Alcalde Municipal**Elaborado por: ADRIANA MARIA PEREZ ORTIZ***EL ZULIA, Agosto de 2004*****Alcaldía Municipal***

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	4
JUSTIFICACIÓN	6
PROPÓSITO	8
OBJETIVOS	9
5. MARCO DE REFERENCIA	9
5.1 MARCO LEGAL	9
5.2 MARCO CONCEPTUAL	12
6. CARACTERÍSTICAS DEL DESARROLLO TERRITORIAL	16
6.1 ASPECTOS GEOGRÁFICOS	16
6.1.1 Extensión	16
6.1.2 Limites	16
6.1.3 Altura sobre el nivel del mar	16
6.1.4 Principales Valles	17
6.1.5 Principales Elevaciones	17
6.1.6 Factores Climáticos	17
6.1.7 Hidrografía	17
6.1.8 Dinámica geográfica	19
6.1.9 Distribución Territorial	20
6.1.10 Tipos de Focalización	21
6.1.11 División Político Administrativa	24
6.1.12 Principales Actividades Económicas	27
6.1.13 Calidad de Vida de la Población	33
6.1.14 Nivel Educativo	36
6.1.15 Accesibilidad Vial y de Comunicaciones	38
6.1.16 Organización de la Salud según Nivel y Localización	39
6.2 DIAGNOSTICO EPIDEMIOLOGICO	40
6.2.1 Morbilidad	40

6.2.2 Situación Nutricional de la Población Infantil Menor de 12 Años	53
6.2.3 Mortalidad en el Municipio de El Zulia	54
6.2.4 Morbilidad Asociada a Factores de Riesgo	55
6.3 DIAGNOSTICO ORGANIZACIONAL DE SALUD	57
6.3.1 Diagnostico de la Organización de los Servicios de Salud	57
6.3.2 Diagnostico Organizacional Prestación de Servicios	64
6.4 DIAGNOSTICO FINANCIERO DE SALUD	68
6.5 PARTICIPACION SOCIAL	71
6.6 SISTEMA DE ASEGURAMIENTO EN SALUD	72
6.6.1 Sistema de Referencia y Contrarreferencia	73
6.7 PLAN DE ATENCIÓN BASICA	75
6.8 VIGILANCIA Y CONTROL	78
7. PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD	79
7.1 IDENTIFICACION DE LOS PROBLEMAS DE SALUD	79
7.1.1 Priorización de los Problemas	81
8. ALTERNATIVAS DE SOLUCION	85
9. DESARROLLO DEL PLAN	86
9.1 PROYECTOS DE SALUD PUBLICA	86
9.2 PROYECTOS DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	104
9.2.1 Proyectos A Corto Plazo	104
9.2.2 Proyectos De Mediano Plazo	105
9.2.3 Otros Proyectos	106
10 CONTROL Y EVALUACION DE LA EJECUCIÓN DEL PLAN	107
11 INDICADORES	109

INTRODUCCION

Los procesos gerenciales modernos exigen documentos ágiles dinámicos asequibles que contengan la información básica actualizada en un lenguaje técnico comprensible a los diferentes actores que intervienen en el sistema en este sentido el **Plan Local de Salud del Municipio de El Zulia** se convierte en la herramienta técnica que básicamente alimenta la argumentación fundamentada para la toma de decisiones en cada uno de los procesos que contribuyen al cumplimiento de las Normas, Lineamientos y Políticas vigentes del sector Salud.

El presente documento contiene los elementos básicos que tipifican el Municipio de El Zulia tales como :

- Características del desarrollo territorial permitiendo al lector ubicarse en el escenario Municipal.
- Análisis Epidemiológico con la visión de un perfil que facilita conocer la morbimortalidad y los factores de riesgo de la población .
- Condiciones socioculturales que afectan el proceso salud- enfermedad.
- Situación actual de población con afiliación al Sistema general de seguridad social en salud.
- Análisis de los Servicios de Salud presentado las condiciones de la oferta en el mercado competitivo de Salud.
- Análisis de la situación financiera del municipio para la prestación de servicios de salud.

Para su elaboración se adopta la Metodología establecida de acuerdo con las normas legales vigentes y los lineamientos de política nacional y local.

El documento aplica y complementa las orientaciones técnicas y metodológicas de la resolución 5165 de 1994, normatividad que ha orientado el proceso de planeación Municipal y el cual se ha fortalecido con la experiencia obtenida de su aplicación en las entidades territoriales en el último cuatrienio.

Se desarrollaran los momentos técnicos y operativos de las acciones programáticas a ejecutar en el proceso de planeación, basados en los principios de legalidad, integralidad, Participación social y costo efectividad.

El Alcalde y la Secretaria de salud Municipal, consideran que este documento es una herramienta que contribuye al desarrollo de los procesos de Planeación a nivel local y que va a servir de apoyo al nivel municipal. Para ello, en cumplimiento de sus funciones prestará la correspondiente asesoría, con la aplicación de ésta Metodología como base para realizar el Plan de Salud, el cual hará parte de los Planes de Desarrollo Municipal.

1. JUSTIFICACION

El Plan Local de Salud es el instrumento guía que orienta el desarrollo de las acciones en salud del ente territorial. Los proyectos incluidos en él, responde a los lineamientos de la política tanto del nivel nacional como departamental y a las necesidades reales de la población del municipio, buscando ofrecer soluciones integrales de todos los problemas que aquejan a los habitantes del municipio de El Zulia, teniendo en cuenta la presencia de múltiples factores de riesgo que inciden directamente en la morbilidad de la población y tomando como base de partida los problemas de salud percibidos por las Instituciones de Salud y sentidos por la comunidad,.

Así, el Plan Local de Salud se presenta como parte integral y soporte técnico para la definición de soluciones a corto y mediano plazo, igualmente a través de una adecuada planeación garantizar la efectiva prestación de servicios de salud y la ampliación de la cobertura que permitan mejorar la calidad de vida de la población Zuliana.

El PLAN LOCAL DE SALUD, como su nombre lo dice es uno de los Objetivos de la Ley 100 de 1.993 que rige el Sistema de Seguridad Social en Salud, Convirtiéndose en el documento que plasma la organización y metas a conseguir en el cuatrienio. Formando parte del sistema básico de información para el componente de Salud dentro del Plan de Desarrollo Municipal.

El período de planeación es el mismo de la actual administración local y se espera que su seguimiento y evaluación permita contar con valiosa información para la elaboración del próximo Plan Local de Salud.

2. ANTECEDENTES

A nivel Nacional los Planes Departamentales de Salud se han venido formulando durante los últimos años de cada periodo de gobierno, utilizando esquemas muy parecidos en sus diseños, en lo relacionado con el diagnóstico de salud y con una concepción totalmente centralista que desconoce la realidad de la situación en los entes territoriales.

Los Planes Locales de Salud en los municipios del departamento Norte de Santander, al igual que en la mayoría de los entes territoriales Colombianos, no poseen un pasado muy grande. Básicamente se remonta a la anterior década y en un comienzo se formularon como diagnósticos epidemiológicos base para la formulación de el P.A.B.; a nivel municipal se elaboran desde 1997, perfiles epidemiológicos que sirven como base de datos inicial en la actual formulación de los Planes, de acuerdo a las técnicas modernas de administración y planificación y a la Metodología que se determina en el presente documento.

En el período 2000 – 2003 la Dirección Local de Salud elaboro y ejecutó el respectivo Plan con base en los lineamientos metodológicos impartidos en el manual de Metodología para la elaboración de Plan Local de Salud, sustentado por el Decreto 0302 del 15 de octubre de 1999. En dicho documento se estructuraron los indicadores básicos organizados por modulo.

3. PROPOSITO

Determinar las necesidades sentidas de la población en materia de salud para orientar acciones específicas a los grupos de población más vulnerables, teniendo en cuenta los aspectos socioeconómicos y culturales con el fin de modificar comportamientos y hábitos inadecuados que influyen en la incidencia de enfermedades objeto de interés en salud pública.

Para alcanzar los objetivos se requiere la participación de la Comunidad y el compromiso de los diferentes sectores del ente territorial en la priorización de los problemas de salud, la formulación de alternativas de solución y el desarrollo de acciones programáticas que garanticen el manejo óptimo de los recursos. Cuyo propósito es generar un impacto en la salud de la población, que contribuya a mejorar la calidad de vida de todos los habitantes del Municipio.

El Plan Local de Salud al finalizar el cuatrienio deberá reflejar como resultado la disminución de los índices de morbilidad y mortalidad de las patologías con mayor incidencia en los habitantes del municipio de El Zulia ; todo esto basado en los principios de legalidad, integridad, participación social y costo efectividad.

4.OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Disponer de un documento que permita el análisis de la situación local de salud y facilite la toma de decisiones con el fin de desarrollar acciones efectivas que favorezcan el bienestar y la salud de la comunidad del municipio de El Zulia para el trienio 2004 – 2007

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Determinar las características geográficas, demográficas y organizacionales del municipio.

1. Identificar los problemas de salud y de los servicios de salud.
2. Determinar la red prestadora de servicios de salud pública y privada.
3. Determinar la distribución poblacional dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
4. Definir las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que se desarrollan a través del Plan de Atención Básica en el municipio.
5. determinar estrategias para facilitar el acceso de la población a los programas y servicios de salud.
6. definir proyectos de salud que mejoren la calidad en la prestación de los servicios de salud a través de la red pública del municipio y/o promuevan estilos de vida saludables.
7. Determinar los recursos financieros disponibles en el municipio para garantizar el desarrollo de acciones en salud pública, programas y prestación de servicios de salud.

5. MARCO DE REFERENCIA

5.1 MARCO LEGAL

El sector salud inicio el proceso de descentralización con la Ley 10 de 1990, esta norma establece la conformación del Sistema de Salud (del cual hace parte el sector publico y privado) y asigna competencias según los niveles de atención a las diferentes entidades territoriales, patrocinando un modelo fundado en los subsidios a la oferta, es decir a las instituciones de salud. Posteriormente, la reforma Constitucional de 1991, retoma lo establecido en la Ley 10, al ratificar al país como una República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales.

Con la Ley 60 de 1993, se reafirma el proceso de descentralización iniciado con la Ley 10 y finalmente con la Ley 100 de 1993, al anterior sistema, se superpone el Sistema General de Seguridad Social en Salud, con un modelo basado en la prestación de los servicios en un mercado de libre competencia, donde el Estado tiene como objetivo fundamental el otorgar subsidios a la demanda, es decir a la población más pobre.

El marco jurídico de referencia para la planeación en Salud está dado por los siguientes actos:

Constitución Política de 1991

El artículo 339 de la constitución Política, en el segundo párrafo establece que “las entidades territoriales elaborarán y adoptarán de manera concertada entre ellas y el gobierno Nacional, planes de desarrollo, con el objeto de asegurar el uso eficiente de los recursos y el desempeño adecuado de las funciones que les hayan sido asignadas por la constitución y la ley. Los planes de las entidades territoriales estarán conformados por una parte estratégica y un plan de inversiones a mediano y corto plazo”.

Art. 344. “Los Organismos Locales de Planeación harán la evaluación de gestión y resultados sobre los planes y programas de desarrollo e inversión de los departamentos y municipios...”.

CONPES Social 026 de 1994.

El CONPES Social expidió en mayo de 1994 el documento CONPES 026 donde se consignan los criterios y contenidos mínimo, los tiempos para su presentación y aprobación, así como las instancias que asumen las responsabilidades para la elaboración de los planes de descentralización y los Planes Locales de Salud y educación.

Decreto 1757 de 1994.

Por el cual se organizan y establecen las modalidades y formas de participaciones social en la prestación de servicios de salud. En él se tiene presente que todas las acciones de salud se debe dar la participación efectiva de la sociedad.

Ley de 1994.

En la que se resaltan los siguientes aspectos:

Artículo 31. Está referido al contenido de los planes de desarrollo de las entidades territoriales, señalando que se conformarán con una parte estratégica y un plan de inversiones, en los términos y condiciones que de manera general reglamenten las Asambleas y Concejos, siguiendo los criterios de formulación señalados en esta Ley.

Art. 32 “Las entidades territoriales tienen autonomía en materia de planeación del desarrollo económico, social y de la gestión ambiental, en el marco de las competencias, recursos y responsabilidades que les ha atribuido la Constitución y la Ley”.

Los entes territoriales, en la elaboración del plan de desarrollo, sin perjuicio de su autonomía, deberán tener en cuenta las políticas y estrategias del Plan nacional de desarrollo.

Art. 33 Define autoridades e instancias de planeación en las entidades territoriales las siguientes:

1. **Autoridades.** El gobernador o Alcalde, el concejo de gobierno, la secretaria de planeación que hará la coordinación técnica del plan y las demás secretarías, departamentos administrativos u oficinas en el respectivo ámbito funcional.
2. **Instancias.** Son instancias de planeación: Los consejos Municipales, y de las entidades territoriales indígenas, respectivamente y los consejos territoriales de planeación, que estarán integrados por las personas que designe el gobernador o el Alcalde de ternas presentadas por los correspondientes autoridades u organizaciones, de acuerdo con la composición que definan las Asambleas o Consejos.

La conformación de los consejos territoriales de planeación debe integrar como mínimo representantes de los sectores económicos, sociales, ecológicos, educativos, culturales y comunitarios.

Art. 39. El Gobernador o el alcalde presentarán por el conducto del secretario de planeación a consideración del consejo de gobierno el proyecto de plan en forma integral o por componentes del mismo. Dicho consejo consolidará el documento dentro de los dos meses siguientes a la posesión del respectivo gobernador o alcalde, conforme a la Constitución Política y a las disponibilidades de ésta ley.

Simultáneamente a la presentación del proyecto, el Gobernador o el Alcalde convocarán a constituirse el consejo territorial de planeación. El proyecto del plan, como documento consolidado, será presentado a éste consejo a más tardar dentro de los dos (2) meses siguientes a la fecha de su posesión, para análisis y discusión del mismo y con el propósito de que rinda su concepto y formule las recomendaciones que considere convenientes, para lo cual el consejo territorial tendrá un (1) mes contado desde la fecha en que se le haya entregado el documento.

Los Concejos Territoriales de Planeación, como las Asambleas y Consejos verificarán la correspondencia de los planes con los programas de gobierno que hayan sido registrados al momento de la inscripción de la candidatura.

Art. 40. Aprobación. Los planes serán sometidos a la consideración de la Asamblea o Consejo dentro de los primeros cuatro (4) meses del respectivo período del gobernador o Alcalde, para su aprobación. El legislativo del ente territorial deberá decidir sobre los planes dentro del mes siguiente a su presentación. Si transcurre ese plazo sin adoptar decisión alguna, el Gobernador o Alcalde podrá adoptarlos mediante decreto.

e. Resolución 5165 de 1994.

En esa resolución están contenidos los objetivos del proceso de planeación en salud, las fases que debe cumplir dicho proceso, los criterios para la formulación de los planes, los lineamientos metodológicos básicos, los criterios para la aprobación de los planes y los parámetros para realizar el control y la evaluación de la ejecución de los mismos. Es un documento técnico que copila, en esencia, los contenidos mínimos tanto del Plan de Descentralización, como del Plan Local de Desarrollo.

f. Decreto No. 01338 del 30 de Agosto de 1999.

Acto administrativo del Gobernador del Norte de Santander adoptando la metodología de planeación sectorial a seguir en la formulación, ejecución, control y evaluación de los planes. Tiene como base legal el ordenamiento jurídico revisado anteriormente.

g. Ley 715 de 2001.

Mediante la cual se precisan las competencias de la Secretaría de Salud Municipal en el ámbito municipal, en el campo de aseguramiento y en el campo de la salud pública como se define a continuación.

5.2 MARCO CONCEPTUAL

“Primero El Zulia y su Gente...”

El proceso de descentralización de la salud se inicia en el país en 1987 y se afianza en 1990 con la expedición de la ley 10. La reforma constitucional de 1991 retoma los principios del Sistema Nacional de Salud y establece que el país es una República unitaria y descentralizada; y en desarrollo de ella se expide la Ley 60 de 1993, reglamentaria de la Constitución, mediante la cual se establecen las competencias y recursos de la Nación y las Entidades Territoriales

La descentralización como modelo de estado para la administración de lo público persigue como objetivos:

1. Racionalizar y unificar la administración pública por medio de la creación de estructuras territoriales adecuadas a las funciones que deben ejercer y, por otra parte, devolviendo el protagonismo a las administraciones, de gestión global en vez de las de carácter sectorial.
2. Democratizar el Estado, acercando las instituciones representativas a los ciudadanos, creando nuevos mecanismos de participación y de consenso y aplicando el principio de que las decisiones se tomen desde el nivel más bajo posible.

La descentralización en salud como estrategia para modernizar el Estado, junto con la democratización y la internacionalización, son respuestas necesarias al surgimiento de nuevas realidades interrelacionadas y características de la época actual: individuos con una nueva conciencia de su papel protagónico frente al Estado, con información al acceso del usuario, con identidades regionales más explícitas, nuevos grupos sociales, nueva organización de la producción en donde sobresalen las relaciones horizontales y la creatividad de los individuos.

La Ley 60 reserva para el nivel nacional funciones de dirección, asesoría y control y entregó las competencias operativas y de ejecución a las entidades territoriales (Departamentos, Distritos y Municipios), quedando los Municipios y Distritos como responsables del primer nivel de atención y los departamentos del segundo y tercer nivel. Para la asunción de las competencias por parte de las entidades territoriales se expidió el Decreto 1770 de 1994, reglamentario de la Ley 60 de 1993, el cual estableció los requisitos para la descentralización departamental y municipal. Estos requisitos debían ser presentados por la entidad territorial y una vez cumplidos y avalados se expedía el acto administrativo que certificaba su cumplimiento.

COMPETENCIAS

Las competencias de la Secretaría de Salud Municipal son:

Del sector del ámbito municipal

- ❖ Formular, ejecutar y evaluar planes, programas proyectos en salud en armonía con las políticas y disposiciones del orden Nacional y Departamental.

- ❖ Gestionar el recaudo, flujo y ejecución de los recursos con destinación específica para salud del municipio y administrar los recursos del Fondo Local de Salud.
- ❖ Gestionar y supervisar el acceso a la prestación de los servicios de salud para la población de su jurisdicción.
- ❖ Impulsar mecanismos para la adecuada participación social y el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud.
- ❖ Adoptar, Administrar e implementa el Sistema Integral de Información en salud, así como generar y reportar la información requerida por el sistema.
- ❖ Promover Planes, Programas, Estrategias y Proyectos en salud y seguridad social en salud para su inclusión en los planes y programas departamentales y nacionales.

De aseguramiento de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- ❖ Financiar y cofinanciar la afiliación al régimen subsidiado de la población pobre y vulnerable y ejecutar eficientemente los recursos destinados a tal fin.
- ❖ Identificar a la población pobre y vulnerable en su jurisdicción y seleccionar a los beneficiarios del régimen subsidiado, atendiendo las disposiciones que regulan la materia.
- ❖ Celebrar contratos para el aseguramiento en el Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable y realizar el seguimiento y control directamente o por medio de interventorías.
- ❖ Promover en su jurisdicción la afiliación al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud de las personas con capacidad de pago y evitar la evasión y elusión de los aportes.

De Salud Pública

- ❖ Adoptar, implementar y adaptar las políticas y planes en salud pública de conformidad con las disposiciones del orden nacional y departamental, así como formular, ejecutar y evaluar el Plan de Atención Básica Municipal.

- ❖ Establecer la situación de salud en el Municipio y propender por el mejoramiento de las condiciones determinantes de dicha situación. De igual forma, promoverá la coordinación, cooperación e integración funcional de los diferentes sectores para la formulación y ejecución de los planes, programas y proyectos en salud pública en su ámbito territorial.
- ❖ Ejercer la competencia de inspección, vigilancia y control de factores de riesgo que afecten la salud humana presentes en el ambiente, en coordinación con las autoridades ambientales, las cuales se relacionan a continuación:
 - Vigilar y controlar la calidad, producción, comercialización y distribución de alimentos para consumo humano, con prioridad en los de alto riesgo epidemiológico, así como los de materia prima para consumo animal que presenten riesgo para la salud humana.
 - Vigilar las condiciones ambientales que afectan la salud y el bienestar de la población generadas por ruidos, tenencia de animales domésticos, basuras y olores, entre otros.
 - Vigilar la calidad del agua para consumo humano; la recolección, transporte y disposición final de residuos sólidos; manejo y disposición final de radiaciones, ionizantes, excretas, residuos líquidos y aguas servidas; así como la calidad del aire. Para tal efecto, coordinara con las autoridades competentes las acciones de control a que haya lugar.
- ❖ Formular y ejecutar las acciones de promoción, prevención vigilancia y control de vectores y zoonosis.
- ❖ Ejercer vigilancia y control sanitario en su jurisdicción, sobre los factores de riesgo para la población, tales como establecimientos educativos, hospitales, cárceles, cuarteles, albergues, guarderías, ancianos, puertos, aeropuertos y terminales terrestres, transporte público, piscinas, estadios, coliseos, gimnasios, bares, tabernas, supermercados y similares, plazas de mercado, de abasto público y plantas de sacrificio de animales entre otros.
- ❖ Cumplir y hacer cumplir en su jurisdicción las normas de orden sanitario previstas en la ley 9 de 1979 y su reglamentación o las que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

6. CARACTERISTICAS DE EL DESARROLLO TERRITORIAL

6.1. ASPECTOS GEOGRAFICOS

LOCALIZACION:

Continente	América (América del Sur)
País	Colombia
Departamento	Norte de Santander
Municipio	El Zulia

El Municipio del Zulia está ubicado en la subregión Oriental del Departamento Norte de Santander, en el Área Metropolitana de San José de Cúcuta, a 15 KM de la capital del Departamento. Su posición geográfica son 7° 56' Latitud Norte y 72° 49' Longitud Oeste del Meridiano de Greenwich.

Esta unidad territorial, presenta un relieve básicamente montañoso constituido por la Cordillera Oriental, que permite poseer una diversidad bioclimática y conformar un sistema hidrográfico que se encuentra distribuido en la cuenca mayor del río Zulia.

Por su localización geográfica estratégica en la región se puede determinar que la ESE Hospital JUAN LUIS LONDOÑO se convierte en filtro de atención en salud de primer nivel del área metropolitana.

6.1.1. EXTENSION

El Municipio del Zulia tiene una extensión de quinientos veintiocho kilómetros cuadrados (528Km²). Que representa el 2.4% del departamento.

Posee 26 Veredas, 0.45% de la población, en el sector urbano existen 10 barrios que albergan el 0.55% de la población

6.1.2. LIMITES

NORTE: Con el Municipio de San José de Cúcuta.

ORIENTE: Con el Municipio de San José de Cúcuta

SUR: Con el Municipio de Santiago y San Cayetano

OCCIDENTE: Con el Municipio de Sardinata.

6.1.3. ALTURA SOBRE EL NIVEL DEL MAR

“Primero El Zulia y su Gente...”

La UMATA establece una altura sobre el nivel del mar en el Puente Mariano Ospina Pérez de 250 m.s.n.m. y en el Palacio municipal es de 215 m.s.n.m, la precipitación anual promedio es 1.712 m.m. bastante bajo, se establece como un nodo regional importante a nivel departamental.

6.1.4. PRINCIPALES VALLES

El Valle del Río Zulia, por el oriente, el Valle del Peralonso, por el sur el Valle del Río San Miguel, al occidente y Valle del Chane.

6.1.5. PRINCIPALES ELEVACIONES

La Loma la Canal: Ubicada entre la inspección de encerraderos y la zona de el Zumbador y el Porvenir, con una altura aproximada de 1.800 m.s.N.M.

Loma Casco de Caballo: Ubicada en la zona de San Lorenzo con una altura de 700 m.s. N.M.

Loma Las Alverjas: En la zona de la Parroquia con una altura aproximada de 500 m.s. N.M.

La Cordillera del Aguardiente: Que corresponde a las montañas de Pan de Azúcar, Encerraderos y Campo Alicia.

Cerro de Pan de Azúcar: A 800 m.s. N.M.

Cerro el Espardillo: A 1.800 m.s. N.M

6.1.6. FACTORES CLIMATICOS

La temperatura promedio es de 27°C a 30°C, se puede determinar los diferentes pisos térmicos, en el área físico territorial a escala rural, se encuentra un ambiente heterogéneo por la multiplicidad de pisos térmicos, no afecta en general a la población ya que no es un factor contaminante.

Los riesgos sísmicos son de alto nivel en las zonas de explotación carbonífera y el área de los chircales el índice de contaminación del aire, agua y entorno físico es notable, lo mismo podemos definir en los valles de los ríos Peralonso y El Zulia; piso térmico cálido, en los pisos térmicos altos se presenta variedad de temperaturas que se desarrollan entre 30°C y 22°C.

6.1.7. HIDROGRAFIA

6.1.7.1 PRINCIPALES RIOS

Los principales ríos del Municipio del Zulia son:

RIOS:	EL ZULIA	Nace en el Morro de los Machos
	PERALONSO	Nace en el Páramo de los Bueyes
	SAN MIGUEL	Nace en el Páramo de Sardinata

Los tres ríos han perdido de forma alarmante su caudal, debido a la deforestación, quemas, explotación agropecuaria extensiva y poco tecnificada, la falta de campañas de reforestación y de educación ambiental, el no cuidado de nacientes y las riveras de los mismos. Así como problemas de contaminación que se presentan a lo largo de los mismos. Estos ríos son la principal fuente de abastecimiento de agua para el consumo humano.

6.1.7.2. QUEBRADAS

LA ALEJANDRA: Se localiza en la vereda La Alejandra, Nace en Seborucos y Muere en el río Zulia. Quebrada seca Generadora de alto riesgo en la comunidad.

LA MURCIELAGA: Se localiza en la vereda La Alejandra, Nace del Minidistrito y Muere en la Toma Borriqueros, recoge basuras en su tránsito por el sector urbano.

LAS MICAS: Nace en el cerro el Espardillo y desemboca en la Parroquia.

SAN ANTONIO: Nace en el Cerro del Espardillo y muere en el río San Miguel.

PARAMA: Nace en el Cerro de Espardillo.

PALMERA: Se encuentra localizada en la inspección de Campo Alicia Pan de Azúcar, Nace en el Cerro de Espardillo

LA CONTENTA: Al igual que las quebradas LA CULEBRA y LA CONQUISTA. Nacen en el Cerro del Aguardiente y desemboca en el río Zulia.

SANTA BARBARA: Nace en el Espardillo y desemboca en la Culebra.

LA MESTIZA: Nace en el Cerro el Espardillo y desemboca en el Río Zulia.

LA MESONERA: Nace en el Mesón y desemboca en el río San Miguel.

SABANERA: Nace en la parte alta de la Macarena y desemboca en el río San Miguel.

AGUALASAL: Localizada en LA Y – ASTILLEROS. Nace en Espardillo y desemboca en el río Zulia.

ALEJANDRIA: Localizada en Encerraderos. Nace en el Carmen.

PURGATORIA: Localizada en Encerraderos. Nace en la Purgatoria

CHORRERO: Localizada en Encerraderos. Nace en la Aguada las tres desembocan el río la culebra.

MERCEDES: Localizada en el Guayabo. Nace en el Cerro el Guayabo y desemboca en San Miguel.

LA AYALA: Nace en el Cañahuate, desemboca en Borriqueros

SANTA CRUZ: Localizada en el Porvenir. Nace en Barinas y desemboca en el meseta.

CHORRERONA: Localizada en Rancho Grande.

Estas fuentes hídricas son el abastecimiento directo de los acueductos rurales, y si bien su riesgo de contaminación es menor, los riesgos por deforestación son altos, y pueden a un futuro ser causales de carencia del líquido vital para el consumo humano.

En el Sector Urbano existe además la Toma Borriqueros, la cual es un potencial recreativo y de uso de la comunidad. Lamentablemente presenta altos problemas de contaminación, especialmente por recepción de desechos de todo tipo, los cuales atentan contra la calidad del agua, que en la parte rural es fuente de abastecimiento del consumo humano.

6.1.7.3. LAGOS Y LAGUNAS

LA ANGELITA Laguna de la Angelita. LA Y-MARTICA Laguna la Martica
 CAÑAHUATE Laguna el Jagual. PEDREGALES Laguna Madre Vieja
 ALBARICO Laguna la Garrapata. CASCO URBANO Lago Tucunare y Laguna El Triunfo.

Algunas tienen agua sólo en época de invierno, lamentablemente sufren los mismos padecimientos que los ríos y quebradas; por su abandono pueden convertirse en potenciales criaderos de zancudos.

6.1.8 DINAMICA DEMOGRÁFICA

6.1.8.1 POBLACIÓN

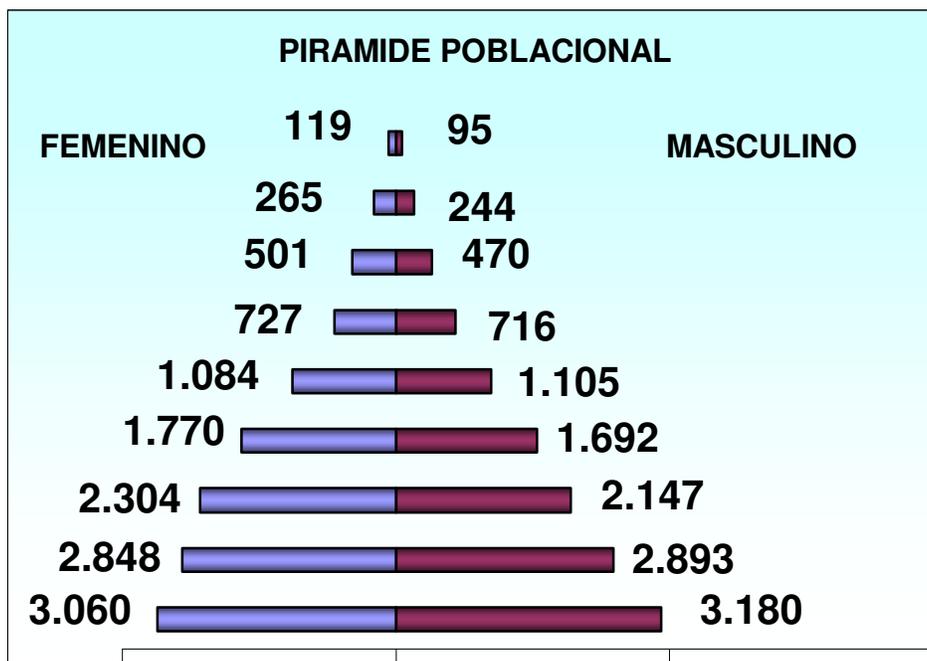
**POBLACION TOTAL
MUNICIPIO DE EI ZULIA 2003**

GRUPO ETAREO	POBLACION TOTAL DANE 2003
0 – 4 AÑOS	3.079
5 – 9 AÑOS	3.161
10 – 14 AÑOS	3.134
15 – 19 AÑOS	2.606
20 – 24 AÑOS	2.354
25 – 29 AÑOS	2.098
30 – 34 AÑOS	1.907
35 – 39 AÑOS	1.554
40 – 44 AÑOS	1.244
45 – 49 AÑOS	946
50 – 54 AÑOS	828
54 – 59 AÑOS	615
60 Y MAS	1.694
TOTAL	25.221

Fuente: grupo informática y estadística Servicio Seccional de Salud.

6.1.8.2 ASPECTOS DEMOGRAFICOS

6.1.8.3



RANGO DE EDADES

Los grupos etareos se encuentran distribuidos en la pirámide poblacional en orden ascendente con intervalos de 10 años, tomando como primer rango la base de la pirámide de la siguiente manera,

0 – 9 años	30 – 39 años	60 – 69 años
10 – 19 años	40 – 49 años	70 – 79 años
20 - 29 años	50 – 59 años	80 – 89 años

Analizando la pirámide se puede observar que existe una distribución proporcional por sexo para todos los rangos de edades. El 39.4% de la población se encuentra ubicado en el rango de edad productivo comprendido entre los 20 y 49 años.

Según datos suministrados por la oficina del SISBEN, la población actual del municipio a 31 de Enero de 2004 es de 27.292 habitantes, cuyos datos difieren en 2.071 habitantes según la Población DANE para el año 2003.

Tomando como base para el análisis poblacional la información suministrada por la Oficina del SISBEN se observa el siguiente comportamiento:

Distribución Según Sexo :

MUJERES: 13.298 que corresponde al 49 % de los habitantes
 HOMBRES: 13.994 que corresponde al 51% de la población.

Concentración De La Población:

AREA URBANA: 15.177 habitantes, que equivalen al 56 % de la población .
 AREA RURAL : 12.115 habitantes. equivalente al 44% de la población.

6.1.8.3 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN

URBANA	56%	HOMBRES	51%
RURAL	44%	MUJERES	49%
TOTAL	100%	TOTAL	100%

Según datos del SISBEN existen en todo el municipio:

HOGARES 5.231
 FAMILIAS 5.745

6.1.9 DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL

6.1.9.1 CONFORMACION TERRITORIAL DE LOS BARRIOS

En el área urbana existen once (11) barrios. De igual forma la comunidad se encuentra asociada a (43) Juntas de Acción Comunal, de las cuales 35 pertenecen a el área rural y 8 pertenecen a el área urbana.

La Milagrosa, fundada el 29 de Noviembre de 1993 y creada como barrio según Acuerdo No.032 del 16 de Septiembre de 1996.

El Triunfo barrio comprendido entre la calle 8ª y la intercesión de la avenida 1ª con vía a Cornejo.

El Centro, barrio comprendido entre la calle 8ª y 4ª y las avenidas 1ª y 5ª.

Pueblo Nuevo, barrio comprendido entre la calle 4ª hasta la cuesta la machaca, vía a Tibú, fundado en 1953.

En la parte alta en el sector conocido como El Llano se encuentran los siguientes barrios: Francisco de Paula Santander, barrio comprendido entre la Quebrada la Bartola y los límites de la zona semiurbana y hasta la esquina del Lago Tucunaré. Alfonso López, barrio fundado en 1971.

Barrio La Ayala, fundado en 1953.

Nueva Colombia, creado como barrio según Acuerdo No.032 del 16 de Septiembre de 1996.

Barrio la Alejandra, fundado en 1959, ubicado en la vía a Tibú.

Además existen la Urbanización de Azuavis y la Urbanización Altos de San Antonio

6.1.9.2 CONFORMACION TERRITORIAL DE VEREDAS

Según el esquema de Ordenamiento Territorial el Municipio de El Zulia N de S, está dividido en veintiséis (26) Veredas correspondientes a el área rural a continuación se relacionan las veredas y .poblados con juntas de acción comunal.

La Torre, La Martica, Los Caños, La Piñerua, El Guayabo, El Salto, La Rampachala, Agualasal, Astilleros, El Tablazo, Los Naranjos, El Rincón, Cerro González, Santa Rosa, Rancho Grande, Los Mangos, Campo Alicia, Gratamira, La Estación, Puerto Estrella, La Unión, La Macarena, El Mestizo, Veinte de Julio, Pan de Azúcar, Cerro León, Precozul, Predegales, Pueblitos, El Recreo, Los Guadales, La Colorada, Borriqueros, Nueva Esperanza, La Cháraca, Primero de Mayo, Cañahuate, La Angelita, Encerraderos, Pajarito

Vega Martinez, Guamito, El Albarico, El Porvenir, Los Triángulos, La Victoria, La Represa San miguel.

6.1.10 TIPOS DE FOCALIZACIÓN

6.1.10.1 FOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA.

- **Conformación de Inspecciones**

Inspección de policía de Encerraderos

Ubicada en la zona cafetera al Suroccidente del municipio. De clima medio-templado, a esta pertenecen las Juntas de Acción Comunal de Encerraderos y de El Llanito Encerraderos.

Inspección de policía de Campo Alicia

Ubicada en la parte Occidental en el Cerro del Espardillo, en la zona cafetera del Municipio, a esta pertenecen las Juntas de Acción Comunal de: El Recreo, Gratamira, Campo Alicia, Campo Alicia parte baja y Puerto Estrella.

Inspección de policía de San Miguel

Ubicada al Nor-occidente del Municipio en la zona minera. A esta pertenecen la Junta de Acción Comunal de La Angelita, La Pampa, San Miguel, La Macarena, parte de Cerro León, El Guayabo, Chácara, Rancho Grande, y Cerro González.

Inspección de policía de la Y

Está ubicada en la parte Centro oriental, en la zona arrocera del municipio. A esta pertenecen las Juntas de Acción Comunal de La Unión Ye 4, La Y Martica, Guaduales, Agualasal Astilleros, El Tablazo, Precozul, Pedregales, Santa Rosa, Los Naranjos, Pueblitos y Risaralda.

Inspección especial de policía

Su jurisdicción se concentra en el área urbana del municipio y en las Juntas de Acción Comunal de 20 de Julio, Camilandia, Borriqueros, Cañahuate, La Colorada, Primero de Mayo, El Mestizo, El Salto, Pajarito, La Esperanza, Las Piedras, El Porvenir, Rampachala, El Albarico y Primero de Mayo.

6.1.10.2 FOCALIZACIÓN TERRITORIAL

- **SITUACION SOCIOECONÓMICA**

En el aspecto socioeconómico nos encontramos con que en El Zulia hay ausencia de grupos familiares que ostenten el poder económico, ya que la mayoría de familias tienen residencia en la ciudad de Cúcuta por la cercanía; es así como predominan los microfundios y el minifundio a excepción de algunas propiedades agroganaderas y agroindustriales destinadas al cultivo de arroz aprovechando el distrito de riego.

En cualquier caso analizado se debe considerar que la población de El Zulia es muy pobre ya que un 97.3 % de ella esta ubicada en los niveles 1 y 2 del SISBEN, los resultados nos muestran que las condiciones de vida son homogéneas y no tienen capacidad de pago, en su mayoría los índices de desempleo son altos, las labores a que se someten a trabajar no son relevantes y su capacidad de adquisición económica es muy bajo para los costos que genera mantener una familia en donde en muchos casos sobreviven con un salario mínimo producto de trabajo en el campo, en servicios domésticos, ayudantes en chircales o la minería.

A pesar de los beneficios geográficos con que El Zulia está conformada existe un alto porcentaje de población flotante, una activa presencia de transeúntes, asentamientos urbanos recientes, producto de los desplazamientos a causa del orden público que hoy vive Colombia y cuya situación socioeconómica raya en la miseria.

Según el Departamento Nacional de Estadística DANE para el año 2003 en El Zulia hay 14.124 habitantes con NBI que corresponden al 56% de la población de los cuales 7841 habitantes corresponden al nivel 1 y 7809 corresponden a nivel.

Es notorio que El Zulia aparentemente haya logrado algunos avances a nivel social; No obstante muchos proyectos aún están por hacerse para poder activar una visión y una organización de futuro que nos conduzca a la creación de nuevas y mejores estrategias de desarrollo para el Municipio.

Hay un bajo nivel de producción lo que no permite la conformación de microempresas o cooperativas sólidas, evidenciando la poca organización Municipal.

SITUACIÓN ACTUAL DEL SISTEMA DE IDENTIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS DE PROGRAMAS SOCIALES (SISBEN)

SECTOR	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4 – 6	TOTAL
URBANO	8.158	6.428	440	151	15.177
RURAL	7.099	4.873	136	7	12.115
TOTAL	15.257	11.301	576	158	27.292
TOTAL A SUBSIDIAR	26558	100%	-		

Fuente: oficina del SISBEN Municipal año 2004

• POBLACION DESPLAZADA

En El Zulia encontramos que en el sector rural hay varias veredas en eminente riesgo de desplazamiento, como en el Casco de la Vereda Santa Rosa y sus sectores aledaños, El Tablazo y los Naranjos, sectores que por haber siembra de cultivos ilícitos como COCA, son zonas de el municipio catalogadas como de alto riesgo, ante desplazamientos masivos, estas familias por su condición de campesinos, su bajo nivel intelectual la ausencia casi total del estado debido a la falta de una plataforma social sólida que permita en forma equitativa, igualdad de oportunidades tanto para el desarrollo personal.

Igualmente se tiene que El Zulia es uno de los municipios receptores ya que es una de las poblaciones pertenecientes al área metropolitana lo que facilita el transporte diario a la ciudad de Cúcuta y la zona fronteriza de los desplazados que se radicaron en el municipio, es así como en el municipio cuenta con doscientos treinta y siete (237) desplazados como figuran en la base de datos suministrada por la red de solidaridad.

6.1.10.3 IDENTIFICACIÓN DE GRUPOS DE POBLACIÓN POBRES Y VULNERABLES

GRUPO VULNERABLE	HOMBRE	MUJER
Niños menores de 1 año	817	720
Niños 1 – 4 años	985	815
Adolescentes de 13 – 19 años	2802	2514
Mujeres gestantes	0	0
Mujeres cabeza de flia	0	266
Mayores de 65 años	552	440
TOTAL	5. 156	4.755

Fuente: Plan de Desarrollo Municipal

6.1.10.4 ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS A GRUPOS VULNERABLES

CANTIDAD	INSTITUCION	ESTADO			NECESIDADES DETECTADAS		
		B	R	M	INFRAESTRUCT.	DOTACION	R. HUMANO
26	Hogares Comunitarios	X			Adecuada	Regular	Insuficient
4	Comedores Escolares	X			Adecuada	Buena	Suficiente
1	Grupo de Tercera Edad	X			Adecuada	Buena	Suficiente

Fuente: Plan de Desarrollo Municipal 2004

6.1.11 DIVISIÓN POLÍTICO ADMINISTRATIVA

“Primero El Zulia y su Gente...”

**NUMERO DE VIVIENDAS FAMILIAS Y PERSONAS
ZONA URBANA**

BARRIO	VIVIENDA	FAMILIA	PERSONAS
La Alejandra	217	272	1.097
La Ayala	201	218	1.048
Nueva Colombia	226	215	1.004
Pueblo Nuevo	467	538	2.229
Alfonso López	255	303	1.264
Francisco de Paula S.	136	156	962
El Triunfo	385	438	1.878
El Centro	372	418	1.680
La Milagrosa	225	237	1.018
Las Piedras	59	63	395
Azuavis	168	179	842
Camilandia	43	54	394
La Y	213	223	989
TOTAL	2.967	3.314	14.800

**NUMERO DE FAMILIAS VIVIENDAS Y PERSONAS
ZONA RURAL**

VEREDA	VIVIENDAS	FAMILIAS	PERSONAS
La Torre	27	39	145
La Martica	18	40	74
Los Caños	25	46	120
La Piñerua	14	34	64
El Guayabo	55	58	171
El Salto	54	58	183
La Rampachala	50	56	193
Agualasal	67	89	214
Astilleros	138	139	288
El Tablazo	47	59	261
Los Naranjos	68	59	295
El Rincón	23	24	114
Cerro González	65	66	325

Santa Rosa	60	65	300
Rancho Grande	46	37	172
Los Mangos	76	80	288
Campo Alicia	45	30	104
Gratamira	40	42	195
La Estación	34	37	191
Puerto Estrella	31	36	158
La Unión	29	30	164
La Macarena	39	42	202
El Mestizo	48	50	231
Veinte de Julio	29	28	138
Pan de Azúcar	161	168	643
Cerro León	161	168	643
Precozul	79	83	458
Predegales	36	37	150
Pueblitos	46	50	196
El Recreo	38	39	213
Los Guadales	39	41	192
La Colorada	54	48	226
Borriqueros	37	30	162
Nueva Esperanza	50	55	261
La Cháraca	50	60	288
Primero de Mayo	18	18	114
Cañahuate	62	67	106
La Angelita	95	104	333
Encerraderos	108	114	493
Pajarito	14	16	56
Vega Martinez	13	13	75
Guamito	21	22	117
El Albarico	17	19	82
El Porvenir	36	36	169
Los Triángulos	16	16	67
La Victoria	6	6	23
La Represa	34	39	161
San miguel	36	40	195
TOTAL	2.240	2.395	11.875

Fuente: oficina de Planeación municipal 2004

“Primero El Zulía y su Gente...”

6.1.11.1 Organización Social

- **Juntas de Acción Comunal**

Según el esquema de Ordenamiento Territorial el Municipio de El Zulia N de S, está dividido en veintiséis (26) Veredas correspondientes a el área rural, y en el área urbana existen diez (10) barrios. De igual forma la comunidad se encuentra asociada a (43) Juntas de Acción Comunal, de las cuales 35 pertenecen a el área rural y 8 pertenecen a el área urbana.

Existen 43 juntas de acción comunal que representan los diferentes barrios y urbanizaciones del área urbana y corregimientos del sector rural de las cuales 35 pertenecen a el área rural y 8 pertenecen al área urbana.

- **Comité de Participación Comunitaria**

Actualmente en el municipio no funciona el Comité y no se conoce en la administración municipal el nombre de los miembros que lo conforman.

- **Veedurías Populares**

Existen 1 veeduría conformada cuya función es vigilar y apoyar el buen funcionamiento de la salud en el municipio, ejerciendo vigilancia al SISBEN, régimen subsidiado y el Plan de Atención Básica.

- **Asociación de usuarios de las IPS.**

Actualmente en el Municipio se encuentra conformada la asociación de usuarios de la Empresa Social del Estado Hospital Local, elegida por voto popular por convocatoria del gerente encargado de la institución y mediante asamblea general se eligió representante que tiene espacio en la junta directiva de la institución con poder de decisión.

- **Otras Formas de Organización de la Comunidad**

Existen ONG como 22 madres comunitarias, 12 madres FAMI, 4 UROC'S, vigías de la salud, grupos tercera edad y grupos juveniles.

6.1.12 PRINCIPALES ACTIVIDADES ECONÓMICAS

En el municipio se encuentran grandes empresas como ECOCARBON y pequeños empresarios productores de calzado, artesanías, materiales de construcción como, el ladrillo, tejas de barro, cerámicas, metalúrgicas, comercializadores de café, arroz, y otros productos en menor escala..

6.1.12.1 SECTOR AGROPECUARIO

Tomándolo, como base del sector primario de la economía, el análisis que a continuación se inserta divide al municipio en 5 zonas, correspondientes a : Inspección de Policía de San Miguel, Inspección de Policía de Campo Alicia, Inspección de Policía de Encerraderos, Inspección de Policía de la Y, Inspección Especial de Policía y Corregimiento de Pan de Azúcar. Tomándolo, como base del sector primario de la economía, el análisis que a continuación se inserta divide al municipio en 5 zonas, correspondientes a : Inspección de Policía de San Miguel, Inspección de Policía de Campo Alicia, Inspección de Policía de Encerraderos, Inspección de Policía de la Y, Inspección Especial de Policía y Corregimiento de Pan de Azúcar.

La información detallada a continuación corresponde a la encuesta adelantada a las Juntas de Acción Comunal, y no maneja volúmenes de producción, ni cantidades de siembra. El objetivo es determinar con que se cuenta, para luego buscar alternativas de solución a las necesidades locales.

- **INSPECCIÓN DE ENCERRADEROS**

En la parte de explotación y producción agrícola, se centra dichas labores en el café, yuca, plátano, frijol, maíz, ahuyama, cítricos, papaya y tomate.

el sector Pecuario la principal actividad es la explotación es el Bovinos, en forma extensiva y la avícola.

Reporta la J.A.C. que los principales problemas que poseen en este sector se fundamenta en la falta de crédito y comercialización que se realiza a través de intermediarios.

- **INSPECCION DE CAMPO ALICIA**

En la parte agrícola se produce frijol, maíz, yuca, tomate, café, plátano, aguacate, y naranjos;

En la parte Pecuaria, se trabaja con pollos, ganado de ceba y cría, piscicultura, porcinos, caprinos. La comercialización se hace generalmente por intermediarios.

- **INSPECCION DE POLICIA SAN MIGUEL**

La producción Agrícola se orienta hacia el Maíz, cacao, yuca, caña, frijol, plátano, piña, arroz y café (Este último en la parte alta de la Macarena), En el sector Pecuario, la explotación se centra hacia el Ganado vacuno, Avicultura, y Caprinos,

- **INSPECCIÓN DE LA Y**

La producción Agrícola esta centrada en la yuca, maíz, plátano, arroz, cacao, sorgo, palma y algunos frutales, hortalizas y ahuyama. En la parte Pecuaria, se explota ganado vacuno, pollos, cabras, y peces

- **INSPECCIÓN ESPECIAL DE POLICIA**

Corresponde a la comunidades desde la Represa hasta las Piedras. En esta área la explotación agrícola se fundamenta en el arroz, caña, plátano, yuca, maíz, papaya, sorgo, pastos, cítricos, pastis, frijol, ahuyama y tomate. En la parte pecuaria, se labora con cabras, ganado, pollos.

A continuación se relaciona el porcentaje en orden de producción agrícola de los productos mas representativos de todos los corregimientos:

YUCA: En un 76,47% de las comunidades.
MAIZ: Producido en un 76,47% de las comunidades.
PLATANO: En un 61,77% de las comunidades.
ARROZ: En un 38,23% de las comunidades.
CAFE: En un 35% de las comunidades.
FRIJOL: En un 32,35% de las comunidades.
TOMATE: En un 23,53% de las comunidades.
CACAO: En un 23,52% de las comunidades.
CAÑA: En un 17,64% de las comunidades.
SORGO: En un 17,64% de las comunidades.
CITRICOS: EN UN 11,77% de las comunidades.

En otro renglón con porcentajes entre el 8% y el 3% se encuentran, papaya: ahumaya, aguacate, frutales varios, piña y la palma.

- **ANALISIS DE EXPLOTACION PECUARIA**

Por comunidades las principales explotaciones:

GANADO VACUNO: En un 91,17% de las comunidades.
AVICOLA: En un 44,11% de las comunidades.
PORCINOS: En un 26,47% de las comunidades.
CAPRINOS: En un 23,52% de las comunidades.
PECES: En un 14,70% de las comunidades.

- **Problemas del Sector Agropecuario**

El 41,17 de las comunidades presenta como limitante la falta de agua y el verano existente.

El 32,35% considera como limitante la baja tecnología / el bajo apoyo o asistencia técnica agropecuaria.

El 23,52% considera como deficiencia la difícil situación económica.

El 20,58% el estado de las vías y transporte.

El 17,64% la falta de crédito.

El 14,70% la comercialización.

El 5,88% la falta de maquinaria.

El 2,94% de las comunidades consideran como deficiencias: Calidad de la tierra, baja producción, Mala calidad de los productos, pérdidas en cultivos, bajo precio de venta, ausencia de cultivos, mercadeo y los acaparadores.

6.1.12.2 SECTOR MINERO

Analizando las encuestas se llega a las siguientes conclusiones:

En la inspección de encerraderos y Pan de Azúcar no se reporto ningún tipo de explotación minera.

En la inspección de Campo Alicia, existe material de Piedra Caliza, el cual no es explotado (Campo Alicia parte baja, Recreo y Gratamira)

En la inspección de San Miguel, se reporta la existencia de Piedra Caliza, Roca Fosfórica y Carbón, en la Macarena, Rancho Grande y Cerro Guayabo.

En la inspección de la Y se reporta la explotación de carbón en Santa Rosa, Cerro León, Cerro Guayabo y la Y4.

En la inspección de El Zulia, existe explotación carbonera en Las Piedras, Puerto Estrella, Albarico, Porvenir y el 20 de Julio.

Existe explotación de material de arrastre en la zona del puente Mariano Ospina Perez, La Represa, El Albarico.

La arcilla se reporta en el Porvenir, la Alejandra, Cañahuate y Borriqueros.

Caliza en el porvenir y se reporta existencia de Arena Silice en el 20 de Julio.

Ecocarbón reporta una producción para 1197 de 144,482 toneladas de Carbón en este municipio.

6.1.12.3 COMERCIO

El Zulia posee en su actualidad:

Tiendas: 112	Abastos: 6	Restaurantes: 15	Misceláneas: 7
Panaderías: 5	Fuentes de Soda: 22	Estaderos o Balnearios: 7	Casetas: 24
Droguerías: 7	Billares: 10	Zapaterías: 6	Famas: 18
Sastrerías: 5	Carpinterías: 3	Almacenes: 7	Chircales: 4
Vidrierías: 1	Veterinarias: 1	Gasolineras: 1	Artesanías: 2
Sastrerías: 4	Salas de Belleza: 6	Carrocerías: 1	Foto Estudio: 1
Talantería: 1	Autolavado: 1	Exp. De carnes: 5	Bares: 5
Funerarias: 1	Taller de Mecánica: 4	Taller de metalúrgicas: 2	Urgencias: 1
Casa Campesina: 1			
Laboratorio Dental: 1			

Se puede observar que municipio posee bajas posibilidades de trabajo para una población activa de 10.000 personas aproximadamente, que las actuales fuentes de trabajo solo abastecen las necesidades de sus familias ya que en la mayoría son

atendidas por los mismos propietarios. Por lo que se hace necesario la creación de microempresas y el diseño de estrategias que estimulen a inversionistas en el sector turístico y recreativo a orillas del río Zulia que permitan generar una buena cantidad de empleo a la población del municipio .

En el sector rural hay grandes extensiones de terreno esperando ser cultivados, y explotados, pero debido a la carencia de un buen servicio por parte de la Caja Agraria, y del mismo gobierno Nacional, imposibilitando el cultivo y generación de empleo en gran parte de las comunidades de este municipio.

6.1.12.4 TURISMO

En esta sección se presenta un inventario de sitios a fines al turismo, ya sea por su uso actual, por su valor histórico, por ser tradicional, que puedan ser fuentes turísticas del municipio.

En el casco urbano los posibles sitios de atractivo turístico son:

Lago Tucunare
Virgen de la Tablita
Parque Francisco de Paula Santander
Cementerio Central

Los sitios tradicionales son: El parque principal, Capilla de Pueblo Nuevo, Polideportivos y los pozos de la Toma.

- **Area Rural**

En las inspecciones de Encerraderos según la encuesta realizada no se reporta ningún sitio que pueda considerarse turístico.

En la comunidad de Puerto Estrella inspección de Campo Alicia se reporta como posible sitio de explotación turística la Quebrada. Y en parte baja conocida como los Mangos, existe el Antiguo ingenio de Campo Alicia, de valor histórico para esta comunidad y el municipio.

Se reporta como sitio tradicional la cancha de la zona.

En la comunidad de Gratamira, existe el sitio conocido como Trincheras, de importancia histórica El Espardillo. Es de anexar, que este cerro puede ser una fuente potencial de un posible proyecto Ecoturístico. Lo mismo que las quebradas La Unión y la Zaragoza.

En la Inspección de San Miguel en la vereda la Angelita como sitios de importancia Histórica Peña Blanca y el Río San Miguel. Además se reportan como posibles sitios turísticos el Pozo los Venados, la Quebrada y la Laguna la Angelita. En la Macarena existe como sitio de importancia histórica el río San Miguel y como sitio tradicional Trincheras. El sitio tradicional del Guayabo es Cerro de las Cruces, mientras que en

Rancho grande existe como sitios de actual explotación turística la Cascada y el Pozo la Sabana.

En la Inspección de la Y el sitio tradicional en esta zona son el Cerro de Las Cruces y la Cascada: El Cerro de Las Cruces tiene también importancia histórica para la zona.

En la Inspección Especial De Policía se encuentran varias veredas con sitios de potencial turístico.

En Camilandia existe como sitio de actual explotación turística Campo Peralta y el Colegio Calazans. Son sus sitios tradicionales La Cancha de fútbol y se estima como posible sitio de atracción turística un parque infantil.

En Borriqueros existe como sitio importante la Hacienda Borriqueros, donde actualmente se construye una granja.

En la Colorada, existen actualmente los Estaderos Cachama y los Laureles. Además esta la estructura de la hacienda Colorada, de valor histórico.

En El Salto, existe como sitios de valor Histórico la Peña, el Salto y la Quebrada, la Culebra, que son un potencial turístico.

En las piedras, existen actualmente los piqueteaderos El Peñón, las Piedras y Brisas.

En el Albarico se encuentra el pozo Angostura, siendo el sitio tradicional la Cascada de Puerto Chocato. La mina Orocue se reporta como de valor Histórico y como posible sitio turístico la finca La Reforma.

En el Porvenir se encuentra como actual atractivo la Sabana y Santa Cruz y son sus sitios tradicionales Casa Porvenir y Monte Rey.

En la Nueva Esperanza, Puente Mariano Ospina Pérez esta es una zona de Balnearios, los cuales se pueden reactivar turísticamente. Además están los estanques de Cachama.

En la zona rural de la Alejandra se encuentra una zona árida, donde esta la antigua finca Gratamira y Seborucos.

6.1.13 CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN

6.1.13 .1 Población Con Necesidades Básicas Insatisfechas

Según la información estadística para el año 2003 suministrada por el Instituto Departamental de Salud la Población del Municipio con NBI es del 56% tomando como base la Población DANE; teniendo en cuenta la información suministrada por la Oficina del SISBEN al Instituto Departamental para este año la población en niveles 1 y 2 es 15.650 de los cuales el 49% se encuentra cubierto con los beneficios del Régimen Subsidiado.

6.1.13.2 Servicios Públicos

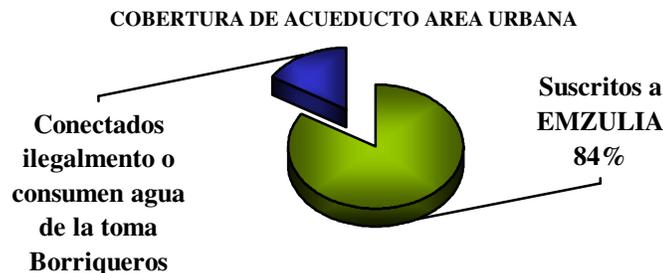
- **AGUA POTABLE:**

El acueducto de la cabecera municipal fue construido hace 43 años por el Instituto de Fomento Municipal INFOPAL, para un período de vida útil de 20 años y para atender 4.000 habitantes. Hoy en día atiende aproximadamente 11.500 usuarios y supera la vida útil en un poco mas del doble de años para el que se proyectó.

El acueducto capta del Río Peralonzo 66 lt/seg y es de tipo integral, ubicado en el Alto Los Compadres, dentro de la jurisdicción del municipio.

Existe un dato estimado de 2300 viviendas en el área urbana, de las cuales 1817 son suscriptores de las EMZULIA. Consultando la base de datos del SISBEN, el 84% surten sus servicios del acueducto, y el restante 16% no están instalados al servicio, que corresponde al abastecimiento de agua de la toma de la Borriquera o que están pegados al acueducto pero que no están legalizados, correspondientes en la mayoría a los barrios de la Alejandra, y la milagrosa. Es valedero anotar que en el reporte del SISBEN aparecen todos los barrios viviendas que no se abastecen del acueducto.

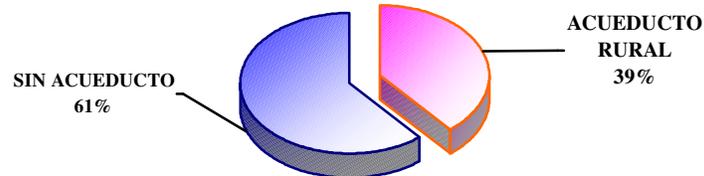
La planta de tratamiento de agua del municipio presenta en la actualidad muchas deficiencias por diversas causas, entre ellas están la falta de mantenimiento preventivo, el mal diseño de la planta (ya que por lo que se puede observar no se efectuó un estudio previo sobre las características del terreno y del agua a tratar, ni de las condiciones que presentaría la misma en época de verano e invierno; pues en su diseño no se contemplo la elaboración de un presedimentador, ni la adecuación de un sistema de aireación para la eliminación de una gran cantidad de minerales que arrastra el agua del río Peralonso, en épocas de invierno, lo cual afecta la calidad química del agua de suministro) y a ello se suma la negligencia y dejación de las administraciones anteriores para con la planta de tratamiento, viéndose reflejada en la contratación de personal sin capacitación para ejercer el cargo y sin el conocimiento necesario para velar por el cuidado u mantenimiento de los equipos, dando poca importancia a la calidad del agua suministrada a la población.



En la parte rural existen acueductos en varias veredas. El más importante es el de la Y, pero no tiene ningún sistema de organización, como lo establece la ley 142, el servicio no llega a todas las viviendas por posibles fallas técnicas y existe mucho desperdicio de agua en la parte alta, específicamente en el sector de la Y.

En el sector rural existen 1825 viviendas, de las cuales 716 cuentan con servicios de acueducto, equivalente al 39,23% del total. Esto nos indica que un 60,77% de la población carece de acueducto, equivalente a 1109 viviendas.

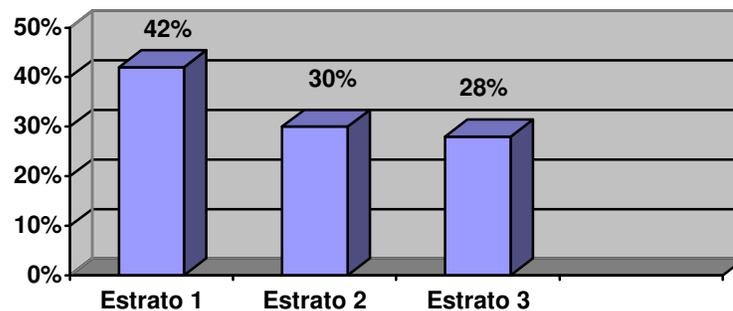
COBERTURA DE ACUEDUCTO AREA RURAL



En las veredas existen acueductos de captaciones de nacientes de difícil acceso. Por la ubicación de la captación las características físico-químicas del agua son muy favorables. La cobertura se encuentra entre el 60 y 80 % debido a la ubicación de los usuarios. La mayoría de acueductos veredales esta administrados por juntas avaladas por la administración municipal.

- **ALCANTARILLADO**

COBERTURA DE ALCANTARILLADO Y ASEO MUNICIPIO DE EL ZULIA



El servicio Público Domiciliario de alcantarillado es la recolección de residuos principalmente líquidos por medio de tuberías y conductos, junto a las actividades complementarias de transporte, tratamiento y disposición de estos residuos, así lo define la ley de 1994.

El municipio cuenta con un sistema de alcantarillado en condiciones críticas, por el crecimiento de la densidad de la poblacional, la conexión inadecuada de asentamientos subnormales, la falta de un adecuado manejo de las aguas lluvias ya que los usuarios conectan las aguas lluvias al alcantarillado causando así más daños al ecosistema con la

disposición final de aguas residuales, la falta de recursos técnicos, logísticas, y humanos para implementar un mantenimiento adecuado tanto para las redes como para los pozos de la inspección.

Actualmente en el casco urbano el manejo que se le da a los residuos líquidos es totalmente inadecuado ya que no se efectúa ningún tipo de tratamiento a los residuos que son depositados finalmente al río Zulia,. A nivel rural el manejo de aguas residuales se hace de manera individual debido a la topografía y distancia de las viviendas. Basados en el principio de “QUIEN CONTAMINA PAGA” se ha considerado como el elemento de

soporte para prevenir los daños al medio ambiente según decreto 90 de 1997 Manual de Medio Ambiente.

- **DISPOSICION DE DESECHOS SÓLIDOS**

El servicio Público Domiciliario de Aseo de acuerdo con el Art. 9 del Decreto 605 de 1996 define como componentes la Recolección, Transporte, Barrido y limpieza de las vías públicas, Transferencias, Tratamiento, Aprovechamiento, Disposición final.

La recolección del aseo en el casco urbano se realiza una vez por semana y en forma sectorizada con una cobertura del 71%, produciéndose aproximadamente 7 toneladas diarias de residuos sólidos, la recolección se realiza con un vehículo tipo volqueta con capacidad de hasta 3 toneladas. La disposición final se efectúa el relleno sanitario perteneciente al municipio de Cúcuta.

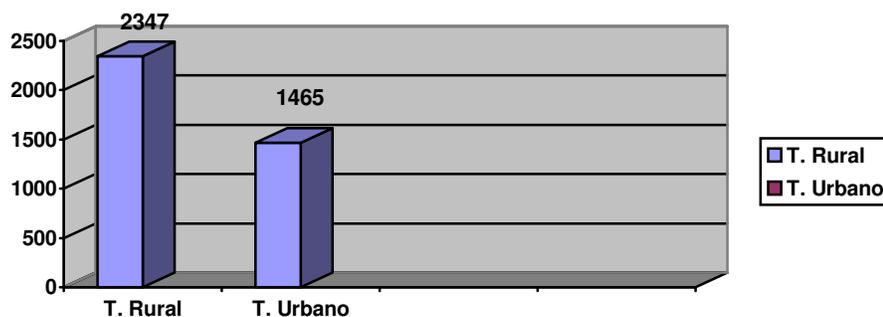
- **ELECTRIFICACIÓN**

De acuerdo al EOT del municipio, en cuanto a electrificación, el municipio cubre el 85% de los hogares, o sea, 3812 suscriptores del total de los 4480 que tiene el municipio, clasificados de acuerdo al tipo de actividad residencial, comercial, industria y oficial. El sector residencial esta clasificado por estratos (1,2 y 3), el mayor consumo lo tiene el sector industrial. De otra parte llama la atención que el 38% (1465) de los usuarios corresponden predios rurales y a su vez el 88% de estos (1283) cuenta con contador de energía contrastando con los de la parte urbana en donde el 97% (2267) si lo tienen, lo cual hace presumir el pago de una tarifa básica puesto que no se puede establecer consumo. Lógicamente el mayor numero (2228) lo representan el uso residencial el cual a su vez esta dividido en estrato bajo-bajo (3), en bajo (1286) y en medio -bajo (939). Otro aspecto importante es el hecho de que el mayor consumo esta en el estrato bajo (507436) pero el mayor consumo promedio lo tienen los industriales con (2244) 5, 16 y 17.

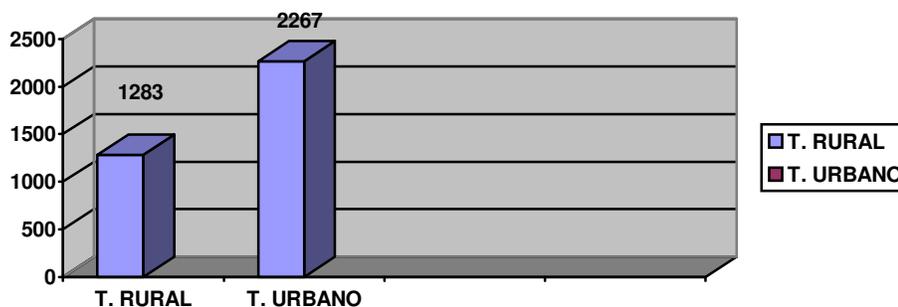
VIVIENDAS CON CONEXIÓN DOMICILIARIA MUNICIPIO EL ZULIA



VIVIENDAS CON CONEXIÓN DOMICILIARIA MUNICIPIO EL ZULIA



VIVIENDAS CON CONTADOR DE ENERGIA MUNICIPIO EL ZULIA



6.1.14 NIVEL EDUCATIVO

En el Zulia el servicio educativo se presenta en 4 niveles con un número total de alumnos matriculados para el año 2004 de 5.372 distribuidos de la siguiente manera :

PREESCOLAR	467
BÁSICA PRIMARIA	3.152
BÁSICA SECUNDARIA	1.498
EDUCACIÓN MEDIA	275

En educación formal existen 45 cedes adscritas a los cinco centros docentes de los núcleos de desarrollo educativos 11 y 12. En el sector rural existen 5 centros docentes y una institución educativa con diferente sede. En total existen 157 aulas con capacidad

instalada para 4700 alumnos, de las cuales 65 corresponden al sector urbano y 93 al sector rural .

La capacidad de las aulas instaladas ofrece comodidad a 4700 alumnos.

ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS

ZONA URBANA

Colegio Marco Fidel Suárez
Colegio Francisco de Paula S.

ZONA RURAL

Centro Educativo Encerraderos
Centro Educativo Florentino B.
Centro Educativo La Unión
Instituto Agrícola Risaralda
Centro Educativo San José de Cal
Centro Educativo la Angelita

El total de la población estudiantil matriculada para el año 2004 por sectores se distribuye de la siguiente manera:

SECTOR	TOTAL	PORCENTAJE
URBANO	3669	49%
RURAL	3816	51%
TOTAL	7485	100%

La cobertura educativa del sector oficial es del 72% y del privado del 28%. Con un porcentaje de deserción escolar bajo del 4%.

En cuanto a la calidad de educación en relación a pruebas de conocimiento aplicadas a nivel Departamental y nacional se encuentran clasificados de la siguiente manera:

- Básica primaria Nivel medio- bajo
- Secundaria Nivel medio - medio
- Bachilleres (ICFES) Nivel medio

La inversión en el sector educativo es precaria solo alcanza para sostener la infraestructura existente sin permitir un aumento en la oferta y menos mejorarla, con este análisis podemos definir que el grado de analfabetismo aumenta cada año, la población que termina sus estudios de bachillerato no tiene alternativas de continuar con estudios superiores, obligándolo a desplazarse a Cúcuta; se ve la necesidad de crear un plan de estudio orientado hacia la tecnificación e industrialización, para la población escolar de los niveles de Básica Secundaria y media. Concentrar la Inversión social educativa en

establecimientos con vocación técnica agroindustrial, y en lo posible efectuar convenios de extensión con las Universidades de la Región.

6.1.15 ACCESIBILIDAD VIAL Y DE COMUNICACIONES

6.1.15.1 Vías de acceso Urbana y Rural

La malla en el área urbana se encuentra en regulares condiciones, en la actualidad el 60% de la longitud total de las vías de acceso de la zona urbana se encuentra pavimentada distribuida en forma parcial en los barrios, El Centro, La Alejandra, Alfonso López y La Ayala. El 73% de los barrios presenta calles sin pavimentar.

La malla vial rural se encuentra en regulares condiciones, El 70% de la malla vial rural se encuentra deteriorada debido a la falta de obras como Alcantarillas, Gaviones, Muros de contención, Placa huellas y Bateas. La vía a encerraderos es una de las más peligrosas del municipio por la textura de su suelo, por la falta de zona verde de amarre del suelo, que proteja de derrumbes y que en general un suelo muy arenoso. El acceso a Pan de azúcar aunque esta en un poco de mejores condiciones que el de Encerraderos, existen tramos que en época de invierno se convierten en intransitables. Campo Alicia Tiene dos carretables de acceso, los cuales parten de la zona de las Delicias, el uno se dirige hacia los Mangos (Campo Alicia parte baja) y el otro hacia la Gratamira.

Para la zona rural, es prioritario el realizar un estudio y analizar las comunidades que por su condición de personas que habitan en el área rural son más vulnerables ,gestionando recursos que permitan el mejoramiento de las vías de acceso, con el fin de mejorar las condiciones de precios en el mercado y las condiciones de vida de la comunidad rural.

- **Transporte**

En el casco urbano del municipio, el servicio de transporte es intermunicipal. Lo prestan las empresas Transtochala, en la modalidad de Bus y Taxi y la empresa transpetrolea, con el servicio de buseta que cubre la ruta de El Zulia – Cúcuta.

En el sector rural El servicio de transporte se presta por medio de particulares, que traen los productos de la zonas hacia Cúcuta. En la zona minera el medio de transporte más usual son las volquetas carboneras que transportan este producto desde las veredas.

- **Servicio Telefónico**

Existen 370 líneas telefónicas, de las cuales 323 son de uso domiciliario y 14 utilizadas por oficinas y dependencias oficiales, 5 públicas. Además se cuenta con 5 oficinas de Telecom, distribuidas en la Y, Campo Alicia, Encerraderos, Camilandia y una en el casco

Urbano. Frecuentemente se presentan fallas en mantenimiento de redes, que ocasionan periodos de incomunicación por vía telefónica de día. El Hospital Local Juan Luis Londoño cuenta con una línea telefónica

6.1.16 ORGANIZACION DE SALUD SEGÚN NIVEL Y LOCALIZACIÓN

En la jurisdicción territorial existen dos tipos de entidades prestadoras de servicios de salud de primer nivel de atención :

El sector privado : Constituido por El Centro Medico del Caribe y la Policlínica del Oriente ambas I.P.S localizadas en el área urbana y con un buen reconocimiento por parte de la comunidad zuliana, quienes demandan con frecuencia en forma particular el servicio de Laboratorio, atención de partos y hospitalización para patologías propias del primer nivel de atención.

El sector Público : Ofrece los Servicios de primer de nivel de complejidad tanto en el área urbana como rural.

- La E.S.E Hospital Juan Luis Londoño se encuentra ubicada en la entrada principal al Municipio en las antiguas Instalaciones de MINERCOL actualmente adecuada para la prestación de Servicios de Salud. Su ubicación permite el fácil acceso de la población desde los diferentes barrios que conforman el municipio y permite un rápido traslado de pacientes hacia la ciudad de Cúcuta para la atención del 2 y tercer nivel de atención.
- El Puesto de salud de Astilleros hace parte de la red publica adscrita al Hospital Local, se encuentra ubicado en el sector rural conocido como la Y sobre la carretera intermunicipal que comunica a la capital con otros municipios del Departamento. Permite el fácil acceso a los Servicios de Salud a la población del Sector rural.

6.2 DIAGNOSTICO EPIDEMIOLOGICO

“Primero El Zulia y su Gente...”

6.2.1 MORBILIDAD

6.2.1.1 CAUSAS DE MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA

Las patologías con mayor incidencia en el municipio son la enfermedad diarreica y la infección respiratoria aguda, afectando en similar proporción a todos los grupos etéreos situación que se ve reflejada en las tablas que a continuación se presentan. Otro de los diagnósticos que se registra con gran frecuencia en las IPS publicas y privas son las virosis, clasificación que dan los médicos a los estados febriles en estudio que en su mayoría están acompañados de hemesis y diarrea o afecciones respiratorias cuya sintomatología persiste entre 3 y 5 días, este diagnóstico se observan con mayor frecuencia en los registros de urgencias, sin que posteriormente se de fina la clasificación final de la patología.

Existen múltiples factores condicionantes para la alta incidencia de estas enfermedades dentro de los que encuentran la contaminación ambiental ocasionada por el humo de las ladrilleras , el polvo ocasionado por el transporte publico al circular por las vías sin pavimentar, el consumo de agua no tratada o inadecuadamente almacenada, la baja cobertura de recolección de desechos sólidos lo que origina la presencia de basuras a campo abierto las cuales generan focos de contaminación y problemas de salud, como enfermedades diarreicas y el Poliparasitismo intestinal.

El alto índice de necesidades básicas insatisfechas, los inadecuados hábitos higiénicos y nutricionales y el difícil acceso geografico de la población rural a los servicios de salud, influyen directamente en el impacto que se pueda lograr a través de la educación en salud para disminuir la incidencia de las mismas.

Las Estrategias como las UROCS y las UAIRACS, han tenido algún impacto en el área urbana especialmente en las zonas de invasión, pero existen múltiples falencias en cuanto al suministro de insumos, la educación continua, el seguimiento y evaluación a los agentes comunitarios que apoyan las acciones de salud.

En cuanto al Sector rural este tipo de estrategia se dificulta por la distancia y los altos costos de desplazamiento al casco urbano que deben ser asumidos por el agente comunitario, situación que desmotiva a los lideres comunitarios de muchas veredas. Sin embargo en este sentido se deben buscar alternativas de solución ya que estas estrategias son fundamentales en el área rural puesto que contribuyen a disminuir las complicaciones y las tasas de mortalidad ocasionadas por un inadecuado manejo domiciliario, la identificación no oportuna de los signos de complicación y la consulta tardía a los centros de atención en salud, para Tratamiento de enfermedades que afectan principalmente a la población infantil menor de 5 años.

10 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA PARA TODAS LAS EDADES EN EL AÑO 2003

“Primero El Zulía y su Gente...”

N°	CAUSA	FRECUENCIA	%
1	INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	1.583	24%
2	ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	1.017	15.6%
3	EMBARAZO	933	14%
4	VIROSIS	831	12.7%
5	PERSONA SANA	654	10%
6	HIPERTENCION ARTERIAL	524	8%
7	CONTROL DE C Y D	364	5.6%
8	SINDROME FEBRIL	319	4.9%
9	POLIPARASITISMO	218	3.4%
10	S. ANEMICO	89	1.5%
	TOTAL	6.532	100%

Fuente: registros de 10 primeras causas de consulta externa, IPS publicas y privadas 2003

Como se puede apreciar en la tabla las causas de morbilidad que demandan el 40% de la consulta medica son la Enfermedad Diarreica Aguda y la Infección respiratoria A. En la misma se incluye en 3 lugar las consultas por embarazos que aunque no es una Patología Si demanda el 14% de la consulta medica de primer nivel, que sumados a los controles de crecimiento y desarrollo 5.6% representan el 19.6% de las consultas formando estas parte de las actividades medicas de detección temprana contempladas en la resolución 412 de 2000.

6.2.1.2 MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA POR GRUPO ETÉREO.

CINCO PRIMERAS CAUSAS PARA EL GRUPO MENOR DE 1 AÑO AÑO 2003

“Primero El Zulía y su Gente...”

N°	CAUSA	FRECUENCIA	%	SECTOR RESPONSABLE
1	ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	231	29.3%	Salud, EMZULIA. I.C.B.F, Comunidad, PAB.
2	.VIROSIS	228	23.8%	
3	INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	199	16.5%	Salud, educación, I.C.B.F madres FAMI, las UAIRA, Saneamiento B. Ambiental
4	PERSONA SANA	105	15.4%	Salud
5	POLIRARASITISMO INTESTINAL	48	14.8%	Salud, educación, I.C.B.F a través de las FAMI
	TOTAL	679	100%	

Fuente: registros de 10 primeras causas de consulta externa, IPS publicas y privadas 2003

- **Análisis del cuadro**

En la tabla se observa que el 44.1% de la consulta en menores de un año son causadas por enfermedades intestinales como la EDA y el Poliparasitismo intestinal, igualmente se observa una alta incidencia de las Infecciones Respiratorias Agudas y 23.8% de consultas con patologías no específicas registradas como virosis.

CINCO PRIMERAS CAUSAS PARA EL GRUPO 1 A 4 AÑOS AÑO 2003

N°	CAUSA	FRECUENCIA	%	SECTOR RESPONSABLE
1	INFECCION RESPIRATORIA A.	364	30%	Salud, educación, I.C.B.F
1	ENFERMEDAD DIARREICA A.	309	33.7%	Salud, I.C.B.F, EMZULIA
3	VIROSIS	358	14.9%	Salud, educación
4	PERSONA SANA	139	13.3%	Salud, educación, I.C.B.F
5	POLIPARASITISMO INTESTINAL	65	8.1%	Salud
TOTAL		1.047	100%	

Fuente: registros de 10 primeras causas de consulta externa, IPS publicas y privadas 2003

- **Análisis del cuadro**

-

En este grupo se observa que en el 71.8 % de las consultas que demandan la atención de salud del primer nivel se encuentran las típicas enfermedades prevalentes en la infancia, ocupando el primero y segundo lugar la I.R.A y la E.D.A. Igualmente se observa que un 13.3% de los menores de este grupo etéreo que consultaron no presentaban ninguna patología, que desde un punto de vista positivo se puede definir como la tendencia de la población a demandar los servicios de salud para detección oportuna de alteraciones en el menor de 5 años, sin embargo este tipo de practica puede afectar el acceso de la población que realmente requiere el servicio para un diagnostico y tratamiento oportuno.

CINCO PRIMERAS CAUSAS PARA EL GRUPO 5 A 14 AÑOS AÑO 2003

N°	CAUSA	FRECUENCIA	%	SECTOR RESPONSABLE
1	INFECCION RESP. AGUDA	467	44.6%	Salud, educación
2	ENFERMEDAD DIARREICA A.	213	21.1%	Salud, educación EMZULIA
3	POLIPARASITISNO INTESTINAL	105	15.4%	Salud, educación, ENZULIA
4	PERSONA SANA	154	13.3%	Salud
5	INFECCION DE VIAS URINARIAS	54	5.4%	Salud
TOTAL		1003	100	

Fuente: registros de 10 primeras causas de consulta externa, IPS publicas y privadas 2003

- **Análisis del cuadro**

Al igual que en el grupo anterior las consultas que demandan la atención de salud del primer nivel son las enfermedades prevalentes en la infancia, ocupando el primero y segundo lugar la I.R.A y la E.D.A. sin embargo las infecciones de vías urinarias

representan una significativa incidencia en este grupo etareo ocupando la 5 causa de consulta.

**CINCO PRIMERAS CAUSAS PARA EL GRUPO 15 A 44 AÑOS
AÑO 2003**

N°	CAUSA	FRECUENCIA	%	SECTOR RESPONSABLE
1	CONTROL DE EMBARAZO	844	54%	Salud
2	INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	275	15.6%	Salud, educación
3	PERSONA SANA	243	13.5%	Salud, educación
4	ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	148	10.7%	Salud, educación ENZULIA
5	VIROSIS	134	6.2%	Salud, educación
TOTAL		1.565	100	

Fuente: registros de 10 primeras causas de consulta externa, IPS publicas y privadas 2003

- **Análisis del cuadro**

En este grupo la mayor frecuencia de consulta la generan los controles prenatales representando el 50% del total de las mismas. Sin embargo prevalece la morbilidad por EDA e IRA y un porcentaje significativo de la población que consulta son personas sanas el 13.5%.

**CINCO PRIMERAS CAUSAS PARA EL GRUPO 45 A 59 AÑOS
AÑO 2003**

N°	CAUSA	FRECUENCIA	%	SECTOR RESPONSABLE
1	HIPERTENSION ARTERIAL	448	39.4%	Salud
2	INFECCION RESPIRATORIA A.	248	27.3%	Salud
3	ENFERMEDAD DIARREICA A.	116	15%	Salud
4	VIROSIS	111	14.4%	Salud, educación
5	GASTRITIS	35	3.8	Salud
TOTAL		908	100	

Fuente: registros de 10 primeras causas de consulta externa, IPS publicas y privadas 2003

- **Análisis del cuadro**

Al observar la tabla encontramos la Hipertensión Arterial como una de las enfermedades crónicas que afecta este grupo poblacional con un 39,4% de consulta médica, sin embargo llama la atención que la diabetes mellitus no aparece dentro de las 5 primeras causas de consulta.

CINCO PRIMERAS CAUSAS PARA EL GRUPO 60 Y MAS AÑOS AÑO 2003

N°	CAUSA	FRECUENCIA	%	SECTOR RESPONSABLE
1	DISCAPACIDAD	47	41.2%	Salud
2	INFECCION RESPIRATORIA	30	26.3%	Salud
3	HIPERTENSION ARTERIAL	76	16.6%	Salud
4	PERSONA SANA	13	11.4%	Salud, educación
5	S. ANEMICO	5	4.3%	Salud
TOTAL		114	100	

Fuente: registros de 10 primeras causas de consulta externa, IPS publicas y privadas 2003

- **Análisis del cuadro**

En este grupo etareo se observa que un 41.2% de las personas que consultaron dentro de las 5 primeras causas presentaban algún tipo de discapacidad, igualmente la hipertensión arterial se encuentra dentro de las causas mas frecuentes de consulta.

- **Análisis de morbilidad por grupos etareos**

La población que más consulta se encuentra en el grupo de 0 – 4 años con un porcentaje del 56% con respecto al total de la población por grupo etáreo, siendo la principal causa de consulta la Enfermedad Diarreica Aguda y ocupando el segundo lugar la Enfermedad respiratoria Aguda.

En el grupo menor de un años se realizaron el 12.7% del total de las primeras causas de consulta, siendo las dos primeras causas la EDA y la IRA.

El grupo de 1 a 4 años representa el 19.7% de las consultas. La EDA y la IRA constituyen las principales causas de consulta en ese grupo etáreo.

El grupo de 5 a 14 años representa el 18.8% de las consultas. La IRA y la EDA constituyen las principales causas de consulta en ese grupo etáreo.

El grupo de 15 a 44 años representa el 29.4% de las consultas. El embarazo y la IRA constituyen las principales causas de consulta en ese grupo etáreo.

El grupo de 45 a 59 años representa el 17.1% de las consultas. La Hipertensión Arterial y la IRA constituyen las principales causas de consulta en ese grupo etáreo.

El grupo de 60 y más años, representa el 2.1% de las consultas, siendo la Discapacidad y la IRA las principales causas en ese grupo.

Es importante resaltar que dentro de las enfermedades de salud pública que vienen afectando la población del municipio de El Zulia, la EDA y La IRA son afecciones comunes para todos los grupos etareos. Se proyecta que se sigan presentando estos eventos pues las características geográficas, sociales, culturales y económicas de los habitantes determinan esta condición; Ejemplo: Minas de carbón, falta de agua potable, deficiencia en el alcantarillado y ubicación de desechos, hábitos alimenticios, condiciones nutricionales, presencia de hacinamiento en el hogar, entre otros.

En la medida que se intervengan estos factores, se puede disminuir o eliminar estas enfermedades en la población en general, ya que aparece entre las primeras causas por consulta externa para todas las edades lo que se debe tener en cuenta para la programación de actividades preventivas y de control durante los próximos tres años.

6.2.1.2 MORBILIDAD POR EGRESO HOSPITALARIO AÑO 2003

N°	CAUSA	FRECUENCIA	%
1	OBSTETRICAS	228	51.3
2	HIPERTENSION ARTERIAL	36	8.1
3	IRA	31	7
4	HERIDA SIN COMPLICACIONES	27	6
5	TRAUMATISMO	25	5.6
6	ASMA	22	4.9
7	INFECCION DE VIAS URINARIA	22	4.9
8	S. FEBRIL	19	4.2
9	EDA	19	4.2
10	S. COVULSIVO	15	3.4
TOTAL		444	100

Fuente: E.S.E Hospital Juan Luis Londoño año 2003

- **Análisis del cuadro**

Obsérvanos que la primera causa de egreso hospitalario son las atenciones Obstetricas, relacionadas con la atención del parto y del recién nacido que aunque no es una morbilidad se encuentra registrada como egreso hospitalario del primer nivel. La segunda y tercera causa relacionadas en la tabla se registran también en las 5 primeras causas de consulta de acuerdo al grupo etareo con mayor incidencia, lo que permite observar la existencia de una alta incidencia de complicaciones de las infecciones respiratorias, debido a la escasa educación comunitaria para un adecuado manejo de la sintomatología e identificación oportuna de signos de complicación. Al igual que la escasa cobertura del programa de hipertensión Arterial, que permitiría disminuir el porcentaje de egresos hospitalarios por crisis Hipertensas, si se identificaran, incluyeran y controlaran permanentemente en este programa.

La cuarta causa de egreso hospitalario se debe en su gran mayoría a heridas ocasionadas por herramientas de trabajo en el campo como machetes, motosierras y palas; la quinta causa de egreso se atribuye en un alto porcentaje a los accidentes de tránsito que ocurren sobre las carreteras intermunicipales que atraviesan o limitan con el municipio de El Zulia.

6.2.1.3 MORBILIDAD TRANSMITIDA POR VECTORES

RESUMEN SITUACION EPIDEMIOLOGICA POBLACION DEL MUNICIPIO DEL ZULIA AÑOS 2001- 2002 - 2003

“Primero El Zulia y su Gente...”

EVENTO	AÑO	GRUPO DE EDAD						TOTAL
		MENOR 1 AÑO	1- 4	5 A 14	15 a 44	45 a 64	45 y más	
DENGUE CLASICO	2001	6	14	44	30	4	2	100
	2002	0	3	6	7	2	0	18
	2003	4	20	29	35	1	2	91
DENGUE HEMORRAGICO	2003	0	1	1	0	0	0	2
LEISHMANIASIS CUTANEA	2001	0	0	1	4	1	0	6
	2002	0	0	0	5	0	2	7
	2003	0	0	0	1	6	0	7
MALARIA P. VIVAX	2001	0	6	36	104	32	6	184
	2002	1	2	13	34	4	5	59
	2003	1	7	21	57	8	3	97

Observaciones:

1. Casos Confirmados de Dengue
2. Los Casos por Leishmaniasis son pacientes que recibieron tratamiento
3. Malaria pacientes positivos y tratados

• ANALISIS DEL CUADRO

El Dengue se presentó con una ocurrencia significativa; sus principales afectados proceden de barrios como la invasión Asuaviz, El Llano y la Milagrosa. La Tasa de Morbilidad en el año 2003 fue de 3.3 casos por cada 1000 habitantes, el comportamiento de este evento en relación con los grupos de edad muestra que la mayor tasa de morbilidad de 1.3 casos de Dengue Clásico por cada 1.000 habitantes, se presentó en el grupo de 15 – 44 años, posteriormente se encuentra el grupo de 5 – 14 años con una tasa de morbilidad de 1 caso de Dengue Clásico por cada 1.000 de este grupo.

La tasa de morbilidad para el Dengue Hemorrágico fue de 7 casos por cada 10.000 habitantes, la mayor tasa de morbilidad se encuentra entre el grupo de 1 – 4 años y de 5 – 14 años presentándose 3 casos de Dengue Hemorrágico por cada 100.000 habitantes comprendidos en este grupo de edad.

En la Leishmaniasis cutánea el comportamiento de este evento en los años 2001, 2002, y 2003 se mantuvo, en el año 2001 la mayor tasa de morbilidad se encontró entre el grupo de 15 – 44 años presentándose 1.4 casos por cada 10.000 habitantes en esta edad, en el año 2002 igualmente se presentó la mayor tasa de morbilidad en este grupo etáreo con 2.6 casos por cada 10.000 habitantes comprendidos entre este grupo etáreo; en el año

2003 la tasa de morbilidad fue de 2.6 casos por cada 10.000 habitantes comprendidos entre el grupo etáreo de 45 – 64 años.

Se puede concluir que el comportamiento de este evento en relación con los grupos de edad muestra la mayor tasa de morbilidad en la población de 15 – 44 años posteriormente se encuentra el grupo de 45 a 64 años, siendo poco notoria entre los otros grupos de edad.

Los casos de Leishmaniasis se han presentado principalmente en las Veredas los Mangos, Campo Alicia, Cerro González, San Miguel y Astilleros.

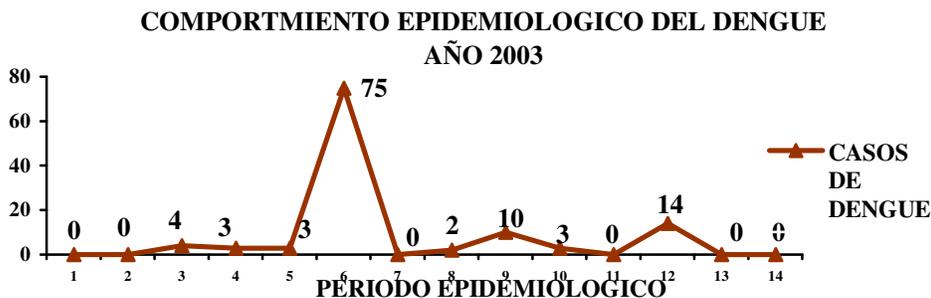
Malaria p. Vivax (paludismo), al analizar los casos presentados en el año 2001, 2002, 2003 podemos concluir que la tendencia de la enfermedad a presentar el mayor número de casos es en la población de 15 – 44 años, posteriormente se encuentra la población de 5 – 14 años. La tasa de morbilidad para el año 2003 fue de 3.5 casos de Malaria P. Vivax por cada 1000 habitantes, afectando en especial al grupo de 15 – 44 años en donde se registraron 1.9 casos por cada 1.000 personas en ese grupo de edad.

Fiebre Amarilla La presencia de un caso confirmado en la Vereda Cerro González nos pone en alerta para el seguimiento de casos sospechosos para esta enfermedad; los síndromes febriles son comunes, sin embargo al realizar los exámenes correspondientes, se concluyen como Dengue o Fiebres asociadas a otra etiología.

Enfermedad de Chagas, se presentaron casos sospechosos pero al realizarle la investigación pertinente se confirman como negativos. Se enuncia por que se tiene en cuenta la presencia del agente causal en el Zulia.

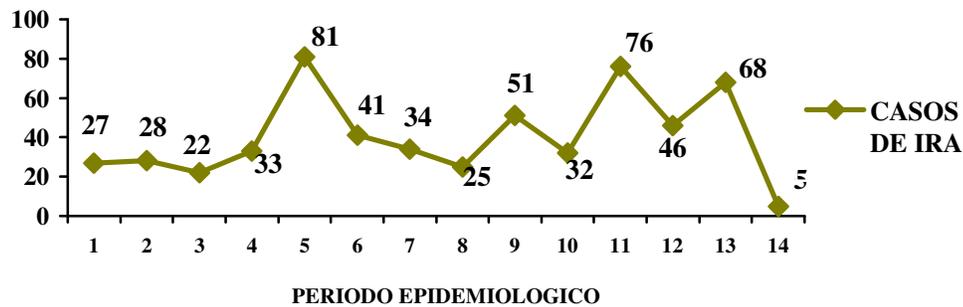
Como punto final se puede concluir que el Municipio de El Zulia es una región importante del Departamento donde se deben intervenir situaciones variadas de casos en salud Pública, todos ellos con relevancia en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y abordaje comunitario.

6.2.1.4 COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLOGICO DE LAS ENFERMEDADES DE INTERES EN SALUD PUBLICA AÑO 2003.



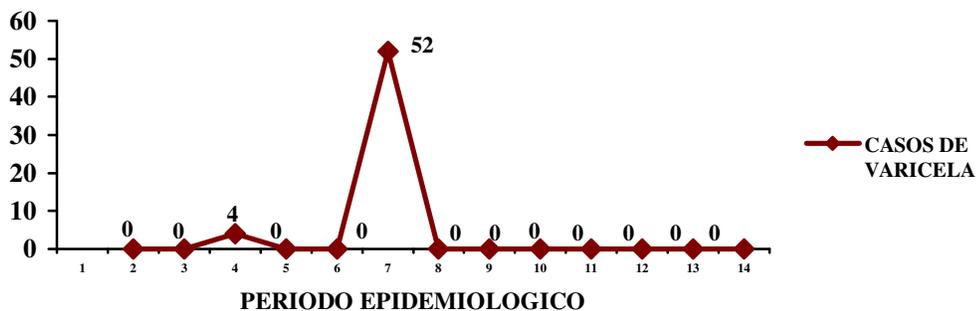
En el grafico se observa una alta incidencia de casos en el periodo epidemiológico numero 6 el cual se intervino mediante el control químico del vector lo que represento una disminución drástica en los periodos 7 y 8.

COMPORTAMIENTO DE LA IRA DURANTE EL AÑO 2003



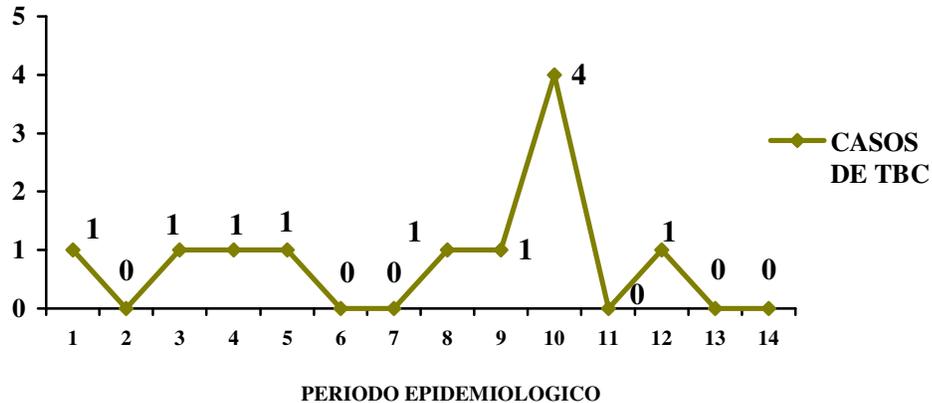
El comportamiento de la infección respiratorio Aguda presenta una alta incidencia en la población menor de 5 años observándose entre los periodos 11 al 13 la mayor frecuencia debido a la correspondiente época de lluvias en la región.

COMPORTAMIENTO DE LA VARICELA AÑO 2003



La incidencia de esta patología para el año 2003 se inicia en el periodo epidemiológico No. 4 donde consultan a las I.P.S del municipio 4 casos, seguido de un periodo No.6 sin ninguna notificación que precede el periodo No. 7 donde se presenta un brote significativo reportándose 52 casos de varicela por las I.P.S Locales.

COMPORTAMIENTO DE CASOS DE T.B.C AÑO 2003



Mediante la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios en las diferentes veredas y barrios del municipio se lograron diagnosticar 11 casos de tuberculosis pulmonar considerada como una enfermedad de interés en salud pública con una prevalencia en el municipio lo cual amerita la destinación de recursos para el desarrollo de actividades puntuales orientadas a la búsqueda activa de sintomáticos el diagnóstico y tratamiento oportuno y fortalecimiento de la educación a familiares y contactos

6.2.1.5 COMPORTAMIENTO DE LA NATALIDAD Y FECUNDACION AÑO 2003

A continuación se presenta un consolidado de la información suministrada por las 3 I.PS del Municipio, donde se registran las acciones de promoción y prevención y la morbilidad materna e infantil, reportadas por estas instituciones durante el año 2003.

Total población de mujeres de 10 a 49 años : 8.006

ACTIVIDAD	TOTAL
ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN	
Citologías cervicouterina en menores de 18 años	23
Citologías en mujeres mayores de 18 años	914
Diagnostico de cáncer de cuello uterino	8
Muertes por cáncer de cuello uterino	0
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	
Menores de 18 años en programas de planif. fliar	53
De 18 a 49 años en programas de planif. Familiar	905
EMBARAZOS Y PARTOS	
Embarazos en menores de 18 años	40
Total partos atendidos IPS, ESE	228
Partos prematuros o post-termino	1
Total nacidos vivos	228
MORBILIDAD	
Casos de sífilis congénita en recién nacidos	0
Amenaza de aborto y parto prematuro	0
Complicaciones del embarazo por I.V.U	3
Infecciones de transmisión sexual	1
MORTALIDAD MATERNA E INFANTIL	
Mortalidad Materna Por Todas Las Causas (Toxemia, aborto, hemorragias, complicaciones por embarazo, parto, puerperio)	0
Mortalidad Fetal	1
Mortalidad Neonatal	0
Recién Nacidos Muertos En El Primer Mes	0
Muerte En Menores De 1 Año	0

Fuente: I.PS publicas y privadas del municipio.

- **Análisis de la información**

La información suministrada nos permite determinar la tasa de fertilidad para el municipio encontrando que por cada 1000 mujeres en edad fértil 8.3 se embarazan.

La mortalidad materna y mortalidad neonatal para el año 2003 fue de 0; Si observamos las 5 primeras causas de consulta en el grupo de mujeres en edad fértil encontramos las I.V.U entre las causas de consulta situación que no es ajena al grupo de mujeres embarazadas.

De las enfermedades de transmisión sexual presentadas por las mujeres gestantes se puede concluir que durante el año 2003 del total de maternas que consultaron a las I.PS el 0.4% presentaron diagnostico positivo para E.T.S.

Igualmente la tabla nos permite determinar que solo el 12.4% de las mujeres en edad fértil demandaron el programa de planificación familiar durante el año 2003' en las I.P.S del municipio.

En cuanto al programa de prevención y detección del C.A de Cerviz se encontró que el 11.7% de las M.E.F se realizaron una citología cervicouterina.

Del total de citologías uterinas tomadas (937) durante el año 2003 se determino que el 0.85% fueron positivas para C.A. de cerviz.

6.2.2 SITUACION NUTRICIONAL DE LA POBLACION INFANTIL MENOR DE 12 AÑOS

Durante el año 2003 el municipio a través de la E.S.E Hospital Local realizo el seguimiento nutricional a la población infantil menor de 12 años que asistió al programa de control de crecimiento y desarrollo, el programa SISVAN, fue suministrado por El instituto Departamental de Salud previa capacitación del personal de Salud seleccionado para el manejo del mismo. El objetivo de este programa es identificar la población infantil con problemas nutricionales y realizar a través de la Secretaria de Salud Municipal la respectiva gestión para el seguimiento de los menores identificados, realizando una evaluación de los factores condicionantes, brindando educación en salud y garantizando la inclusión de la población infantil que lo amerite en los programas nutricionales que este disponibles en el área de influencia. Igualmente se requiere extender el programa a las instituciones de educación básica primaria con el fin de obtener un diagnostico general del estado nutricional de la población infantil del municipio.

De la información suministrada por la E.S.E se concluye que:

De 1944 niños a los que se le realizaron medidas antropométricas 11% (218) niños presentaban desnutrición global (*hace referencia a el bajo peso en relación con la edad*), lo que nos permite obtener una visión global del problema nutricional y alimentario, de la población infantil.

La desnutrición crónica (baja talla para la edad). Es del 18% en 1520 niños valorados. La Tasa de Desnutrición Aguda es de 18 por cada 1000 niños menores de 12 años

El programa también permite realizar un seguimiento al comportamiento de la I.R.A en este grupo poblacional encontrándose que de 1967 niños valorados el 9% no presentaban Neumonía, el 0.6% presentaron antecedentes de Neumonía, 2 niños que corresponden al 0.1% presentaron antecedentes de enfermedad muy grave y 1782 no presentaron IRA durante la última semana de la fecha de consulta.

En cuanto a la prevalencia de la enfermedad Diarreica Aguda 80 niños presentaron EDA sin Deshidratación, 16 presentaron EDA con deshidratación y 1870 niños no presentaron Diarreas en la última semana.

6.2.2 MORTALIDAD EN EL MUNICIPIO DE EL ZULIA AÑO 2003

N°	CAUSA	TOTAL	%
1	MUERTE VIOLENTA	41	43.6%
2	MUERTE NATURAL	43	45.7%
3	ACCIDENTE DE TRANSITO	4	4.3%
4	AHOGAMIENTO	6	6.4%
TOTAL		94	100%

Fuente: Registraduría Municipal de El Zulia

• ANÁLISIS DEL CUADRO

Al realizar el análisis se puede observar que la muerte violenta en el municipio representa un porcentaje significativo en relación con el total de defunciones con un 43.6%.

Los accidentes de tránsito ocasionan el 4.3% , y las muertes por inmersión equivalen al 6.4% del total de defunciones. El 45.7% restante corresponde a muertes por causa natural.

MORTALIDAD POR GRUPO ETAREO

GRUPO ETAREO	# DE CASOS POR M. VIOLENTA	%	# DE CASOS M. NATURAL	%	# DE CASOS ACCIDENTE TRANSITO	%	# DE CASOS AHOGAMIENTO	%
1 – 4	0	0	2	4.6	0	0	0	0
5 – 14	0	0	0	0	1	25	1	16.7
15 – 44	28	68.3	5	11.6	2	50	4	66.7
45 – 59	10	24.4	5	11.6	1	25	1	16.7
60 Y MÁS	3	7.1	31	72.1	0	0	0	0
TOTAL	41	100	43	100	4	100	6	100

Fuente: Registraduría Municipal de El Zulia

- ANÁLISIS DEL CUADRO**

El comportamiento de este evento en relación con los grupos de edad muestra que la mayor tasa de mortalidad por muerte violenta se encuentra entre el grupo de 15 – 44 años presentando 10.3 casos por cada 10.000 adultos jóvenes, posteriormente se encuentra el grupo de 45 a 59 años con 3.7 casos por cada 10.000 adultos, y 1.1 casos para el grupo de 60 y más años por cada 10.000 habitantes comprendidos en esta edad; El mayor número de casos se presenta en el sexo masculino con un 96%.

El mayor índice de muerte natural se presentó en el grupo etáreo de 60 y más años con 11.3 casos por cada 10.000 habitantes, presentándose igual proporción en ambos sexos. En relación a la muerte por accidentes de tránsito y ahogamiento, afecto especialmente a la población de 15 – 44 años.

6.2.4 MORBILIDAD ASOCIADA A FACTORES DE RIESGO

- BIOLÓGICOS**

Entre los factores de riesgos hereditarios predominan la hipertensión y la diabetes mellitus.

- MEDIO AMBIENTE**

En El Zulia se presenta gran contaminación ambiental debido a los chircales que se encuentran a su alrededor. El servicio de aseo solo cubren el 71% del área urbana, que

ocasiona la eliminación de las basuras a campo abierto en callejones, cañadas, lotes baldíos etc. En otros sectores tienen como costumbre la quema de basuras en los patios que favorecen la contaminación ambiental y las enfermedades respiratorias.

Acueducto, sólo el 84% de las viviendas poseen acueducto, sin embargo la calidad del tratamiento es apta según los resultados de las muestras llevadas al Laboratorio Departamental de Salud Pública con lo que se cumple con los requisitos del decreto 475 del Ministerio de Salud, se hace necesario aumentar la cobertura a la totalidad de las viviendas; el otro 16% restante tiene conexiones clandestinas al acueducto o se abastece de la toma en los Sectores La Milagrosa y La Alejandra. El agua llega a las casas dos veces por semana, lo que obliga a los usuarios a utilizar tanques de almacenamiento en condiciones poco higiénicas y a la compra de agua a carro tanques, que sumado a la baja educación y costumbre de la población a hervir el agua o a tratarla mediante cloración favorecen la incidencia de enfermedades diarreicas agudas.

En el área urbana sólo el 60% de las viviendas posee alcantarillado, perjudicando la Toma de Borriquero que atraviesa el casco urbano, pues es contaminada por excretas y desechos sólidos de las viviendas cercanas a la misma.

- **CONSUMO DE ALIMENTOS Y MEDICAMENTOS**

En la comunidad existen hábitos alimenticios inadecuados y dietas poco balanceadas que ocasionan la incidencia y prevalencia de la desnutrición infantil en sus diferentes grados, sumado a los episodios de EDA e IRA que son frecuentes en esta población.

En la comunidad Zuliana esta la tendencia a la utilización de la medicina alternativa, como hierbateros, rezanderos que son muy consultados por la comunidad así como también la lectura de cartas y el tabaco ya que muchos consideran que es un servicio rápido y más económico.

- **OCUPACIÓN LABORAL**

En cuanto a la ocupación existen varias microempresas de zapatería, carpintería, artesanía en barro, bolsos, chircales, venta de gasolina, en las cuales no se utiliza medidas de protección laboral (bioseguridad – salud ocupacional) que ocasionan enfermedades respiratorias, accidentes de trabajo, problemas dermatológicos.

- **AMBIENTE SOCIOECONÓMICO**

Otro factor de riesgo es índice de analfabetismo presente en la población del municipio debido a que no toda la población tiene acceso a la educación por los bajos recursos económicos que ocasionan el incremento del desempleo y el comercio informal aumentando el riesgo en la población joven del uso de drogas psico-activas y a la delincuencia.

6.3. DIAGNOSTICO ORGANIZACIONAL DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE EL ZULIA

El Municipio de El Zulia como entidad territorial descentralizada basado en el marco Jurídico de la ley 10 de 1990 que establece la conformación del Sistema de Salud (sector publico, sector privado y entidades mixtas) y define las competencias según los niveles de atención a las diferentes entidades territoriales. La ley 60 de 1993 reglamentaria de la Constitución, que establece las competencias y recursos de la Nación y las Entidades Territoriales y la Ley 100 de 1993, que reglamenta el Sistema General de Seguridad Social en Salud y demás normas que las adicionen o modifiquen, Asume las competencias que le corresponde a través de la dirección local de salud Y el manejo de las Instituciones prestadoras de Servicios de Salud del primer nivel de atención mediante la constitución de las Empresas Sociales del Estado Locales.

Son funciones de la secretaria de Salud Municipal :

- Financiar y administrar el sistema de subsidios para la población más pobre y vulnerable;
- Coordinar y supervisar la prestación de estos servicios;
- Programar la distribución de los recursos del sector Salud a nivel municipal.
- Estimular la participación comunitaria;
- Supervisar y controlar el recaudo de los recursos destinados a Salud.
- Administrar el fondo Local de Salud.
- Elaborar el Plan Local de Salud
- Estimular la atención preventiva, extrahospitalaria y el control del ambiente;
- Desarrollar acciones de inspección, vigilancia y control de las instituciones que prestan servicios de Salud.
- Preparar los estudios y propuestas para el Consejo de Seguridad Social en Salud Municipal y preparar para su consideración los instrumentos y metodologías de focalización de beneficiarios del régimen subsidiado en el área de su jurisdicción;
- Financiar la dotación, construcción, ampliación, remodelación y el mantenimiento integral de las instituciones de prestación de servicios a cargo del Municipio.

6.3.4 DIAGNOSTICO DE LA ORGANIZACIÓN DE LA DIRECCIÓN DE SALUD

El municipio de El Zulia se constituye como municipio descentralizado en Salud en el año 1999 una vez cumplido los requisitos establecidos por la Ley ; constituyéndose y organizándose la Dirección Local de Salud y el fondo local de Salud mediante los siguientes actos administrativos:

- **MARCO LEGAL**

ACUERDO NO.022 DE SEPTIEMBRE 06 DE 1999, por medio del cual se crea y se organiza la Dirección Local Salud y faculta al señor Alcalde para organizar, implementar y desarrollar el Sistema de Seguridad Social en Salud.

Las normas de este acuerdo se aplican a la dirección y demás instancias del Sistema de Seguridad Social que se implementen en el Municipio.

ACUERDO NO. 021 por medio del cual se reglamenta el Fondo local de Salud de el municipio de El Zulia y se deroga el acuerdo 033 de Agosto 24 de 1995

NATURALEZA DEL FONDO DE SALUD: El fondo de Salud del municipio del Zulia, es una cuenta especial en el presupuesto municipal con unidad de caja al interior del mismo, sometido a las normas del régimen presupuestal y fiscal aplicables. La administración del fondo estará a cargo del Alcalde Municipal quien lo podrá delegar en el Director Local de Salud o quien haga sus veces. El ordenador del gasto será igualmente el Alcalde o su delegado.

El tesorero tendrá a su cargo todo lo relacionado con el manejo de los recursos, su recaudo, custodia y desembolso de los mismos. El artículo quinto describe todas las fuentes de financiación del orden Nacional, Departamental y Municipal que conforman todos los recursos del Fondo Local de Salud. Los recursos destinados o que libremente se destinen por parte de la Dirección Municipal de Seguridad Social en Salud, a la financiación del régimen de subsidios en salud y los que formen parte del régimen subsidiado, se manejarán como una cuenta especial, aparte del resto de recursos dentro del fondo Municipal en Salud

DECRETO NO 072 DEL 13 SEPTIEMBRE DE 1999: Por medio del cual se adopta el Plan de Cuentas para el Fondo Local de la Salud del Municipio de El Zulia, Norte de Santander .

Mediante su artículo primero decreta adoptar el Plan de cuentas, aplicable al fondo Local Salud De el Municipio del Zulia, Departamento Norte de Santander, conforme a los lineamientos estipulados en el Plan de Cuentas de la Contaduría General de la nación.

DECRETO NO 071 DEL 13 SEPTIEMBRE DE 1999: Por medio del cual se adapta y se adopta la metodología para la elaboración del Plan Local de desarrollo de Salud de el Municipio de e Zulia, Norte de Santander.

El municipio de el Zulia dará a conocer a sus servidores ésta metodología a los servidores Públicos de la Alcaldía, de la entidad de Salud al Concejo Municipal, a los equipos locales de salud , las instancias de participación social demás personas del equipo líder de salud.

DECRETO NO. 081 DE NOVIEMBRE DE 1999 por medio del cual se adoptan los procedimientos para la programación, ejecución, control, evaluación y seguimiento físico y financiero de los programas de Salud del Municipio de el Zulia.

Considerando que en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 16 de la Ley 60 de 1993 los municipios deben demostrar que se han adoptado los procedimientos para la programación, ejecución, control y evaluación de los programas de salud y formalizar en documento los requisitos que determinen las dependencias u organismos competentes y las relaciones de coordinación entre las mismas. Es función del alcalde como director local de salud vigilar la aplicación de los procedimientos para la programación, ejecución, control y evaluación.

DECRETO NO. 078 DEL 02 DE NOVIEMBRE DE 1999: Por medio del cual se delegan unas funciones.

En base a el artículo 10 del acuerdo Municipal se facultó a el alcalde para que organice la dirección local de salud dotándola de la estructura funcional mas conveniente de acuerdo a las competencias y funciones del municipio.

Se incorpora el cargo de jefe de Oficina mediante acuerdo N0. 050 de 1998 que establece el Plan de cargos de la Administración Central y contara con el apoyo de un grupo funcional constituido por los cargos de: Tesorero municipal y la secretaría de desarrollo social de el Zulia.

Las funciones a delegar serán de tipo contable y Presupuestal y la vigilancia y control general del sistema de seguridad social serán responsabilidad del Alcalde al igual que las funciones de la dirección del sistema de seguridad social, administración y ordenación del gasto del fondo local de salud seguirán a cargo de la Alcaldía Municipal.

El mismo decreto define la CONTRATACIÓN PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CON LAS I.P.S: Con cargo a los recursos del Fondo Municipal de Salud, se podrá celebrar contratos con las Empresas Sociales del Estado, de conformidad al régimen tarifario vigentes a las cuotas de recuperación que regulan la prestación de los servicios de Salud y la forma de otorgar subsidios directos a la población de ACUERDO con el reglamento y con los criterios de Focalización que al efecto expiden el CONPES social.

El fondo de Salud del municipio se registrará por las normas fiscales, presupuestales y contables aplicables al municipio. La Dirección del Sistema Municipal de Seguridad Social en Salud, en Coordinación con la Secretaria de Hacienda prepara el proyecto de presupuesto del Fondo Municipal de Salud, el cual se integrará con el de la Empresa Social del Estado de primer nivel del Municipio.

LA CONTABILIDAD DEL FONDO: Se llevará en una cuenta especial dentro de el sistema general contable de el municipio de El Zulia, de acuerdo a la norma que establezca el

contador General de la Nación. Estos recursos serán depositados en una cuenta especial denominada FONDO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE EL ZULIA Y su control Fiscal estará a cargo de la contraloría departamental.

En ningún caso se podrán variar las destinaciones y el orden de las prioridades de los recursos establecidos en la ley 6 de 1993 y las normas que reglamentan o adicionan los recursos del Situado Fiscal para Salud, las rentas de recaudo Seccional cedida por el departamento al municipio y las otras rentas con destinación específicas para Salud.

EL MANEJO DE LOS RECURSOS DE PARTICIPACIÓN DE INVERSIÓN SOCIAL: Deberán ingresar al Fondo Municipal de Salud, para tal efecto deberán constituirse las subcuentas de que habla el artículo sexto. El Alcalde o funcionario que delegue, en coordinación con el respectivo tesorero, tienen la responsabilidad de realizar el cobro de los recursos establecidos en la ley a favor del fondo Municipal de Salud y de informar a las autoridades nacionales y departamentales competentes sobre la violación de las normas sobre el monopolio de arbitrio rentístico.

6.3.4.1 ANALISIS DEL ENTORNO ACTUAL DE LA SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

El manejo de las competencias de la Secretaria de Salud de el municipio de El Zulia se ve afectado periódicamente por los cambios de administración, influyendo directamente la situación política del momento, en especial el periodo de elección de los mandatarios municipales, quienes de acuerdo a sus compromisos políticos asignan a los funcionarios de libre nombramiento y remoción para desempeñar las funciones requeridas para la programación, ejecución, control, evaluación y seguimiento físico y financiero de la salud del ente territorial, los cuales en muchas ocasiones no cumplen el perfil requerido por lo que son en ocasiones removidos frecuentemente. Situación que ocasiona una escasa gestión administrativa, reflejada en la ausencia de proyectos para el fortalecimiento del órgano de dirección, la falta de continuidad en el desarrollo de las competencias propias de la Secretaria en lo relacionado con actividades como la auditoría a las I.P.S y E.S.E para evaluar la calidad y oportunidad en la prestación de los servicios de salud. Al igual que el seguimiento permanente a la ejecución de los recursos de Salud que permita el flujo oportuno de los mismos, y la vigilancia continua a las ARS para el cumplimiento de las condiciones pactadas para la administración de los recursos del régimen subsidiado.

Igualmente ocasiona el incumplimiento continuo a normas y requerimientos establecidos por los entes de vigilancia y control del orden Departamental y Nacional a los municipios descentralizados en salud, entre otros la no adopción de la estructura presupuestal del Fondo Local de Salud, la no presentación de informes de ejecución del manejo financiero de los recursos en salud durante el año 2003 a la superintendencia Nacional de Salud, el incumplimiento en el pago oportuno a las A.R.S, La no liquidación oportuna de contratos con las A.R.S, entre otros, trajo como consecuencia que actualmente el municipio se encuentre en proceso de decertificación para el manejo de los recursos del sector Salud, situación que compromete a la actual administración en el desarrollo de una

optima gestión que permita demostrar la capacidad del ente territorial para continuar con el manejo de la Salud.

ESTRUCTURA Y ESQUEMA FUNCIONAL VIGENTE:

La estructura de la Secretaria de Salud Municipal se define mediante el acuerdo No. 003 de enero 15 de 2004 por medio de el cual se determina la estructura de la administración central del municipio de El Zulia y las funciones de sus dependencias al igual que las escalas de remuneración correspondientes a las distintas categorías de empleos. La Secretaria de Salud Municipal dentro de la estructura de la administración hace parte del nivel Ejecutivo con la respectiva denominación del cargo de Secretario de Despacho.

Mediante el Decreto No. 006 de enero 16 de 2004 se establece la Planta de personal del Sector Central de la Alcaldía del Municipio de El Zulia, en la que la Secretaria de Salud cuenta con los siguientes cargos:

CARGO	No.	CODIGO	CATEGORÍA	NIVEL
Secretario de despacho	1	020	11	EJECUTIVO
Coordinador	1	501	08	Administrativo
Auxiliar Administrativo	1	550	06	Administrativo

Dentro de los requisitos para el ejercicio de los empleados según el decreto No.006 se define en el nivel ejecutivo: Titulo universitario o titulo de tecnólogo especializado o titulo de tecnólogo o titulo de formación profesional o 3 años de estudios superiores o diploma de bachiller en cualquier modalidad. Para este ultimo caso, además, curso especifico mínimo de sesenta (60) horas relacionado con las funciones del cargo.

Los cargos de coordinador y auxiliar administrativo por hacer parte del nivel administrativo requieren los siguientes estudios: 4 años de educación básica secundaria o 2 años de educación básica secundaria. Para este ultimo caso, además, curso especifico relacionado con las funciones del cargo. Igualmente el decreto No. 006 de enero 16 de 2004 en su articulo 5 en lo relacionado a la vigencia define. El sistema de nomenclatura, clasificación, requisitos y funciones establecidos mediante decreto, regirá a partir de la fecha de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

FUNCIONES LA OFICINA DE SEGURIDAD SOCIAL

La oficina de seguridad social del municipio como una dependencia de la administración Central de la Alcaldía a cargo de un jefe de oficina con cargo correspondiente al grado 01 y sus funciones se incorporaran en el manual de funciones de la Administración.

Dirigir, coordinar, supervisar y realizar la gestión necesaria para la formulación, aplicación y puesta en marcha de políticas, planes y programas relacionados con el sector Salud, tomando como base las directrices nacionales y departamentales.

Programar la distribución de los recursos del sector salud; supervisar y controlar el recaudo de los recursos locales que tienen destinación específica para la salud. Y administrar el fondo local de Salud en coordinación con la Secretaria de Hacienda Municipal.

Dirigir la elaboración del diagnóstico del estado de salud de la población del área de influencia e interpretar los resultados, igualmente coordinar las acciones tendientes a mejorar la salud pública mediante el desarrollo de actividades de promoción, prevención de la enfermedad, control de factores de riesgo y vigilancia en salud pública.

Definir planes, programas y proyectos de salud para el área de influencia a partir del diagnóstico de salud de la población.

Implementar y desarrollar el Sistema general de Seguridad Social en salud en el municipio dado los componentes de aseguramiento, vigilancia y control de la calidad de la prestación de los servicios de salud del primer nivel.

Vigilar la aplicación del sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, definidos por el ministerio de Salud.

Desarrollar labores de inspección, vigilancia y control de las instituciones prestadoras de servicios de salud de primer nivel e implementar y coordinar un sistema de control y auditoría médica para las instituciones de salud del área de influencia.

Velar por la implementación gradual del sistema de aseguramiento en salud con criterio familiar.

Vigilar el cumplimiento de las entidades Administradoras del Régimen Subsidiado, realizando el seguimiento a los contratos suscritos con las ARS y exigir el cumplimiento de las obligaciones pactadas.

Desarrollar e implementar el sistema integral básico de información en salud, tomando como base el plan de desarrollo diseñado para tal fin, manteniendo un sistema de información actualizado de acuerdo a las políticas para tal fin.

Las funciones actuales que se deben fortalecer son las de coordinación y ejecución de los recursos del Fondo Local de Salud ya que a la fecha a pesar de estar constituido, el manejo de los rubros a nivel presupuestal no se encuentran bien definidos por lo que ocasiona gran dificultad al momento de organizar la información para la presentación de los informes requeridos por los diferentes organismos del orden departamental.

Igualmente se deben fortalecer la vigilancia en la aplicación del sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, definidos por el ministerio de Salud. Como también se hace necesario fortalecer las acciones de Interventoría del Régimen Subsidiado.

Dentro de las funciones que se debe implementar a nivel de la Secretaria de Salud se encuentran las de implementar y coordinar un sistema de control y auditoría médica para

las instituciones de salud del área de influencia. Al igual que asumir la competencia de la vigilancia en Salud pública a nivel Municipal, realizando la respectiva asesoría, seguimiento y control a las I.P.S. públicas y privadas para el cumplimiento de la reglamentación en materia de notificación, investigación y seguimiento a los eventos de interés en salud pública.

6.3.4.2 TALENTO HUMANO DISPONIBLE

Actualmente la dirección de salud municipal cuenta con el siguiente personal para el desarrollo de sus funciones:

- 1 secretaria de salud encargada de vigilar y controlar la salud en el municipio, manejar la base de datos tanto del Régimen subsidiado como del contributivo, tener actualizado listados de potenciales beneficiarios y listados de priorizados, dar trámite a las tutelas, derechos de petición y demás aspectos legales de la Secretaría de Salud. Igualmente es la responsable directa de la coordinación del Plan de Atención Básica Municipal, delegando algunas funciones al asistente del PAB.
- 1 Asistente PAB encargado de la elaboración y concertación de los proyectos, la supervisión durante la ejecución, la evaluación y liquidación de los mismos.
- 1 Profesional contratado para realizar Interventoría a los contratos del Régimen Subsidiado.
- La asesoría legal la brinda el asesor Jurídico Municipal.

La secretaria de Salud municipal cuenta con el apoyo de 2 Auxiliares de Campañas directas asignados al Municipio por la U.A.C.D.

6.3.4.3 RECURSOS TECNOLÓGICOS

La Secretaría de Salud cuenta con dos computadores y una impresora para las siguientes funciones:

- Uno donde se maneja la base de datos del régimen subsidiado y correspondencia relacionada con la Secretaría de Salud, y otro utilizado para el manejo de información administrativa relacionada con el Plan de Atención Básica, actualmente no se encuentra en óptimas condiciones.

Dentro de las necesidades actuales que presenta la Secretaría de salud Municipal se encuentran:

- Disponer de una línea telefónica asignada a la secretaria de salud, que facilite la comunicación intersectorial e interinstitucional, especialmente por que debe existir una comunicación permanente con el Instituto Departamental de Salud.
- Realizar el mantenimiento oportuno de los equipos y crear un archivo histórico de la información relacionada con el régimen Subsidiado.
- Disponer de los elementos de papelería necesario para el eficiente desarrollo de las actividades propias de la secretaria.
- Contar con la asistencia periódica de un técnico de saneamiento ambiental asignado por el instituto Departamental de salud.

6.3.5 DIAGNOSTICO ORGANIZACIONAL PRESTACIÓN DE SERVICIOS

ORGANISMOS DE SALUD EXISTENTES Y SERVICIOS QUE OFRECEN

En su totalidad la atención en salud en el Municipio es de primer nivel, con un fácil acceso geográfico a los servicios del 2 y 3 en salud por su cercanía a la Capital del Departamento donde se encuentran ubicados. La red prestadora del primer nivel esta constituida por las siguientes IPS:

- **E.S.E Hospital local Juan Luis Londoño y Puesto de Salud Astilleros**

Para su manejo y dirección la E.S.E esta constituida por un orden jerárquico ,presidida por una Junta Directiva, de la cual forman parte el Alcalde y la Secretaria de Salud Municipal. 1 gerente, responsable de la dirección de las divisiones administrativa, financiera y de atención en salud, el cual es apoyado por un asesor jurídico y un auditor clinico.

La división administrativa esta constituida por :

-1 área administrativa conformada por las secciones de contabilidad, facturación y tesorería.

- El Servicio de Información y Atención al Usuario.
- Archivo
- Almacén

- 1 área de servicios generales conformada por :conductores, personal de Aseo y porteria.

La división de Atención en Salud esta constituida por las áreas de consulta externa, consulta de urgencias, laboratorio clínico, imaginología, odontología, fisioterapia, enfermería y las IPS Periféricas la cual hace referencia al puesto de Salud de Astilleros.

- **Policlínica del Oriente:** su organización Institucional esta conformada por 1 gerente general, una administradora del servicio de Salud responsable del manejo del área de consulta externa, urgencias, hospitalización y Laboratorio Clínico.
- **Centro Medico del Caribe:** esta dirigido por un gerente general encargado de coordinar las áreas administrativa, financiera y de atención en salud.

PORTAFOLIO DE SERVICIOS

INSTITUCIÓN	PROMOCION Y PREVENCIÓN	MEDICINA GENERAL	ODONTOLOGIA	URGENCIAS	HOSPITALIZACION	ATENCIÓN	PEQUEÑA CIRUGIA	ECOGRAFIA	LABORATORIO	TRANSLADO PACIENTE	FARMACIA
E.S.E Hospital local	X	X	X	X	X	X	X		X	X	
Puesto de Salud Astilleros	X	X	X	X	X		X			X	X
Dispensario Corregimiento San Miguel											
Policlínica del Oriente		X	X	X	X	X	X		X		X
Centro Medico y Droguería el Caribe	X	X	X	X	X	X	X		X		X

Fuente: Censo de I.P.S realizado por la Secretaria de Salud Mpal Febrero de 2004

6.3.3 TALENTO HUMANO DISPONIBLE

INSTITUCION DE SALUD	PUBLICA	PRIVADA	TOTAL
Médicos	7	7	14
Bacteriólogos	1	2	3
Odontólogos	1	2	3
Enfermeras	1	2	3
Auxiliares	8	6	14
Promotores	7	2	9
TOTAL	25	21	46

Fuente Ceso de I.P.S realizado por la Secretaria de Salud Mpal febrero - 2004

- **ANÁLISIS DEL CUADRO**

Analizando el cuadro anterior se puede concluir que el 54.3% del personal de salud existente en el Municipio pertenece a la red Pública y el 45.7% restante a la red privada.

La relación de médicos por habitantes nos muestra que existen 5.1 médicos disponibles por cada 10.000 habitantes ($14 / 27292 = 0.0005 \times 10.000$).

La disponibilidad de odontólogos es de 1.1 por cada 10.000 habitantes.
Por cada 10.000 habitantes existe 1.1 bacteriólogos disponibles.

La disponibilidad del personal de enfermería es de 1.1 enfermeras por cada 10.000 habitantes existen 5.1 auxiliares de enfermería por cada 10.000 habitantes.

Las actividades de promoción y prevención extramurales desarrolladas a través de las promotoras nos muestra que hay disponible 3.3 promotora por cada 10.000 habitantes.

Se cuenta con servicio de hospitalización para patologías propias del manejo del primer nivel que en un alto porcentaje corresponden a la atención de la población vinculada.

CAMAS DE HOSPITALIZACION DISPONIBLES

INSTITUCION	CAMAS EN HOSPITALIZACIÓN
E.S.E Hospital Local	6
Centro Médico y D. del Caribe	4
Policlínica del Oriente	8
TOTAL	18

Fuente Censo de I.P.S realizado por la Secretaria de Salud Mpal Febrero 2004

Como se puede observar en el cuadro anterior el 66.6 % de las camas disponibles para hospitalización del primer nivel de atención las Posee la red privada del Municipio y 33.4% restante el sector público.

6.4 DIAGNOSTICO FINANCIERO DE SALUD DEL MUNICIPIO

COMPORTAMIENTO DE LAS COBERTURAS REGIMEN SUBCIDIADO

AÑO	total población nivel 1 y 2	total Afiliados Régimen Subsidiado	%de cobertura Régimen sub respecto a la población nivel 1 y 2
2001	20650	6052	29.3%
2002	26200	7594	28.9%
2003	26558	7865	29.6%

Fuente, Secretaria de Hacienda Municipal 2004

Al observar el comportamiento de las coberturas del régimen subsidiado se observa que la población a subsidiar a aumento significativamente durante el trienio 2001-2003 por lo que las ampliaciones al realizas durante los años 2002 y 2003 apenas permitieron mantener el porcentaje de cobertura para la población priorizada aumentando un 0.3% en comparación con el año 2001.

COMPORTAMIENTO FINANCIERO REGIMEN SUBSIDIADO 2001 - 2003

AÑO	No AFILIADOS	Recursos CONTINUIDAD	Recursos AMPLIACION	FOSYGA	SITUADO FISCAL	ETESA	RENDIMIENTO FINANCIERO FONDO SECCIONAL	TOTAL
2001	6052	253 469 807	7 258 680	397 616 615	157 200 427	15 020 640	57 739 500	888 305 669
2002	7594	728 702 742	41 222 800	331 953 308	3 696 484	10 249 342	0	1 115 824 676
2003	7865	1 199 961 803	1 260 085 111					2 460 046 914

Fuente, Secretaria de Hacienda Municipal 2004

Para el año 2003 las fuentes de financiación para continuidad como ampliación fueron el Sistema general de Participaciones, FOSYGA, aportes del Departamento y los recursos de esfuerzo propio. Para este año los giros del FOSYGA y aportes del Departamento no llegaron al municipio en forma oportuna a 31 de diciembre ocasionando el incumplimiento en los giros a las A.R.S, el monto total de los recursos en mora fueron los siguientes:

“Primero El Zulia y su Gente...”

APORTES DEL DPTO : \$ 98.058.660
 FOSYGA: \$ 108.677.696

COMPORTAMIENTO FINANCIERO DEL PLAN DE ATENCION BASICA-PAB

AÑO	SISTEMA GENERAL DE P.			MUNICIPIO			SALDO VIGENCIA			TOTAL RECURSOS		
	PROGRAM	EJECUTADO	SALDO	PROG	EJECUT	SALDO	PROGRA	EJECUT.	SALDO	PROGRAM	EJECUT	SALDO
2001	--	-	-	-	-	-	-	-	-	50 824 339	26 063 208	24 761 131
2002										52 940 977	52601739	339 238
2003	108 691 027	91 917 506	10 014 465	0	0	0	339 238	339 238	0	109 030 265	91 917 506	10 014 465

Fuente, Secretaria de hacienda Municipal 2004

Para los años 2001 y 2002 no se dispone de información por fuente de financiación ni reposan en la secretaria de Salud Municipal las actas de liquidación de las 2 vigencias, por lo que la información se toma de los archivos históricos de la ejecución presupuestal.

Al observar el cuadro podemos apreciar que durante el año 2001 la gestión para la ejecución de los recursos fue deficiente ejecutándose solo el 51% de los mismos situación que implica que el cumplimiento de las metas programadas para las actividades no se alcanzaran. Para el año 2002 vemos que el incremento de los recursos fue de solo 2'116.638 pesos, pero al contrario del año anterior la gestión en la ejecución de los recursos es del 84% , lo que influye directamente en el incrementos de los recursos del sistema general de participaciones en \$ 55'750.050 para la vigencia 2003, con un cumplimiento del 84% en la ejecución de los recursos programados para este año.

COMPORTAMIENTO FINANCIERO DEL SUBSIDIO A LA OFERTA 2001 – 2003

AÑO	2001	2002	2003
TOTAL recursos Presupuestados	151 181 356	205 313 999	485.992.833

Fuente: Informe Superintendencia de Salud, ejecución presupuestal 2003

Teniendo en cuenta el comportamiento financiero del trienio se observa un incremento progresivo de los recursos para la atención en salud de la población con subsidio a la oferta. Para este año la fuente de financiación es el sistema general de participaciones distribuidos de la siguiente manera \$ 325.713.033 con situación de fondos y \$ 160.279.800.sin situación de fondos. Para los años anteriores la información sobre la distribución no se encuentra disponible.

La contratación para la prestación de los servicios de salud a la población pobre y vulnerable se realiza con la red publica según lo establecido por la ley. Los giros a la E.S.E Local por concepto de prestación de servicios a la población vinculada se realizaron oportunamente.

Dentro de las falencias encontradas durante el periodo 2001 –2003 es la inadecuada organización del fondo Local de Salud en el presupuesto, observándose que no se encuentran claramente definidos los rubros para la ejecución de recursos de acuerdo a las competencias de ley en materia de Salud (subsidio a la oferta, subsidio a la demanda y salud Publica), situación que se ve reflejada en la imposibilidad de dar cumplimiento a los requerimientos del Instituto Departamental de Salud para la presentación correcta de los informes de ejecución del Fondo Local de Salud a la Superintendencia Nacional de Salud.

Otra de las debilidades encontradas en la administración durante el periodo 2001-2003 es la escasa participación del municipio con recursos propios para el sector Salud orientados a fortalecer las acciones de salud publica y la ampliación de coberturas en el régimen subsidiado sin embargo cabe anotar que se adelantaron gestiones para la consecución de recursos que permitieran la adecuación de las instalaciones de la antigua sede de MINERCOL en la I.P.S publica para la atención de la población vinculada.

ANÁLISIS FINANCIERO DE LA E.S.E HOSPITAL LOCAL AÑO 2003

Según el informe presentado por la E.S.E Hospital Juan Luis Londoño a 31 de diciembre de 2003, se observa una buena gestión administrativa ya que es de las pocas Empresas Sociales del Estado a nivel Departamental que demuestra sostenibilidad financiera a través de la venta de servicios, cuya eficiencia administrativa le permitió generar ganancias que podrán ser invertidas a través de proyectos en obras de infraestructura u obtención de tecnología de punta con el fin de mejorar la calidad en la prestación de los Servicios de salud , a continuación se resume el estado de perdidas y ganancias:

Total Ingresos por venta de Servicios	\$ 1003,934,992
Total transferencias corrientes del gobierno	\$ 86.946.996
Mpal.Admón.Descent.E.S.E	
Otros Ingresos Financieros	\$ 6.691.347
TOTAL INGRESOS	\$ 1.097.607.150
TOTAL COSTOS DE VENTAS	\$ 381.581631.20

UTILIDAD BRUTA	\$716.025.518.80
GASTOS	
GASTOS DE ADMINISTRACIÓN	\$601.729.168.65
DEPRECIACIÓN Y AMORTIZACIÓN	\$6.777.888.00
MUEBLES, ENCERES EQUIPOS EN GRAL	
TOTAL GASTOS	\$608.507.056.65
GANANCIAS NETAS	\$107.518.462.15

Los recursos programados para el año 2004 de acuerdo al plan financiero presentado por la E.S.E Local relacionado con ventas de servicios y cuentas por cobrar ascienden a un total de ingresos de \$ 1.034.340.637 que según lo manifestado en el documento cubren perfectamente los gastos programados por el mismo valor.

6.5 PARTICIPACION SOCIAL

La participación social en salud se puede apreciar a través de diferentes actores como:

- Los presidentes de Juntas de acción comunal que gestionan y coordinan con E.S.E Local y la secretaria de Salud municipal la realización de brigadas de salud en el sector rural y zonas de invasión. Realizan seguimiento sobre la carnetización del régimen subsidiado y notifican cualquier irregularidad a la secretaria de salud Municipal. Apoyan al P.A.B Convocando a la comunidad del respectivo sector para el desarrollo de actividades de Promoción de la Salud y Protección específica.
- Las madres FAMI y Tradicionales del I.C.B.F. que apoyan las estrategias de salud desarrolladas en el municipio con el fin de fortalecer los estilos de vida saludables con énfasis en acciones dirigidas a gestantes, menores de 5 años y madres con niños menores de 5 años entre las que se pueden mencionar , manejo de Unidades de Atención comunitaria (UROCs y UAIRACs) en hogares FAMI, Coordinación con el personal de salud la inmunización la población infantil en los Hogares Tradicionales, canalización de gestantes al programa de control prenatal, Fomento de hábitos nutricionales adecuados, identificación de factores de riesgo en gestantes e infantes y canalización a los servicios de salud.
- Líderes comunitarios que participan por iniciativa propia en la vigilancia en salud pública informando en la secretaria de salud Municipal eventos de interés en salud pública que se presentan en su sector, igualmente sirven de cómo canales de comunicación entre las Instituciones de salud y la comunidad para dar solución a problemas en cuanto a la prestación de los servicios por parte de las I.PS y A.R.S presentes en el municipio.

Dentro de las debilidades identificadas se encuentra el escaso interés de la comunidad por conformar veedurías ciudadanas, aunque en la actualidad se cuenta con veedores para la ejecución de las acciones en salud pública su participación no es muy activa.

6.6 SISTEMA DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

Dentro de las funciones de la secretaria de salud se encuentra proponer al concejo territorial de seguridad social en salud, los instrumentos y metodologías de focalización de los beneficiarios del régimen subsidiado y orientar su marcha; incluyendo la administración de los recursos del subsidio para la población más pobre y vulnerable.

La población asciende a 27.292 habitantes según datos suministrados por la oficina del SISBEN municipal de los cuales el 97% se encuentra en los niveles 1 y 2, el 2% pertenece al nivel 3 y el 1% restante pertenece a los niveles 4,5,6. esto significa que el 97% de la población (26.558 habitantes) requieren cobertura en el régimen subsidiado .

EL total de población afiliada al régimen subsidiado es de 7.865 habitantes, los cuales de acuerdo a la distribución por sectores se puede apreciar que el 19.6% corresponde al área urbana un 25.4% corresponde al sector rural.

AFILIADOS AL REGIMEN SUBSIDIADO MUNICIPIO EL ZULIA AÑO 2003

POBLACION	SUBSIDIADOS			
	NIVEL 1	%	NIVEL2	%
URBANO	2.138	26.2	1.264	19.6
RURAL	3.225	45.4	1.238	25.4
TOTAL	5.363	35.1	2.502	22.1
GRAN TOTAL NIVELES 1 Y 2 SUBSIDIADOS			7.865	29.6%

Fuente: Secretaria de Salud Municipal 2004

DISTRIBUCIÓN DE AFILIADOS POR ARS EN EL MUNICIPIO AÑO 2003

A.R.S Ó E.P.S.	AFILIADOS
SOLSALUD	1.674
CAJASALUD	6.191
TOTAL	7.865

Fuente: Secretaria de Salud Municipal 2004

Los beneficiarios del régimen subsidiado se encuentran afiliados a las 2 ARS que hacen presencia en el Municipio, Caja salud U.T con un 79% y Solsalud. con un 21% del total de afiliados al régimen subsidiado.

Actualmente en el municipio de el Zulia se desconoce la población afiliada al régimen contributivo, lo que dificulta la distribución porcentual real de la población dentro del sistema General de Seguridad Social sin embargo se puede decir que solo el 30% de la población con NBI se encuentra afiliada a una A.R.S, el 70% restante tiene acceso a los servicios de salud a través de la red publica como población vinculada con cargo al subsidio a la oferta.

La red prestadora de Servicios por A.R.S de El Zulia es la siguiente:

CAJA SALUD ARS UT

III Y IV NIVEL	HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ LABORATORIO CLINICO IV NIVEL MARIA CLAUDIA RODRÍGUEZ
I,II III NIVEL	DERMATÓLOGO DR. EMIRO ANDRADE IV NIVEL CLINICA LOS ANDES OPTICA CIENTÍFICA II NIVEL DE ATENCIÓN HOSPITAL ERASMO MEOZ
I NIVEL	E.S..E HOSPITAL JUAN LUIS LONDOÑO, CENTRO MEDICO DEL CARIBE, POLICLÍNICA DEL ORIENTE, I.P.S COMFAORIENTE(población desplazados y traslado a otros municipios),CENTRO AMBULATORIO DE CONSULTA EXTERNA Comfanorte, CLINICA METROPOLITANA DE Comfanorte, Prestación de imágenes diagnosticas
	SALUD FAMILIAR S.A. I.P.S: Actividades de salud familiar domiciliaria contenidas en el POS-S

MEDICAMENTOS : DROGUERIA EMANUEL. COM, DROGUERIA SILVA Y Comfanorte en Cúcuta.

SOLSALUD

III, IV NIVEL	DROMEDICA, Bucaramanga incluye suministro de medicamentos para patologías de alto costo, CLÍNICA CANCEROLÓGICA DEL NORTE DE SANTANDER, RADIOTERAPIA DEL NORTE, FRESENIUS MEDICAL CARE, PORCAPS, FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DEL ORIENTE COLOMBIANO
II NIVEL	HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ, CENTRO MEDICO Y URGENCIAS LA SAMARITANA, OPTICA LA CIENTÍFICA LTDA, OPTICA VISUAL, ASOTERAPIA LTDA
I NIVEL	E.S..E HOSPITAL JUAN LUIS LONDOÑO

6.6.1 SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

La Secretaria de Salud municipal y las IPS que prestan los servicios de Salud a los afiliados de las 2 ARS con presencia en el municipio cuentan con el protocolo del sistema de referencia y contrarreferencia definido por cada ARS.

En la referencia urgente de pacientes no se requiere de autorización alguna para el traslado, y es en la IPS remitente donde se toma la decisión pertinente y donde se realizan los tramites para la consecución de la ambulancia y de la cama hospitalaria.

En el caso de referencia urgente ambulatoria o no urgente y su contrarreferencia la ARS asume directamente el procedimiento de tramite de la referencia, el cual incluye todo el apoyo y la información que requiera el usuario durante su proceso de atención. En este caso la IPS a la cual se remite el paciente asume la obligación de entregar un resumen de atención del servicio prestado, que para este caso se constituye en la contrarreferencia.

Cuando la atención no esta cubierta por el POS-S subsidiado y el paciente no presenta riesgo para su vida la ARS asume el proceso de orientación al usuario para facilitar el proceso de intervención a cargo de la entidad territorial en salud.

En términos generales este sistema se desarrollo sin mayor inconvenientes a nivel municipal ya que existe una comunicación permanente entre las IPS y la Secretaria de con los coordinadores de Zona de cada ARS.

Para garantizar el *traslado de pacientes* de las I.P.S municipales hacia los diferentes nivel de atención en el municipio de Cúcuta, las ARS tienen contratado el Servicio de ambulancia con la E.S.E Hospital Juan Luis Londoño la cual cuenta con 3 ambulancias 2 de las cuales realizan el traslado de pacientes del área urbana y rural respectivamente, la

tercera ambulancia permite el traslado del personal medico y paramédico al sector rural para el desarrollo de actividades de promoción, prevención y atención medica de la población cubierta con subsidio a la oferta y a la demanda.

6.7 PLAN DE ATENCIÓN BASICA

Enmarcada bajo la Ley 100 de 1993 en concordancia con las leyes 10 de 1990 , 60 de 1993 y la ley 715 de 2001 el Plan de Atención Básica es la base del Sistema de Seguridad Social. Contemplado dentro de los planes de beneficios del SGSSS, su objetivo es el de lograr un alto impacto social mediante el compromiso de todos los sectores y la participación activa de la comunidad.

Mediante la resolución 0488 de 1996, se reglamenta el Plan de Atención Básica, en el se definen sus componentes, competencias por niveles, su financiación, control y vigilancia. Por ser responsabilidad del estado cada ente territorial descentralizado o no debe formular un Plan de Atención, tomando como base las políticas trazadas a nivel nacional, departamental y teniendo en cuenta las necesidades sentidas por la comunidad y percibidas por los Servicios de Salud.

Para el año 2003 mediante la circular externa No. 000052 de diciembre de 2002 expedida por le ministerio de trabajo y salud, se definen las prioridades en materia de salud Publica y las acciones de obligatorio cumplimiento del Plan de Atención Básica. Enunciándose las siguientes acciones prioritarias en materia de salud publica:

- 1.1 Reducción de las enfermedades inmunoprevenibles, prevalentes de la infancia y mortalidad infantil.
- 1.2 Implementación de la política de salud sexual y reproductiva
- 1.3 Prevención y control de enfermedades transmitida por vectores
- 1.4 Fortalecimiento del plan nacional de alimentación y nutrición
- 1.5 Implementación de la política de salud mental y reducción del impacto en la salud de la violencia.
- 1.6 Promoción de estilos de vida saludable para la prevención y control de enfermedades crónicas.

Siguiendo estas líneas de acción durante el año 2003, se desarrollaron 8 Planes operativos, los cuales reposan como soporte el la Secretaria de Salud Municipal, con el respectivo aval del Concejo territorial de Seguridad Social en Salud, sin embargo no se encontraron soportes sobre concertación, priorización de necesidades y socialización de los mismos con la comunidad, lo anterior debido a que durante el cambio de administración los funcionarios de la Secretaria de Salud no realizaron el respectivo empalme, y los funcionarios salientes no realizaron la entrega de muchas información sobre la ejecución del plan trienal y la evaluación del respectivo impacto.

A continuación se presentan algunas observaciones registradas en el acta de liquidación técnico financiera para el Plan de Atención Básica del año 2003 y su porcentaje de cumplimiento.

Los recursos destinados para la vigencia corresponden a ciento nueve millones treinta mil doscientos sesenta y cinco pesos (\$ 109030,265) de los cuales se ejecutaron en un 91.76%. sin embargo existe una diferencia en el saldo final de ejecución de \$ 930.394.99 entre el valor certificado por la Tesorería Municipal (\$9.111.070.01) y el saldo realmente avalado en los POAS correspondiente a (\$10.014.465). Quedando registrado en el acta como un hallazgo de responsabilidad fiscal que debe ser puesto en conocimiento a los respectivos entes de control.

Dentro del informe técnico registrado por Asesor Departamental se encuentra que no se logro los resultados esperados en algunas actividades programadas en los siguientes planes operativos:

- Enfermedades prevalentes de la infancia (EPI)
- Fortalecimiento de las acciones en Salud Publica
- Enfermedades transmitidas por vectores
- Coordinación y gestión del Plan

Sin embargo no se registra en la misma el porcentaje total de cumplimiento de las acciones desarrolladas durante esta vigencia.

Dentro del informe financiero se realizan observaciones sobre incumplimiento en los requisitos de contratación y la ausencia de algunos como soportes de contratación. Igualmente se realizan algunas observaciones sobre la destinación específica en el manejo de los recursos destinados a las Acciones en Salud Publica. Por lo anterior se puede concluir que la gestión y manejo de los recursos del PAB para la respectiva vigencia no fueron adecuadamente ejecutados.

Por lo anteriormente expuesto se hace necesario que el personal asignado al cargo cuente con un perfil idóneo y se garantice por lo menos un año de continuidad con el fin de evaluar la gestión adelantada para el cumplimiento de las metas establecidas en los planes operativos, que en ultimas tienen como objetivo mejorar el estado de salud de la población del municipio.

- **ACCIONES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DEL REGIMEN SUBSIDIADO
4.01%**

A partir de la expedición de la ley 715 de 2001, se trazaron nuevos lineamientos en torno a las acciones de promoción y prevención que desarrollaban las ARS para su población afiliada, en el artículo 46 de dicha ley se establece que los municipios deben asumir dichas acciones, financiadas con los recursos que se descuenten de la UPC-S en la proporción definida en el acuerdo 229 de 2002 correspondiente al 4.01%.

Dentro de los requerimientos establecidos por el ministerio de salud para la incorporación de las acciones de promoción y prevención del POS-S al plan de atención básica en los entes territoriales para dar inicio a su ejecución a partir del primero de agosto de 2002 se encontraban:

- Consejo territorial de Seguridad Social Constituido
- Que el Plan de atención básica ha sido elaborado bajo la dirección del Consejo Territorial de Seguridad social, o que dicho Plan ha sido presentado al consejo territorial de Seguridad Social.

Una vez cumplidos los requerimientos la alcaldía Municipal debía enviar al Ministerio de Salud copia de la siguiente información:

- Certificado de creación del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud.
- Copia del certificado de elaboración o de revisión del PAB municipal según lo previsto en el artículo 1 de la resolución 0968 de 2002 .

Revisada la documentación anterior el ministerio enviaría la programación de actividades a realizar por el municipio, la cual debía ser revisada y ajustada si hubiere lugar y enviada al ministerio de Salud para su respectiva aprobación.

Dado que la Dirección de Salud pública del Ministerio de Protección Social no recibió a diciembre de 2002 del municipio de El Zulia, la documentación requerida para autorizarlo a asumir las actividades de promoción y prevención del POS-S El Servicio de Salud debió asumir la administración de estos recursos y garantizar la ejecución de las actividades a partir del 01 de febrero de 2003 a 30 de marzo de 2003. Para este periodo se elaboran los siguientes Planes Operativos y se celebran los convenios bajo la modalidad de pago por EVENTO:

- 1- Plan Operativo por un valor de \$ 8'221.483 y se celebró un convenio interadministrativo entre el municipio de El Zulia y la E.S.E Hospital Juan Luis Londoño para la realización de las actividades de detección temprana y protección específica en el POS-S por valor de \$ 7'564.040. los restantes \$ 757.443 pesos programados como imprevistos no fueron comprometidos en el convenio.
- 2- Plan Operativo del 01 de abril al 30 de septiembre por valor de \$ 27'501.573 de los cuales \$3'084.973 corresponden a promoción e imprevistos, el convenio interadministrativo entre el municipio y la E.S.E Local se celebró por valor de \$ 24'416.600 correspondiente al monto programado para las actividades de prevención.
- 3- OTROSI al convenio interadministrativo del 01 de octubre al 30 de noviembre de 2003 por valor de \$3'856.330 pesos correspondiente a las actividades de prevención . para las actividades de promoción se programaron \$491.564,12 pesos que no fueron comprometidos en el convenio, Fueron destinados para el suministro de fotocopias y útiles de oficina por valor de \$478.000 pesos m/te.

- 4- OTROSI al convenio interadministrativo del 01 de diciembre al 31 de marzo de 2004 por valor de \$ 18' 334.346.08, pesos en el que se comprometen el 100% de los recursos programados en el Plan Operativo.

Dentro de las actividades de promoción realizadas por la E.S.E Juan Luis Londoño se encuentran tamizajes de agudeza visual, atención del joven, promoción de la salud en la tercera edad, educación a los afiliados al régimen subsidiado. Las cuales no especifican cantidades en los informes encontrados en los archivos de la secretaria de salud municipal. Igualmente dentro de los soportes no se encuentran informes escritos donde especifiquen el porcentaje de cumplimiento de las actividades del 4.01% y el monto total ejecutado por Plan Operativo. Se deduce de acuerdo a los oficios encontrados emanados por El instituto Departamental de Salud que dichos informes fueron presentados pero no dejaron copia de archivo en la Secretaria de Salud Municipal.

6.8 VIGILANCIA Y CONTROL

Con el fin de actualizar la información de la población Sisbenizada en el municipio para el año 2003 se aplico en todos los sectores tanto del área urbana como rural del municipio la nueva encuesta del SISBEN, la cual permitió identificar la población mas vulnerable y clasificar la población según los niveles del SISBEN. Para el segundo semestre del 2004 se espera entregar el 100% de las fichas a los grupos familiares encuestados permitiendo identificar errores cometidos durante este proceso. Igualmente permitirá realizar la respectiva depuración a la base de datos del Régimen subsidiado para aquellos grupos familiares que no se encuentren clasificados en los niveles 1 y 2 de la nueva encuesta y que a la fecha son favorecidos con los beneficios de este régimen.

En cuanto a los requisitos mínimos esenciales de las I.P.S con presencia en el municipio la Secretaria de Salud Municipal realizo el diligenciamiento de los formatos suministrados por el Instituto Departamental de salud para realizar el respectivo seguimiento a las IPS publicas y privadas, los cuales reposan en los archivos de la secretaria de salud y donde se verifica que las IPS están habilitadas para la prestación de los servicios ofertados en su portafolio.

Con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en el Acuerdo 77 de 1.997, en cuanto a la obligación que tienen los entes territoriales de supervisar el cabal cumplimiento de las obligaciones a cargo de las Administradoras del Régimen Subsidiado, se realizo la contratación desde el inicio del periodo contractual de un profesional para realizar la Interventoria del régimen subsidiado, el cual presenta mensualmente el informe de las actividades realizadas para el cumplimiento de las obligaciones de las ARS y el seguimiento al flujo de los recursos destinados a la financiación de la atención en salud de la población cubierta con subsidio a la demanda, igualmente es su responsabilidad presentar los informes requeridos por el Instituto Dptal de Salud sobre el tema y garantizar el suministro de la respectiva información para los informes requeridos por la superintendencia Nacional de salud y los demás entes de control.

7. PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE LA SALUD

7.1. IDENTIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE LA SALUD

Con el fin de realizar la priorización de los problemas de Salud se hace necesario identificar los factores de riesgo que inciden directamente en la presencia de enfermedades que afectan a los habitantes del municipio.

En este momento se identifica el grupo de los problemas de salud y de la prestación de los servicios públicos asociados al problema.

Situación de vectores:

Debido a su condición geográfica el 44% de la población se encuentra ubicada en el sector rural donde existen condiciones climáticas para la presencia de vectores transmisores de enfermedades como la leishmaniasis, Chagas, fiebre amarilla y paludismos estas dos ultimas por su proximidad a la zona selvática del catatumbo de las veredas que limitan con el municipio de Sardinata. En el área urbana se encuentra el vector transmisor del dengue, patología que se puede considerar como endémica en el municipio.

Hábitos y costumbres:

En la parte nutricional, los múltiples factores condicionantes presentes en las familias en su mayoría numerosas (en promedio de 6 miembros) como el bajo nivel económico y educativo, influyen en el consumo de una dieta poco balanceada que afecta directamente a la población infantil encontrando altos porcentajes de desnutrición global y crónica en la población menor de 12 años.

Se tienen muchos hogares con mujeres cabeza de familia que debe trabajar y dejar a sus hijos encerrados o al cuidado de otros vecinos.

Problemas de salud:

Infecciones respiratorias agudas (IRA), enfermedad diarreica aguda (EDA), poliparasitismo intestinal, desnutrición, enfermedades de la piel, paludismo y dengue son las principales enfermedades que afectan a sus pobladores, como consecuencia de:

- Inundaciones,
- Estancamiento de aguas en solares y calles por mal drenaje de aguas lluvias,
- Consumo de agua no tratada
- Alcantarillado drena sus desechos directamente al río

- Hacinamiento
- Malnutrición
- Incremento de asentamientos humanos con población desplazada
- Por irregularidad en el suministro de agua, se tienen tanques de almacenamiento sin tapa adecuada, sirviendo como criaderos de mosquitos.
- Manipuladores de alimentos no cumplen con las normas establecidas de acuerdo a los cursillos que recibieron.
- No aplicación de buenos hábitos higiénicos
- Poca utilización de la lactancia materna

Morbi-mortalidad materna y perinatal debido a:

- El difícil acceso a los Servicios de Salud de las gestantes del sector Rural que les dificulta la asistencia a los controles prenatales en forma oportuna y periódica, aumentando el riesgo de mortalidad materna y perinatal .
- El aumento en la incidencia de embarazo en adolescentes con un alto porcentaje de inasistencia a los controles prenatales.
- Los escasos conocimientos de las maternas y madres lactantes sobre las practicas adecuadas en la lactancia materna y el inicio de la alimentación complementaria en los lactantes que aumentan los factores de riesgo de desnutrición infantil.
- baja cobertura de las gestantes del nivel 1 y 2 en el régimen subsidiado que le dificultan el acceso a los servicios de salud para la identificación oportuna y tratamiento de patologías del embarazo, que trae como consecuencia el aumento de remisiones al tercer nivel para la atención de partos de alto riesgo.

Morbilidad en salud mental

Tomando como base el diagnostico de salud mental elaborado en el año 2003 se puede concluir que :

La recreación no ofrece ninguna alternativa de aprovechamiento del tiempo libre ya que se carece de eventos que estimulen cualquier actividad lúdica.

El uso inadecuado de sitios como estaderos bailables, lugares de juego como billares y bingos a donde acuden los fines de semanas gran cantidad de jóvenes y hombres a consumir alcohol y a practicar juegos, no haciendo uso adecuado de su dinero y olvidando sus obligaciones y responsabilidades para con el hogar.

La violencia intrafamiliar ocurre en un 48% de la población, seguida de las lesiones personales con un 45% y la inasistencia alimentaría con un 27%.

Los problemas de salud mental percibidos por la comunidad como los mas frecuentes son el conflicto social, el alcoholismo y la drogadicción a edades tempranas, los embarazos en adolescentes y la violencia intrafamiliar. Manifestando como causas el desempleo y la falta de oportunidades, la pobreza, ausencia de dialogo y afecto, pautas inadecuadas de crianza, amenazas, escasa capacitación sobre relaciones humanas, ausencia de alternativas de aprovechamiento del tiempo libre.

En cuanto a la afiliación al sistema general de seguridad social solo el 1.7% de la población con problemas de salud mental posee régimen contributivo y el 47.3% régimen subsidiado el 51% restante se encuentran vinculados al sistema mediante el Sisben.

Tomando como base las estadísticas presentadas por instituto departamental de salud a nivel Departamental el 6.8% de la población del Zulia presenta alguna enfermedad mental.

Enfermedad sin tratamiento: 1,7%
Intento de suicidio : 3.4%
Agresión física: 10.2%
Agresión verbal: 20.3%
Alcoholismo: 28.8%
Depresión : 18.8%
Ansiedad: 11.9%

7.1.1 PRIORIZACION DE LOS PROBLEMAS DE SALUD

Teniendo en cuenta los problemas de morbilidad y mortalidad además de los factores de riesgo presentes en la población del municipio se realiza la priorización de los problemas de salud mediante la concertación con la comunidad en general para tal fin se empleo la matriz de métodos combinados ya que este tipo de cuadro facilita analizar cada una de las enfermedades o problemas identificados, asignándose un puntaje que nos permitirá definir el orden de importancia para su intervención.

Este proceso complementa la información del diagnostico epidemiológico del municipio, el cual contiene un análisis de la morbilidad y mortalidad con la que se elaboran los Planes operativos para las acciones de salud publica a desarrollar en el cuatrenio 2004 - 2007.

Es importante resaltar que en la concertación se socializan las causas de morbilidad reportadas por las I.PS y registradas en este documento; durante la la aplicación de la matris de priorización se registran todos los problemas de salud sentidos por la comunidad y se procede a priorizar según el puntaje obtenido por las diferentes variables.

Tanto los problemas percibidos por los servicios de salud como los sentidos por la comunidad serán tenidos en cuenta para a elaboración de planes o proyectos ajustándose igualmente a la disponibilidad de recursos y a las políticas trazadas a nivel nacional en materia de Salud.

MATRIZ DE METODOS COMBINADOS

PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD SENTIDOS POR LA COMUNIDAD

ENFERMEDAD O PROBLEMA	FRECUENCIA	GRAVEDAD	PERCEPCIÓN DE LA COMUNIDAD	VULNERABILIDAD	TOTAL PUNTOS	No.
EMBARAZO EN ADOLESCENTES	22	12	22	0	76	1
DENGUE	20	13	25	16	74	2
INFECCIÓN DE TRANSMISION SEXUAL	16	23	14	14	67	3
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	14	20	13	16	63	4
INFECCIÓN RESPIRATORIA	19	16	17		52	5
INFECCIÓN DIARREICA	15	1	15	21	52	6
DESNUTRICIÓN INFANTIL	11	12	11	16	50	7
CANCER DE CERVIZ		17	13		30	8
SÍNDROME ANEMICO		14		12	26	9
ENFERMEDADES DE LA PIEL	1	1	1	12	25	10
POLIPARASITISMO INTESTINAL	12			12	24	11
TUBERCULOSIS		12			12	12
TOTAL	130	141	141	139	551	

Como se puede observar los 4 primeros problemas de salud percibidos y priorizados por la comunidad no se registran específicamente dentro de las 10 primeras causas de consulta externa para el año 2003 de los cuales 2 son considerados por la comunidad como los mas graves, estos son las I.T.S y la violencia intra familiar.

A pesar de la alta incidencia de la enfermedad diarreica en la población infantil siendo la 2 causa de consulta durante el año 2003 la comunidad considera que es un problema fácil de solucionar al igual que la incidencia del dengue y los problemas de violencia intra familiar.

**PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD
CONCERTADOS CON LAS IPS**

ENFERMEDAD O PROBLEMA	FRECU ENCIA	GRAVE DAD	PERCEPCIÓN DE LA COMUNIDAD	VULNERA BILIDAD		TOTAL PUNTOS	No.
				FAC TIBLE	BAJO COSTO		
Población pobre y vulnerable que demanda los servicios de salud sin la ficha del SISBEN	11	10	13	8	4	46	1
Insatisfacción de los usuarios en la asignación de citas por la E.S.E	3	1	14	7	8	33	2
Subutilización de los servicios de salud por los usuarios	9	8	3	2	4	26	3
Bajas coberturas en los programas de detección temprana y protección específica	2	6		7	5	20	4
Desconocimiento del SGSSS de los usuarios del régimen Subsidiado	3	4	5	3	4	19	5
Debilidad en las estrategias para inducción a la demanda de P y P por la E.S.E	3	5	1	4	2	15	6
Falta de elementos y equipos para el desarrollo de las actividades de P Y P en la E.S.E	1	2		5	5	13	7
Falta de actualización permanente al personal de salud	3	5		1	1	10	8
Poca amabilidad en la atención al usuario por parte del personal de salud en la E.S.E	1		4	1	4	10	9
Ausencia del servicio de laboratorio de urgencias nocturno en la E.S.E	3	1	2	1		7	10
Falta de un área exclusiva y adaptada para esterilización en la E.S.E	3	2		1		6	11
Se Carece de un salon de reuniones para educación en salud a la comunidad y actualización del personal	1	1	1			3	12
TOTAL	43	44	43	40	37	208	

Si observamos los 5 problemas de los servicios de salud priorizados encontramos que 3 de ellos son factores externos que afectan la atención del usuario por parte del personal de salud, estos son:

- ◆ Población pobre y vulnerable que demanda los servicios de salud sin la ficha del SISBEN, situación que genera molestias entre el personal de salud que exige como mínimo requisito la ficha del Sisben para la prestación del servicio y la comunidad que ve obstaculizado el acceso a los servicios de salud por este requisito.
- ◆ Subutilización de los servicios de salud por los usuarios: en este punto el personal de salud hace énfasis en el inadecuado uso que realizan los usuarios al servicio de urgencias donde un alto porcentaje de la consulta es de manejo por consulta externa, igualmente la comunidad solicita consulta médica para atención de los programas de Planificación familiar, control prenatal y control de crecimiento y desarrollo sin estar inscritos en los respectivos programas lo que no permite demandar el servicio según los protocolos de manejo de la resolución 412.
- ◆ Desconocimiento del SGSSS de los usuarios del régimen Subsidiado: esto hace referencia a que los usuarios del régimen subsidiado frecuentemente manifiestan inconformidad en la atención institucional por no generar ordenes de medicamentos, paraclínicos y remisiones para especialistas para procedimientos quirúrgicos que no cubre el POS-S subsidiado.
- ◆ Los demás ITENS hacen referencia a problemas propios de la institución que afecta la prestación de los servicios con calidad.

8. ALTERNATIVAS DE SOLUCION

El Objetivo de este modulo es el de determinar las alternativas de solución que permitan intervenir los problemas de salud y servicios de salud identificados para la ascensión gradual y eficiente de las funciones asignadas.

A continuación encontraran según componente a intervenir los objetivos, estrategias, metas e indicadores de cumplimiento para el logro de los objetivos propuestos. Cabe anotar que el modulo de evaluación se discriminan con mayor detalle los indicadores que permitirán evaluar las intervenciones programadas para mejorar en un gran porcentaje las falencias del sector salud registradas en el presente Plan, el cual depende de la disponibilidad del recurso humano y financiero con el que cuente el municipio y la gestión que adelante la administración municipal para la consecución de los mismos.

9. DESARROLLO DEL PLAN

9.1 PROYECTOS DE SALUD PUBLICA

✓ **NOMBRE DEL PROYECTO:**

REDUCCIÓN DE ENFERMEDADS INMUNOPREVENIBLES, PREVALENTES EN LA INFANCIA Y MORTALIDAD INFANTIL, EN ELL MUNICIPIO DE EL ZULIA 2004 (E.P.I)

OBJETIVOS

- Garantizar la vacunación del 95% de la población maternoinfantil objeto del programa de inmunizaciones en forma oportuna, con calidad y según régimen de aseguramiento.
- Disponer de un equipo de salud capacitado y motivado para el desarrollo de las acciones del programa.
- Alcanzar y mantener coberturas de vacunación en la población del PAI.
- Promover y divulgar las jornadas de vacunación.
- Garantizar el suministro de insumos básicos para el desarrollo de las jornadas de vacunación
- Garantizar la contratación y desplazamiento de personal de vacunación para la realización de censos de vacunación y monitoreos rápidos de coberturas.

ACTIVIDADES

- Conformación del comité intersectorial e interinstitucional de vacunación.
- Asistencia técnica, monitoreo y vigilancia del cumplimiento de las normas técnicas y guías de atención del PA.I, en E.S.E, EPS, ARS e I.P.S publicas y privadas.
- Dos talleres programados a funcionarios de salud sobre el PAI.
- Cuñas radiales, perifoneo, pasacalles y apoyo logística para las jornadas de vacunación.
- Programar, coordinar, ejecutar y evaluar los 4 monitoreos rápidos de vacunación para medir coberturas.
- Fortalecer las acciones de vigilancia en salud publica en la investigación de casos y búsqueda activa de parálisis flácida, sarampión, fiebre amarilla y demás enfermedades inmunoprevenibles objeto del P.A.I

- Compra de 2 termos
- Contratación de 8 vacunadoras y apoyo logístico para desplazamiento a veredas

Costos: \$ 55'100.000 pesos anuales, que serán financiados con recursos del Sistema General de Participaciones, durante el período 2.004-2007.

Metas:

- Se han Logrado coberturas de vacunación materno infantil del 95% según régimen de aseguramiento
- Se Dispone de personal capacitado y motivado para el desarrollo de las acciones del programa.
- Se Logra el 95% de las metas de vacunación programadas para cada una de las jornadas de vacunación.
- Se ha garantizado la conservación y mantenimiento optimo del biológico en el municipio.
- Se han desarrollado los censo de vacunación y monitores programados

Control de Ejecución:

Veedurías ciudadanas

Evaluación:

Verificación del porcentaje de ejecución presupuestal al final del Proyecto.
Cumplimiento de actividades metas y objetivos.

✓ **NOMBRE DEL PROYECTO:**

ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA EDA, IRA, EL ZULIA 2004

OBJETIVOS

- Disminuir en un 45% la morbilidad por E.D.A en la población menor de 5 años
- Disminuir en un 4% la morbilidad por Neumonía en la población menor de 5 años.

ACTIVIDADES

- apoyo logístico y técnico en las capacitaciones AIEPI
- Capacitación a líderes de las UAC sobre EDA- IRA
- Realizar monitoreo continuo al cumplimiento de la norma.
- Realizar evaluación al proyecto EDA , IRA en el municipio.
- Mapa de riesgo para EDA e IRA
- Mapa de ubicación de las UAC.

- coordinar con la alcaldía el plan de acción para disminuir la morbimortalidad por E.D.A - IRA.
- Realizar COVE Municipal y socializar norma técnica de EDA - IRA

Población Beneficiada con la realización del Proyecto: Población Infantil

Costos: \$ 1'280.000 pesos anuales, que serán financiados con recursos del Sistema General de Participaciones, durante el período 2.004-2007.

Metas:

- morbilidad por EDA en la población menor de 5 años disminuida en un 12% en el municipio.
- Morbilidad por neumonía disminuida en un 10% en la población menor de 5 años.
- Disposición de una línea de base para mortalidad por EDA- IRA en menores de 5 años
- Implementación de la estrategia AIEPI en un 50%.
- Continuar como municipio centinela para E.D.A , IRA,
- Unidades de atención comunitaria dotadas y funcionando para la EDA –IRA en la atención de niños menores de 5 años en un 50%.
- Se realiza vigilancia en las IPS publicas y privadas en el cumplimiento de la norma técnica para EDA e IRA.

✓ **NOMBRE DEL PROYECTO:**

FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES EN SALUD PUBLICA VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO EN EL MUNICIPIO DE EL ZULIA AÑO 2004.

OBJETIVOS

- Fortalecer la gestión de la vigilancia del 100% de los eventos de interés en salud publica.
- Garantizar la vigilancia y el seguimiento a los eventos de obligatorio cumplimiento.
- Implementar y desarrollar el sistema de información para la vigilancia.
- Garantizar el análisis del 100% de los eventos de obligatorio cumplimiento

ACTIVIDADES

- Perfil epidemiológico que presente el análisis de la situación de salud del municipio.
- Realizar mensualmente reuniones del COVE.
- Realizar búsqueda activa comunitaria
- Realizar búsqueda activa institucional
- Garantizar en un 100% la notificación semanal y eventos de interés en salud publica
- Ampliar la cobertura de unidades notificadoras

- Garantizar el 100% de la toma de muestras de los eventos de interés en salud Pública.
- Compra de insumos para la toma de muestras de eventos de interés en salud pública.
- Envío de muestras de interés en salud pública al laboratorio Dptal.

Costos: 19'944.158 pesos anuales, que serán financiados con recursos del Sistema General de Participaciones y el municipio, durante el período 2.004-2007.

Metas:

- El 100% de los eventos de interés en salud pública se han notificado.
- La secretaria de salud Municipal consolida y analiza los eventos de interesen salud pública.
- El 100% de las IPS del municipio notifican los eventos de enteres en salud pública.
- Elaborar convenio que garantice el análisis del 100% de la muestras.

Control de Ejecución:

Veedurías ciudadanas

Evaluación:

Verificación del porcentaje de ejecución presupuestal al final del Proyecto.
Cumplimiento de actividades metas y objetivos.

✓ **NOMBRE DEL PROYECTO:**

FORTALECIMIENTO DEL PLAN NACIONAL DE ALIMENTACIÓN, NUTRICION E IMPLEMENTACION DE LA POLÍTICA NACIONAL DE SEGRIDAD ALIMENTARIA, NUTRICIONAL Y LACTANCIA MATERNA EN EL ZULIA AÑO 2004

OBJETIVOS

- Fortalecer la gestión de vigilancia del 100% de los eventos de interés en salud pública.
- Garantizar la vigilancia y seguimiento a los eventos de obligatorio cumplimiento.
- Implementar y desarrollar el sistema de información para la vigilancia
- Garantizar el análisis del 100% de los eventos de obligatorio cumplimiento.

Población Beneficiada con la realización del Proyecto:

- Población infantil menor de 5 años del municipio
- Estudiantes de las 2 escuelas seleccionadas para el desarrollo de las granjas escolares

ACTIVIDADES

- apoyo logístico y técnico en las capacitaciones AIEPI
- Capacitación a líderes de las UAC sobre EDA- IRA

- Realizar monitoreo continuo al cumplimiento de la norma.
- Realizar evaluación al proyecto EDA , IRA en el municipio.
- Mapa de riesgo para EDA e IRA
- Mapa de ubicación de las UAC.
- coordinar con la alcaldía el plan de acción para disminuir la morbimortalidad por E.D.A - IRA.
- Realizar COVE Municipal y socializar norma técnica de EDA - IRA

Costos: El Proyecto asciende a 5'050.000 pesos anuales, que serán financiados con recursos del sistema general de participaciones

Metas:

- disminución en un 6% de la tasa de prevalencia de desnutrición aguda
- disminución en un 6% de la tasa de desnutrición global
- disminución de un 6% de la tasa de prevalencia de desnutrición crónica
- Planes de seguridad alimentaria en el 13,3% de las escuelas rurales.
- Tasa de lactancia materna exclusiva incrementada en un 2.5%.
- Tasa e lactancia materna continua aumenta en un 5%
- Cobertura del 15% de las gestantes del Municipio con suministros de micronutrientes

Control de Ejecución:

Veedurías ciudadanas

Evaluación:

Verificación del porcentaje de ejecución presupuestal al final del Proyecto.
Cumplimiento de actividades metas y objetivos.

✓ **NOMBRE DEL PROYECTO:**

IMPLEMENTACION DE UNA POLÍTICA DE SALUD MENTAL, REDUCCIÓN DEL IMPACTO DE LA VIOLENCIA EN SALUD Y REPRODUCCIÓN DE LA DEMANDA DE LA SUSTANCIA PSICOACTIVAS.

OBJETIVOS

- Reducir el impacto de la enfermedad mental en las condiciones de la salud general de la población zuliana año 2004-2007.

Población Beneficiada con la realización del Proyecto:

Población con patologías mentales.

ACTIVIDADES

- un encuentro de sensibilización para la conformación de la red de apoyo social.
- Elaboración de censo de la población con patologías mentales con la red
- Capacitación para el diseño e implementación de la guía de atención de las víctimas de la violencia y de abuso sexual a la red de apoyo social.
- Socialización del protocolo de atención a las víctimas de la violencia y de abuso sexual a la red de apoyo social. capacitación a representantes de las I.P.S. ARS, para la implementación de las guías.
- Notificación mensual al Instituto Departamental de salud de los casos detectados.
- Eventos de capacitación a representantes de las I.P.S y A.R.S sobre la aplicación de las guías de detección precoz y atención de urgencias en problemas relacionados con la salud mental.
- Implementación de las guías de detección precoz y atención de urgencias en problemas relacionados con la salud mental.
- Monitoreo a las historias clínicas para identificar atención y tratamiento a la población en control de enfermedad mental y monitoreo de las actividades.
- Dos eventos de sensibilización y capacitación con la red interinstitucional pertenecientes al municipio de El Zulia. Con el fin de adelantar acciones de promoción de factores de riesgo en el consumo de alcohol.
- 2 eventos de fortalecimiento a la red de apoyo social para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en especial el alcohol.
- 2 eventos regionales de capacitación para el diseño y producción de estrategias de comunicación dirigidas a la promoción de factores protectores y prevención de riesgo en la salud mental.
- 4 eventos a de capacitación con estrategias IEC a la red interinstitucional para la promoción de factores protectores y prevención de factores de riesgo Para El consumo de alcohol.
- Dos eventos de fortalecimiento de la red afectiva con estudiantes de la zona rural y urbana.
- Dos eventos de capacitación para el diseño de estrategias de comunicación dirigidas a la convivencia pacífica.
- 4 eventos de capacitación con estrategias IEC a las redes de apoyo social y prevención de factores de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas y el alcohol.
- 3 eventos regionales de capacitación a representantes de las escuelas saludables en la implementación de la estrategia manejo de sentimientos y mociones de habilidades para la vida.
- Implementación de la estrategia en las escuelas saludables.

Costos: El Proyecto tiene un valor de 4.320.000 pesos anuales, que serán financiados con recursos del sistema general de participaciones.

Metas:

- El 6.8% de las familias de los enfermos mentales de el Zulia reciben tratamiento.

- Se han implementado en un 50% de las I.P.S el sistema de información y registro que permite el seguimiento, la evaluación y la toma de decisiones de problemas mentales en las instituciones del municipio.
- se ha institucionalizado las acciones de salud mental en el 50% en las instituciones del municipio y el 5% reconoce la salud mental como parte de su cotidianidad.
- Crear en el 10% de la población una cultura de autocuidado específico tendiente a modificar estilos de vida no saludables relacionados con salud mental.

Control de Ejecución:

Veedurías ciudadanas

Evaluación:

Verificación del porcentaje de ejecución presupuestal al final del Proyecto.

Cumplimiento de actividades metas y objetivos.

✓ **NOMBRE DEL PROYECTO:**

PROMOCION DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA CON ÉNFASIS EN LA PREVENCIÓN DE ITS, VIH – SIDA.

OBJETIVOS:

- El 100% de la población gestante del municipio se encuentran en el programa de control prenatal.
- Garantizar la oferta del programa de planificación y lograr el 80% de la población se beneficie del programa de planificación familiar.
- Disminuir el embarazo en adolescentes en edades entre los 15 y 18 años en un 50%
- Mejorar la oferta en cuanto a la calidad, cobertura y oportunidad para la detección temprana del cáncer de cuello uterino mediante la toma de citología Cervico uterina en el 90% de la población objeto.
- Fortalecer las acciones de P Y P para la reducción de las ITS- VIH/SIDA en un 80% de la población del municipio.
- Incrementar en un 40% la detección y atención integral a las víctimas de la violencia doméstica y sexual.

Población Beneficiada con la realización del Proyecto:

- Mujeres en edad fértil y gestantes del municipio.
- adolescentes entre edades de 15 a 18 años

ACTIVIDADES

- Desarrollo de estrategias IEC que promuevan la capacitación temprana de la gestante y su adherencia a los programas de control prenatal y la atención del parto institucional.
- Difusión e implementación de las normas y guías de maternidad segura dirigidas a las I.P.S.
- Monitoreo y seguimiento del cumplimiento de las acciones de detección temprana, protección específica y atención de la maternidad segura.
- Diseño e implementación de estrategias IEC dirigidas a promover el acceso de la población a los diversos métodos de planificación familiar.
- Difusión e implementación de la norma técnica de planificación familiar.
- Monitorear el 100% de las IPS públicas y privadas para el cumplimiento de la norma técnica de planificación familiar.
- Promoción de la SSR de las adolescentes mediante la estrategia IEC en coordinación con el sector educativo y demás sectores relacionados.
- Promover en las IPS el desarrollo de servicios de atención integral a las adolescentes..
- Evaluar la percepción de las adolescentes sobre las acciones y servicio de SSR dirigidas a ellos, planificación familiar y comportamientos de riesgo.
- Suministro de métodos de anticoncepción hormonal de barrera y emergencia a la población adolescente no asegurados al SGSSS, en condiciones de desplazamiento, zonas marginales y de riesgo.
- Desarrollar estrategias IEC para promover la toma de CCV y la prevención de los factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino.
- Difusión e implementación de la norma técnica de detección temprana del cáncer de cuello uterino.
- Monitoreo y seguimiento del cumplimiento de la norma técnica de cáncer de cuello uterino.
- Desarrollo de estrategia IEC para promover el ejercicio de una sexualidad responsable sana.
- Difusión e implementación de la norma técnica y guías de atención de la sífilis gestacional y congénita. ITS VIH/SIDA.

- Monitoreo y seguimiento de los cumplimientos de las acciones de normas técnicas y guías de atención de la sífilis gestacional y congénita ITS, VIH/SIDA.
- Promover la realización de la prueba de VIH a mujeres en embarazo.

- Desarrollar estrategias para la promoción del uso del condón.
- Impulsar procesos de negociación y concentración interinstitucional e intersectorial para la reproducción de la vulnerabilidad y atención de las ITS, VIH/SIDA para los grupos vulnerables.

- Implementación de modelo de atención integral de la violencia y abuso sexual en la red de instituciones prestadoras de servicios.

- Monitoreo y seguimiento del cumplimiento de las acciones de guías de atención a la mujer y del menor maltratado en la población asegurada.

- Garantizar anticoncepción de emergencia y prevención de ITS a la población vinculada víctima de la violencia sexual.

- Promover la conformación de servicios y redes de prevención y detección y atención integral a las víctimas de la violencia doméstica sexual.

Costos: El Proyecto tiene un valor de 4.100.000 pesos anuales, que serán financiados con recursos del sistema general de participaciones.

Metas:

- Mejoramiento en un 80% de la cobertura en la IPS para la atención a la población gestante del municipio.
- 100% de las instituciones de la salud tienen comités de vigilancia de la mortalidad materna y perinatal establecida y operando.
- 100% de las IPS han implementado normas y guías de atención y SRR.
- El 60% de la población sexualmente activa tiene acceso a métodos de la PF confiables y aceptables y seguros.
- Monitorear el 100% de las I.P.S para el cumplimiento de la norma en planificación.
- 70% de la población adolescente cubierta con estrategias IEC en SSR.
- Disminuir el embarazo en adolescente en edades entre los 15 y 18 años.
- 90% de las IPS con servicios integrales para las adolescentes.

- 80% de los adolescentes no asegurados cubiertos con métodos de anticoncepción hermanal, de barrera y emergencia.

Control de Ejecución:

Veedurías ciudadanas

Evaluación:

Verificación del porcentaje de ejecución presupuestal al final del Proyecto.
Cumplimiento de actividades metas y objetivos.

✓ NOMBRE DEL PROYECTO:

TAMIZAJE EN SALUD VISUAL EN LA POBLACIÓN ESCOLAR AREA URBANA PRIORIZADA EN EL MUNICIPIO DE EL ZULIA AÑO 2004.

OBJETIVOS:

- Identificar el 90% de los escolares con defectos visuales.
- Capacitar a los docentes para la realización de tamizajes visuales en escolares.
- Suministrar optotipos para realizar valoración visual a los escolares por parte de los docentes.

Población Beneficiada con la realización del Proyecto:

- 2350 escolares de los grados pre-escolar a octavo de los colegios Alfonso Lopez, Francisco de Paula Santander y marco Fidel Suarez.

ACTIVIDADES

- realizar 2350 tamizajes visuales a escolares
- capacitación a los docentes de los 3 planteles educativos sobre como realizar el tamizaje en salud visual.
- Suministro de optotipos para la valoración visual por parte de los docentes.
- Entrega de 2730 plegables a escolares de los colegios priorizados.

Costos: El Proyecto tiene un valor de 7.059.100 pesos anuales, que serán financiados con recursos del sistema general de participaciones y aportes para la cofinanciación del municipio.

Metas:

- 35% de los escolares con defectos identificados
- 60% de los docentes capacitados
- 35% de los colegios dotados con optotipos

Control de Ejecución:

Veedurías ciudadanas

Evaluación:

Verificación del porcentaje de ejecución presupuestal al final del Proyecto.
Cumplimiento de actividades metas y objetivos.

✓ **NOMBRE DEL PROYECTO:**

PROMOCION DE LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLE PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS, ADULTO MAYOR Y POR GRUPO FOCAL, EN EL ZULIA 2004

OBJETIVOS:

- Formular y concertar un proyecto intersectorial de enfoque comunitario para la promoción de la salud, orientado a la reducción integrada del tabaquismo en la inactividad física y alimentación no saludable.
- Conformar y fortalecer las redes de apoyo comunitarias para la reducción de la carga de las enfermedades crónicas en el ciclo vital en grupos focales.
- Diseño desarrollo y evaluación intersectorial de estrategias de información educación y comunicación IEC para el fomento de un estilo de vida activo.
- Orientar a la población hacia los servicios de detección temprana, protección específica y atención del POS-S para el control de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial.
- Construcción de la línea de base sobre comportamientos, actitudes y practicas para la evaluación del impacto de las intervenciones integrada comunitarias.
- Modificar actores de riesgo asociados a enfermedades crónicas y monitorear periódicamente el comportamiento y distribución de los factores de riesgo de enfermedades crónicas con el fin de orientar adecuadamente y evaluar las intervenciones de promoción y prevención.
- Impulsar con el sector educativo la estrategia” Instituciones educativas libres de humo”

Población Beneficiada con la realización del Proyecto:

- Total de la población del municipio 27.297 habitantes

ACTIVIDADES

- Promover y fortalecer un plan intersectorial para la promoción de estilos de vida saludable.

- Operativizar la red de apoyo para la reducción de la carga de enfermedades crónicas.
- Desarrollo de estrategias IEC para la promoción de estilos de vida saludable.
- Promoción mediante cuñas radiales, perifoneo, plegables y vallas.
- Desarrollo de estrategias para la orientación a los servicios de defección temprana y protección específica en enfermedades crónicas por ciclo vital.
- Evaluar y monitorear el impacto en las acciones realizadas ante modificación de factores de riesgo enfermedades crónicas.
- Desarrollo de estrategias orientadas a disminuir el consumo del cigarrillo.
- Desarrollo de estrategias orientadas a la adopción del ejercicio como hábito de vida.
- Implementar en el municipio la ruta para la actividad física.
- Desarrollo e implementación de estrategias de habilidades para la vida.
- Desarrollo de un sistema de vigilancia en salud de factores condicionantes del adulto mayor y de discapacidad.
- Sensibilización a instituciones alianzas estratégicas con los medios de comunicación, investigación de audiencia.
- Desarrollo de estrategias para el reconocimiento de factores protectores para la prevención de la discapacidad.
- Desarrollo de estrategias de promoción de la salud y prevención de la discapacidad.

Costos: El Proyecto tiene un valor de \$ 13'517.478 pesos anuales, que serán financiados con recursos del sistema general de participaciones

Metas:

- plan intersectorial formulado
- redes de apoyo comunitario conformadas y operando en un 25% para la reducción de la carga de enfermedades crónicas.
- 30% de la población a desarrollar estrategias IEC para la promoción de estilos de vida saludables.
- Se orienta en un 50% la población hacia los servicios de detección temprana y protección específica.
- Conocer la prevalencia de factores de riesgo en el 7.5% de la población.

- 30% de la población adoptan la estrategia “ espacios libres de humo”
- disminución en un 30% la tasa de prevalencia del consumo de cigarrillo en lugares públicos instituciones educativas y sitios de trabajo.
- Incrementar en el 15% el ejercicio físico en la población y grupo focal.
- Incrementar en el 2% los factores protectores del adulto mayor.
- 30% de la población en el sistema por grupo focal
- 5% de la población y diferentes sectores sensibilizados sobre política publica en factores de riesgo para enfermedades crónicas.
- 30% de los padres de familia capacitados en prevención y detección temprana de la discapacidad.
- 30% del núcleo familiar adquiere conocimiento para el manejo y prevención de la discapacidad

Control de Ejecución:

Veedurías ciudadanas

Evaluación:

Verificación del porcentaje de ejecución presupuestal al final del Proyecto.
Cumplimiento de actividades metas y objetivos.

✓ NOMBRE DEL PROYECTO:

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y ZONOSIS, SALUD AMBIENTAL EN EL MUNICIPIO DE EL ZULIA 2004.

OBJETIVOS

- Reducir el índice aedico a menos del 10%.
- Abatizar 2.600 casas por año.
- 1.300 familias protegidas y capacitadas en la prevención de la leishmaniasis.
- Realizar un diagnostico mediante encuestas C.A.P sobre ETB
- Conformar el grupo de control ETV del municipio.
- Implementar el programa de prevención vigilancia y control de la Rabia Canina y Humana.
- Prevenir y controlar las enfermedades zoonoticas transmitidas por roedores y plagas.

Población Beneficiada con la realización del Proyecto:

“ Primero El Zulia y su Gente...”

- 27.292 habitantes del municipio de el Zulia.

Costos: El Proyecto tiene un valor de \$ 13'070.000 pesos anuales, que serán financiados con recursos del sistema general de participaciones y actividades de complementariedad del Departamento.

ACTIVIDADES

- levantamiento de índices Aedicos 4 veces por año.
- Contratación de recurso humano para la educación sanitaria dirigida a la comunidad.
- Control físico del vector del dengue mediante control de inservibles.
- Abatización en forma localizada.
- Fumigación en el sector urbano con maquina LECO.
- Fumigación con motomuchila a sitios focalizados según casos y sitios de mayor concentración.
- Impregnación de toldillos existentes en el área rural.
- Traslado de los funcionarios para la entrega de 700 toldillos.
- Desarrollo de estrategias IEC para orientar a la población hacia las medidas de control selectivo e integral.
- Desarrollar actividades de vacunación antirrábica canina y felina
- Garantizar el traslado de animales a el centro de zoonosis Dptal.
- Informar, motivar y orientar a la población hacia las campañas de vacunación canina.
- Realizar la desratización en el sector urbana.

Metas:

- Se reduce a menos del 20% el índice aedico en el área urbana del municipio.
- La comunidad ha participado para adoptar medidas de prevención, control y autocuidado.
- Se ha realizado la Abatización al 100% de las viviendas programadas.
- Se a realizado Control físico del vector transmisor del dengue mediante la recolección de inservibles.
- Se han capacitado a 700 familias sobre la prevención de la leishmaniasis.
- Se han alcanzado coberturas del 75% de vacunación canina.
- Se han recolectado el 100% de los caninos callejeros programados.
- Se ha fortalecido las acciones de promoción de la vacunación antirrábica a través de IEC.

- Se ha aplicado el rodenticida al 100% de las viviendas programadas.

Control de Ejecución:

Veedurías ciudadanas

Evaluación:

Verificación del porcentaje de ejecución presupuestal al final del Proyecto.
Cumplimiento de actividades metas y objetivos.

✓ NOMBRE DEL PROYECTO:***COORDINACION Y GESTION DEL PLAN DE ATENCIÓN BASICA MUNICIPAL DE EL ZULIA 2004*****OBJETIVOS:**

- Desarrollar un proceso de evaluación técnico y financiero del 100% de las metas en salud pública.
- Implementar un proceso metodológico, continuo y coordinado que facilite el cumplimiento de las acciones de promoción del POS-S en el cumplimiento de las metas establecidas en la resolución 3384 de 2000.
- Desarrollar un proceso pedagógico sostenible de las enfermedades de interés en salud pública, mediante la inclusión en el eje transversal de educación.
- **Población Beneficiada con la realización del Proyecto:**
- 27.292 habitantes del municipio de El Zulia.
- **Costos:** El Proyecto tiene un valor de \$ 8'955.000 pesos anuales, que serán financiados con recursos del sistema general de participaciones.

ACTIVIDADES

- Evaluación técnico financiera de la ejecución de los POAS vigencia 2003.
- Formulación de POAS según lineamientos enviados por el nivel nacional.
- Socialización y revisión de las Líneas de acción para la vigencia 2004 con el C.T.S.S.S
- Asesoría y asistencia técnica en la ejecución de las líneas de acción formuladas según lineamientos 2004-2007.

- Vigilancia y control al cumplimiento de las actividades y aplicación de los recursos asignados por el SGP/715 en cada una de las líneas de acción de estricto cumplimiento.
- Actualización sobre la normatividad vigente, lineamientos y políticas de salud pública a las instituciones, sectores y demás instancias de orden municipal.
- Elaboración y presentación de informes de POAS al I.D.S.
- Elaboración del informe final técnico-financiero de ejecución del PAB municipal 2004 con sus respectivos soportes.
- Adquirir elementos necesarios para la gestión en salud Pública.
- Recibir capacitaciones, asesorías y asistencia técnica a nivel departamental para fortalecer las acciones de salud pública a nivel municipal.
- Desarrollo de estrategias para la difusión de las acciones del PAB a través de medios masivos de comunicación y alternativos.
- Apoyo logístico para el mantenimiento periódico de equipos de oficina.
- Planeación de la ejecución del 4.01%.
- Desarrollo de estrategias para la inducción de la demanda e información a los usuarios.
- Implementación de mecanismos de articulación con las A.R.S
- implementación de mecanismos de monitoreo y evaluación al 4.01%
- realizar control de IPS.
- Disposición de Sistemas de información.
- Apoyo logístico para el evento de sustentación técnica y pedagógica a autoridades y sector educativo en el municipio.
- Apoyo logístico para el evento regional de capacitación sobre los programas de salud pública a docentes de ciencias naturales de las instituciones del municipio.

Metas

- alcanzar el 90% de ejecución cumplimiento y calidad en aspectos técnicos y financieros de las actividades de gestión en salud pública programadas a nivel municipal.
- Ejecución y cumplimiento de las metas e promoción y prevención del POS-S en un 85%.

- Se ha gestionado la aplicabilidad en el tiempo y planeación en el calendario escolar de la cátedra de salud pública.

Control de Ejecución:

Veedurías ciudadanas

Evaluación:

Verificación del porcentaje de ejecución presupuestal al final del Proyecto.

Cumplimiento de actividades metas y objetivos.

✓ **NOMBRE DEL PROYECTO:**

CONTROL DE LA TUBERCULOSIS Y ELIMINACIÓN DE LA LEPRO EN EL MUNICIPIO DE EL ZULIA AÑO 2004

OBJETIVOS:

- Fortalecer la búsqueda activa y pasiva de sintomáticos respiratorios en tuberculosis y sintomáticos de piel y sistema nervioso periférico en Lepra.
- Monitorear la aplicabilidad del manejo adecuado de la atención integral del paciente de lepra según la norma en el 95% de las IPS públicas y privadas.
- Monitorear la aplicabilidad de la estrategia TAS y manejo integral del paciente para el control de TBC en el 95% de los pacientes diagnosticados.
- Disminuir la morbilidad y letalidad por tuberculosis en un 50%.
- Realizar actividades de prevención de discapacidades al 90% de los pacientes que se encuentran en prevalencia.
- Capacitar al 95% del personal de salud de la IPS del municipio y el personal operativo del PAB.
- Captar al 95% de los sintomáticos respiratorios en el municipio.
- Diagnosticar el 90% de los casos existentes de TBC con Bk positivo.
- Disminuir la prevalencia de la lepra en un 50% en relación con la prevalencia del año 2003.
- Aumentar la captación de sintomáticos de la piel y sistema nervioso periférico en el municipio en un 95% relacionado con los detectados en el año anterior.
- Diagnosticar el 90% de los casos de Lepra en los sintomáticos detectados.
- Curar el 90% de los casos de Lepra paucibacilar y el 70% de lepra Multibacilar.

Población Beneficiada con la realización del Proyecto:

27.292 habitantes del municipio de El Zulia.

Costos: El Proyecto tiene un valor de \$ 5'693.504 pesos anuales, que serán financiados con recursos del sistema general de participaciones. Cofinanciación del municipio \$2.400.000 y transferencia nacional \$2.500.000

ACTIVIDADES

- Búsqueda activa de sintomáticos en zonas de riesgo en el área urbana y rural.
- Visitas domiciliarias de investigación de sospechosos detectados en semana de campaña y casos en la incidencia en lepra y prevalencia en la tuberculosis área urbana y rural.
- Adquisición de plegables y emisión de pautas publicitarias.
- Charlas educativas dirigidas a la comunidad en general, grupos de riesgo, líderes comunitarios área urbana y rural.
- Visita domiciliaria para investigación de contactos de TBC y convivientes de lepra área urbana y rural.
- Envío de laminas de supervisión al laboratorio departamental.
- Adquisición de insumos para toma de muestras y manejo integral del paciente.
- Monitoreo del coordinador PAB del manejo integral del paciente de lepra y TBC.
- Especialmente de la aplicación de estrategias TAS en los pacientes diagnosticados y de las actividades del POA programados en el área urbana y rural.
- Adquisición de insumos de papelería.

Metas:

- Se a captado el 80% de los sintomáticos respiratorios en el municipio.
- Se diagnosticado el 90% de los casos existentes con BK positivo
- Se ha curado el 85% de los casos nuevos con BK positivo.
- Se ha disminuido la prevalencia de la lepra en un 50% en relación con el año anterior.
- Se ha aumentado la captación de sintomáticos de piel y sistema nervioso periférico en un 70% relacionados con los detectados en el año anterior.

- Se a diagnosticado el 90% de los casos de lepra en los sintomáticos detectados.
- Se a curado el 90% de los casos de lepra pausibasilar y el 40% de lepra pausibasilar.
- Se ha realizado monitoreo en la aplicabilidad del manejo adecuado de la atención integral del paciente de lepra según la norma en el 70% de las IPS publicas y privadas.
- Monitorear la aplicabilidad de la estrategia TAS y manejo integral del paciente para el control de TBC. En el 95% e los pacientes diagnosticados.
- Disminuir la movilidad y letalidad por tuberculosis en un 50%.
- Realizar actividades de prevención de discapacidades al 90% de los pacientes que se encuentran en prevalencia.

Control de Ejecución:

Veedurías ciudadanas

Evaluación:

Verificación del porcentaje de ejecución presupuestal al final del Proyecto.

Cumplimiento de actividades metas y objetivos.

9.2PROYECTOS DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

La información de los proyectos que a continuación se relacionan fue facilitada por el Gerente de la ESE Hospital Juan Luis Londoño, los cuales a la fecha se encuentran formulados dentro de los planes de desarrollo institucional, sin embargo no se ha aplicado la metodología que permita describir todas las variables relacionadas en los proyectos de Salud Publica, por lo que a continuación se relaciona la información disponible.

OBJETIVO GENERAL

Adecuar y ampliar las instalaciones de la E.S.E Hospital Juan Luis Londoño para ofertar servicios de segundo nivel de atención en salud con calidad técnica, oportunidad y eficiencia para la comunidad del El Zulia y municipios aledaños que demanden los servicios.

9.2.1 PROYECTOS A CORTO PLAZO 2004-2005

✓ **NOMBRE DEL PROYECTO:**

CONSTRUCCIÓN SEGUNDA FASE, PABELLO DE HOSPITALIZACION

Costos De Inversión : \$ 96'472.379

Fuentes De Financiación: \$14.822.103 recursos propios, 50% restante recursos de cofinanciación.

✓ **NOMBRE DEL PROYECTO:**

ADECUACION DE RAMPLA DE ACCESO AL SEGUNDO PISO

Costos De Inversión : \$ 23'000.000

Fuentes De Financiación: \$ 23'000.000 recursos propios.

✓ **NOMBRE DEL PROYECTO:**

CONSTRUCCIÓN Y DOTACIÓN DE LA MORGUE

Costos De Inversión : \$ 65'000.000

Fuentes De Financiación: \$32'500.000 recursos propios, 50% restante recursos de cofinanciación.

✓ **NOMBRE DEL PROYECTO:**

PAÑETE, ESTUCO Y PINTURA DEL CENTRO DE SALUD ASTILLEROS

Costos De Inversión : \$ 29'644.206.000

Fuentes De Financiación: \$14'822.103 recursos propios, 50% restante recursos de cofinanciación.

✓ **NOMBRE DEL PROYECTO:**

ADQUISIÓN DE VEHÍCULO ADMINISTRATIVO PARA TRANSPORTE DE PERSONAL

Costos De Inversión : \$ 84'000.000

Fuentes De Financiación: \$ 84'000.000 recursos propios, 50% restante recursos de cofinanciación.

✓ **NOMBRE DEL PROYECTO:**

ADQUISICIÓN DE PROPIEDAD DE LAS INSTALACIONES DE LA E.S.E HOSPITAL JUAN LUIS LONDOÑO

Costos De Inversión : \$ 148'000.000

Fuentes De Financiación: \$ 104'000.000 recursos propios, los \$ 44'000.000 restante serán recursos de cofinanciación.

9.2.2 PROYECTOS DE MEDIANO PLAZO 2006- 2007

✓ **AMPLIACIÓN DE LA SALA DE GINECOOBSTETRICIA**

Costos De Inversión : \$ 40'000.000

Fuentes De Financiación: \$ 20'000.000 recursos propios, 50% restante recursos de cofinanciación.

✓ **ADQUISICIÓN DE 15 COMPUTADORES**

Costos De Inversión : \$ 25'000.000

Fuentes De Financiación: \$ 25'000.000 recursos propios.

✓ **ADQUISICIÓN DE NUEVA AMBULANCIA**

Costos De Inversión : \$ 80'000.000

Fuentes De Financiación: \$ 40'000.000 recursos propios, 50% restante recursos de cofinanciación.

✓ **CONSTRUCCIÓN Y DOTACIÓN DE CENTRO DE SALUD ASUAVIS**

Costos De Inversión : \$ 280'000.000

Fuentes De Financiación: \$ 140'000.000 recursos propios, 50% restante recursos de cofinanciación.

✓ **CONSTRUCCIÓN Y DOTACIÓN CENTRO DE SALUD EN SANCAYETANO**

Costos De Inversión : \$ 280'000.000

Fuentes De Financiación: \$ 140'000.000 recursos propios, 50% restante recursos de cofinanciación.

9.2.3 OTROS PROYECTOS

- Creación de dos nuevas plazas de rurales
- Dotación y adecuación de sala de Rayos X y ecografía.
- Construcción del cuarto de basuras
- Adquisición de 4 unidades odontológicas para el área rural
- Pradización de áreas verdes de la E.S.E.
- Adquisición propiedad centro de salud Astilleros
- Dotación y adecuación sala de partos la "Y"
- Gestionar programas de corrección de defectos congénitos.
- Creación de la Fundación Zuliana de la Lucha contra el Cáncer
-

10. SEGUIMIENTO , CONTROL Y EVALUACION DE LA EJECUCION DEL PLAN

Para la vigilancia y control del Régimen subsidiado en salud la secretaria de Salud Municipal realizara la permanente Interventoria a los contratos que se efectúen con las A.R.S que hacen presencia en el municipio, Igualmente la Secretaria de Salud Municipal solicitara periódicamente informes de cumplimiento y cobertura para la atención en salud la población afiliada y exigirá planes de mejoramiento a las A.R.S que no cumplan con las metas mínimas de atención en la actividades de protección especifica y detección temprana establecidas en la resolución 412. para las actividades correspondientes al 4.01% la secretaria de Salud municipal solicitara informes mensuales de ejecución de actividades y evaluara periódicamente las coberturas, exigiendo planes de mejoramiento a la E.S.E Local para las actividades que presenten bajas coberturas.

El seguimiento y control a los convenios con la E.S.E Local para la atención de la población con subsidio a la oferta, se realizara mediante la auditoria periódica que realizara la Secretaria de Salud directamente o mediante un auditor medico quien deberá presentar los respectivos informes a la Administración Municipal y solicitar los ajustes pertinentes a la Red publica.

Para los proyectos PAB se realizara su respectiva evaluación por informes periodos que serán presentados al Instituto Departamental de Salud institución encargado del seguimiento, vigilancia y control de los recursos financieros asignados para la ejecución del PAB Municipal.

Los veedores comunitarios serán los encargados de velar por el cumplimiento de las actividades programadas en cada uno de los proyectos, para la cual se realizará conformación de veedurías para cada proyecto y se les brindará la información técnica y financiera que requiera .Igualmente se brindará toda la información que solicite la personería municipal en cuanto al desarrollo de cada una de las actividades y ejecución presupuestal contempladas en los proyectos

El SISBEN se encargará de evaluar la clasificación de las personas beneficiadas, además de realizar las respectivas depuraciones a la base de datos del Régimen Subsidiado con el fin de excluir las personas multifiliadas y depurar las duplicidades, la vigilancia y control se realizara a traves de los veedores ciudadanos distribuidos en los barrios de municipio, la personería, presidentes de juntas de acción comunal y la comunidad en general quienes podrán denunciar ante la personería las irregularidades encontradas en la expedición de constancias del SISBEN.

Dentro de los instrumentos de seguimiento y control que aplicaran y que se anexan al presente documento se encuentran:

“Primero El Zulía y su Gente...”

1. evaluación de actividades de protección específica y detección temprana a la ARS según cumplimiento de la resolución 3384.
2. evaluación al cumplimiento de las actividades de promoción y prevención a la E.S.E hospital Juan Luis Londoño relacionadas con el 4.01%
3. evaluación técnico financiera a los planes operativos para las acciones de Salud Publica.
4. informes semestrales de Interventoria presentados al instituto Dptal de Salud para el seguimiento a los contratos de administración del régimen subsidiado.
5. informes presentados por la auditoria realizada a Red Publica para la atención a la población con subsidio a la oferta. (vinculados)

- **EVALUACIÓN**

La evaluación se realizara anualmente con el fin de evaluar el cumplimiento de objetivos y el porcentaje de cumplimiento de las metas establecidas, los resultados de la evaluación una vez aplicados los indicadores establecidos, serán presentados al Concejo Territorial de Seguridad Social en Salud y las veedurías en salud que se encuentren conformadas para el seguimiento a los proyectos del sector Salud.

11.INDICADORES

Los indicadores son la expresión de una situación medida en el tiempo; su presentación generalmente se expresa como la resultante de una relación entre el numerador y el denominador, sin embargo, se puede expresar en forma absoluta por lo cual no es necesario que exista la condición de relación. En el caso del Sector Salud la gran mayoría de los indicadores se presentarán bajo la forma de una relación que generalmente se denominan tasa, para lo cual se tratará de conservar la terminología utilizada en el Sector.

A continuación se relacionan los principales indicadores organizados por módulos para cada una de las variables planteadas dentro del contenido textual del documento y la matriz establecida como marco de referencia para el Plan Local de Salud.

1. MODULO DEMOGRAFICO Y DE VIVIENDA

DEFINICION:

Este módulo pretende tener un conocimiento de los principales aspectos poblacionales y de las condiciones de vivienda de la población del Municipio, de tal manera que sirva de apoyo para tomar decisiones y acciones en Salud.

OBJETIVOS:

1. Facilitar la medición de las coberturas de atención en salud en el Municipio.
2. Servir como marcote referencia para las acciones en salud.
3. facilitar el conocimiento del estado de las viviendas.

INDICADORES

NOMBRE DEL INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL
P O B L A C I O N	
Porcentaje de población por grupo de edad	$\frac{\text{Población por grupos de edad}}{\text{Total de población}} * 100$
Pirámide Poblacional:	Hace referencia a la forma como esta distribuida la población, según grupos etareos y sexo.
Porcentaje de población por sexo	$\frac{\text{Población por sexo}}{\text{Total de Población}} * 100$
Razón de masculinidad	Población masculina / población femenina x 100
Tasa de fecundidad	$\frac{\text{Número de Nacidos vivos}}{\text{Mujeres en Edad Fértil}} * K$
Tasa de Natalidad	$\frac{\text{Número de Nacidos vivos}}{\text{Mujeres en Edad Fértil}} * 100$
Tasa de Fertilidad	$\frac{\text{Total de Nacimientos}}{\text{Mujeres en Edad Fértil}} * 100$
V I V I E N D A	
Porcentaje de Viviendas por zonas	$\frac{\text{Vivienda por zona}}{\text{Total de Viviendas}} * 100$
Densidad poblacional:	relación entre la población y la superficie donde se distribuye.
Promedio de Personas por Familia	$\frac{\text{Total de Personas}}{\text{Total de Familias}}$
Porcentaje de Viviendas con instalaciones de Agua	$\frac{\text{Viviendas con instalación de agua}}{\text{Total de Viviendas}} * 100$
Porcentaje de viviendas con Instalaciones Alcantarillado	$\frac{\text{Viviendas con instalación de Alcantarillado}}{\text{Total de Viviendas}} * 100$
Porcentaje de Viviendas con Instalaciones de luz	$\frac{\text{Viviendas con instalaciones de luz}}{\text{Total de Viviendas}} * 100$
Porcentaje de Viviendas con Instalaciones de Teléfono	$\frac{\text{Viviendas con instalación de Teléfono}}{\text{Total de Viviendas}} * 100$
Porcentaje de Viviendas con recolección de Basura	$\frac{\text{Viviendas con recolección de Basura}}{\text{Total de viviendas}} * 100$

2. MODULO DE DEMANDA

DEFINICION:

La demanda es uno de los componentes fundamentales de un mercado; corresponde al lado donde se encuentran los consumidores.

Los Elementos estructurales que corresponden a la demanda son: Las personas (individuos, familias y comunidades) en su entorno sociocultural y el medioambiente físico y biológico. Al esquematizar la Demanda se pretende definir las necesidades, sentidas y no sentidas de la comunidad y sus características con el fin de planear los servicios.

OBJETIVOS:

- ❖ Identificar características y necesidades de la población.
- ❖ Establecer dinámica poblacional.
- ❖ Identificar las órdenes Institucionales: Status, roles, magnitud y dinamismo en donde se realizan las funciones destinadas a satisfacer las necesidades fundamentales de la sociedad.
- ❖ Establecer relaciones e interdependencias entre lo que necesita la población y lo que el Sistema de Salud debe ofrecer.

INDICADORES:

INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL
Porcentaje de población por niveles de pobreza según SISBEN	$\frac{\text{Nº de Personas nivel 1}}{\text{Población Total}} * 100$ $\frac{\text{Nº de Personas nivel 2}}{\text{Población Total}} * 100$ $\frac{\text{Nº de Personas nivel 3}}{\text{Población Total}} * 100$

AFILIACIÓN CONTRIBUTIVO Población potencial del régimen contributivo	Número de personas posibles a afiliar en el régimen contributivo
AFILIACIÓN SUBSIDIADO Población potencial del régimen subsidiado	Número de personas posibles a afiliar en el régimen subsidiado
Porcentaje de población por niveles del SISBEN	$\frac{\text{Población por nivel}}{\text{Total población}} \times 100$

3. MODULO EDUCATIVO LOCAL

DEFINICION:

El modulo definitivo se define como aquel que permite conocer el nivel educativo de la población y la capacidad de producción y utilización del recurso humano que el sector salud utiliza para la prestación de los servicios de salud.

OBJETIVO:

1. Conocer el nivel educativo de la población para diseñar y formular acciones de Prevención y promoción de salud acorde a las necesidades del sector salud.

VARIABLES:

Nivel educativo

INDICADORES:

INDICADORES	DEFINICION OPERACIONAL
Escolaridad por niveles educativos	$\frac{\text{Total población escolar por nivel educativo}}{\text{Total población estudiando}} \times 100$
Tasa de Deserción escolar	$\frac{\text{Matriculados que iniciaron según por nivel}}{\text{Matriculados que terminan según nivel}} \times 100$

4. MODULO GEOGRAFICO

DEFINICION

Describe las características naturales predominantes en el municipio que afecta o inciden en el proceso de toma de decisiones en materia de salud.

OBJETIVO:

Permitir reconocer las características hidrográficas, climáticas, regionales, comunicaciones, transporte, geológicas, comerciales y poblaciones indispensables para la elaboración de soluciones y optimizaciones de las actividades de salud.

VARIABLES:

Hidrográficas, climáticas, regionales, comunicaciones, transporte, geológicas, comerciales y poblacionales.

INDICADORES:

Identificar en un mapa las características determinantes de las regiones; describir las características mas importantes de cada una de las variables, como son contaminación de arroyos, inundaciones, épocas lluviosas, diferencias regionales, dificultades de acceso en las comunidades, fallas geológicas, dependencia comercial, deslizamientos, etc.

5. MODULO DE PARTICIPACION**DEFINICION:**

Proceso que permite el acercamiento entre el estado y la comunidad para generar una cultura de participación en la Planeación, la ejecución y evaluación del servicio público de la salud ampliando la concepción institucionalizada, conjugando lo local y lo territorial en los planes de salud para que sus acciones respondan a problemas y/o necesidades reales y prioritarias de las comunidades en la búsqueda de un mejor vivir

OBJETIVO

Identificar los espacios de participación social en los procesos de gestión de los planes de salud, la toma de decisiones de la ejecución de los proyectos la vigilancia y control del sistema general de seguridad social en salud.

VARIABLES:

- Espacios de participación social
- Organizaciones comunitarias y sociales

INDICADORES:

INDICADORES	DEFINICION OPERACIONAL
% de IPS (E.S.E) con asociados de usuarios funcionando	$\frac{\text{No de IPS funcionando con asociados de usuarios} * 100}{\text{Total IPS}}$
% de Comité de veeduría constituidos por proyectos	$\frac{\text{Comité de veeduría constituidas por proyectos} * 100}{\text{Total de proyectos}}$
% de sistemas de información y atención al usuario en las IPS –E.S.E-A.R.S- EPS.	$\frac{\text{Sistema de información y atención al usuario implementados en instituciones prestadoras de servicios de salud y administradoras} * 100}{\text{Instituciones prestadoras de servicios de salud y administradoras}}$

Existencia de sistemas de atención a la comunidad implementados	No de sistemas de atención al a comunidad implementando en el municipio
---	---

6. MODULO EPIDEMIOLOGICO

DEFINICION:

Uno de los componentes del marco de referencia para el Plan Local de Salud, que contemplan el análisis de los eventos de las enfermedades, discapacidad o muerte y sus factores de riesgo detectados en la comunidad del municipio para definir prioridades y orientar los programas de intervención que conlleven al mejoramiento de la salud comunitaria con una mejor distribución de los recursos del sector.

OBJETIVOS:

- Identificar las principales causas de enfermedad, muerte y discapacidad que afectan a la población del municipio y sus factores de riesgo para la planificación de los programas de salud y el periodo de gobierno.
- Determinar las tendencias básicas de las patologías más incidentes o prevalentes con miras a la planificación de programas o estrategias que permitan lograr su prevención y control en el periodo de gobierno.

VARIABLES: Morbilidad, Mortalidad y Factores de Riesgo

INDICADORES:

INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL
MORBILIDAD REGISTRADA POR CONSULTA	
Prevalencia	$\frac{\text{No de casos totales por causa } x \text{ k}}{\text{Población total}}$
MORBILIDAD SENTIDAD	Diez primeras causas de morbilidad por priorización de la comunidad
MORBILIDAD ATENDIDA	
Porcentaje de ocurrencia por causa según consulta externa y hospitalización	$\frac{\text{No de casos por causa } x \text{ k}}{\text{Total de casos}}$
MORTALIDAD	
Mortalidad proporcional	$\frac{\text{No de muertes por una causa}}{\text{Muertes por todas las causas}}$
Mortalidad general	$\frac{\text{No de muertes por un periodo}}{\text{Población total de ese periodo}}$
Mortalidad infantil	$\frac{\text{No de muertes de niños } < 1 \text{ año}}{\text{Total de nacidos vivos}}$
Mortalidad materna	$\frac{\text{No de muertes maternas relacionadas con la gestación}}{\text{No de nacido vivos en ese periodo}}$

Mortalidad neonatal	$\frac{\text{No de total de muertes por debajo de 28 días de edad durante un periodo}}{\text{No de nacidos vivos durante el mismo periodo}} \times 1000$
FACTORES RIESGOS-FÍSICOS	
Cobertura de abastecimiento de agua	$\frac{\text{Viviendas conectadas al acueducto}}{\text{Total de viviendas}} \times 100$
Cobertura de la calidad de agua	$\frac{\text{Vivienda con agua potable}}{\text{Total de viviendas}}$
Cobertura de vivienda con alcantarillado	$\frac{\text{Viviendas cubiertas con alcantarillado}}{\text{Total de viviendas del Municipio}} \times 100$
Cobertura de alcantarillado con laguna de oxidación	$\frac{\text{No de alcantarillados con laguna de oxidación}}{\text{Total de alcantarillado del Municipio}} \times 100$
Cobertura de recolección de basura	$\frac{\text{No de viviendas con servicio de recolección de basura}}{\text{Total de viviendas del municipio}} \times 100$
Cobertura de disposición final de basura	$\frac{\text{No de municipios con relleno sanitario}}{\text{Total de municipios}} \times 100$
FACTORES DE RIESGO SOCIAL	
Proporción de población desplazada al año	$\frac{\text{No de población desplazada por k}}{\text{Total de la población expuesta}}$
Proporción de lesiones intencionales según tipo de armas	$\frac{\text{No de lesiones internacionales según tipo de armas}}{\text{Total de lesiones intencionales al año}} \times 100$
Proporción de homicidio por grupo de edad de la víctima	$\frac{\text{No de homicidio según la edad de la víctima}}{\text{Total de la población del Municipio}} \times k$
Proporción de suicidios por grupos de edad	$\frac{\text{No de suicidios según grupo de edad l}}{\text{Total de la población del municipio}} \times k$

7. MODULO DE OFERTA

DEFINICION:

La red de oferta de servicio de salud en el Departamento Norte de Santander, es aquella que se encuentra constituida por el conjunto de instituciones prestadoras de servicio de salud públicas o privadas ubicadas cada una de ellas en un espacio poblacional concreto, en cada uno de los municipios del Departamento de Norte de Santander e interrelacionadas entre sí con diferentes capacidades resolutorias de los problema de salud. Hacen parte de un sistema de referencia y contra referencia concreto y estructuralmente organizado según los parámetros de oportunidad, distribución territorial y acceso geográfico.

Contiene los siguientes elementos:

“Primero El Zulia y su Gente...”

- Un área geográfica asignada a cada institución de salud.
- Instituciones públicas o privadas con recursos físicos, humanos y tecnológicos.
- Programas de atención a las personas, a la comunidad y al medio ambiente.

Promoción: Acciones e intervenciones de salud pública con gran énfasis en promoción de los servicios, estilos de vida saludables y deberes y derechos de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Prevención: Programas que buscan disminuir los riesgos y el impacto que estos pueden producir a la población con acciones de campaña como vacunación, planificación familiar y crecimiento y desarrollo, lactancia materna y otros que generan grandes externalidades positivas.

Control y diagnóstico: vigilancia epidemiológica de enfermedades de control estricto como SIDA, y otras de transmisión sexual, TBC, Cólera, Lepra, Leishmaniasis, Malaria.

OBJETIVOS

Realizar el estudio técnico de la capacidad resolutoria de las instituciones presentes en el Municipio para prestación integral de los servicios de salud desde el primer nivel de atención hasta el tercer nivel en forma de referencia y su posterior contrarreferencia al cumplirse la resolución de la dolencia, teniendo en cuenta los estándares de atención en salud, población y recursos institucionales.

VARIABLES

La variable que se tienen en cuenta para el desarrollo del Plan Local de Salud son las siguientes:

- Factor humano. De determina el número de funcionario existentes por organismos de salud en los sectores públicos y privados.
- Sistema de referencia y conferencia. Se presentará en detalle la estructura actual del sistema de referencia y contrarreferencia existente desde los puestos de salud, a los centros de salud y de estos a los hospitales locales o regionales. Además se definirán No. De ambulancias existentes por la población del Municipio.

Operación: se definirán indicadores de evaluación de producción, Productividad, Disponibilidad, Rendimiento y utilización.

- Red de servicios. Se presentará la actual estructura de prestación de servicios existentes por Municipio.

INDICADORES:

INDICADOR	DATOS
Nº de Puesto de salud	Nº de Puesto de salud
Nº de Centros de salud	Nº de Centros de salud
Nº de Hospitales de I Nivel	Nº de Hospitales de I Nivel
Nº de camas de Hospital por nivel y área	Nº de camas de Hospital por nivel y área

<p>RED DE SERVICIOS Nº Total de camas por población</p> <p>FACTOR HUMANO 1er. NIVEL RED PUBLICA: Nº de médicos generales y especialistas. Nº de Odontólogos. Nº de Enfermeras. Nº de Auxiliares Nº de promotores de salud.</p>	<p><u>Nº Total de camas</u> <u>Total de Población</u></p> <p>Nº de médicos por 10000 habitantes Nº de odontólogos por 10000 habitantes Nº de enfermeras por 10000 habitantes Nº de auxiliares por 10000 habitantes Nº de promotores por 10000 habitantes</p>
<p>Nº de Ambulancias por 100000 habitantes y distancia de referencia < de 2 horas. Disponibilidad de equipos de comunicación</p>	<p>Nº de Ambulancia</p> <p>Existencia de equipos de comunicación según tipo</p>
<p>URGENCIAS:</p> <p>Disponibilidad.</p> <p>Productividad</p> <p>Rendimiento</p>	<p><u>No de día ocupadas por consultorio</u> Nº horas días consultorio</p> <p><u>Nº de horas atención consultorio y/o médico</u> Población objeto</p> <p><u>Nº de atenciones</u> Nº de horas controladas</p>
<p>Laboratorio: Disponibilidad.</p> <p>Producción.</p> <p>Utilización.</p>	<p><u>Nº horas contratada bacteriólogos y/o laboratorio</u> Población objeto</p> <p>Nº total de procedimientos.</p> <p><u>Nº de horas trabajadas</u> <u>Nº de horas contratadas</u></p>
<p>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN del 4.01%</p> <p>Porcentaje de cumplimiento de acciones de protección específica y detección temprana para la población del Régimen Subsidiado según resolución 3384</p>	<p>No. De Planes Operativos elaborados y aprobados/ total Planes operativos requeridos por contratación.</p> <p>% de cumplimiento por actividades del POA</p>

	4.01% coberturas de población del régimen subsidiado con las acciones del POA 4.01%
SALUD PUBLICA	
Participación DEL CONSEJO TERRITORIAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	No. de reuniones realizadas con el Concejo territorial en Salud para tratar temas de Salud publica.
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES OPERATIVOS	% de cumplimiento de las actividades por plan operativo. % de cumplimiento de metas por Plan Operativo. % de cumplimiento de ejecución de los recursos financieros.
Cumplimiento de Informes de ejecución y evaluación	No. De informes realizados y presentados/ total de informes requeridos por los entes de control.

8. MODULO DE ASEGURAMIENTO

DEFINICION

Área mediante la cual se desarrolla la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud con base a las normas Administrativas, financiera y de vigilancia y de control que lo rigen.

OBJETIVOS

- Aplicar y mantener en el Régimen de Seguridad Social a toda la población objeto del aseguramiento.
- Procurar la ampliación progresiva de la cobertura de la población en el Sistema de Seguridad Social.
- Reducir la participación de personas vinculadas al Sistema de Seguridad Social en forma paulatina.
- Mejorar la calidad de los servicios prestados dentro de los criterios de Percepción e Idoneidad Científico – Técnica.
- Realizar acciones de Vigilancia y Control del Sistema de Seguridad Social en Salud en los aspectos financieros y relaciones entre las EPS, IPS y ARS

VARIABLES

1. RÉGIMEN SUBSIDIADO

Población total de municipio de los niveles uno (1) y dos (2) del Sisben.

Población por zonas (urbanas y rurales) de Nivel 1 y 2 del Sisben
 Población por Municipio del Nivel 1 y 2 del Sisben.
 Población total afiliada al Régimen Subsidiado en el Municipio.
 Población afiliada al Régimen Subsidiado por zona de residencia (urbana y rural).
 Familias afiliadas al Régimen Subsidiado en el Municipio.
 Familias Afiliadas al Régimen Subsidiado por zonas de residencia (urbana y rural).
 Familias Afiliadas al Régimen Subsidiado por Municipio.

2. RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

Población total afiliada en el Municipio al Régimen Contributivo.
 Población total afiliada al Régimen contributivo por Municipio.
 Población total afiliada al Régimen Contributivo por zonas de residencia (urbana y rural).

INDICADORES

Cobertura de Afiliación al Régimen subsidiado del SGSSS	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ total de afiliados al Régimen Subsidiado del SGSSS}}{\text{Población NBI (población con capacidad de pago)}} \times 100$
Distribución de los Afiliados al Régimen subsidiado por edad	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de afiliados al Régimen Subsidiado del SGSSS}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de afiliados al Régimen Subsidiado de Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS)}} \times 100$
Cobertura de la afiliación al Régimen subsidiado según el nivel de pobreza SISBEN	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ total de afiliados del nivel de pobreza del SISBEN al régimen subsidiado del SGSSS}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de habitantes del nivel de pobreza del SISBEN}} \times 100$
Oficinas de Atención al Usuario de ARS	Total de oficinas de Atención al Usuario por ARS en el Municipio

9. MODULO DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

DEFINICION

Conjunto de acciones que se deben adelantar en las entidades de salud con el fin de lograr que sean productivas, eficaces, eficientes, dotándolas con un criterio empresarial y de manejo de la garantía de la calidad en la presentación del servicio.

OBJETIVO

Implementar el sistema de Garantía de la calidad con un criterio empresarial de cada una de las Entidades Prestadoras de Servicios de salud del Municipio.

VARIABLE

Desarrollo Institucional

INDICADORES

INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL
Dirección Local de Salud funcionando	Dirección Local de Salud funcionando (Asunción directa, Secretaría de Salud)
Fondo Local de Salud Funcionando	Fondo Local de Salud Funcionando, acorde con los requerimientos del decreto 1770/94
Sistema Básico de información organizado	Sistema Básico de información organizado
DESARROLLO INSTITUCIONAL	
E.S.E. con naturaleza jurídica definida	E.S.E. con naturaleza jurídica definida si no
E.S.E. con acto administrativo de creación o reestructuración de la misma	E.S.E. con acto administrativo de creación o reestructuración de la misma si no
E.S.E. con estatutos aprobados	E.S.E. con estatutos aprobados si no
E.S.E. con plataforma estratégica	E.S.E. con plataforma estratégica si no
E.S.E. con SIAU (Sistema atención al usuario)	E.S.E. con SIAU con participación si no
E.S.E. con carrera administrativa implantada	E.S.E. con carrera administrativa implantada si no
E.S.E. CON Sistema de facturación funcionando	E.S.E. CON Sistema de facturación funcionando si no

10. MODULO DE VIGILANCIA Y CONTROL INSTITUCIONAL**A. INSTITUCIONAL****DEFINICION**

La vigilancia y control institucional es una estrategia para obtener calidad en la presentación de Servicios.

OBJETIVOS

Lograr el cumplimiento oportuno de las normas financieras, técnico-administrativo e informática.

VARIABLES**Administrativas**

Declaración de requisitos esenciales para la prestación de servicios
Estructura orgánica y funcional
Manual de procesos, procedimientos y funciones
Reglamento interno de trabajo

Técnicos-Científicos

Manejo sistemático de historias clínicas individualizadas
Sistema de garantía de calidad

Información

Registros de las actividades de salud desarrolladas diariamente y consolidados mensuales.

Sistema de vigilancia en Salud Pública, notificación obligatoria

Reporte de las IPS a las instancias superiores administrativas y de control

Sistema de información financiera

INDICADORES

Hacer una descripción de tipo cualitativo para el consolidado Local según niveles de atención y sectores público y privado y para cada una de las siguientes variables: infraestructura física, recurso humano, dotación, procedimiento técnico administrativo, registro para el sistema de infamación, transporte y comunicaciones, y auditoría de servicios.

INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL
INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	
Cumplimiento de requisitos esenciales	No. De IPS con cumplimiento de requisitos mínimos esenciales/ total IPS funcionando en el municipio
Existencia de manual de procesos, procedimientos y funciones	No. De IPS con manual de procesos, procedimientos y funciones/ total IPS funcionando en el municipio
Implementación del SIVIGILA	No. de I.P.S constituidas como unidades notificadoras /total IPS.
Porcentaje de cumplimiento de la Notificación obligatoria Semanal por IPS	No. De notificaciones semanales realizadas/ total de notificaciones programadas
ADMINISTRADORAS DE REGIMEN SUBSIDIADO	
INTERVENTORIA	
Seguimiento a los contratos del Régimen Subsidiado.	No. De meses contratados para la Interventoría del régimen Subsidiado/ total del periodo contractual con la ARS No. De requerimientos cumplidos por la ARS/ Total de requerimientos realizados por el interventor. % de cumplimiento de las ARS a los requerimientos de ley establecidos en las cláusulas del contrato. No. De informes realizados y presentados/ total de informes requeridos por los entes de control.

ATENCIÓN A VINCULADOS	
AUDITORIA A LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS	No. De auditorias informes de auditoria presentados / total de meses para auditoria programados .
Disponibilidad del recurso Humano	Total de correctivos realizados Por la E.S.E/ Total de recomendaciones realizadas por el auditor.
	No. De informes presentados sobre seguimiento al cumplimiento de las cláusulas de los convenios interadministrativos para la atención a vinculados / Total de Seguimientos realizados.

11. MODULO FINANCIERO

DEFINICION

Todo plan de desarrollo debe contar con recursos financieros que hagan posible la financiación de los proyectos identificados dentro del plan. El diagnóstico financiero se constituye en un punto de apoyo para obtener por medio de éste una información fidedigna que sirva de soporte para la toma de decisiones financieras tomando como referencia un horizonte de cuatro (4) años, lapso que cobija el plan.

OBJETIVOS

- Analizar el comportamiento de los recursos financieros en el sector en los últimos 3 años.
- Definir las tendencias de los recurso financieros con que contará el Sector Salud en los próximos cuatro (4) años, para el desarrollo de sus responsabilidades y competencias, teniendo en cuenta las fuentes de financiación en especial las consignadas en la ley 715 de 2001.
- Brindar la información financiera necesaria para la asignación de los recursos a los proyectos formulados como respuesta a los problemas y necesidades priorizados en el Plan Local de Salud, para el cumplimiento de sus objetivos y metas.

VARIABLES

- Comportamiento de los ingresos periodo 2001 al 2003.
- Comportamiento de los gastos.
- Tendencia de ingresos y gastos.
- Participación del Sector Salud dentro del gasto público Local.

- Políticas de asignación de Recursos al Sector Salud en el Municipio.
- Políticas de conversión de recursos de oferta o demanda.
- SGP como fuente importante de financiación del sector.

NOMBRE	PERIODICIDAD
EJECUCIÓN PRESUPUESTALES	
-Ejecución Presupuestal de Ingresos del Fondo Local de Salud	SEMESTRAL
-Ejecución Presupuestal de egresos del Fondo Local de Salud	SEMESTRAL
Porcentaje de ejecución de recursos del régimen subsidiado según fuente	$\frac{\text{Total recursos transferidos al régimen subsidiado según fuente} \times 100}{\text{Total recursos programados al régimen subsidiado según fuente}}$
Porcentaje de gastos dedicado a la salud	$\frac{\text{Cantidad de pesos dedicados a salud} \times 100}{\text{Total recursos del Municipio}}$