



**SECRETARIA DE SALUD**  
**PLAN DE SALUD TERRITORIAL**

**ALCALDIA DE GAMARRA - CESAR**

**PLAN DE SALUD TERRITORIAL**

**GABRIEL ALBERTO GIRALDO ESCUDERO**

Alcalde Municipal

**ELIANA INÉS RODRÍGUEZ GIRALDO**

Secretaria de Salud

**2012 - 2015**

## CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
INTRODUCCIÓN	11
DESCRIPCIÓN	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
JUSTIFICACIÓN	15
1. MARCO REFERENCIAL	16
1.1 MARCO LEGAL	16
1.1.1 Constitución Política de Colombia	16
1.1.2 Ley 100 de 1993. Organiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGS SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL	18
1.1.3 Ley 715 de 2001	18
1.1.4 Circular 018 de 2004	19
1.1.5 Ley 1122 de 2007 realiza ajustes al (SGSSS)	22
1.1.6 Decreto 3039 de 2007 por el cual se adopta el plan nacional de Salud Pública 2007-2010	22
1.1.7 Resolución 425 de 2008.	25
1.1.8 Decreto 2323 de 2006	25
1.1.9 Decreto 1018 de 2007. Por el cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.	26
1.1.10 Ley 100 del 1993	27
1.1.11 Decreto 3518 de 2006	29
1.1.12 Decreto 785 de 2005.	30

2

**PRIMER PUERTO FLUVIAL Y PESQUERO SOBRE EL RIO MAGDALENA EL CESAR**

1.1.13 Ley 1438 del 2011	30
1.2 Glosario	34
1.2.1 Plan de salud territorial	34
1.2.2 Salud pública	35
1.2.3 Seguridad social	35
1.2.4 Enfermedad	35
1.2.5 Enfermedades de interés de salud pública	35
1.2.6 Prevención de la enfermedad	36
1.2.7 Promoción social	36
1.2.8 Protección específica	36
1.2.9 Detección temprana	37
1.2.10 Asistencia sanitaria	37
1.2.11 Atención	37
1.2.12 Demanda inducida	38
1.2.13 Calidad	38
1.2.14 Eficiencia	38
1.2.15 Responsabilidad	38
1.2.16 Respeto por la diversidad cultural y étnica	38
1.2.17 Participación social	39
1.3 METODOLOGIA PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL.	39
1.3.1 Fase 1. Generación de condiciones para la planeación:	39
1.3.2 Fase 2. Elaboración del Proyecto de Plan de Salud Territorial.	40
1.3.3 Fase 3. Aprobación y socialización de los proyectos. Plan de Salud Territorial y de Inversión Plurianual e Incorporación al Plan de Desarrollo Territorial.	42
2. DIAGNOSTICO DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN	44

2.1 CARACTERIZACIÓN DEL MUNICIPIO	44
2.1.1 Antecedentes históricos	44
2.1.2 Ubicación geográfica	44
2.1.3 Extensión geográfica	44
2.1.4 Temperatura	45
2.1.5 Población	45
2.1.6 Composición geográfica del municipio	45
2.2 DIVISIÓN POLÍTICA ADMINISTRATIVA	45
2.2.1 Composición del Municipio por Barrios y Veredas.	45
2.2.2 Infraestructura básica	48
2.3 ORGANIZACIONES MUNICIPALES Y COMUNITARIAS	59
2.4 MACRODETERMINANTES EN SALUD	60
2.4.1 Aspectos sociodemograficos.	60
2.4.2 Educación	61
2.4.3 Centro educativo urbano	62
2.4.4 Centro educativo rural	62
2.5 ASPECTOS SOCIOECONOMICOS	63
2.6 FACTORES DE RIESGO EN SALUD	64
2.6.1 Factores de riesgo ambiental	64
2.6.2 Calidad del aire y utilización de plaguicidas.	64
2.6.3 Factores de Riesgo de la vivienda:	64
2.6.4 Calidad del agua para consumo humano	66
2.6.5 Vigilancia y control de Alimentos	66
2.7 FACTORES DE RIESGO NUTRICIONALES EN NIÑOS	67
2.8 FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRASMISIBLES	70

2.9 ANÁLISIS DE LA MORBILIDAD	71
2.9.1 Morbilidad por enfermedades de notificación obligatoria (ENO)	71
2.9.2 Morbilidad atendida basada en registros individuales de prestación de servicios – RIPS –	72
2.9.3 Situación de discapacidad	83
2.9.4 Mortalidad general	84
2.9.5 Mortalidad evitable. (Sistema de Vigilancia en Salud Pública)	86
3.1 ATENCION EN SALUD	87
3.1.1 Inversión y aseguramiento en salud	87
3.1.2 Coberturas de programas de protección específica y detección temprana – promoción de la salud y prevención de enfermedad – 2011	87
3.1.3 Capacidad institucional	89
3.1.4 Recurso humano en salud	90
3.1.5 ESE Olaya Herrera de Gamarra	90
3.1.6 Atención ambulatoria	91
3.1.7 Apoyo diagnóstico	91
3.1.8 Prestación de servicios de salud.	91
3.1.9 Participación social	93
3.1.10 Situación de salud según el diagnóstico comunitario	93
3.1.11 Descripción metodológica	93
3.1.12 Diagnóstico comunitario de problemas de salud	94
4. DEFINICIÓN DE LA PLATAFORMA ESTRATÉGICA	95
4.1 MISION	95
4.2 VISION	95
4.3 PROPOSITO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	95
4.4 ENFOQUES DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL	96

4.4.1 Enfoque poblacional	96
4.4.2 Enfoque de determinantes	96
4.4.3 Enfoque de gestión social del riesgo	96
4.5 PRINCIPIOS DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL	97
4.5.1 Principios	97
4.5.2 Universalidad	97
4.5.3 Equidad	97
4.5.4 Intersectorialidad	97
4.6 LINEAMIENTOS DE POLITICAS	97
4.6.1 Líneas de política	97
4.6.2 Promoción de la salud y la calidad de vida	97
4.6.3 Prevención de los riesgos para la salud de la población	98
4.6.4 Protección de los riesgos para la salud de la población	99
4.6.5 Recuperación de los daños en la salud de las poblaciones	99
4.6.6 Gestión integral de competencias y funciones en salud Pública	100
4.7 ESTRATEGIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE POLITICAS EN SALUD	102
4.7.1 Estrategias de la promoción de la salud y la calidad de vida	102
4.7.2 Estrategias de prevención de los riesgos	102
4.7.3 Estrategias para la recuperación y superación de los daños en la salud	104
4.7.4 Estrategias de vigilancia en salud y gestión del conocimiento	105
4.8 PRIORIDADES Y METAS NACIONALES	106
4.8.1 Prioridades Nacionales en Salud	106
4.8.2 Salud infantil	107
4.8.3 Salud sexual y reproductiva	107
4.8.4 Mejorar la salud oral	108
4.8.5 Mejorar la salud mental	108

4.8.6 Disminuir las enfermedades transmisibles y las zoonosis	109
4.8.7 Disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles	109
4.8.8 Nutrición	110
4.8.9 Mejorar la seguridad en el trabajo y disminuir las enfermedades de origen laboral	111
4.9 EJES PROGRAMATICOS	111
4.9.1 Acciones de obligatorio cumplimiento en los ejes programáticos del plan de salud territorial	112
4.9.2 Aseguramiento	112
4.9.3 Prestación y Desarrollo de Servicios de Salud	112
4.9.4 Salud Pública:	113
4.9.5 Programático de Promoción Social	113
4.9.6 Programático de Prevención, Vigilancia y Control de Riesgos Profesionales:	114
4.9.7 Programático de Emergencias y desastres:	114
5. PROYECTOS POR EJE PROGRAMATICO	115
ANEXOS	116

## LISTA DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
Figura 1. Consulta por nutrición 2011	70
Figura 2. Morbilidad por grupo etario menores de 1 año	73
Figura 3. Morbilidad por grupo etario de 1 a 4 años	73
Figura 4. Morbilidad por grupo etario de 5 a 14 años	74
Figura 5. Morbilidad por grupo etario de 5 a 14 años	74
Figura 6. Morbilidad por grupo etario de 45 a 59 años	75
Figura 7. Morbilidad por grupo etario de 60 o más	75
Figura 8. Urgencia por grupo etario menores de 1 año	77
Figura 9. Urgencia por grupo etario de 1 a 4 años	77
Figura 10. Urgencia por grupo etario de 5 a 14 años	78
Figura 11. Urgencia por grupo etario de 15 a 44 años	78
Figura 12. Urgencia por grupo etario de 45 a 59 años	79
Figura 13. Urgencia por grupo etario de 60 o más años	79
Figura 14. Hospitalización por grupo etario menores de 1 año	80
Figura 15. Hospitalización por grupo etario de 1 a 4 años	81
Figura 16. Hospitalización por grupo etario de 5 a 14 años	81
Figura 17. Hospitalización por grupo etario de 15 a 44 años	82
Figura 18. Hospitalización por grupo etario de 60 o más años	82

## LISTA DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
Tabla 1. Composición del municipio por barrios y veredas.	45
Tabla 2. División política - administrativa de Gamarra	48
Tabla 3 Servicios públicos	48
Tabla 4. Malla Vial	57
Tabla 5. Vías del municipio	57
Tabla 6. Organizaciones municipales y comunitarias del municipio.	59
Tabla 7. Estructura Sociodemograficos	60
Tabla 8. Indicadores de Dinámica Poblacional del Municipio.	60
Tabla 9. Indicadores de educación	62
Tabla 10 Asistencia a alguna institución educativa.	63
Tabla 11. Eventos de notificación obligatoria 2011	71
Tabla 12. Indicadores del programa de lepra y tuberculosis 2011	72
Tabla 13. Morbilidad por consulta a nivel municipal, 2011	72
Tabla 14 Lugares de Hacinamiento	76
Tabla 15. Morbilidad por urgencias a nivel municipal, 2011	76
Tabla 16. Morbilidad por hospitalización a nivel municipal, 2011	80
Tabla 17. Población en situación de discapacidad, describir el año más reciente	83
Tabla 18. Mortalidad general a nivel municipal, 2011	84
Tabla 19. Mortalidad por grupos de edad	85
Tabla 20. Mortalidad evitable a nivel municipal 2011	86
Tabla 21. Aseguramiento en salud 2011.	87
Tabla 22 cumplimiento en la planificación familiar, cáncer de cérvix y cáncer de mama. Año 2011	87

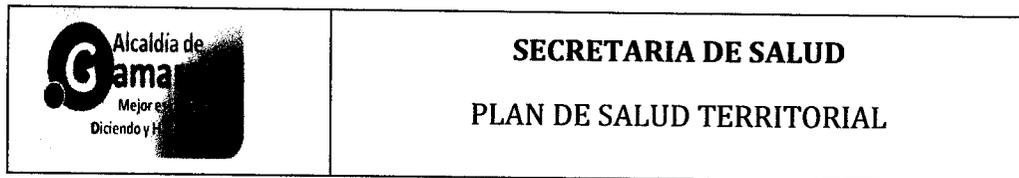
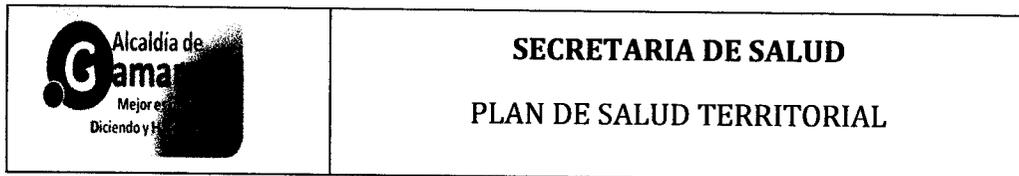


Tabla 23. Coberturas de vacunación 2011	88
Tabla 24. Instituciones y aseguradores de salud disponibles en el municipio	89



## **INTRODUCCIÓN**

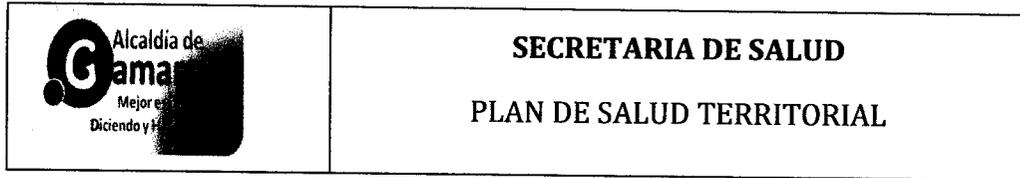
El Plan Territorial de Salud 2012 - 2015 para el Municipio de Gamarra Cesar está dentro los lineamientos políticos que están establecidos en la ley 1122 del 2007 que reformo la ley 100 del 1993, el Decreto 3039 del 2007, La Resolución 425 del 2008 y la 1438 de 2011 entre otra normas.

El Plan de Salud Territorial está conformado, de acuerdo a los 6 ejes programáticos que exigen la Resolución 425 del 2008 ellos son:

1. Aseguramiento
2. Prestación y Desarrollo de Servicio de Salud
- 3 Salud Pública, Promoción Social,
4. Prevención Promoción Social,
5. Prevención, Vigilancia y Control de Riesgos Profesionales,
6. Emergencia y Desastres.

Con el fin de realizar los ejes programáticos se realizó un diagnostico Epidemiológico donde se recolecto información desde el diagnostico situacional en salud que incluye las características generales del territorio, aspecto demográficos, socioeconómicos y; con esta información se busca las líneas de base es decir saber infraestructura dónde estamos y para dónde vamos.

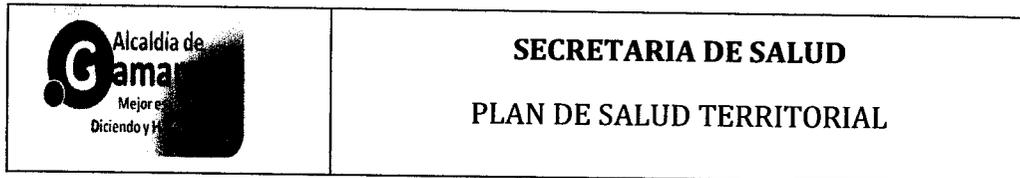
El Perfil Epidemiológico del municipio, destaca los resultados de la vigilancia epidemiológica que se trabajado en el 2011 tanto el la Secretaria de Salud del Municipio y La Empresa Social del Estado Olaya Herrera, ya que se ha demostrado un trabajo arduo



con la comunidad. De ahí, que el Diagnostico nos ayudara a direccionar los proyectos en Salud durante el cuatrienio.

El Plan de Salud Territorial, es un documento que será la carta de navegación del municipio en relación a la salud, estará al servicio del interés general, desarrollado con fundamento en los principios de, universalidad, calidad, igualdad, moralidad, eficacia, eficiencia, responsabilidad, respeto por la diversidad cultural y la étnica.

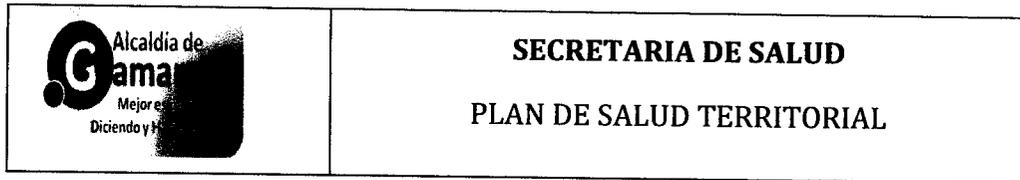
El Programa de Gobierno DICIENDO Y HACIENDO EN GAMARRA MEJOR ES POSIBLE, tiene como principio central, la participación Ciudadana donde trabajamos de la mano con los diferentes ejes sociales que están involucrados con la salud del municipio, para mejorar la salud de la niñez, las gestantes y la población vulnerable.



## DESCRIPCIÓN

La comunidad del Municipio de Gamarra Cesar, de estrato socioeconómico bajo es la mayor preocupación para La Secretaria de Salud por lo tanto se busca trabajar con los integrantes que hacen parte de los 6 ejes programáticos (resolución 425 del 2008 y la ley 1438 de 2011) y la comunidad en general, para lograr tener y mantener nuestro Municipio sano y libre de enfermedades inmunoprevenibles, es necesario culturizar a la población en general en anticipación de los riesgos de la salud.

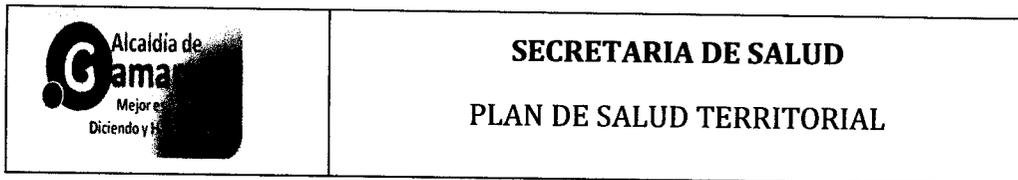
El Municipio tiene una geografía extensa y la mayor parte de la población pertenece al área urbana, y centros y sus vías de acceso son fluviales y las terrestres se encuentran en malas condiciones, motivo por el cual los servicios de salud en su mayoría son deficientes, zona la zona rural, por lo tanto la estrategia de atención primaria en salud es la bandera de nuestra política social.



## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El ministerio de protección social a creado el decreto 3039 del 2007 y la resolución 425 del 2008 donde define el Plan Nacional de Salud y la metodología, siendo esta la carta de navegación en relación en salud para el Municipio durante 2012-2015. El Municipio tiene una población 15.870 habitantes año 2009 según información obtenida del Observatorio de Salud de Cesar con un área 33.726 Hectáreas equivalente a decir que por cada 2.12 Hectárea hay un Gamarence con esta información se concluye que Gamarra tiene una población geográficamente dispersa y las condiciones de transporte son difíciles en el sentido que son fluviales y las vías terrestres están en mala condiciones dado que es zona de inundaciones por lo tanto la accesibilidad a los servicio de salud son deficientes, además los niveles educativos en la población rural es baja.

El trabajo de la Secretaria de Salud Municipal es implementar y fortalecer la estrategia de la atención primaria en salud los programas de la salud a la Infancia, Salud Sexual y Reproductiva, Salud Menta, y Nutrición Y cubriendo el 80% de la población con los servicios de salud Pública.



## JUSTIFICACIÓN

*Para mejorar la salud y las condiciones de vida de la población se debe educar a la comunidad sobre los derechos y deberes que tienen las mismas, así ellos tendrán un papel protagónico en su desarrollo y fortalecerán la salud de todo el municipio.*

Si la población de Gamarra Cesar contara con un óptimo estado de salud estaría en condiciones para trabajar, estudiar, y recrearse, pudiendo así alcanzar todas las metas deseadas tanto físico como intelectual aportándolas al servicio de la comunidad, con el propósito de contribuir al logro de condiciones de vida saludable; es importante aclarar que la salud es responsabilidad de todos y cada uno de nosotros.

Es compromiso de la secretaria de salud es crear mecanismos y estrategias que impacten en el entorno individual y colectivo de las personas.

Además a nivel institucional es necesaria la implementación de un sistema hospitalario público con calidad, eficiencia y eficacia en la prestación de los servicio de salud, con un control y vigilancia estricta a los prestadores y aseguradores, que garantice el cabal cumplimiento de sus obligaciones.

**El Plan de Salud Territorial** nos va a permitir tener una visión enfocada hacia la población más vulnerable de nuestro Municipio permitiendo disminuir los riesgos en salud.

## 1. MARCO REFERENCIAL

### 1.1 MARCO LEGAL

Para la elaboración del Plan de Salud Territorial del Municipio de Gamarra Cesar, nos basamos utilizando los términos legales vigentes presentados a continuación:

#### 1.1.1 Constitución Política de Colombia

##### **De los principios fundamentales**

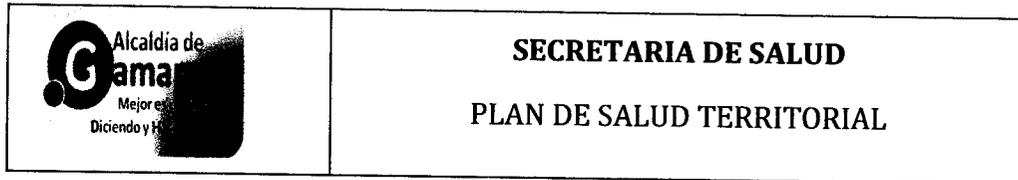
**Artículo 1.** Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.

**Artículo 48.** La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.

Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social.

El Estado, con la participación de los particulares, ampliara progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley.

La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley.



No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella.

La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante.

**Artículo 49.** La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

**Artículo 50.** Todo niño menor de un año que no esté cubierto por algún tipo de protección o de seguridad social, tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado. La ley reglamentará la materia.

**1.1.2 Ley 100 de 1993. Organiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGS SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL**

**ARTICULO 1o.** Sistema de Seguridad Social Integral. El Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.

El Sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta Ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro

**1.1.3 Ley 715 de 2001**

Reforma la ley 60 de 1993 establece la distribución de competencias y recursos de sector.

Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de Recursos competencia de conformidad con los artículos 151, 288, 356, 357, (Acto legislativo 01 de 2001 constitución política y otras disposiciones para organizar la prestación de servicios de educación, salud entre otros.

**(Artículo 44).** Le corresponde a los municipios en dirigir y coordinar el sector salud y sistema de seguridad social en salud en el ámbito de su jurisdicción, cumpliendo con las funciones del director del sector, de aseguramiento y de salud pública.

De conformidad con lo establecido en el numeral 12 del artículo 42 de la ley 715 de 2001 se definen las siguientes prioridades de la nación y de las entidades territoriales en materia de salud pública:

- a) reducción de enfermedades inmunoprevenibles, prevalentes de la infancia y mortalidad infantil.
- b) Implementación de la política de Salud Sexual y Reproductiva.
- c) Prevención y Control de enfermedades transmitida por vectores.
- d) Promoción de estilos de vida saludables para la prevención y control de enfermedades crónicas.
- e) Fortalecimiento del Plan Nacional de alimentación y nutrición e implementación de la política nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional.
- f) Reducción del impacto en salud de la violencia e implementación de las políticas de Salud Mental y Reducción de Consumo de Sustancias Psicoactivas.

#### **1.1.4 Circular 018 de 2004**

**1. ACCIONES DE SALUD PÚBLICA PRIORITARIAS PARA EL PAIS.-** De conformidad con lo establecido en el numeral 12 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001 se definen las siguientes prioridades de la Nación y de las entidades territoriales en materia de salud pública:

- a. Reducción de enfermedades inmunoprevenibles, prevalentes de la infancia y mortalidad infantil.
- b. Implementación de la Política de Salud Sexual y Reproductiva.

- c. Prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores.
- d. Promoción de estilos de vida saludable para la prevención y control de las enfermedades crónicas.
- e. Fortalecimiento del Plan Nacional de Alimentación y Nutrición e implementación de La Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional.
- f. Reducción del impacto en salud de la violencia e implementación de las Políticas de Salud Mental y de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas.

**2. RECURSOS DE SALUD PÚBLICA NO EJECUTADOS A 31 DE DICIEMBRE.-** Los saldos presupuestales no comprometidos de las vigencias anteriores, los recursos que se liberen por la liquidación de los convenios o contratos, y los rendimientos financieros que se hayan generado durante estas vigencias, deberán incorporarse al presupuesto de la vigencia siguiente en la subcuenta de salud pública del Fondo de Salud de la entidad territorial y programarse y ejecutarse de conformidad con lo previsto en la presente circular.

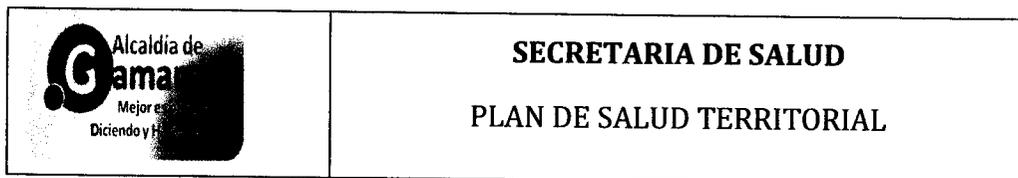
**3. DESTINACIÓN DE LOS RECURSOS DE SALUD PUBLICA DEL SGP Y LAS TRANSFERENCIAS NACIONALES.-** Las transferencias nacionales para el control de las enfermedades transmitidas por vectores y el control de la tuberculosis y la lepra, son de destinación específica para el desarrollo de las actividades de prevención y control de dichas enfermedades. De igual manera, los recursos del componente de salud pública del Sistema General de Participaciones deberán aplicarse exclusivamente para la financiación de las acciones de estricto cumplimiento definidas para las prioridades de La Nación en salud pública en la presente circular y en el cumplimiento de las competencias asignadas en el numeral 3 de los artículos 43 y 44 y lo pertinente del artículo 45 de la Ley 715 de 2001.

**4. CONCEPTOS DE GASTO DE LOS RECURSOS DE SALUD PÚBLICA DEL SGP Y LAS TRANSFERENCIAS NACIONALES.-** Con los recursos de que trata el numeral anterior, se podrán financiar los gastos necesarios para el cumplimiento de las funciones técnicas y operativas exclusivas de salud pública, que entre otros conceptos de gasto, incluye: contratación de talento humano, contratación de servicios,

**5. APROBACIÓN DE LOS PLANES ESTRATÉGICO Y OPERATIVOS** En cumplimiento de lo establecido en el Artículo 46 de la Ley 715 de 2001, corresponde a los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, dirigir la elaboración del Plan de Salud Territorial, en su jurisdicción. En consecuencia, el Plan estratégico del P.I.C. de los Departamentos, Distritos y Municipios deberá presentarse al Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud respectivo, para la revisión y aval correspondiente, a más tardar el 30 de marzo de 2012, para su incorporación al Plan de Desarrollo Territorial. Igual trámite se adelantará cada año con el Plan Operativo Anua antes de finalizar el primer trimestre de la vigencia correspondiente.

Para el cumplimiento de lo anterior, las direcciones departamentales de salud deberán brindar asistencia técnica y realizar monitoreo sobre la conformación y operación de los Consejos Municipales de Seguridad Social en Salud, así como para la concertación, formulación y presentación de los Planes estratégico y operativos del Plan de Intervenciones Colectivas a este cuerpo colegiado.

Para su ejecución, el Plan de Salud Territorial Municipales no requieren concepto previo de viabilización por parte del departamento, ni los departamentales y distritales aprobación previa por parte de la Nación.



### **1.1.5 Ley 1122 de 2007 realiza ajustes al (SGSSS)**

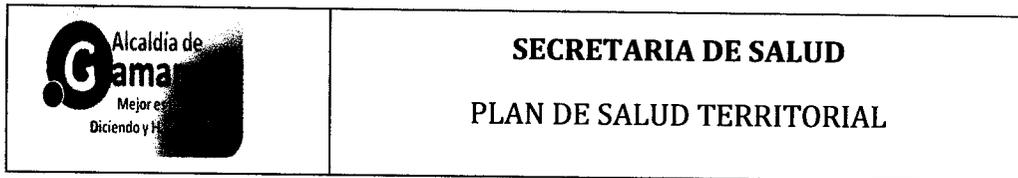
**ARTÍCULO 1o. OBJETO.** La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

### **1.1.6 Decreto 3039 de 2007 por el cual se adopta el plan nacional de Salud Pública 2007-2010**

**Artículo 1°.** Plan Nacional de Salud Pública. Adoptase el Plan Nacional de Salud Pública para el cuatrienio 2007-2010, contenido en el documento que forma parte integral del presente decreto.

El Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 será de obligatorio cumplimiento, en el ámbito de sus competencias y obligaciones por parte de la Nación, las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades obligadas a compensar, las entidades responsables de los regímenes especiales y de excepción y los prestadores de servicios de salud.

**Artículo 2°.** Implementación. El Ministerio de la Protección Social deberá desarrollar, adoptar o ajustar los documentos técnicos y expedir los actos administrativos que se requieran para facilitar la implementación del Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 atendiendo las diferencias regionales, étnicas y culturales

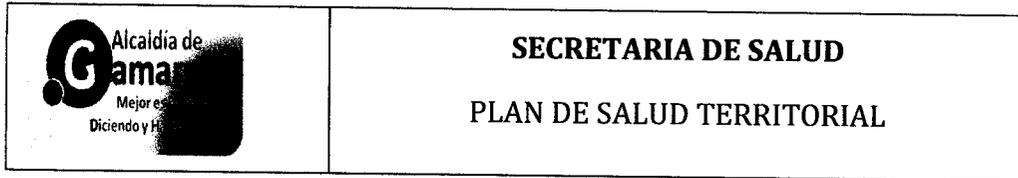


En desarrollo de las competencias consagradas en la Constitución Política, la Ley 9ª de 1979, Ley 10 de 1990, Ley 100 de 1993, Ley 715 de 2001, Ley 691 de 2001, Ley 1122 de 2007 y la Ley 1151 de 2007, el Ministerio de la Protección Social, como ente rector del Sistema de Protección Social, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, y del sector salud, tiene la función de proveer de manera integral, las acciones de salud individuales y colectivas con la participación responsable de todos los sectores de la sociedad, que mejoren la condiciones de salud de la población.

Al Gobierno Nacional, de acuerdo con lo establecido en el artículo 33 de la Ley 1122 de 2007, le corresponde definir cada cuatro años el Plan Nacional de Salud Pública. El Plan Nacional de Salud Pública incluye:

1. Las prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud, en coherencia con los indicadores de situación de salud, las políticas de salud nacionales, los tratados y convenios internacionales suscritos por el país y las políticas sociales transversales de otros sectores.
2. Define las responsabilidades en salud pública a cargo de la Nación, de las entidades territoriales, y de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, que se complementarán con las acciones de los actores de otros sectores definidas en el Plan Nacional de Desarrollo y en los Planes de Desarrollo Territorial.

De acuerdo con lo establecido en las Leyes 10 de 1990, 100 de 1993, 715 de 2001, 691 de 2006 y 1122 de 2007, corresponde a las entidades nacionales, a las entidades adscritas al Ministerio de la Protección Social, a las direcciones territoriales de salud, a las Entidades Promotoras de Salud, EPS, a las entidades de los regímenes especiales y de excepción, a las Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP, a los Prestadores de Servicios de Salud, IPS, a los resguardos indígenas, y a la sociedad civil en general,



adoptar las políticas, prioridades, objetivos, metas y estrategias del Plan Nacional de Salud Pública.

Para ello se formulará y aprobará el Plan de Salud Territorial a cargo de las direcciones territoriales de salud, comprende acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud, POS, del régimen contributivo y del régimen subsidiado y el de riesgos profesionales. Los anteriores planes se formularán en coherencia con los perfiles de salud territorial. Además, se adoptará el sistema de evaluación de resultados para realizar los correctivos pertinentes y así cumplir con las metas definidas para el cuatrienio.

Por tanto, el Ministerio de La Protección Social previa consulta a expertos y concertación con los actores del sector salud, formula el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, cuyo propósito es definir la política pública en salud que garantice las condiciones para mejorar la salud de la población Colombiana, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad, promoviendo condiciones y estilos de vida saludables, previniendo y superando los riesgos para la salud, y recuperando o minimizando el daño, entendiendo la salud como un derecho esencial individual, colectivo y comunitario logrado en función de las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida, mediante acciones sectoriales e intersectoriales.

El Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, en coherencia con las políticas del Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010, previstas en la Ley 1151 de 2007, define las prioridades en salud de los próximos cuatro años, los objetivos, metas y estrategias para su cumplimiento, y las enmarca en las competencias de todos los actores involucrados conforme a los recursos disponibles.

**1.1.7 Resolución 425 de 2008.** Tiene como objeto definir la metodología que deberán cumplir las entidades territoriales para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial.

El Plan de Salud Territorial tiene Como propósito fundamental el mejoramiento del estado de salud de la población de los departamentos, distritos y municipios, para lograr en el mediano y largo plazo evitar la progresión y ocurrencia de desenlaces adversos de la enfermedad, enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica, como también disminuir las inequidades territoriales en Salud.

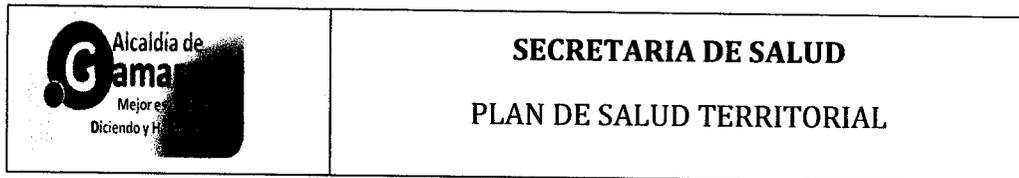
**LINEAS DE POLITICA** El Plan de Salud Territorial adoptara y adaptara e implementara las líneas de política de promoción a la Salud y la calidad vida, prevención de riesgos, recuperación y superación de los daños en la salud, vigilancia en salud y gestión del conocimiento y gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan

**1.1.8 Decreto 2323 de 2006.** Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 9ª de 1979 en relación con la Red Nacional de Laboratorios y se dictan otras disposiciones.

Artículo 1°. Objeto. El presente decreto tiene por objeto organizar la red nacional de laboratorios y reglamentar su gestión, con el fin de garantizar su adecuado funcionamiento y operación en las líneas estratégicas del laboratorio para la vigilancia en salud pública, la gestión de la calidad, la prestación de servicios y la investigación.

3. Estándares de calidad en salud pública. Son los requisitos básicos indispensables definidos por el Ministerio de la Protección Social, que deben cumplir los actores que desempeñan funciones esenciales en salud pública.

5. Gestión de la calidad en salud pública. Conjunto de actividades coordinadas para dirigir, controlar y evaluar a las entidades en relación con la calidad de los servicios que ofrecen a los usuarios.



13. Vigilancia en Salud Pública. Función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, consistente en el proceso sistemático y constante de recolección, análisis, interpretación y divulgación de datos específicos relacionados con la salud, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica en salud pública.

**1.1.9 Decreto 1018 de 2007. Por el cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.**

**Nota:** Modificado por el Decreto 2221 de 2008.

**Artículo 1°.** Naturaleza. La Superintendencia Nacional de Salud, como cabeza del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es una entidad de carácter técnico adscrita al Ministerio de la Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente.

**Artículo 17.** Funciones de la Superintendencia Delegada para la Atención en Salud. La Superintendencia Delegada para la Atención en Salud tendrá las siguientes funciones:

3. Realizar acciones de inspección, vigilancia y control sobre las funciones de inspección, vigilancia y control que ejercen las entidades territoriales sobre el aseguramiento y la prestación de servicios de salud en su jurisdicción.

5. Ejercer la inspección, vigilancia y control sobre el cumplimiento de la atención inicial de urgencias por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

6. Ejercer inspección, vigilancia y control de la ejecución de la prestación de los servicios de salud contenidos en los Planes de Atención Básica asignados a los Departamentos, Distritos y Municipios, así como a los recursos del orden nacional que de manera complementaria se asignen para tal fin.

9. Ejercer la inspección, vigilancia y control al aseguramiento y al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), entidades territoriales y demás instituciones que presten servicios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, conforme con la normatividad vigente.

21. Ejercer inspección, vigilancia y control sobre el cumplimiento de las normas de aseguramiento y de cobertura de atención en salud establecidas por el Gobierno Nacional que desarrollan las Entidades Territoriales y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

#### **1.1.10 Ley 100 del 1993**

**ARTICULO 1o. DEL OBJETO.** La presente ley tiene por objeto disponer las reglas y principios que rigen los contratos de las entidades estatales.

**ARTICULO 2o. DE LA DEFINICIÓN DE ENTIDADES, SERVIDORES Y SERVICIOS PÚBLICOS.** Para los solos efectos de esta ley:

1o. Se denominan entidades estatales:

a) La Nación, las regiones, los departamentos, las provincias, el distrito capital y los distritos especiales, las áreas metropolitanas, las asociaciones de municipios, los territorios indígenas y los municipios; los establecimientos públicos, las empresas industriales y comerciales del Estado, las sociedades de economía mixta en las que el Estado tenga participación superior al cincuenta por ciento (50%), así como las entidades descentralizadas indirectas y las demás personas jurídicas en las que exista dicha participación pública mayoritaria, cualquiera sea la denominación que ellas adopten, en todos los órdenes y niveles.

**ARTICULO 4o. DE LOS DERECHOS Y DEBERES DE LAS ENTIDADES ESTATALES.**

Para la consecución de los fines de que trata el artículo anterior, las entidades estatales:

1o. Exigirán del contratista la ejecución idónea y oportuna del objeto contratado. Igual exigencia podrán hacer al garante.

2o. Adelantarán las gestiones necesarias para el reconocimiento y cobro de las sanciones pecuniarias y garantías a que hubiere lugar.

3o. Solicitarán la actualización o la revisión de los precios cuando se produzcan fenómenos que alteren en su contra el equilibrio económico o financiero del contrato.

4o. Adelantarán revisiones periódicas de las obras ejecutadas, servicios prestados o bienes suministrados, para verificar que ellos cumplan con las condiciones de calidad ofrecidas por los contratistas, y promoverán las acciones de responsabilidad contra éstos y sus garantes cuando dichas condiciones no se cumplan.

Las revisiones periódicas a que se refiere el presente numeral deberán llevarse a cabo por lo menos una vez cada seis (6) meses durante el término de vigencia de las garantías.

5o. Exigirán que la calidad de los bienes y servicios adquiridos por las entidades estatales se ajuste a los requisitos mínimos previstos en las normas técnicas obligatorias, sin perjuicio de la facultad de exigir que tales bienes o servicios cumplan con las normas técnicas colombianas o, en su defecto, con normas internacionales elaboradas por organismos reconocidos a nivel mundial o con normas extranjeras aceptadas en los acuerdos internacionales suscritos por Colombia.

6o. Adelantarán las acciones conducentes a obtener la indemnización de los daños que sufran en desarrollo o con ocasión del contrato celebrado.

7o. Sin perjuicio del llamamiento en garantía, repetirán contra los servidores públicos, contra el contratista o los terceros responsables, según el caso, por las indemnizaciones que deban pagar como consecuencia de la actividad contractual.

8o. Adoptarán las medidas necesarias para mantener durante el desarrollo y ejecución del contrato las condiciones técnicas, económicas y financieras existentes al momento de proponer en los casos en que se hubiere realizado licitación o concurso, o de contratar en

los casos de contratación directa. Para ello utilizarán los mecanismos de ajuste y revisión de precios, acudirán a los procedimientos de revisión y corrección de tales mecanismos si fracasan los supuestos o hipótesis para la ejecución y pactarán intereses moratorios.

Sin perjuicio de la actualización o revisión de precios, en caso de no haberse pactado intereses moratorios, se aplicará la tasa equivalente al doble del interés legal civil sobre el valor histórico actualizado.

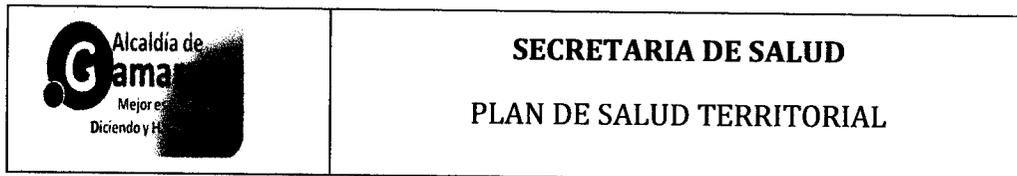
**ARTICULO 6o. DE LA CAPACIDAD PARA CONTRATAR.** Pueden celebrar contratos con las entidades estatales las personas consideradas legalmente capaces en las disposiciones vigentes. También podrán celebrar contratos con las entidades estatales, los consorcios y uniones temporales.

Las personas jurídicas nacionales y extranjeras deberán acreditar que su duración no será inferior a la del plazo del contrato y un año más.

#### **1.1.11 Decreto 3518 de 2006**

**Artículo 1°.** Objeto. El objeto del presente decreto es crear y reglamentar el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila, para la provisión en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública; tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud; optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones; racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva.

**Artículo 6°.** Responsables. La implementación y desarrollo del Sistema de Vigilancia de Salud Pública que se crea a través del presente decreto, será responsabilidad del



Ministerio de la Protección Social, los Institutos Nacional de Salud, INS y de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, las Direcciones Departamentales, Distritales y municipales de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud, las Unidades Notificadoras y las Unidades Primarias Generadoras de Datos, para lo cual cumplirán las funciones indicadas en los artículos siguientes.

#### **1.1.12 Decreto 785 de 2005.**

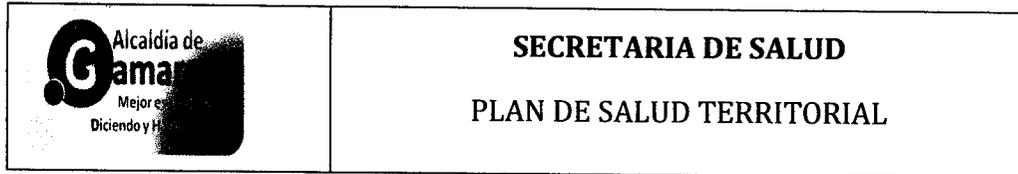
**Artículo 1o. AMBITO DE APLICACIÓN.** El presente decreto establece el sistema de nomenclatura, clasificación de empleos, de funciones y de requisitos generales de los cargos de las entidades territoriales.

**Artículo 3o. NIVELES JERÁRQUICOS DE LOS EMPLEOS.** Según la naturaleza general de sus funciones, las competencias y los requisitos exigidos para su desempeño, los empleos de las entidades territoriales se clasifican en los siguientes niveles jerárquicos: Nivel Directivo, Nivel Asesor, Nivel Profesional, Nivel Técnico y Nivel Asistencial.

#### **1.1.13 Ley 1438 del 2011**

**Artículo 1°. Objeto de la ley.**

Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.



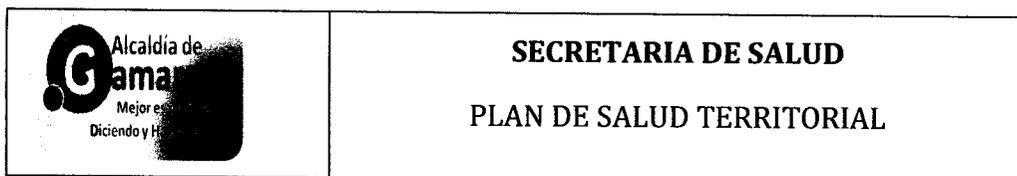
Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.

### **Artículo 2°. Orientación del Sistema General de Seguridad Social en Salud**

El Sistema General de Seguridad Social en Salud estará orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Para esto concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población. Para lograr este propósito, se unificará el Plan de Beneficios para todos los residentes, se garantizará la universalidad del aseguramiento, la portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país y se preservará la sostenibilidad financiera del Sistema, entre otros.

Para dar cumplimiento a lo anterior, el Gobierno Nacional definirá metas e indicadores de resultados en salud que incluyan a todos los niveles de gobierno, instituciones públicas (Sic) y privadas y demás actores que participan dentro del sistema. Estos indicadores estarán basados en criterios técnicos, que como mínimo incluirán:

- 2.1 Prevalencia e incidencia en morbilidad y mortalidad materna perinatal e infantil.
- 2.2 Incidencia de enfermedades de interés en salud pública.
- 2.3 Incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles y en general las precursoras de eventos de alto costo.
- 2.4 Incidencia de enfermedades prevalentes transmisibles incluyendo las inmunoprevenibles.
- 2.5 Acceso efectivo a los servicios de salud.



Cada cuatro (4) años el Gobierno Nacional hará una evaluación integral del Sistema General de Seguridad Social en Salud con base en estos indicadores. Cuando esta evaluación muestre que los resultados en salud deficientes, el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud evaluarán y determinarán las medidas a seguir.

#### **Artículo 6°. Plan Decenal para la Salud Pública**

El Ministerio de la Protección Social elaborará un Plan Decenal de Salud Pública a través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, en el cual deben confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, incluyendo la salud mental, garantizando que el proceso de participación social sea eficaz, mediante la promoción de la capacitación de la ciudadanía y de las organizaciones sociales.

El Plan definirá los objetivos, las metas, las acciones, los recursos, los responsables sectoriales, los indicadores de seguimiento, y los mecanismos de evaluación del Plan.

El Ministerio de la Protección Social podrá hacer modificaciones al Plan Decenal de acuerdo con las prioridades en salud según análisis de los eventos de interés en salud pública que se presenten.

#### **Parágrafo transitorio.**

El primer Plan Decenal deberá ponerse en vigencia en el año 2012.

#### **Artículo 7°. Coordinación Intersectorial.**

Para el desarrollo del Plan Decenal de Salud en el marco de la estrategia de atención primaria, concurrirán todas las instancias que hacen parte del Sistema de Protección Social y otros actores, quienes ejecutarán tareas para la intervención sobre los determinantes en salud, en forma coordinada, bajo las directrices, criterios y mecanismos

del Consejo Nacional de Política Social (CONPES) y del Ministerio de la Protección Social.

**Parágrafo 1°.**

Para los efectos de coordinación créese una Comisión Intersectorial de Salud Pública que se reunirá cada seis (6) meses para hacer seguimiento a las acciones para el manejo de determinantes en salud, la cual informará al CONPES.

**Parágrafo 2°.**

A nivel de las entidades territoriales esta coordinación se realizará a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en salud con la participación de las instituciones y organizaciones comprometidas con los determinantes en salud.

**Artículo 8°. Observatorio Nacional de Salud.**

El Ministerio de la Protección Social creará el Observatorio Nacional de Salud, como una dependencia del Instituto Nacional de Salud. El Gobierno Nacional establecerá mediante reglamento las condiciones de organización y operación del observatorio Nacional de Salud, el equipo técnico y humano para su funcionamiento y apropiará los recursos para su implementación.

**Artículo 9°. Funciones del Observatorio Nacional de Salud.**

El Observatorio Nacional de Salud tendrá a su cargo las siguientes funciones:

9.1 El Observatorio Nacional de Salud será el responsable de hacer el monitoreo a los indicadores de salud pública para cada municipio y departamento, y permitirá contar con información desagregada de resultados por Asegurador, Prestador y Ente Territorial. Los resultados y tendencias de impacto alcanzados serán divulgados semestralmente y base para la evaluación de impacto de gestión de resultados de todos los actores del Sistema.

9.2 Realizar el seguimiento a las condiciones de salud de la población colombiana, mediante el análisis de las variables e indicadores que recomienda la práctica sanitaria y la política pública en materia de condiciones de salud y prioridades en investigación y desarrollo en la materia. Dichas variables e indicadores podrán desagregarse por sexo, edad, región, raza y etnia.

9.3 Servir de soporte técnico a las autoridades del país, en materia de análisis de la situación de salud, para la toma de decisiones.

9.4 Realizar directa o indirectamente, evaluaciones periódicas sobre la situación de salud de las regiones de grupos poblacionales especiales, y hacer públicos los resultados.

9.5 Fortalecer el Sistema de Información Epidemiológica, con énfasis en las zonas de frontera.

9.6 Generar espacios de discusión de resultados y construcción de propuestas.

9.7 Formular recomendaciones, propuestas y advertencias de seguimiento al Ministerio de la Protección Social y a la Comisión de Regulación en Salud, o a la entidad que haga sus veces.

9.8 Presentar reportes a las Comisiones Séptimas Conjuntas, de Cámara y Senado, antes de finalizar cada legislatura sobre todas las evaluaciones periódicas que realizaren.

## **1.2 Glosario**

**1.2.1 Plan de salud territorial.** El Plan de Salud Territorial es equivalente al plan sectorial de salud de los departamentos, distritos y Municipios, por tanto, es parte integral de la dimensión social del Plan de Desarrollo territorial y se rige en lo pertinente, en materia de principios, Procedimientos y mecanismos de elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control por la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo -Ley 152 de 1994-. Asimismo, se rige por lo establecido en las leyes 715 de 2001, 1122 y 1151 de 2007 y el Decreto 3039 de 2007 y las demás normas que las modifiquen, adicionen y sustituyan.

**1.2.2 Salud pública.** Son actividades que intenta fomentar la salud de los individuos y colectividades promoviendo la opción de estilo de vida saludable mediante intervenciones de educación a través de medio de comunicación de masa y atención primaria en salud, así para toda la comunidad que no tiene los recursos necesarios para la salud.

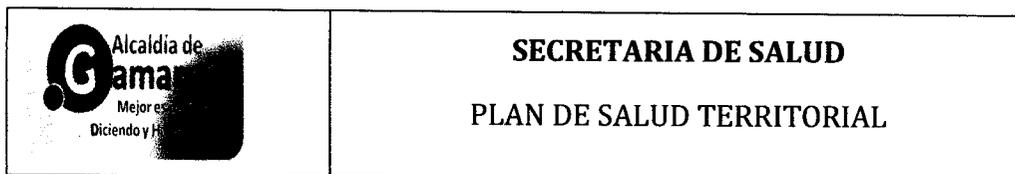
**1.2.3 Seguridad social.** La seguridad social es parte de política y estrategia integral que compromete la cultura de la solidaridad y la puesta en marcha de una economía productiva con capacidad de crecimiento sostenido y el sentido preciso de la justicia social.

**1.2.4 Enfermedad.** Es un proceso consecuente de afección de un ser vivo, caracterizado por una alteración de su estado ontológico de salud. El estado y/o proceso de enfermedad puede ser provocado por diversos factores intrínsecos como extrínsecos al organismo enfermo.

La salud y la enfermedad son parte integral de la vida; generalmente se entiende a la enfermedad como una entidad opuesta a la salud, cuyo efecto negativo es consecuencia de una alteración o desarmonización de un sistema a cualquier nivel (molecular, espiritual, corporal, mental, emocional etc.) del estado fisiológico y/o morfológico considerados como normales, equilibrados y armónicos.

**1.2.5 Enfermedades de interés de salud pública.** Son aquellas enfermedades que presentan un alto impacto en la salud colectiva y ameritan una atención y seguimiento especial, estas enfermedades responden a los siguientes criterios.

Enfermedades infecciosas cuyo tratamiento requieren seguimiento de manera estricta y secuencial en el manejo de quimioterapia, para evitar el desarrollo de quimioresistencias, con grave impacto sobre la colectividad.



**1.2.6 Prevención de la enfermedad.** Según La ONU es “la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas mentales y sensoriales (prevención primaria) o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido tenga consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas”.

Conjuntos de actividades, intenciones y procedimientos dirigidos a la protección específica de la población para evitar que los daños en la salud o las enfermedades, aparezcan, se prolonguen, ocasionen daños mayores, o generen secuelas evitables. Son el conjunto de acciones dirigidas a impedir el impacto físico en el organismo del individuos si este es inevitable a protegerlo en forma que el daño sea menor y más corto el tiempo de su readaptación a las actividades normales.

**1.2.7 Promoción social.** Es la suma de acciones de la población de los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros de sectores sociales y productivos encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva (OMS/ OPS, 1990).

Significa el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos que realizan los gobiernos los sectores sociales o productivos la comunidad en general para proteger la salud de la población y que estén orientadas a modificar los factores determinantes de riesgos y que fortalecen los mecanismos de protección de la salud; es decir que hacen relación al entorno, a los procesos sociales, productivos, culturales y científicos y tecnológicos que lleven a garantizar mejores condiciones de bienestar físico psicológico y social.

**1.2.8 Protección específica.** Aplicaciones de acciones y/o tecnologías que permitan y logren evitar la aparición inicial de la enfermedad mediante la protección frente al riesgo.

**1.2.9 Detección temprana.** Son los procesos que identifican en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico en estados tempranos, atención oportuna, reducción de su duración y el daño que causa; evitando secuelas, incapacidad y muerte. Es un proceso consecuente de afección de un ser vivo, caracterizado por una alteración de su estado ontológico de salud. El estado y/o proceso de enfermedad puede ser provocado por diversos factores intrínsecos como extrínsecos al organismo enfermo.

La salud y la enfermedad son parte integral de la vida; generalmente se entiende a la enfermedad como una entidad opuesta a la salud, cuyo efecto negativo es consecuencia de una alteración o desarmonización de un sistema a cualquier nivel (molecular, espiritual, corporal, mental, emocional etc.) del estado fisiológico y/o morfológico considerados como normales, equilibrados y armónicos.

**1.2.10 Asistencia sanitaria.** Según La OMS es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo y la máxima satisfacción del paciente con el proceso, la asistencia sanitaria asegura que el individuo enfermo reciba los servicios diagnósticos y terapéuticos eficaces y oportunos para la recuperación de salud en el menor tiempo y logren la pronta incorporación a actividades normales.

**1.2.11 Atención.** Conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios de aseguramiento así como de las actividades, procedimientos, intervenciones asistenciales en las fases de Promoción y Prevención, diagnóstico tratamiento y rehabilitación que se presta a toda la población. La calidad es la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.

**1.2.12 Demanda inducida.** Es la acción de organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios de Protección Específica y Detección Temprana y a la adhesión de los programas de control.

**1.2.13 Calidad.** Es la provisión de servicios individuales y colectivos accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.

**1.2.14 Eficiencia.** Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros del Estado y los particulares para garantizar el derecho a la salud y al acceso de los servicios integrales de promoción de la salud y la calidad de vida, prevención de los riesgos y recuperación de la salud con oportunidad, calidad y suficiencia.

**1.2.15 Responsabilidad.** Es la garantía del acceso a las acciones individuales y colectivas en salud pública con oportunidad, calidad, eficiencia y equidad. La responsabilidad implica que los actores asuman consecuencias administrativas, penales, civiles y éticas por acciones inadecuadas u omisiones que atenten contra la salud o la calidad de vida.

**1.2.16 Respeto por la diversidad cultural y étnica.** Es la garantía del respeto, del entendimiento de la cosmovisión, usos, costumbres, territorio ancestral, sitios sagrados y creencias de los grupos étnicos frente a la promoción, prevención, protección y recuperación de la salud, bajo el ejercicio de la consulta y concertación con las comunidades, garantizando su participación en la formulación, seguimiento y evaluación de los planes de salud en concordancia con las disposiciones de la autoridad de salud y La Ley 691 de 2001.

**1.2.17 Participación social.** Es la intervención de la comunidad en la planeación, gestión y control social y evaluación del Plan, se deberá promover la vinculación efectiva de la población para garantizar que las prioridades en salud y bienestar territorial respondan a las necesidades sentidas de los grupos sociales, y que estas se concreten en los planes de salud territoriales.

### **1.3 METODOLOGIA PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL.**

#### **1.3.1 Fase 1. Generación de condiciones para la planeación:**

Incluye las siguientes actividades:

1. Identificación de los principales actores sociales e institucionales que deberán acompañar a La Dirección Territorial de Salud en la elaboración del Proyecto de Plan de Salud Territorial.
2. Convocatoria, conformación, formalización y vinculación activa del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud en el proceso de elaboración del Proyecto de Plan de Salud Territorial.
3. Conformación de un equipo técnico, designación de su coordinador y desarrollo de las acciones de sensibilización e inducción. En esta etapa se recopiló investigación en las diferentes áreas como lo son el observatorio de Salud Pública, y La Empresa Social del Estado Olaya Herrera del municipio igualmente se recogió información consolidada en la secretaria de salud y dependencias de la Administración

4. Selección y capacitación de los facilitadores para el proceso de elaboración del Proyecto de Plan de Salud Territorial. En esta etapa el grupo de trabajo de la secretaria de salud se capacito en la resolución 425 de 2008 por medio de la Secretaria de Salud Departamental y el Ministerio de Protección Social sobre los anexos 1y 2del Plan de Salud Territorial.

5. Desarrollo de foros, audiencias ciudadanas y mesas de trabajo con los actores del sector, otros sectores y comunidades para proceso de elaboración del Plan de Salud Territorial. En esta etapa se recopilo información relacionada con las generalidades del sector y sus debilidades, potencialidades, priorización de necesidades y planteamiento de soluciones la administración Municipal en cabeza del Alcalde aporto información en las diferentes mesas de trabajo orientándolo hacia las necesidades de las diferentes comunidades.

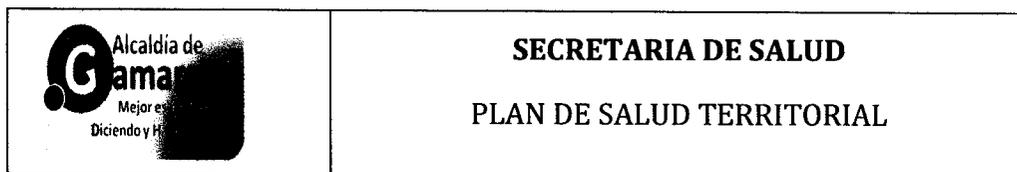
### **1.3.2 Fase 2. Elaboración del Proyecto de Plan de Salud Territorial.**

Incluyen las siguientes actividades:

1. Diagnóstico general de la situación de salud territorial y formulación del anteproyecto del Plan.

Comprende:

a) Un diagnóstico de la situación de salud que incluya las características Generales del territorio, aspectos demográficos, socioeconómicos y de Infraestructura; el perfil epidemiológico, que destaque los resultados de la vigilancia epidemiológica y de los riesgos sanitarios por probabilidad de ocurrencia e impacto; la situación de los servicios de salud que describa el estado y funcionamiento de la red física instalada, el talento humano y la producción de servicios; además del diagnóstico financiero e identificación de

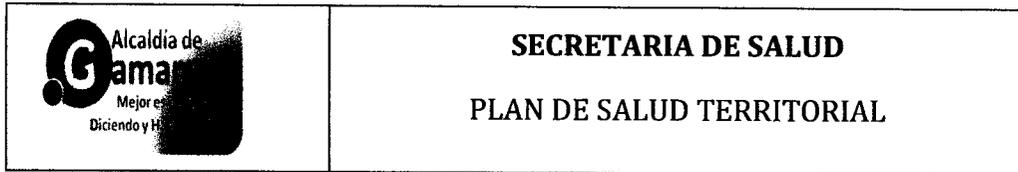


las fuentes de recursos que incluya el plan bienal de inversiones en salud de que trata el artículo 65 de la Ley 715 de 2001.

- b) Visión o escenario posible, factible y deseado del Plan de salud Territorial.
- c) Misión del Plan de salud Territorial.
- d) Descripción y priorización de los problemas y necesidades Identificadas.
- e) Análisis y descripción de las principales causas y soluciones de los Problemas y necesidades priorizadas.
- f) Descripción de los objetivos de acción por Eje programático a mediano y largo plazo, acordes con los hallazgos del diagnóstico.
- g) Metas de acción por cada eje programático (impacto o proceso) a mediano y largo plazo, con su correspondiente línea de base y valor esperado al finalizar el cuatrienio.
- h) Descripción de las áreas subprogramáticas, con sus correspondientes objetivos e indicadores de producto para el cuatrienio.
- i) Estimación y proyección presupuestal de cada eje programático y área Subprogramática en el cuatrienio.
- j) Identificación de los medios para la articulación de las metas de acción con las metas establecidas en otras dimensiones del Plan de Desarrollo Territorial para abordar los determinantes sociales y ambientales que afectan la salud.
- k) Responsables de los ejes programáticos y áreas subprogramáticas.

41

**PRIMER PUERTO FLUVIAL Y PESQUERO SOBRE EL RIO MAGDALENA EL CESAR**



Síntesis del proceso de elaboración del Plan de Salud Territorial. Para generar condiciones que permitan el estudio, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, las entidades Territoriales deberán utilizar el instrumento: “Planeación Indicativa en Salud”, el cual recoge el proceso de elaboración estratégica del Plan y se encuentra Contenido en el Anexo Técnico No. 1 que hace parte integral de la presente Resolución El anexo 2 contiene el anexo 1 del plan territorial de salud que aborda los ejes programáticos planteados en la resolución 425 de 2008, este anexo comprende las metas de resultado del cuatrienio con sus respectivos indicadores, a su vez incluye las metas del producto del cuatrienio con los indicadores de producto para cada año en base a las áreas subprogramaticas de cada Eje, el valor esperado al cuarto año y los recursos proyectados anuales para cada meta.

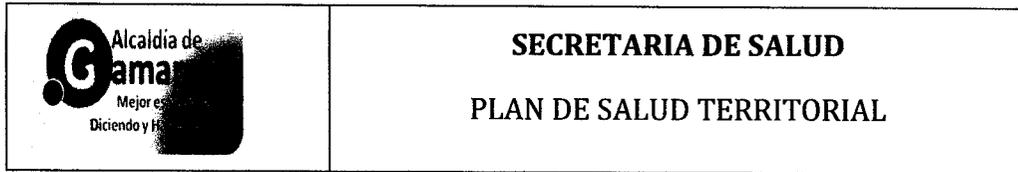
Elaboración del Proyecto de Inversión. A partir del componente Estratégico, se formulará el proyecto de inversión plurianual en salud para el cuatrienio, utilizando el instrumento “Planeación Plurianual de Inversiones en Salud Territorial”, el cual articula el componente estratégico del Plan de Salud Territorial con los recursos de inversión que se ejecutarán durante el cuatrienio, el cual se encuentra contenido en el Anexo Técnico No. 2, que hace parte integral de la presente resolución. El anexo 2 contiene el anexo técnico 2 del Plan de Salud Territorial que comprende los ejes programáticos planteados en la Resolución 425 de 2008 este anexo abarca a las áreas subprogramáticas de cada eje y los recursos por fuente de financiación para el cuatrienio.

**1.3.3 Fase 3. Aprobación y socialización de los proyectos.** Plan de Salud Territorial y de Inversión Plurianual e Incorporación al Plan de Desarrollo Territorial.

El Plan de Salud Territorial y el Proyecto de Inversión Plurianual en salud, serán incorporados al Plan de Desarrollo Territorial y su aprobación se efectuará conforme a lo

42

**PRIMER PUERTO FLUVIAL Y PESQUERO SOBRE EL RIO MAGDALENA EL CESAR**



establecido en los artículos 39 y 40 de la Ley 152 de 1994. Es responsabilidad de la autoridad local –alcalde y gobernador- dar a conocer a la ciudadanía el Plan de Salud Territorial, de manera que las prioridades y metas en salud sean conocidas y apropiadas por toda la comunidad de la entidad territorial.

## **2. DIAGNOSTICO DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN**

### **2.1 CARACTERIZACIÓN DEL MUNICIPIO**

**2.1.1 Antecedentes históricos.** El Municipio de Gamarra, cuya cabecera municipal fue fundada por Martín Gamarra Nieto en 1.864, y segregado del municipio de Chiriguaná mediante Ordenanza 015 de 1.929, está ubicado en la subregión Sur del departamento del Cesar, en las coordenadas latitud 8° 20' N y longitud 73° 45' W.

**2.1.2 Ubicación geográfica.** Está ubicado en la subregión Sur del departamento del Cesar, en las coordenadas latitud 8° 20' N y longitud 73° 45' W.

La distancia a Valledupar es de 296 Km. aproximadamente, pasando por Aguachica y tomando la vía al mar.

Los límites geográficos del Municipio de Gamarra, Cesar, son los siguientes:

El Municipio está ubicado al sur occidente del Departamento del Cesar, limita:

Al norte: con el Municipio de la Gloria,

Al sur y al oriente: con el Municipio de Aguachica

Al occidente: con el río Magdalena que lo separa del Municipio de Morales - Bolívar.

**2.1.3 Extensión geográfica.** La extensión superficial del municipio es de 320,3 kilómetros cuadrados, su cabecera municipal tiene una altura sobre el nivel del mar de 50 Mts y está localizada a 296 Km. de la capital del departamento;

La extensión superficial del municipio es de 33.726 Hectáreas. .

**2.1.4 Temperatura.** La temperatura media del municipio es de 30 - 32 grados centígrados.

**2.1.5 Población.** La población del Municipio de Gamarra, Cesar, proyectada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE, conforme al censo de población del año 2009, es de 15.870 habitantes, de los cuales el área rural tiene 7.144 habitantes, es decir, el 45%, y en el área urbana 8.726 habitantes, para un 55%.

El censo de población elaborado por *DANE en el departamento del Cesar*, en el año 2009, registra la siguiente población para el Municipio de Gamarra, así:

**2.1.6 Composición geográfica del municipio.** De conformidad con los datos estadísticos registrados por el Instituto Geográfico y el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, DANE, censo del año 2009, el municipio presenta la siguiente composición geográfica, así:

## 2.2 DIVISIÓN POLÍTICA ADMINISTRATIVA

### 2.2.1 Composición del Municipio por Barrios y Veredas.

**Tabla 1. Composición del municipio por barrios y veredas.**

Zona	Nº Familias	Nº. Hab.	Porcentaje del total
Casco urbano (barrios)		8.726	55%
Veredas y/o corregimientos		7.144	45%
TOTAL		15.870	100.0

**Tabla 2. División política - administrativa de Gamarra**

CORREGIMIENTO	CABECERA	VEREDAS
GAMARRA	GAMARRA	
PUERTO MOSQUITO	PUERTO MOSQUITO	
PALENQUILLO	PALENQUILLO	LOS PALMARES, EL PROGRESO, ANDIAN, Y CAIMITAL.
LA ESTACIÓN	LA ESTACIÓN	SABANAS DE CHAPETÓN
EL CONTENTO	EL CONTENTO	
PUERTO CAPULCO	PUERTO CAPULCO	
PUERTO VIEJO	PUERTO VIEJO	
CASCAJAL	CASCAJAL	SABANAS DE CABALLERO
MAHOMA	NO TIENE	EL CEDRO

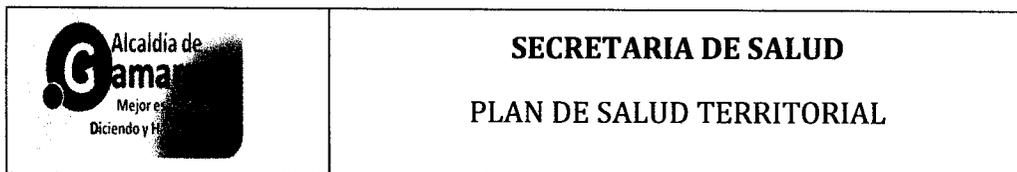
Fuente: Plan de Desarrollo Municipal 2.008 – 2.010

### 2.2.2 Infraestructura básica

**Tabla 3 Servicios públicos**

SERVICIOS PÚBLICOS	SI	NO
Acueducto con tratamiento	X	
Acueducto sin tratamiento	X	
Energía eléctrica	X	
Alcantarillado	X	
Telefonía	X	
Gas domiciliario	X	
Pozos sépticos	X	
Disposición final de basuras	X	
Mercado publico	x	
Matadero	x	
Cementerio	x	
Iglesias	X	

Fuente: Plan De Ordenamiento Territorial (POT)



**2.2.2.1 Acueducto:** En el municipio el agua para consumo humano se capta del río Magdalena y de pozos profundos, este último tipo de captación no se le realiza en la mayoría de casos ninguna clase de tratamiento.

**Acueducto urbano:**

El acueducto de la cabecera municipal fue creado en el año de 1.962, actualmente el servicio es prestado por la Unidad de Servicios Públicos del Municipio de Gamarra. Según las estadísticas oficiales que maneja el DANE la cobertura del servicio de acueducto está calculada en un 80,4%.

Según las cifras oficiales solo se encuentran registradas al servicio de acueducto 1.579 usuarios, distribuidos así: 965 en el estrato 1, 440 en el estrato 2, 60 en el estrato 3, 4 en el sector oficial, en el sector industrial y 102 en el sector comercial. La capacidad de captación del sistema de acueducto municipal es de 60 litros por segundo (1.728 m<sup>3</sup>/día) y cuenta con una capacidad de bombeo de 55 litros por segundo (1.584 m<sup>3</sup>/día), con un promedio de consumo por familia de 0.893 m<sup>3</sup>/día. Según la empresa se contabilizan aproximadamente 47 usuarios fraudulentos. Actualmente no se contabiliza el agua que consumen los usuarios del sistema por cuanto no existe un sistema de micro medición. Como se indicó anteriormente en la cabecera municipal el agua es extraída del río Magdalena a través de una casetilla flotante, con un equipo de succión de aproximadamente 50Hp de Potencia, el caudal extraído para tratamiento es de 70Lps, Cuenta con una Planta Convencional que opera en condiciones óptimas, tiene un equipo de control de procesos básicos que le permite evaluar la calidad del agua tratada.

Desde la caseta o barcaza flotante en el río Magdalena se envía el líquido inicialmente a los floculadores. El agente floculante utilizado es sulfato de aluminio, que es incorporado al agua a través de un dosificador con capacidad de 100 Kilos, las partículas en suspensión se van asentando progresivamente a través de los cajones de floculación y la

49

**PRIMER PUERTO FLUVIAL Y PESQUERO SOBRE EL RIO MAGDALENA EL CESAR**

manga de acceso a las albercas de sedimentación. En la parte final de las piscinas, se realiza el filtrado último de las aguas y se procede a incorporarles cloro gaseoso (procedimiento practicado desde agosto de 1998), en una concentración de una parte por millón.

El sistema cuenta con tres redes de distribución dos tuberías en PVC y una en asbesto cemento, hierro fundido, galvanizado, dos tanques de almacenamiento, en el momento está funcionando un tanque de almacenamiento.

Las necesidades más apremiantes para mejorar la prestación del servicio de acueducto son las siguientes:

- ☞ Realizar los empalmes correspondientes a la tubería nueva con el fin de discontinuar la tubería vieja (asbesto cemento, hierro fundido).
- ☞ Poner en funcionamiento el nuevo tanque de almacenamiento para el suministro continuo de agua potable a la parte alta del Municipio (Barrios: Prado, Villa Estadio y corregimiento de Puerto Viejo).

### **Acueducto de la Estación:**

En la cabecera del Corregimiento de la Estación el agua es suministrada a la población a través de un pozo profundo, el cual se considera que se encuentra en mal estado, la producción de dicho pozo es de 1 lt/seg, bombea 17 horas diarias, y el agua se distribuye en 2 turnos, cada uno con 4 sectores. Los usuarios reciben el servicio por una hora cada día por medio. El acueducto de este corregimiento registra 178 usuarios y una cobertura del 96%. Su estratificación por facturación es: 4 usuarios en el estrato 3, 1 usuario en el estrato 2 y 173 usuarios en el estrato 1. También cuenta con otro pozo que no está instalado a la red y tiene un mejor rendimiento produciendo 4,6 lts/seg.

**Acueducto de Palenquillo:**

En la cabecera de Palenquillo el abastecimiento de agua es de un pozo profundo, ubicado en la parte Suroriental y a 600 metros del perímetro, con un caudal de bombeo de 5 lts/seg. El sistema de redes presenta un cubrimiento del 100%, tiene 158 usuarios por facturación y solamente 8 pertenecen al estrato 2 y el resto al estrato 1.

**Acueducto de Puerto Viejo:**

En la cabecera de Puerto Viejo el abastecimiento de agua se hace a través del acueducto de la cabecera municipal. En esta cabecera existe una cobertura de redes del 100%.

**Acueducto de Puerto Capulco:**

La cabecera de Puerto Capulco se surte de agua por el sistema de pozo profundo, con un caudal de bombeo de 5 lts/seg. La cobertura de redes es del 90%.

**Acueducto de Cascajal:**

La Cabecera de Cascajal se surte del sistema de acueducto de la cabecera municipal y tiene una cobertura de redes del 100%.

**Acueducto del Contenido:**

El sistema de acueducto en este corregimiento proviene de un pozo de 60 Mts de profundidad, con un caudal de 7 lts/seg, tiene un tanque elevado de almacenamiento de 16 mts<sup>3</sup>, el agua es potable, pero con sabor ligeramente salobre, tiene 76 usuarios y es manejado por la junta de acción comunal, sus instalaciones se encuentran en regular estado.

**Acueducto de Puerto Mosquito.**

El Corregimiento de Puerto Mosquito cuenta con un pozo profundo, un tanque elevado con capacidad de 10.000 litros. Este sistema es manejado por la junta de acción comunal, se cuenta con una planta de tratamiento de agua, la cual pretende ponerse en funcionamiento. El sistema cuenta con 195 usuarios, el agua no es filtrada correctamente dentro del pozo, por lo que sale con muchos sedimentos y al otro día de ser servida recoge malos olores y sus instalaciones se encuentran en mal estado.

Las veredas de El Progreso, Los Palmares, Andian, Caimital y Sabanas de Caballero no cuentan con servicio de acueducto. El agua es adquirida en un alto porcentaje de arroyos y quebradas.

**2.2.2.2 Alcantarillado:** La cabecera municipal cuenta con un sistema de alcantarillado incompleto, se calcula que aproximadamente el 70% del área urbana dispone de redes en tubería novaform de 8 y 10", las domiciliarias existentes están construidas en tubería de PVC de 4", no existe laguna de oxidación, actualmente esta en funcionamiento una planta de bombeo que vierte las aguas negras y servidas sin ningún tipo de tratamiento al caño rabón.

Se desconoce el estado real del sistema y los taponamientos en las tuberías son constantes, con lo cual se genera el rebose y el vertimiento de aguas negras en algunas calles de la población.

La construcción de las lagunas de oxidación se convierte en una obra prioritaria de la administración municipal, con el propósito de mejorar las condiciones de vida y habitabilidad de la población del área urbana y reducir el grado de contaminación de los cuerpos de agua del municipio, que actualmente soportan el vertimiento de aguas negras sin ningún tratamiento.

Las áreas de la cabecera municipal que principalmente carecen de acceso al servicio de alcantarillado lo constituyen los barrios San Martín, El Carmen (50%), San Antonio y el Cable.

La cabecera del corregimiento de La Estación tiene un 60% de redes instaladas del sistema de alcantarillado y este se encuentra funcionando. La laguna drena hacia el caño que conduce sus aguas a la ciénaga La Mula

En Palenquillo existe la laguna construida a menos de 200 metros del perímetro de la población. No existen redes de alcantarillado, por tanto el sistema no funciona.

En la cabecera de Puerto Capulco las viviendas construidas por la empresa de Ferrocarriles Nacionales son las que tienen sistema de alcantarillado sin laguna de oxidación; este sistema de redes y las demás viviendas drenan directamente al río Magdalena.

Las cabeceras de los corregimientos de Puerto Mosquito, Puerto Viejo, El Contenido y Cascajal no tienen sistema de alcantarillado. En Puerto Mosquito el sistema de

eliminación de excretas se hace por pozo séptico o letrina. En las otras tres cabeceras conectan al río o ciénaga.

**2.2.2.3 Disposición final de basuras:** El servicio de aseo actualmente es atendido por la empresa departamental “Aguas del Cesar” con una frecuencia de tres veces por semana de y la disposición final de los residuos sólidos es efectuada en un relleno sanitario ubicado en el municipio de Aguachica.

Los residuos que mayor demanda tienen o se presentan en el área urbana del municipio son los residuos caseros como enlatados, tarros de aceite de cocina, botellas y bolsas plásticas.

En la cabecera de los corregimientos no existe recolección ni manejo adecuado de basuras. Los habitantes de estas poblaciones las queman, las tiran a los patios o las tiran al río Magdalena.

**2.2.2.4 Energía eléctrica:** El servicio de Energía Eléctrica es prestado por la Empresa Centrales Eléctricas de Norte de Santander, S.A. E.S.P., y el servicio depende de una sede regional ubicada en Aguachica, desde donde se retransmite el servicio y se factura por el mismo. El servicio se presta en Media y Baja tensión en áreas urbanas y rurales, y el de alumbrado público en el casco urbano y rural.

**2.2.2.5 Telefonía:** En el municipio de Gamarra este servicio es prestado por la empresa Colombia telecomunicaciones (Telecom), actualmente tiene registrados 600 usuarios lo que representa solo el 20,6% de cobertura en el servicio. La baja cobertura de este servicio se explica principalmente por las ventajas, facilidad y bajo costo de la telefonía móvil, las cuales hacen presencia en el municipio.

**2.2.2.6 Mercado público y mercadeo:** En el municipio existe un mercado público el cual funciona en la cabecera municipal, este se encuentra en aceptable estado y utiliza los servicios públicos de la ciudad para su normal funcionamiento. Las demás poblaciones no tienen mercado y la comercialización de artículos se hace a través de tiendas en los barrios.

**2.2.2.7 Matadero:** El municipio cuenta con dos mataderos, uno en la cabecera municipal y uno en Pto Mosquito, los cuales no reúnen las condiciones sanitarias y ambientales requeridas por el INVIMA, en materia sanitaria y técnica.

El matadero de la cabecera municipal está ubicado hacia el oriente; las condiciones físicas y sanitarias no son las mejores. Los desechos y aguas negras son vertidos a la ciénaga Baquero. Los elementos técnicos para el sacrificio de animales de abastecimiento público no son los adecuados. Se sacrifican, en promedio, 10 cabezas a la semana.

El matadero de la cabecera de Pto Mosquito está ubicado al occidente de la población, al final de la calle 2; este matadero no tiene electrificación ni agua del acueducto. No tiene cerramiento. Sus condiciones sanitarias son malas. Se sacrifica 1 res a la semana.

**2.2.2.8 Cementerio:** La cabecera municipal y sus cabeceras corregimentales tienen su cementerio, a excepción de Puerto Viejo, El Contento, Puerto Capulco y Cascajal. Las instalaciones de los cementerios en los corregimientos en general, presentan las mismas características, tales como abandono, falta de área de protección y encerramiento total. Los cementerios de cada población están ubicados así:

- En la cabecera municipal, su ubicación es al noroeste en la entrada de la población.

- En la cabecera del corregimiento de Pto Mosquito está ubicado al noroccidente, a la salida hacia El Contenido.
- En la cabecera del corregimiento de Palenquillo está ubicado al oriente del pueblo, salida a Gamarra.

**2.2.2.9 Iglesias:** En el municipio la población practica diversas corrientes religiosas, siendo la católica la de mayor número de creyentes.

En la cabecera municipal como la cabecera de Pto Mosquito, Pto Viejo, Palenquillo, El Contenido y La Estación disponen los feligreses de iglesias católicas y centros e iglesias evangélicas.

**2.2.2.10 Gas natural domiciliario:** En el municipio sólo la cabecera municipal dispone del servicio de Gas natural domiciliario, este servicio es prestado por la Compañía *GASNACER S.A*, con sede en Bucaramanga, Según el DANE (censo del año 2.005) el 31.4% de las viviendas del municipio tienen acceso al servicio de Gas Natural.

**Tabla 4. Malla Vial**

El municipio cuenta con una infraestructura vial de carreteras de 83,2 kilómetros de longitud aproximadamente distribuidas así:

- **Carreteras intermunicipales:** La principal vía de comunicación terrestre está constituida por la carretera que comunica al municipio de Gamarra con el municipio de Aguachica. Esta carretera se encuentra asfaltada, en mal estado y sin señalización con una longitud de 16 Km; además está la vía que conduce al corregimiento de Puerto Mosquito, carretera destapada y en mal estado.
- **Carreteables intercorregimentales e interveredales:** La constituyen la gran mayoría de las vías existentes y que intercomunican los corregimientos y veredas del municipio. De estas vías la única que se encuentra en buen estado es la que comunica a la cabecera municipal con el Corregimiento de Puerto Capulco, el resto de vías se encuentran destapadas y en mal estado.

**Tabla 5. Vías del municipio**

#	NOMBRE	CLASE	EXTENSIÓN	ESTADO
1	Gamarra - Aguachica	Carretera	16	Malo
2	La Ye-La Estación	Carretera	1,5	Bueno
3	La Estación Palenquillo	Carreteable	11,2	Regular-Malo
4	Palenquillo-Caimital	Carreteable	1,9	Malo
5	Palenquillo-El Cedro	Carreteable	13,8	Regular
6	El Cedro-Mahoma	Carreteable	7	Regular
7	Gamarra - Capulco	Carreteable	3,7	Bueno
8	Capulco - El Contento	Carreteable	7	Malo

9	El Contenido-Pto Mosquito	Carreteable	6,0	Malo
10	Línea férrea (Aguachica) - Puerto Mosquito	Carreteable	8,0	Regular
11	Pto Mosquito-Río Magdalena	Carreteable	2,3	Malo
12	Gamarra-Puerto viejo	Carreteable	4	Regular-Malo
13	Gamarra-Cascajal	Carreteable	0,8	Malo
	<b>TOTAL</b>		<b>83,2</b>	

Fuente: S:P:M

La cabecera municipal tiene pavimentadas sus vías en un 45%, es decir existen 5.425 metros lineales de vías en concreto rígidos.

Las vías de las cabeceras de los corregimientos no están pavimentadas. Se encuentran, mayoritariamente, en regular estado para el tráfico vehicular y peatonal.

También cuenta el municipio con 29.8 Kilómetros (la principal y 1 ramal) de línea férrea, que en otros tiempos construyó y operó Ferrocarriles Nacionales, aportando una fuerte generación de empleo directo e indirecto, como también generador del crecimiento y desarrollo de nuevos poblados, cual es el caso de La Estación: a lado y lado de las excelentes construcciones que levantó la Empresa, fue creciendo paralelo un sector de viviendas. Existen, en la cabecera del corregimiento La Estación, los módulos donde funcionaba la terminal. El gobierno Nacional a través de la nueva empresa ferroviaria (FERROVÍAS), está interesada en reactivar el transporte férreo en Colombia, con lo cual se considera que el municipio de Gamarra Cesar y en especial el Corregimiento de la Estación serán los más beneficiados con este importante proyecto.

La cabecera del Corregimiento de Puerto Capulco ocupa un lugar especial en esta reactivación del sistema férreo colombiano. En esta localidad existen instalaciones y viviendas construidas por la antigua Empresa. Se espera que con la reactivación del

 <p>Alcaldía de <b>Gamarra</b> Mejor es Diciendo y Haciendo!</p>	<p><b>SECRETARIA DE SALUD</b></p> <p><b>PLAN DE SALUD TERRITORIAL</b></p>
---	---

puerto de Capulco sobre el río Magdalena se interconecte el transporte de mercancías a través de los tres sistemas que convergen en esta población; el transporte terrestre, el fluvial y el férreo, como requisito para el progreso y desarrollo del municipio y de la región.

## 2.3 ORGANIZACIONES MUNICIPALES Y COMUNITARIAS

**Tabla 6. Organizaciones municipales y comunitarias del municipio.**

DE LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL	SI	NO	SOCIALES Y / O COMUNITARIAS	No.
Secretaría o Dirección Local de Salud	X		Juntas Acción Comunal	29
Personería	X		Hogares FAMI	20
Procuraduría		X	Hogares bienestar familiar	25
Juzgados civiles		X	Veeduría	3
Comisaría de familia	X		Asociación de usuarios	1
Inspecciones de policía	X		ONG	
Registraduría	X		Defensa Civil	1
Defensoría del pueblo		X	Cruz Roja	
UMATA	X		Grupos religiosos*	6
Secretaría de Educación		X	Otras BOMBEROS	1
Secretaria de Planeación	X			
Instituto de recreación y deportes		x		
Juez Promiscuo Municipal		x		
Concejo Municipal	X			
Concejo Territorial de Planeación	X			
Junta Municipal de Deportes		x		

Fuente: S.S.M

## 2.4 MACRODETERMINANTES EN SALUD

### 2.4.1 Aspectos sociodemograficos.

#### Estructura y dinámica de la población

Indique el total de habitantes por municipio y su distribución por sexo y zona. Registre la razón de habitantes por Km2. Registre la estructura de la población en la tabla 4 y grafique con estos datos la pirámide poblacional del municipio. Indique el porcentaje de población por grupos de edad: menor de 1 año, menor de 5 años, entre 5 y 14 años, entre 15 y 44 años, entre 45 y 64 años y de 65 años y más. En la tabla 5 escriba el valor de los indicadores demográficos especificando el año al que corresponden.

**Tabla 7. Estructura Sociodemograficos**

En el municipio de Gamarra Cesar tiene una población de 10.970 habitantes según bases de datos oficina planeación municipal con una extensión geográfica de 33.726 hectáreas, concluyendo que por cada 3.0 hectárea hay una habitante en Gamarra.

**Tabla 8. Indicadores de Dinámica Poblacional del Municipio.**

INDICADOR	VALOR
Tasa bruta de natalidad (nacimientos)	66 N.V
Tasa Mortalidad menores de un años	1 N.V
Tasa general de fecundidad global ( mujeres entre 15 y 44 años)	72
Tasa general de mortalidad (defunciones por 1000 hab.)	0
Numero de recién nacido vivos 2011.	66 N.V
Tasa brutas Mortalidad	0

Tasa mortalidad infantil (defunciones en menor de 5 año por 1000 nacidos vivos)	0
Razón de Mortalidad materna x mil nacido vivos.	0
Razón de mortalidad peri natal x mil nacidos vivos.	1
Tasa de mortalidad por IRA en menor de 5 años.	0
Numero de muerto por violencia intrafamiliar	0
Numero de muerte por suicidio	0
Numero de muerte por accidente de transito	0
Número de mujeres embarazada de 10-14 años	6
Número de mujeres embarazo de 15-17 años	28
Número de mujeres embarazada de 18-19 años	38
Número de casos informado por Violencia intrafamiliar	13
Número de consultas secundarias a la actividad laboral formal e informal	0
Tasa mortalidad infantil (defunciones en menor de 1 año por 1000 nacidos vivos)	0

Fuente: SSM

**2.4.2 Educación.** Indique el número de establecimientos educativos públicos y privados totales y por zona (urbano y rural), la cobertura de educación básica y educación media, el porcentaje de analfabetismo en población de 15 años y más, cobertura bruta de educación básica preescolar, primaria y secundaria, cobertura bruta de educación media, el promedio de años de educación en población entre 15 y 24 años y el porcentaje de repetición en el municipio. Escriba el número y porcentaje de la población escolarizada en los hogares de bienestar

 <p>Alcaldía de <b>Gamarra</b> Mejor es Diciendo y Haciendo</p>	<p><b>SECRETARIA DE SALUD</b></p> <p><b>PLAN DE SALUD TERRITORIAL</b></p>
--	---

### 2.4.3 Centro educativo urbano

NOMBRE DE LA INSTITUCION	NUMERO DE ESTUDIANTE
C. E. Promoción Social	595
C.E. Liceo Sampayo	123
Sede Mixta Nro1	180
C.E. Rafael Salazar	382
Sede la Inmaculada	155
Sede Mixta Nro. 2	56
Sede San Antonio	141
<b>Total</b>	<b>1.632</b>

### 2.4.4 Centro educativo rural

NOMBRE DE LA INSTITUCION	NUMERO DE ESTUDIANTE
C.E San Francisco	296
Sede Camilo Torres	130
Sede el Cedro	23
Sede I María	28
Sede Sta. Teresita	26
Sede Sagrado Corazón de Jesús	45
C.E Sagrado Corazón de Jesús	247
Sede San José	72
<b>TOTAL</b>	<b>867</b>

Fuente. Información suministrada por el jefe de Núcleo Municipal

**Tabla 9. Indicadores de educación**

Nivel educativo	URBANA		RURAL		Total Estudiantes
	Pública	Privada	Pública	Privada	
Preescolar	127	0	87	0	214
Primaria	914	0	462	0	1376
Secundaria	945	0	264	0	1209
Técnico		0		0	

Fuente: S.S.M

**Tabla 10 Asistencia a alguna institución educativa.**

Edad	No asistente
0-4 años	845
5-9 años	103
10-14 años	58
15-19 años	470
Total	1476

Fuente: sisben

## **2.5 ASPECTOS SOCIOECONOMICOS**

### **Actividades económicas principales**

La base de la economía de los Gamarencs es la agricultura especialmente en los corregimientos de Puerto Mosquito y Palenquillo, la ganadería vacuna también es ejercida por nuestros habitantes y la pesca artesanal que es el renglón con el que se conoce al municipio en la región. Adicionalmente la navegación de carga y pasajeros a través del río Magdalena les abre diversos campos de comercialización y ocupación a los habitantes de la cabecera municipal.

Por su posición geográfica el municipio cuenta con población flotante que aprovecha las épocas de cosechas, especialmente en los corregimientos de Palenquillo y Puerto Mosquito, para el sustento de su familia. Las oportunidades de otro tipo de actividad son restringidas y por ello se considera un municipio con bajo nivel de vida económico. La economía del río se limita al transporte de pasajeros y los ferris que comunican con los municipios del sur de Bolívar y Santander es lo que permite un comercio insipiente que se consolida con la comercialización del vecino municipio de Aguachica.

## **2.6 FACTORES DE RIESGO EN SALUD**

### **2.6.1 Factores de riesgo ambiental**

**2.6.2 Calidad del aire y utilización de plaguicidas.** El continuo uso de agroquímicos para el control de las plagas en los cultivos ha ocasionado gran mortalidad en las especies cítricas y en la vegetación ripiará. Aunque estas fumigaciones son controladas y se realizan manualmente, el viento como agente dispersor esparce los productos hacia los sectores poblados deteriorando la calidad del aire y del agua y afectando la salud de los pobladores.

### **2.6.3 Factores de Riesgo de la vivienda:**

- **AMENAZA POR INUNDACIÓN Y SOCAVAMIENTO DE LAS MÁRGENES:** Este fenómeno se presenta, en época de lluvias, principalmente en los meses de octubre, noviembre y diciembre, por aumento en el nivel del caudal del río Magdalena y el represamiento de las ciénagas. Al producirse el desbordamiento por las fuertes lluvias se presentan las inundaciones, destruyendo cultivos y restringiendo temporalmente el uso de las tierras para ganadería y agricultura. Esta zona inundable se localiza a lo largo de las márgenes del río Magdalena.

También se presenta en el río socavamiento de las márgenes y sedimentación. Esta amenaza es causada por el impacto y la fuerza de la corriente en donde continuamente se produce el arrastre de materiales de la ribera y del fondo para luego depositarlos. Esta amenaza se considera de riesgo alto.

La zona anegadiza está cuantificada en 7.611 hectáreas.

- **DEGRADACIÓN DEL SUELO POR EROSIÓN:** La destrucción de la vegetación natural para ampliar las áreas agropecuarias, ocasiona la pérdida de la fertilidad de los suelos y la degradación de los mismos. Al faltar la cobertura vegetal, los suelos quedan expuestos a la influencia directa de las lluvias y vientos, estos factores y las prácticas de manejo inadecuadas han ocasionado erosión que va de ligera y moderada hasta severa.

Se conoce como erosión el desgaste, remoción y transporte de las rocas y el suelo. Cuando el agua se ha llevado de forma pareja las partículas del suelo se conoce como *erosión laminar*.

En el municipio la amenaza por desgaste de los suelos es baja; las áreas que presentan erosión de tipo laminar ligera a moderada se identifican en la región nororiental del municipio. En este sector el principal agente erosivo es el agua, donde se presenta arrastre poco perceptible de las capas delgadas del suelo por láminas de agua o redes de surquillos, proceso conocido como escurrimiento superficial.

La amenaza alta por erosión involucra los procesos de escurrimiento superficial y formación en cárcavas en las zonas con escasa vegetación y pendientes fuertes donde los materiales parentales son altamente susceptibles de meteorizarse o alterarse.

Este tipo de erosión se presenta en la zona centro-oriental del municipio y está localizada en el Mapa de Amenazas y Riesgos, con una extensión total de 11.726 hectáreas.

#### 2.6.4 Calidad del agua para consumo humano

- **AMENAZA POR CONTAMINACIÓN CON AGUAS SERVIDAS:** Esta contaminación está directamente relacionada con la carencia y deficiencias en los servicios públicos de aseo y alcantarillado. El inconveniente de la disposición de basuras directamente al medio y las descargas de aguas residuales sin ningún tratamiento a las fuentes naturales, están afectando la calidad del recurso hídrico por el aumento de carga orgánica.
- **ZONA DE INFLUENCIA DEL POLIDUCTO Y GASODUCTO:** Esta amenaza hace referencia al área de influencia del poliducto y gasoducto, como fuente potencial de contaminación, debido a los frecuentes atentados terroristas que ha sufrido la industria petrolera y a los efectos contaminantes que estos puedan causar en el suelo, la fauna, y principalmente en el ecosistema acuático, dado que el poliducto y gasoducto atraviesan numerosas fuentes hídricas de gran importancia ecológica y económica para la región

**2.6.5 Vigilancia y control de Alimentos.** En cuanto a las actividades de inspección, vigilancia y control de alimentos a los expendios en general y establecimientos públicos son realizados por la Técnico Operativo delegada de la Secretaria de Salud Departamental, quien realiza visitas y toma de muestras para control de calidad a cada uno teniendo en cuenta lo dispuesto en la normatividad vigente Ley 09/79, Decreto 3075/97 y la necesidad que existe.

**Presencia de vectores y control de las enfermedades que transmiten (ETV): escriba el valor y fecha del último índice médico**

Actividades realizadas por el personal operativo asignado por la Secretaria Salud Departamental, el cual mantiene los soportes respectivos a las acciones encaminadas al control de chagas, Leshmaniasis, dengue.

Teniendo en cuenta que el municipio es endémico a este tipo de enfermedades vectoriales dado por las condiciones climáticas y geográficas.

Otros aspectos de importancia ambiental

## **2.7 FACTORES DE RIESGO NUTRICIONALES EN NIÑOS**

### **INFORME DIAGNOSTICO NUTRICIONAL**

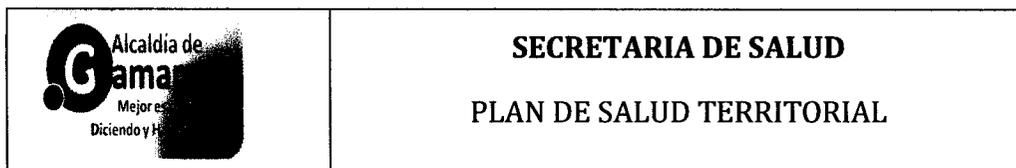
#### **Objetivo**

Disminuir la malnutrición de los niños y niñas del municipio de Gamarra Cesar.

#### **Introducción**

La mayoría de las enfermedades y muertes de los niños en los países en desarrollo no deberían suceder y podrían ser prevenidas con mejor nutrición, mejor higiene, mejor vivienda y mejor atención en salud.

El proceso de recolección de datos, diagnostico, prevención y control es un proceso que a largo plazo producirá mejoras en la calidad de vida de la población si logramos la concientización a través de las actividades de promoción y prevención del plan de salud pública.



En el municipio de Gamarra la mayoría de casos encontrados de riesgo nutricional se presentan debido a diferentes factores que se relacionan a las condiciones médicas, socioculturales, económicas, de la comunidad.

### **Población**

Estudiantes beneficiarios Comedores Escolares que pertenecen a las siguientes instituciones Educativas:

Institución Educativa Rafael Salazar:

- Sede Mixta #2
- Sede la Inmaculada
- San Antonio

Institución Educativa Promoción Social:

- Sede Principal
- Sede Mixta #1
- Sede Eliseo Sampayo

Centro Educativo Sagrado Corazón:

- Sede Puerto Mosquito
- Sede Puerto El Contento

Centro Educativo San Francisco:

- Sede Palenquillo

- **RESULTADOS**

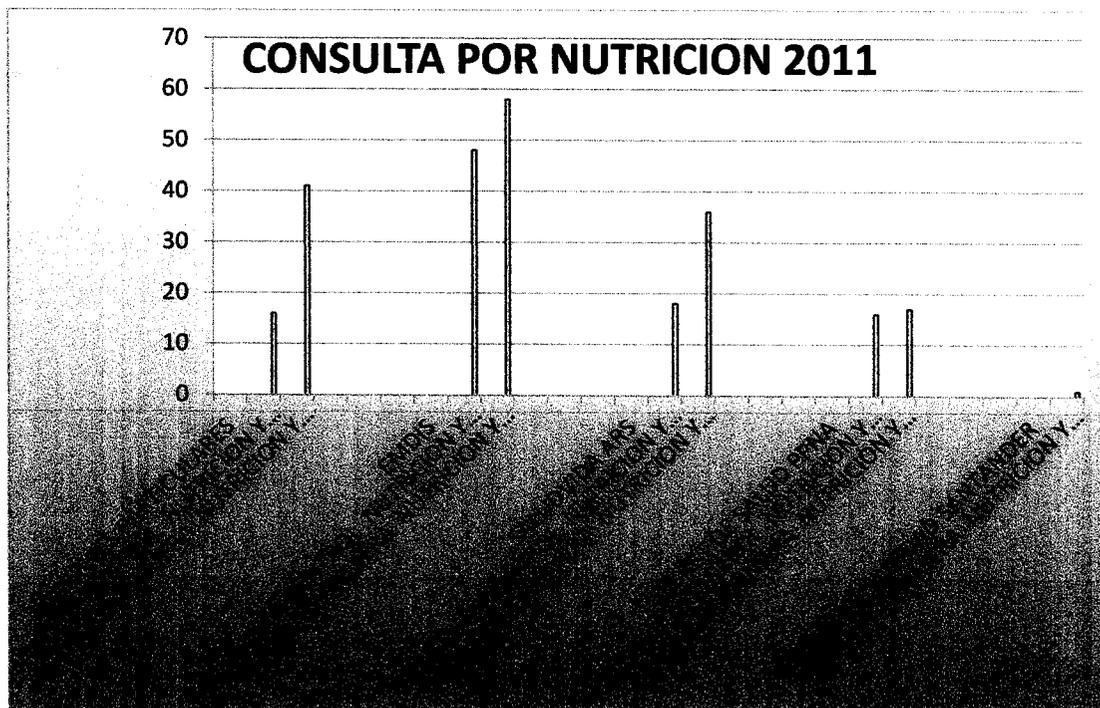
**INDICADORES UTILIZADOS PARA LA REALIZACIÓN DEL DIAGNOSTICO DEL ESTADO NUTRICIONAL:**

**PESO PARA LA TALLA:** Este Usualmente se usa para diagnosticar desnutrición actual, este tipo de indicador refleja la disminución del tejido graso con relación a la talla y se relaciona a perdidas rápidas asociadas a procesos infecciosos agudos o a EDA, IRA.

**Año 2.011**

<b>Dx NUTRICIONAL</b>	<b>% de casos</b>	<b>Total atendidos</b>
Normal	<b>37.45</b>	<b>206</b>
Desnutrición Leve	<b>40.54</b>	<b>223</b>
Desnutrición Moderada	<b>11.45</b>	<b>63</b>
Desnutrición Severa	<b>1.81</b>	<b>10</b>
Sobrepeso	<b>8.18</b>	<b>45</b>
total	<b>99.43</b>	<b>550</b>

**Figura 1. Consulta por nutrición 2011**



## 2.8 FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRASMISIBLES

Describe las actividades y programas preventivos para enfermedades crónicas no transmisibles que se realizan en el municipio:

1. Actividades. Promover actividades físicas en población como adulto Mayor, adulto Jóvenes, adolescentes, niños, atreves de capacitaciones a juntas de acciones comunales y docentes de centro de educativos en temas relacionados con actividades físicas y hábitos nutricionales.

2. Actividades Implementación de estrategia que promuevan el consumo de frutas, verduras y el manejo adecuado de grasa y azúcar, realizando talleres que oriente a la población objeto hacia los servicios de detección temprana y protección específica para control de diabetes mellitus e hipertensión arterial mediante protocolo de manejo, al mismo tiempo fortalecer la estrategia que promuevan el control y mantenimiento de un peso corporal adecuado para la reducción de sobrepeso y obesidad en la población adulta.

## 2.9 ANÁLISIS DE LA MORBILIDAD

### 2.9.1 Morbilidad por enfermedades de notificación obligatoria (ENO)

Tabla 11. Eventos de notificación obligatoria 2011

EVENTOS	CASOS
LEISHMANIASIS	0
DENGUE CLASICO 10	10
DENGUE HEMORRAGICO 0	0
VARICELA	0
VIH/SIDA	1
PAROTIDITIS	0
TUBERCULOSIS PULMUNAR	3
CHAGAS	0
SIFILIS CONGENITA	0
SIFILIS GESTACIONAL	1
MUERTE PERINATAL	1
EXPOSICION RABICA	24
ACCIDENTE OFIDICO 3	3
INTOXICACION ALIMENTARIA	3
HANSER	0
INTOXICACION EXOGENA	0
INTOXICACION FARMACO	0
SARAMPION	0
HEPATITIS	0
TOTAL	

Fuente: SSM

 <p>Alcaldía de <b>Gamarra</b> Mejor es Diciendo y Haciendo</p>	<b>SECRETARIA DE SALUD</b>  <b>PLAN DE SALUD TERRITORIAL</b>
--	--

**Tabla 12. Indicadores del programa de lepra y tuberculosis 2011**

PROGRAMA	Consulta a Sintomáticos	Bacilos copias solicitadas	N° de casos positivos	CASOS EN	
				NUEVOS EL AÑO	% curación
LEPRA					
TUBERCULOSIS	1 sin confirmar				
LEPRA NO ESPECIFICADA	3				

Fuente: SSM

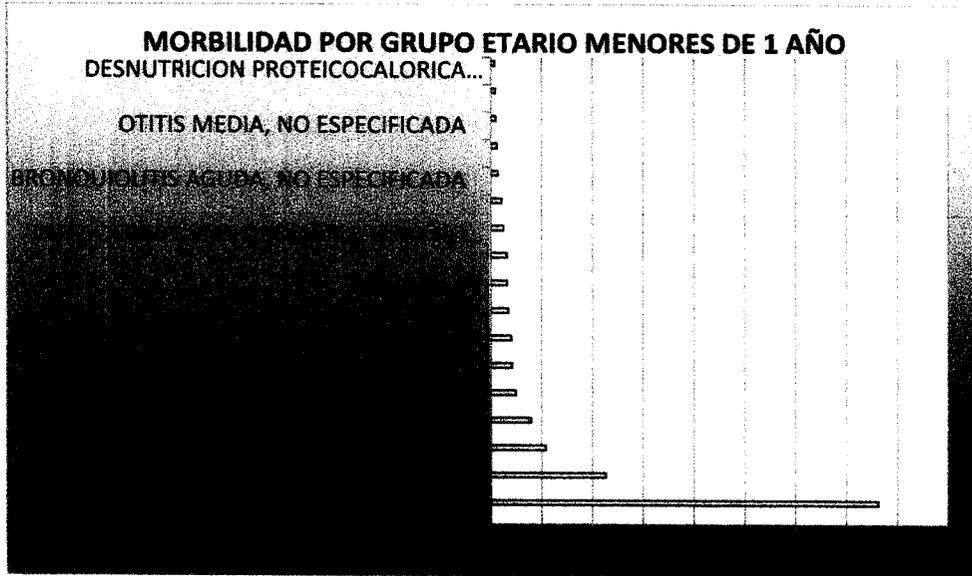
### 2.9.2 Morbilidad atendida basada en registros individuales de prestación de servicios – RIPS –

**Tabla 13. Morbilidad por consulta a nivel municipal, 2011**

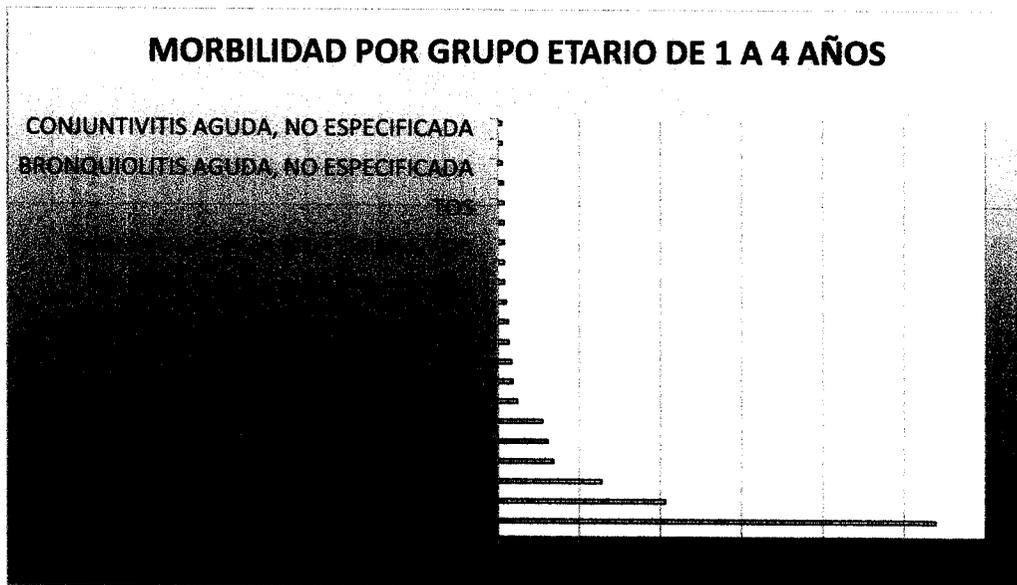
CAUSA	2011	
	ORDEN	N°
PARASITOSIS INTESTINALES	1	364
INFECCION VIRAL	2	6
INECCION VIAS URINARIA	3	0
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE	4	18
HIPERTENSION ESENCIAL	5	52
LUMBAGO	6	3
GASTRITIS	7	2
VAGINITIS	8	24
RINOFARINGITIS	9	109
INFECCION AGUDA VIAS RESPIRATORIA	10	228
AMIGDALITIS	11	2
TOTAL		

Fuente: SSM

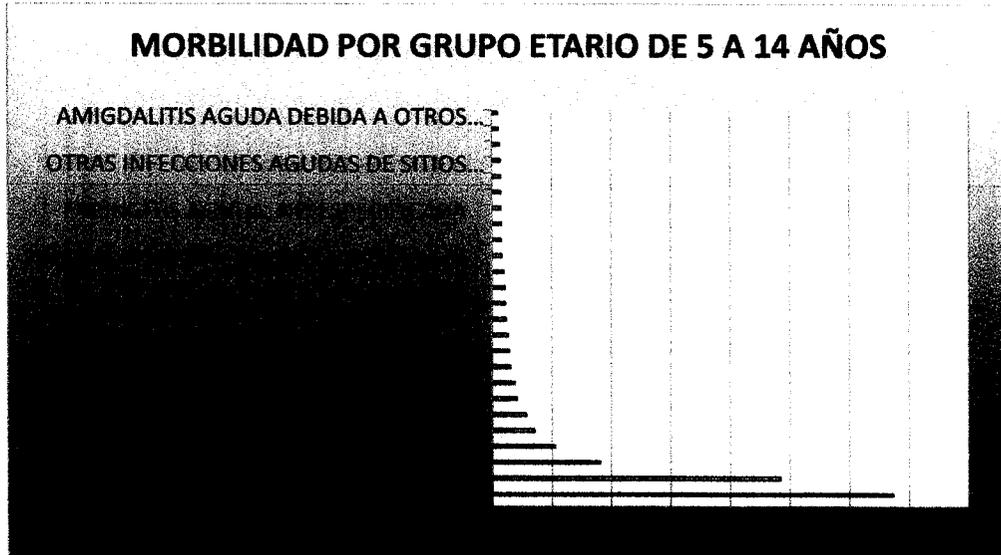
**Figura 2. Morbilidad por grupo etario menores de 1 año**



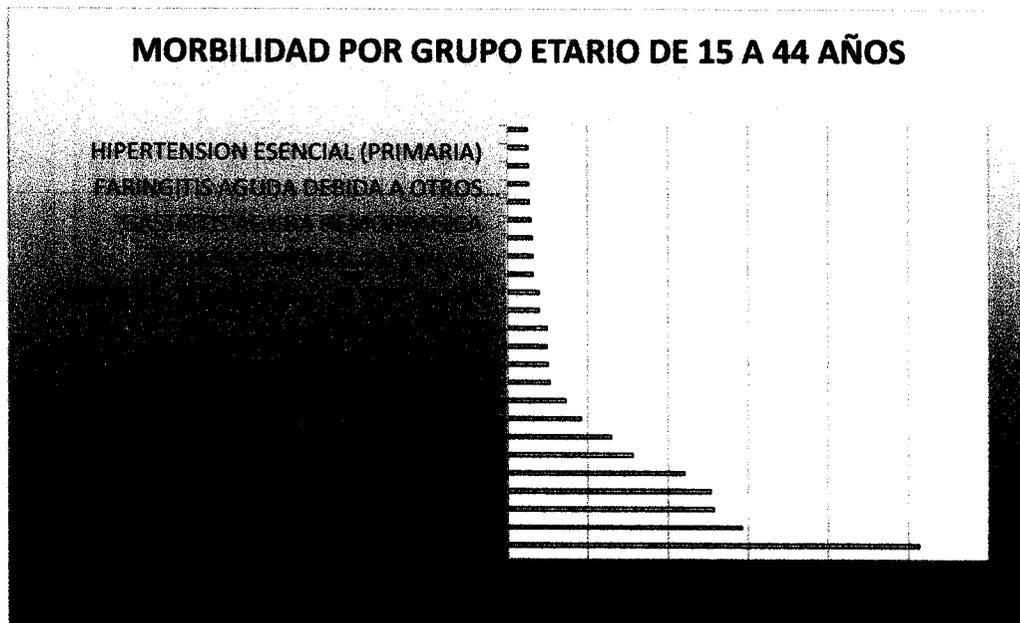
**Figura 3. Morbilidad por grupo etario de 1 a 4 años**



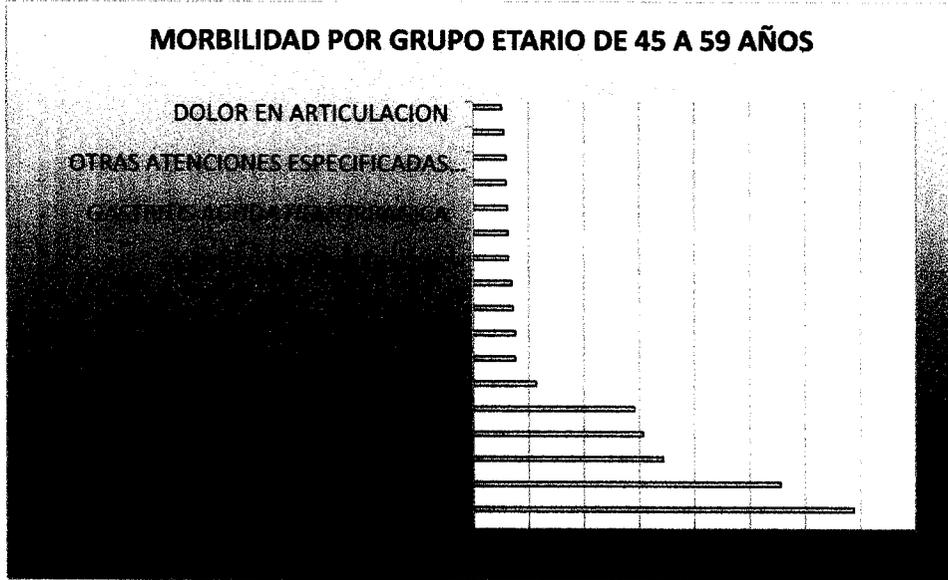
**Figura 4. Morbilidad por grupo etario de 5 a 14 años**



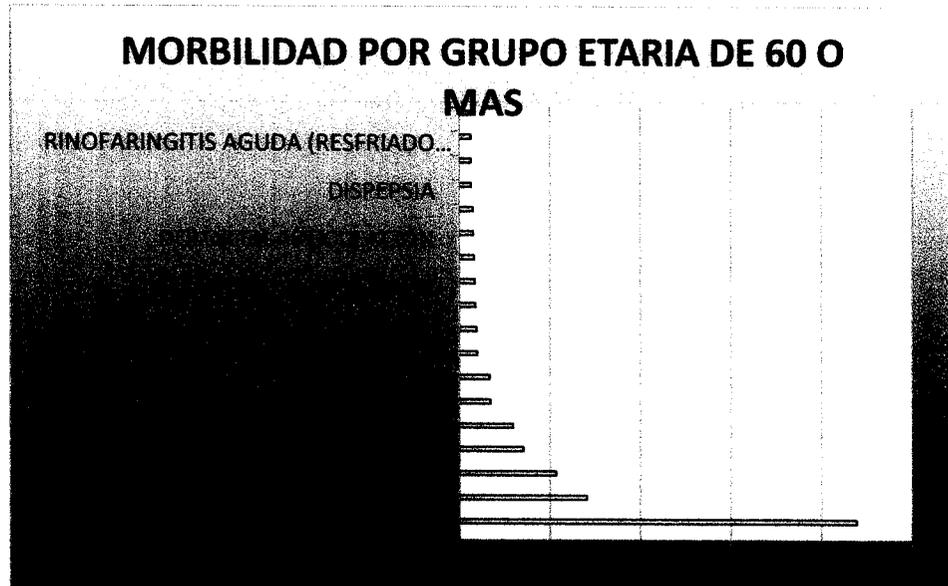
**Figura 5. Morbilidad por grupo etario de 5 a 14 años**



**Figura 6. Morbilidad por grupo etario de 45 a 59 años**



**Figura 7. Morbilidad por grupo etario de 60 o más**



**Tabla 14 Lugares de Hacinamiento**

<b>CATEGORIA</b>	<b>CASOS</b>
Asilo de Ancianos	-
Convento, Seminario	-
Campamento de Trabajo	-
Lugar para alojar habitantes de la calle	-
Total	

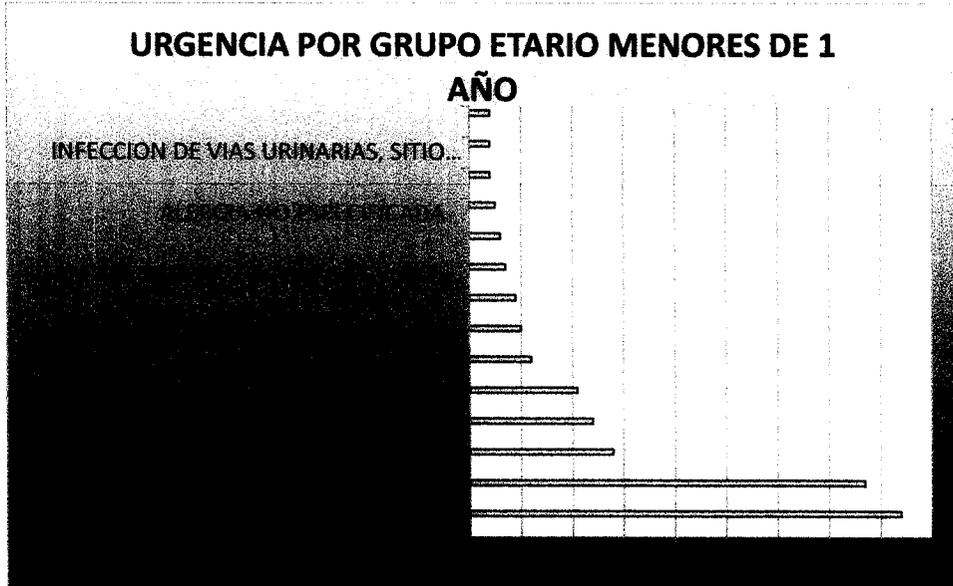
Fuente: SSM

**Tabla 15. Morbilidad por urgencias a nivel municipal, 2011**

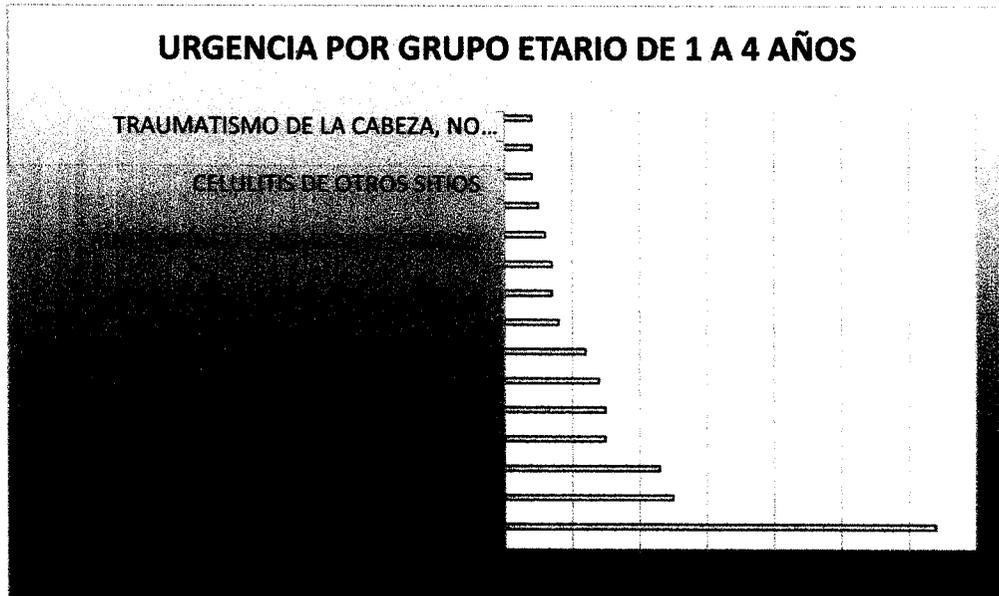
<b>CAUSA</b>	<b>2011</b>	
	<i>ORDEN</i>	<b>N°</b>
<b>INFECCION VIRAL</b>	1	-
<b>ASMA</b>	2	34
<b>HIPERTENSION</b>	3	68
<b>DIARREAA Y GASTROENTERITIS</b>	4	22
<b>DEPRECIONDEL VOLUMEN</b>	5	-
<b>MIGRANA</b>	6	7
<b>GASTRITIS</b>	7	1
<b>INFECCION DE VIAS URINARIA</b>	8	4
<b>HERIDAD MIEMBRO INFERIOR</b>	9	-
<b>AMIDGALITIS</b>	10	2
<b>TOTAL</b>		

Fuente: SSM

**Figura 8. Urgencia por grupo etario menores de 1 año**

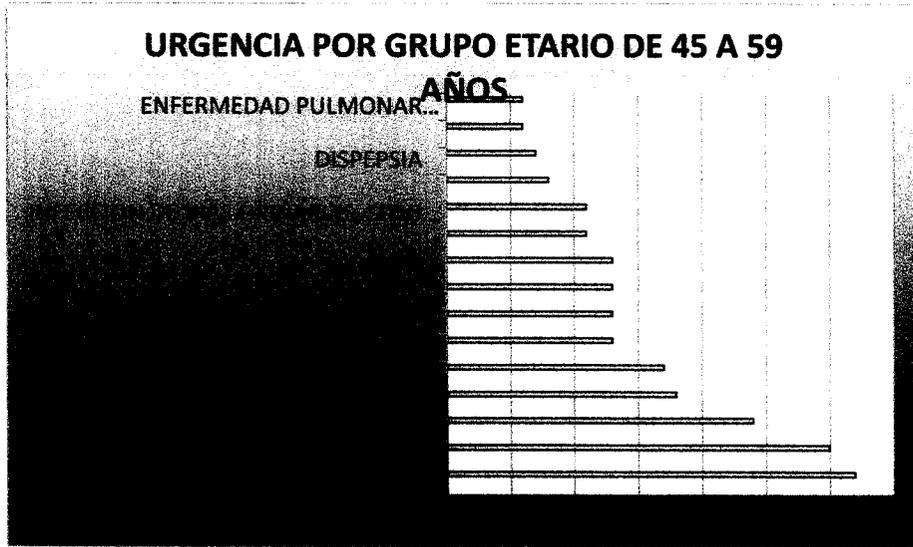


**Figura 9. Urgencia por grupo etario de 1 a 4 años**

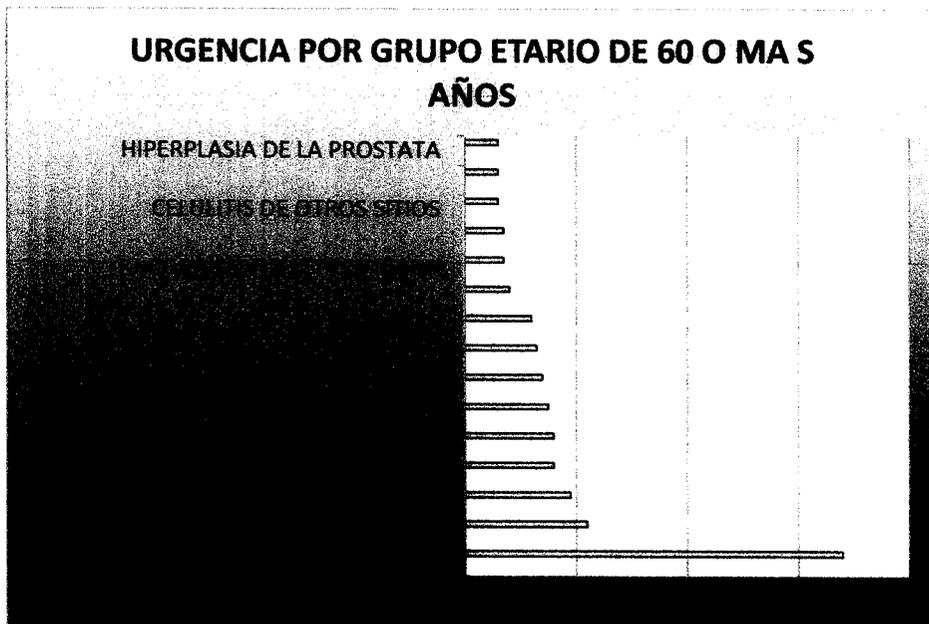




**Figura 12. Urgencia por grupo etario de 45 a 59 años**

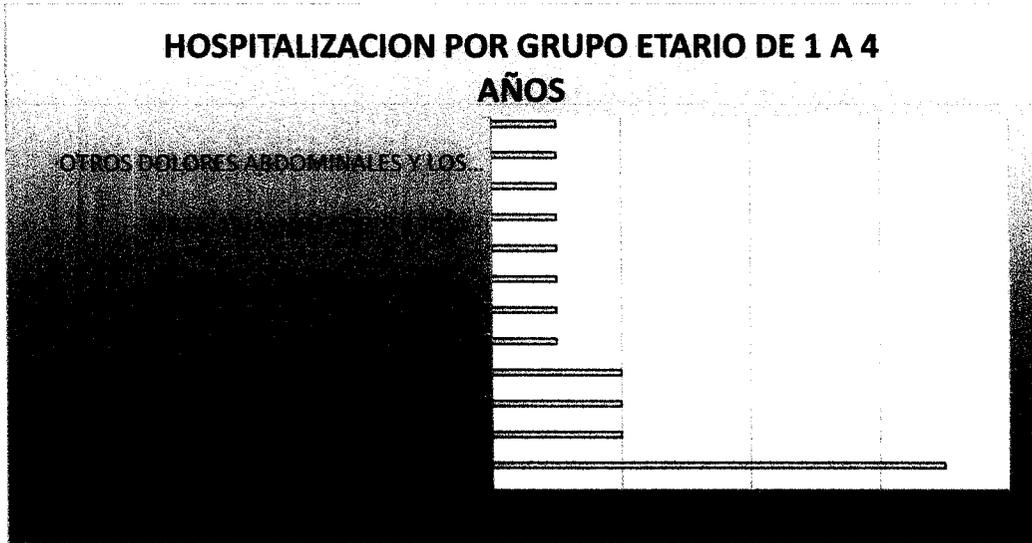


**Figura 13. Urgencia por grupo etario de 60 o más años**





**Figura 15. Hospitalización por grupo etario de 1 a 4 años**



**Figura 16. Hospitalización por grupo etario de 5 a 14 años**

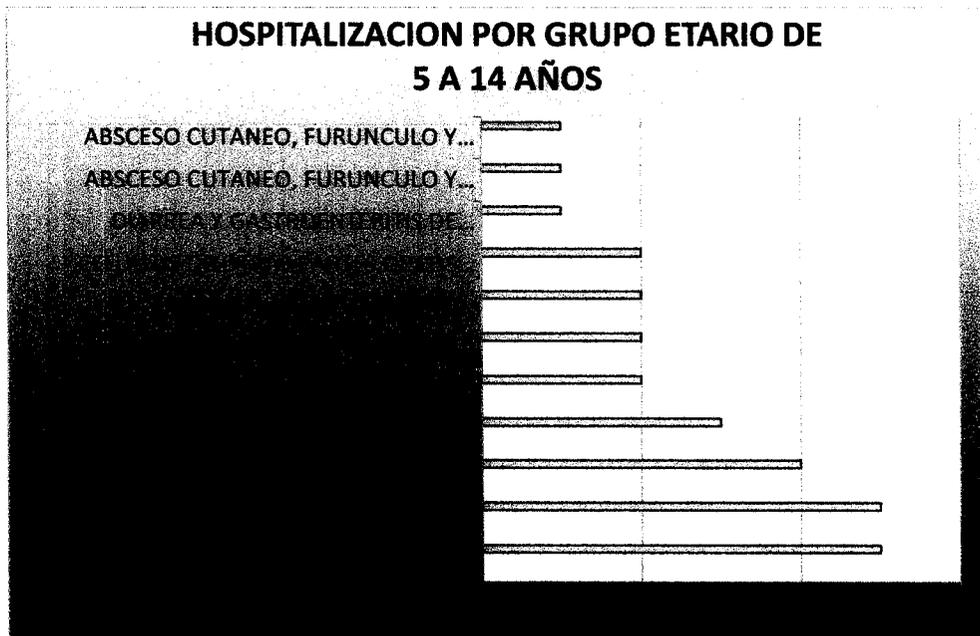


Figura 17. Hospitalización por grupo etario de 15 a 44 años

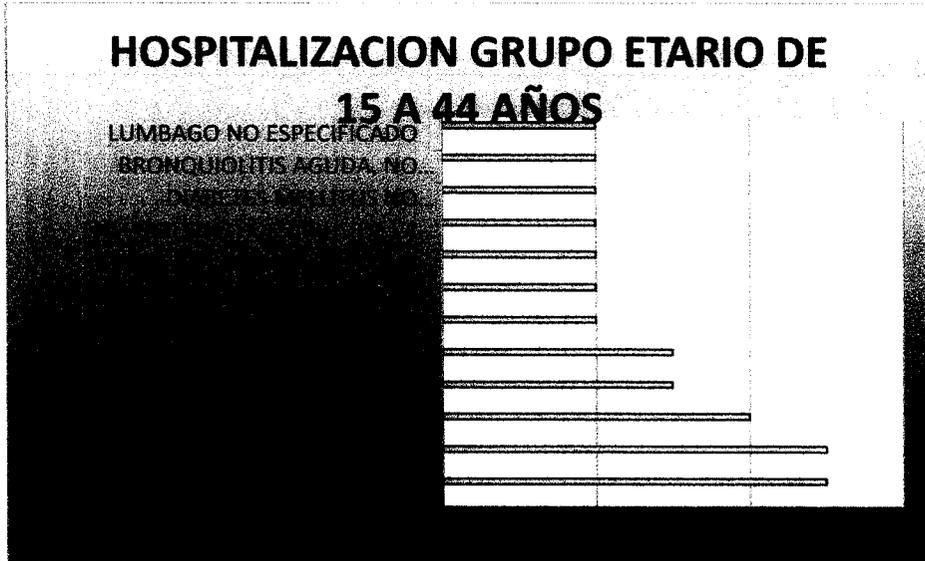
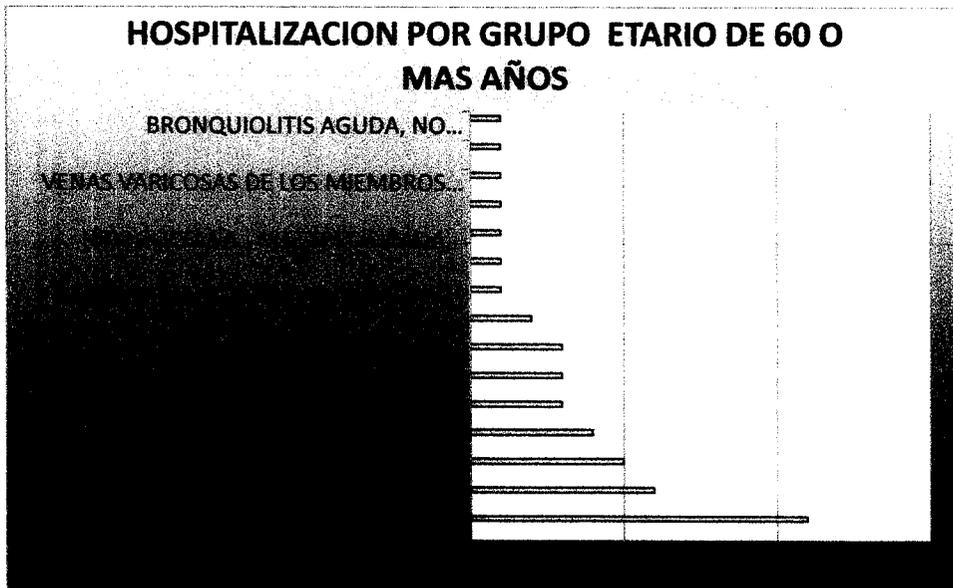


Figura 18. Hospitalización por grupo etario de 60 o más años



### 2.9.3 Situación de discapacidad

**Tabla 17. Población en situación de discapacidad, describir el año más reciente**

TIPO DE DISCAPACIDAD	N° de Personas
Invidentes	No hay base de datos
Discapacitados por lepra	No hay base de datos
Limitaciones para usar los brazos y manos	No hay base de datos
Discapacitados motrices (minusválidos, parapléjicos, etc.)	No hay base de datos
Otras discapacidades	No hay base de datos
<b>TOTAL</b>	-

Fuente: SSM

ANALISIS DE LA MORTALIDAD

**2.9.4 Mortalidad general**

**Tabla 18. Mortalidad general a nivel municipal, 2011**

CAUSA	2011	
	ORDEN	Nº
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO 3	1	3
INSUFICIENCIA CARDIOGENICO 9	2	9
HIPERTENSION 1	3	1
TRAUMA CRANEOCEFALICO, 0	4	0
ACCIDENTE DE TRANSITO 0	5	0
INTOXICACION	6	0
CANCER DE VIAS DIGESTIVA 1	7	1
SUCIDIO	8	0
PARO CARDIORESPIRATORIO 7	9	7
EDEMA PULMUNAL 0	10	0
CARDIOPATIA DILATADA 0	11	0
CARDIO PATIA ISQUEMICA 0	12	0
OSTEMELITIS	13	0
<b>TOTAL</b>		<b>21</b>

Fuente: SSM

**Tabla 19. Mortalidad por grupos de edad**

GRUPO DE EDAD	Indicador
	N°
Menor de 1 año	1
Entre 1 y 5 años	0
Entre 6 y 10 años	0
Entre 11 y 20 años	0
Entre 20 y 40 años	0
Entre 41 y 60 años	3
Entre 61 y 70 años	5
Mayor de 71 años	0
Sin información	0
Total	9

Fuente: SSM 2011

**2.9.5 Mortalidad evitable. (Sistema de Vigilancia en Salud Pública)**

**Tabla 20. Mortalidad evitable a nivel municipal 2011**

EVENTO	2011	
	No.	TASA
Mortalidad materna (por 1000 NV) 0	0	
Mortalidad perinatal (por 1000 NV) 1	1	
Mortalidad EDA 0 - 4 años 1	1	
Mortalidad IRA 0 - 4 años 0	0	
Mortalidad dengue 0	0	
Mortalidad malaria 0	0	
Mortalidad por Tuberculosis 0	0	
Mortalidad por Cólera 0	0	
Otras:		

Fuente: SSM

### 3.1 ATENCION EN SALUD

#### 3.1.1 Inversión y aseguramiento en salud

**Tabla 21. Aseguramiento en salud 2011.**

RÉGIMEN DE SEGURIDAD EN SALUD	No.	%
Régimen Contributivo	256	
Régimen Subsidiado	9859	
Subsidio total	0	
Subsidio parcial	0	
Vinculados	1552	
<b>TOTAL</b>	<b>11.667</b>	
<b>IDENTIFICADOS SISBEN 1, 2,3</b>		

Fuente: SSM

#### 3.1.2 Coberturas de programas de protección específica y detección temprana – promoción de la salud y prevención de enfermedad – 2011

**Tabla 22 cumplimiento en la planificación familiar, cáncer de cérvix y cáncer de mama. Año 2011**

PROGRAMA	POBLACIÓN OBJETO	POBLACIÓN ATENDIDA	
		1ª vez en el año	% de Cumplí.
Planif. Familiar (15 – 49 años)		1907	
Ca. Cérvix (15 – 65 años)		911	
Ca. Mama (mayores 50 años)		0	

Fuente: SSM

**Tabla 23. Coberturas de vacunación 2011**

<b>BIOLOGICO POBLACION DE 1 AÑO</b>	<b>DOSIS</b>	<b>%</b>
POLIO 3RA DOSIS	<b>169</b>	<b>54.17</b>
PENTAVALENTA 3RA DOSIS	<b>169</b>	<b>54.17</b>
B C G UNICA DOSIS	<b>183</b>	<b>58.65</b>
ROTAVIROS 2DA DOSIS	<b>167</b>	<b>53.53</b>
NEUMOCOCO 2DA DOSIS	<b>189</b>	<b>58.33</b>
NEUMOCOCO 3RA DOSIS	<b>199</b>	<b>61.9</b>
TRIPLE VIRAL UNICA DOSIS	<b>199</b>	<b>64.82</b>
FIEBRE AMARILLA UNICA DOSIS	<b>204</b>	<b>66.45</b>
BIOLOGICO POBLACION DE 1 2 A 23 MESSE 2DA DOSIS	<b>188</b>	<b>1038.1</b>
HEPATITIS B RN	<b>189</b>	<b>58.33</b>
POLIO 2DA DOSIS	<b>166</b>	<b>53.21</b>
PENTAVALENTE 1RA DOSIS	<b>168</b>	<b>53.85</b>
PENTA VALENTE 2DA DOSIS	<b>166</b>	<b>53.21</b>

Fuente: SSM

### 3.1.3 Capacidad institucional

**Tabla 24. Instituciones y aseguradores de salud disponibles en el municipio**

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud		No.
<b>IPS PRIVADAS</b>		
- Primer Nivel		1
- Segundo Nivel		0
- Tercer Nivel		0
<b>IPS PÚBLICA</b>		
- Primer nivel		1
- Segundo nivel		0
- Tercer nivel		0
Dispensarios de Salud en Veredas		0
IPS MIXTAS	1er Nivel	0
	2° Nivel	0
	3er Nivel	0
<b>Empresas aseguradoras</b>		
EPS Contributivas:		0
EPS Subsidiadas:		5
Entidades adaptadas:		0

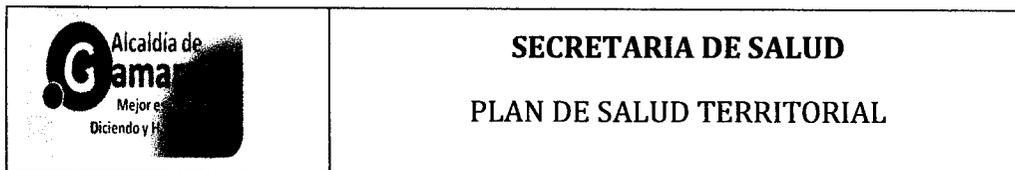
Fuente: SSM

### 3.1.4 Recurso humano en salud

Personal de salud	Recurso humano disponible	Total
Médicos	❖	5
Odontólogos	❖	2
Bacteriólogos	❖	1
Nutricionista		
Enfermeras	❖	4
Técnico de saneamiento	❖	1
Promotor de salud		
Auxiliares de enfermería	❖	8
Fisioterapeuta		
Otros: Trabajadora Social		
Auxiliar de enfermería	❖	5
Auxiliar de Laboratorio	❖	1
Auxiliar de Odontología	❖	1

**3.1.5 ESE Olaya Herrera de Gamarra.** La Empresa Social del Estado Olaya Herrera, es una institución que presta servicios de salud en el primer de atención.

Entidad descentralizada de orden Municipal, con autonomía administrativa, financiera y patrimonio propio. Tiene como órgano de dirección la junta Directiva la cual se rige por estatutos debidamente aprobados.



### **3.1.6 Atención ambulatoria**

#### **Consulta Paramédica:**

Consulta de Enfermería

Control de Enfermería

#### **Consulta Médica:**

Consulta Médica General

Control por Medico General

#### **Atención odontológica:**

(Educación, motivación, prevención, examen clínico Odontológico, control de placas, fluorización)

#### **Consulta Nutricional:**

Consulta Individual y Grupal

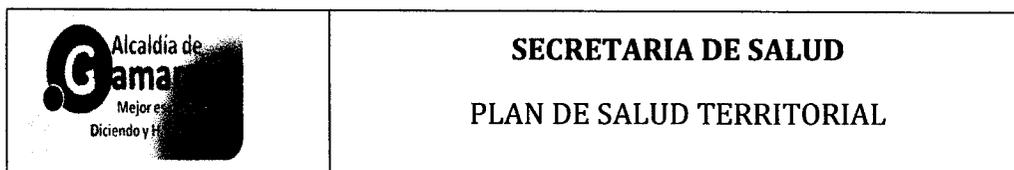
**Terapia Ocupacional**

**Terapia Física y Respiratoria**

**3.1.7 Apoyo diagnóstico.** La ESE Olaya Herrera cuenta con los servicios de laboratorio clínico, Sala de Partos, Sala de Cirugía, Sala para tomas de Electrocardiogramas, Sala para toma de Radiografías.

**La ESE Olaya Herrera:** Ofrece programas DE PROTECCIÓN ESPECIFICA Y DETECCIÓN TEMPRENA.

**3.1.8 Prestación de servicios de salud.** El proceso del sistema de seguridad social en Colombia ha tenido entre sus Ejes principales garantizar el acceso y calidad y oportunidad de la atención así como también la protección financiera de toda la población buscando entre otras múltiples acciones, articular la red prestadora de servicios públicos y



privados, buscando la generación y eficiencia en la prestación de servicios de salud a la población Colombiana.

La Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud fue construida por el Ministerio de la protección Social para determinar los lineamientos estratégicos sobre los cuales se debe regir la prestación de los servicios en Colombia; su propósito es el de “garantizar el acceso optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a la población”

Dentro de los principios orientados están: reconocer que el principal objetivo del sistema es mejorar la salud de la población enmarcados en el SGSSS; reconocer la heterogeneidad del país; promover los enfoques de atención centrado en el usuario y mejoramiento continuo de la calidad permitir el diseño y aplicación de diferentes modelos de prestación de servicios; y proponer por la organización de las comunidades y la rendición de cuentas.

Además establecen tres Ejes

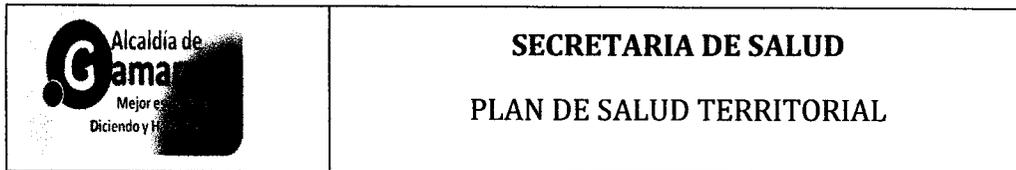
**El Eje de Acceso:** Se destacan las estrategias de consolidación de las redes de prestación de servicios de salud, el mejoramiento de la capacidad resolutive en la prestación de servicios de baja complejidad y de urgencias, y el aumento de la cobertura de aseguramiento a la población pobre vulnerable

**El Eje de Calidad:** este centrado en la adecuada implementación del sistema obligatorio de garantía de calidad y el fomento al desarrollo del talento humano

**El Eje de Eficiencia** se refiere a la red de prestadores públicos de servicios de salud, de tal manera que las estrategias se dirigen al mejoramiento de las condiciones de carácter estructural y funcional de estas instituciones para garantizar su viabilidad.

92

**PRIMER PUERTO FLUVIAL Y PESQUERO SOBRE EL RIO MAGDALENA EL CESAR**



En base de lo anterior toda las entidades públicas y privadas cuyas actividades están dirigidas a la protección y recuperación de salud en las comunidades especialmente las descritas en el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, Plan Obligatorio de Salud (POS) y Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S) deberán obtener la autorización sanitaria de funcionamiento que los habilita como una institución prestadora de servicios adecuada para operar en condiciones de calidad , apoyados en la ley 9 1979 donde deberán cumplir con requisitos técnicos, administrativos, higiénicos- sanitarios.

**3.1.9 Participación social.** El municipio no cuenta con veeduría ciudadana pero cuenta con el concejo local en salud territorial, que es el ente encargado de vigilar, controlar y evaluar los programas en salud está conformado por diferentes miembros de la comunidad.

#### **3.1.10 Situación de salud según el diagnóstico comunitario**

**3.1.11 Descripción metodológica.** Realice una breve descripción de la actividad de concertación comunitaria realizada en el presente año indicando la forma como se llegó a determinar las necesidades o problemas de salud más sentidos por la comunidad. Durante los meses de febrero y marzo se llevó acabo las mesas de trabajo en las diferentes veredas y corregimiento del municipio de Gamarra, manifestando las principales necesidades.

### 3.1.12 Diagnóstico comunitario de problemas de salud

<b>PROBLEMAS DE SALUD</b>	
<b>1</b>	<b>Asistencia constante en los puestos de salud del municipio.</b>
<b>2</b>	<b>Ampliación en la cobertura de E.P.S(s)</b>
<b>3</b>	<b>Atención en salud adulto mayor</b>
<b>4</b>	<b>Mayor atención en salud en la zona rural mas alejadas del municipio.</b>
<b>5</b>	<b>Jornadas de salud para los jóvenes del municipio</b>
<b>6</b>	<b>Fumigación en la zona rural</b>
<b>7</b>	<b>Promover los partos institucional</b>
<b>8</b>	<b>Promover programas para la población de cero a cinco años</b>
<b>9</b>	<b>Programas que permitan contrarrestar la desnutrición en los niños</b>
<b>10</b>	<b>Mejorar las condiciones y calidad de vida de la población</b>

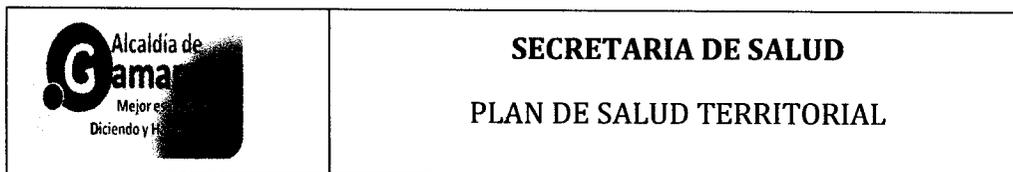
### OBSERVACIONES Y CONCLUSIONES

La información recopilada fue recogida de diferentes despacho de la alcaldía municipal al mismo tiempo se consultó el DANE Y Observatorio de salud del departamento ya que las IPS PRIVADAS no reportan eventos de interés epidemiológico a la alcaldía por lo tanto no existe una retroalimentación para la sala de vigilancia epidemiológica municipal.

La población que existe por Dane es de 15.870 Habitante y la población sisben municipal es de 10.970 habitantes, queriendo decir que las tasas manejadas son según Dane.

Para este cuatrienio la información será recopilada de forma sistemática

Para reducir las falencias y así mejorar la coordinación de la salud.



## **4. DEFINICIÓN DE LA PLATAFORMA ESTRATÉGICA**

### **4.1 MISION**

Somos la secretaria de Salud del Municipio de Gamarra Cesar, que trabaja constantemente en Pro de la comunidad Gamarense, de manera activa y permanente, comprometido con una atención con calidad, bajo unos principios de eficiencia, eficacia, y con una rectitud, apoyándonos en instituciones o personas naturales que nos ayudan en los diferentes programas para mejorar la calidad de vida de la población en especial los estratos socioeconómico I, II, III del municipio de Gamarra.

### **4.2 VISION**

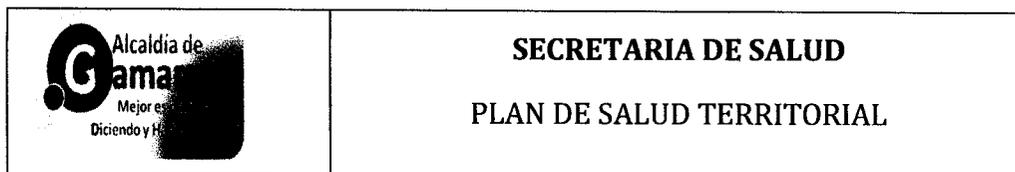
En el 2012 se La Secretaria de Salud del Municipio Gamarra, Cesar cumplirá al 100% de los parámetros de contratación exigidos por la contraloría nacional y al mismo tiempo cubriremos 80% del Municipio con los programas en salud pública (PAI, AIEPI, AIMI, SSR, SALUD MENTAL, VIF, ZONOSIS, TUBERCULOSIS Y LEPROSIS ENTRE OTROS) siendo la mejor secretaria de salud de la provincia; y mantendremos y aumentaremos la cobertura en un cien por ciento en el régimen subsidiado.

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

El propósito del Plan de Salud Territorial es el mejoramiento del estado de salud de la población del municipio de Gamarra, para lograr en el mediano y largo plazo evitar la progresión y ocurrencias de desenlaces adversos de la enfermedad, enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica, como también disminuir las inequidades territoriales en salud.

95

**PRIMER PUERTO FLUVIAL Y PESQUERO SOBRE EL RIO MAGDALENA EL CESAR**



#### **4.4 ENFOQUES DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL**

El municipio de Gamarra elaboro el PLAN DE SALUD TERRITORIAL en base de los enfoques y principios previsto en el Plan Nacional de Salud Pública.

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

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

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

#### **4.5 PRINCIPIOS DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL**

**4.5.1 Principios.** Los principios que guían el Plan Nacional de Salud Pública son los siguientes:

**4.5.2 Universalidad.** Es la garantía del derecho a la salud con calidad para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.

**4.5.3 Equidad.** La equidad en salud se logra cuando todas las personas alcancen su potencial de salud y por lo tanto, ninguna persona sea afectada en su capacidad de alcanzar ese potencial debido a su condición social o por circunstancias socialmente determinadas y evitables.

**4.5.4 Intersectorialidad.** Es la interrelación y articulación de los distintos actores intra y extrasectoriales con el fin de lograr resultados de salud de manera más eficaz, eficiente y sostenible, orientadas a alcanzar las metas comunes en salud.

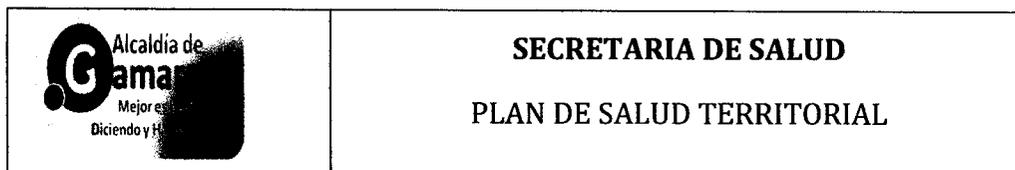
#### **4.6 LINEAMIENTOS DE POLITICAS**

**4.6.1 Líneas de política.** Las políticas del Plan tienen como objeto generar condiciones de salud y bienestar para toda la población. Estas son promoción de la salud y calidad de vida protección de riesgos para la salud de la población, recuperación de los daños en salud y gestión integral de competencias y funciones en salud pública

**4.6.2 Promoción de la salud y la calidad de vida.** La promoción de la salud y la calidad de vida constituye un proceso político y social que abarca las acciones dirigidas a fortalecer los medios necesarios para mejorar la salud como derecho humano inalienable, a consolidar una cultura de la salud que involucre a individuos, familias,

97

**PRIMER PUERTO FLUVIAL Y PESQUERO SOBRE EL RIO MAGDALENA EL CESAR**



comunidades y la sociedad en su conjunto, a integrar el trabajo de los sectores y las instituciones en un proceso orientado a modificar los condicionantes o determinantes de la salud, con el fin de mitigar su impacto en la salud individual y colectiva.

Se asume la promoción de la salud y la calidad de vida como una dimensión del trabajo de salud que ubica su centro en la noción de salud, en su sentido positivo como bienestar y calidad de vida, que se articula y se combina con la acción preventiva. La promoción de la salud y la calidad de vida integran las acciones individuales y colectivas encaminadas a hacer que los individuos y las colectividades estén en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud.

Esta línea hace posible la vinculación de los temas del sector salud con los temas de otros sectores y con la política económica y social. El objetivo es fomentar las capacidades y generar en los individuos y las comunidades las oportunidades para que sean capaces de identificar y satisfacer sus necesidades en salud, cambiar o adaptarse al medio ambiente, asumir estilos de vida que reduzcan su vulnerabilidad, y participar en el control social para la mejoría de las condiciones del entorno con el fin de facilitar el desarrollo de una cultura de la salud con calidad de vida y el desarrollo de la autonomía individual y colectiva.

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

**4.6.3 Prevención de los riesgos para la salud de la población.** Es el conjunto de acciones individuales y colectivas en salud orientadas a la reducción de los

98

**PRIMER PUERTO FLUVIAL Y PESQUERO SOBRE EL RIO MAGDALENA EL CESAR**

riesgos de enfermar o morir. El objetivo de esta línea de política es minimizar la pérdida de bienestar evitando, mitigando o reduciendo al mínimo la probabilidad de daño, mediante intervenciones compartidas entre el Estado, la comunidad, las Entidades Promotoras de Salud, EPS, las Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP, y los sectores cuyas acciones tienen incidencia en la salud de las personas.

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

**4.6.4 Protección de los riesgos para la salud de la población.** Es el conjunto de procesos estrategias y procedimientos intervenciones y actividades del estado y todas las personas naturales y jurídicas del territorio nacional departamental y distrital y municipal que busca proteger a la población e individuos frente a los riesgos y amenazas prevenibles para la salud, mediante el desarrollo de estrategias, actividades, procedimientos e intervenciones de prevención y control.

El objetivo de esta línea es minimizar la pérdida de bienestar mitigando o reduciendo al mínimo la probabilidad de daños a “niveles de riesgo aceptable socialmente” mediante intervenciones preventivas que son compartidas entre el Estado, la comunidad y las aseguradoras y los sectores cuyas acciones tienen incidencia en la salud de las personas.

**4.6.5 Recuperación de los daños en la salud de las poblaciones.** Es el conjunto de acciones individuales del Plan Obligatorio de Salud, POS, de los regímenes contributivo y subsidiado, que busca recuperar la salud y superar los daños ocurridos en los individuos y las poblaciones, mediante el acceso oportuno y con calidad a los servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y a los programas y redes de protección social. Involucra acciones de prevención secundaria y terciaria que se realizan en todos los

niveles de atención y grados de complejidad con el objeto de detener o reducir el daño que pueda producir la enfermedad ya presente, el establecimiento de la cronicidad, sus recidivas o sus secuelas.

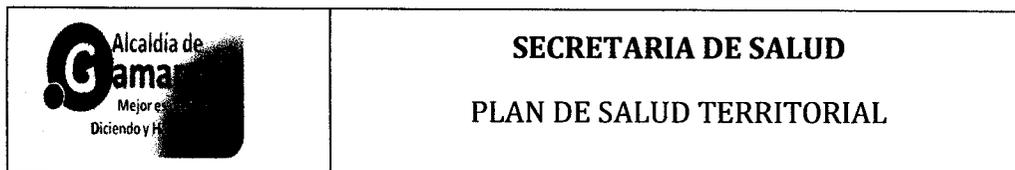
Esta política demanda de las autoridades de salud y de la sociedad en general, una permanente evaluación del acceso, oportunidad, calidad, pertinencia y grado de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud.

#### **4.6.6 Gestión integral de competencias y funciones en salud Pública.**

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

Esta línea de política permite promover el liderazgo de las entidades territoriales de salud y los demás actores institucionales para fortalecer la capacidad de la autoridad de salud territorial en el desempeño de las competencias de salud, permite generar escenarios para apoyar el ejercicio de rectoría y gobernabilidad del sector, para mejorar la capacidad de coordinación, regulación, planificación, conducción, vigilancia, evaluación y comunicación de los riesgos en salud y de los resultados y efectos de las políticas de promoción de la salud y la calidad de vida, prevención de los riesgos y recuperación de la salud.

Mediante estas acciones de gestión se identifican las necesidades locales y se articulan las respuestas en los espacios cotidianos donde transcurre la vida de las personas, con el fin de promover el ejercicio del poder por parte de los sujetos para transformar las



prácticas de vida y potenciar el desarrollo de autonomía que conduzca al mejoramiento de la calidad de vida y el ejercicio pleno de los derechos.

La gestión integral se apoya en un conjunto de procesos, estrategias, procedimientos, intervenciones, actividades, herramientas, instrumentos, capacidades y habilidades gerenciales, técnicas, operativas, logísticas, de información y comunicación enmarcadas en los principios de calidad. Articula procesos de planeación, seguimiento y evaluación de las competencias de salud pública individuales y colectivas y los mecanismos de control de la gestión con calidad, y el seguimiento para el logro de las metas definidas en el Plan Nacional de Salud Pública. Además, fomenta la comunicación en salud, como estrategia que permite corregir las asimetrías en el manejo social del riesgo, generar redes de protección social, lograr equidad y aumentar la calidad de vida en la población colombiana.

El Ministerio de La Protección Social con el apoyo del Instituto Nacional de Salud, INS; el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, INVIMA; el Instituto Colombiano Agropecuario, ICA; el Instituto Nacional de Cancerología, INC; el Instituto Dermatológico Federico Lleras; el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF; La Superintendencia Nacional de Salud y las entidades territoriales de salud del orden departamental, distrital y municipal, realizará las acciones de rectoría, seguimiento, monitoreo y evaluación de las políticas, estrategias, procedimientos, y acciones individuales y colectivas en salud pública, en el ámbito de sus competencias.

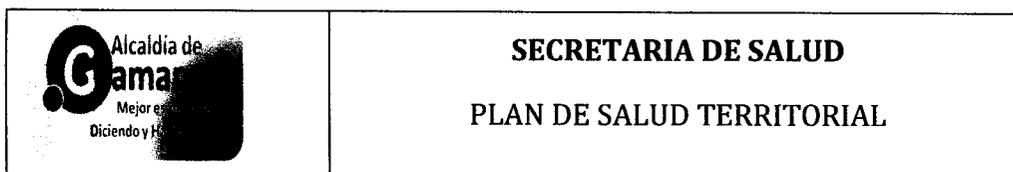
## **4.7 ESTRATEGIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE POLITICAS EN SALUD**

### **4.7.1 Estrategias de la promoción de la salud y la calidad de vida**

A cargo de las entidades territoriales:

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

**4.7.2 Estrategias de prevención de los riesgos.** Para el desarrollo de esta política se definen las siguientes estrategias:



A cargo de las entidades territoriales:

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

#### **4.7.3 Estrategias para la recuperación y superación de los daños en la salud**

A cargo de las entidades territoriales:

- a) Seguimiento y evaluación de las acciones de detección temprana y atención en salud del Plan Obligatorio de Salud, POS, de los regímenes contributivo y subsidiado, en su jurisdicción;
- b) Prestación de servicios de salud a la pobre, no asegurada, en lo establecido en el Plan Obligatorio de Salud, POS, del régimen contributivo;
- c) Difusión y vigilancia de la aplicación de las normas técnicas y guías de atención integral basadas en la evidencia para estandarizar los procesos de atención en el Plan Obligatorio de Salud, POS, de los regímenes contributivo y subsidiado;
- d) Desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, SOGCS, en sus competencias;
- e) Desarrollo de acciones de coordinación y articulación intra y extrasectorial para la formulación y ejecución de las estrategias de recuperación y superación de los daños en la salud, en su jurisdicción;
- f) Desarrollo de la redes de urgencias y de los sistemas de referencia y contra referencia, en su jurisdicción;
- i) Desarrollo, supervisión y evaluación de los servicios de atención integral de los accidentes de trabajo y la enfermedad derivada de la actividad laboral, en su jurisdicción;

g) Vigilancia y fomento del desarrollo de servicios diferenciales por ciclo vital para la atención y rehabilitación de las discapacidades;

h) Fomento de la telemedicina.

#### **4.7.4 Estrategias de vigilancia en salud y gestión del conocimiento**

A cargo de las entidades territoriales:

a) Desarrollo e implementación de las acciones de vigilancia en salud en su jurisdicción;

b) Monitoreo, evaluación, y análisis de la situación de salud en su jurisdicción;

c) Evaluación del impacto de las políticas y estrategias formuladas para atender las prioridades del Plan Nacional de Salud Pública, en su jurisdicción;

d) Implementación del sistema de evaluación de gestión y de resultados en salud y bienestar del Sistema de Protección Social, en su jurisdicción;

e) Implementación del sistema de información de salud en su jurisdicción;

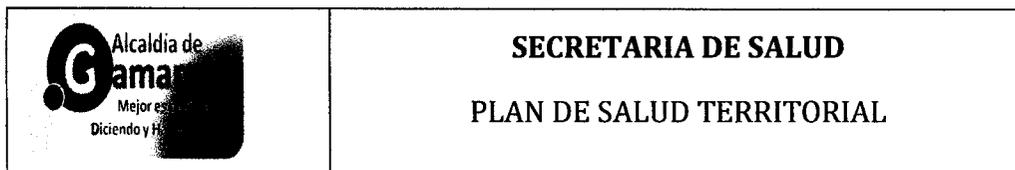
f) Desarrollo de estrategias de difusión de resultados en salud en su jurisdicción;

#### **4.8 PRIORIDADES Y METAS NACIONALES**

**4.8.1 Prioridades Nacionales en Salud.** Entre las razones que fundamentan la necesidad de establecer prioridades en salud, las más destacadas son: el cambio en los patrones en salud (por envejecimiento poblacional, cambio en los determinantes por desarrollo económico y social, nuevas patologías), el cambio en los conceptos de salud (descubrimientos de nuevas causalidades, tratamientos para situaciones antes incurables), las necesidades y expectativas de los grupos de interés, exceden los recursos disponibles (necesidades de salud infinitas, nuevas tecnologías, intereses particulares) y sobre todo, porque el uso de los recursos de salud es de interés público y existe la exigencia de hacerlo de forma eficiente, donde el bienestar para la mayoría prime y se impacte de la manera más amplia posible.

El Plan Nacional de Salud Pública define las prioridades y los parámetros de actuación en respuesta a las necesidades de salud, a los recursos disponibles y a compromisos establecidos por la Nación en los acuerdos internacionales.

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



#### **4.8.2 Salud infantil**

##### **Metas nacionales de salud infantil**

1. Reducir a 15 por 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad en menores de 1 año (Línea de base: 16,3 por 1.000 nacidos vivos. Fuente: Dane 2009).
2. Lograr y mantener las coberturas de vacunación con todos los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones, PAI por encima del 95%, en niños y niñas en menores de 1 año (Línea de base: polio: 86,8%, DPT: 86,8%, sarampión y rubeola: 89,1 % en menores de 1 año. Fuente: PAI 2009).
3. Reducir a 24,0 por cien mil la tasa de mortalidad en menores de 5 años (Línea de base: 30,2 por cien mil. Fuente: DANE 2004).

#### **4.8.3 Salud sexual y reproductiva**

##### **Metas nacionales de salud sexual y reproductiva**

1. Reducir por debajo de 62,4 por cien mil nacidos vivos la tasa de mortalidad materna (Línea de base: 78,7 por cien mil nacidos vivos. Fuente: Dane 2009).
2. Lograr reducir y mantener por debajo de 2,4 hijos por mujer, la fecundidad global en mujeres entre 15 a 49 años (Línea de base: 2,4 hijos por mujer al terminar su periodo reproductivo. Fuente: ENDS 2009).

3. Reducir por debajo de 7 por cien mil mujeres, la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino (Línea de base: 9,4 por cien mil mujeres. Fuente: Instituto Nacional de Cancerología, INC/DANE 2009).

4. Mantener por debajo de 1,2% la prevalencia de infección por VIH en población de 15 a 49 años (Línea de Base: 0,7%. Fuente: Observatorio VIH/MPS 2004).

5. Lograr cobertura universal de terapia antiretroviral para VIH positivos. (Línea de base: 72%. Fuente: Observatorio VIH/MPS 2009).

#### **4.8.4 Mejorar la salud oral**

##### **Metas nacionales de salud oral**

1. Lograr un índice de COP promedio a los 12 años de edad menor de 2,3 (Línea de base: 2,3. Fuente: III ENSB 1999).

2. Lograr y mantener los dientes permanentes en el 60% de los mayores de 18 años (Línea de base: 50,2%. Fuente: III ENSB 1999).

#### **4.8.5 Mejorar la salud mental**

##### **Metas nacionales en salud mental**

1. Adaptar los planes territoriales a la política nacional de salud mental y de reducción del consumo de sustancias psicoactivas en 100% de las entidades territoriales (Línea de base: 0%. Fuente: direcciones territoriales de salud 2006).

#### **4.8.6 Disminuir las enfermedades transmisibles y las zoonosis**

##### **Metas nacionales en enfermedades transmisibles y zoonosis**

1. Aumentar al 70% la detección de casos de tuberculosis en el país (Línea de base: 54%. Fuente: MPS 2005).
2. Aumentar al 85% la tasa de curación de los casos de tuberculosis pulmonar baciloscopia positiva (Línea de base 63%. Fuente: MPS 2004).
3. Reducir en un 50% los municipios que no cumplen con la meta de eliminación de la lepra (prevalencia de 1 por diez mil habitantes) (Línea de base: 87 municipios no cumplen meta de eliminación. Fuente: MPS 2006).
4. Eliminar la rabia humana transmitida por perro (Línea de base: 0,0047 x cien mil. Fuente: MPS 2006).
5. Reducir los casos de mortalidad por malaria a 60 casos para el 2010 (Línea de base: 119 muertes. Fuente: DANE 2009).

#### **4.8.7 Disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles**

##### **Metas nacionales en enfermedades crónicas no transmisibles**

1. Aumentar por encima de 26% la prevalencia de actividad física global en adolescentes entre 13 y 17 años (Línea de base: 26%. Fuente: ENSIN 2005).

2. Aumentar por encima de 42,6% la prevalencia de actividad física mínima en adultos entre 18 y 64 años (Línea de base: 42,6%. Fuente: ENSIN 2005).
3. Incrementar por encima de 12,7 años la edad promedio de inicio del consumo de cigarrillos en población menor de 18 años (Línea de base: 12,7 años. Fuente: Encuesta nacional de consumo de sustancias psicoactivas, escolares 2004).
4. Promover las acciones de diagnóstico temprano de la Enfermedad Renal Crónica - ERC (Línea de base: por definir).
5. Promover acciones preventivas para mantener o reducir la prevalencia de limitaciones evitables (Línea de base: 6,4%. Fuente: DANE 2009).
6. Reducir los casos de mortalidad por malaria a 60 casos para el 2010 (Línea de base: 119 muertes. Fuente: DANE 2009).
7. Reducir los casos de mortalidad por dengue en un 30% a 49 casos para el 2010 (Línea de base: 70 muertes. Fuente: DANE 2009).

#### **4.8.8 Nutrición**

##### **Metas nacionales en nutrición**

1. Reducir a 5% el porcentaje de desnutrición global en niños menores de 5 años con desnutrición global (Línea de base: 7%. Fuente: ENSIN 2005).

2. Reducir por debajo de 6,7 por cien mil la tasa de mortalidad por desnutrición crónica en menores de 5 años (Línea de base: 6,7 por cien mil menores de 5 años. Fuente: DANE 2004).

3. Incrementar en un mes la mediana de duración de la lactancia materna exclusiva (Línea de base: mediana 2,2 meses Ensin 2005).

#### **4.8.9 Mejorar la seguridad en el trabajo y disminuir las enfermedades de origen laboral**

##### **Metas nacionales en seguridad laboral y enfermedades de origen laboral**

1. Reducir la tasa de mortalidad por enfermedad profesional (Línea de base: 11,5 por cien mil. Fuente: MPS 2005).

2. Reducir la tasa de accidentes ocupacionales (Línea de base 5,2 por cien mil. Fuente: MPS 2005).

#### **4.9 EJES PROGRAMATICOS**

El Plan de Salud Territorial, estará integrado por los siguientes Ejes programáticos:

1. Aseguramiento
2. Prestación y desarrollo de servicios de salud
3. Salud pública
4. Promoción social
5. Prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales
6. Emergencias y desastres

**4.9.1 Acciones de obligatorio cumplimiento en los ejes programáticos del plan de salud territorial.** Las acciones incluidas en cada uno de los ejes programáticos del Plan de Salud Territorial, en el ámbito de sus competencias, se desarrollan a través de las siguientes áreas subprogramáticas de obligatorio cumplimiento:

**4.9.2 Aseguramiento:**

Incluye las siguientes áreas Subprogramáticas de gestión:

- a) Promoción de la afiliación al SGSSS
- b) Identificación y priorización de la población a afiliar.
- c) Gestión y utilización eficiente de los cupos del Régimen Subsidiado.
- d) Adecuación tecnológica y recurso humano para la administración de la afiliación en el municipio.
- e) Celebración de los contratos de aseguramiento.
- f) Administración de bases de datos de afiliados.
- g) Gestión financiera del giro de los recursos.
- h) Interventora de los contratos del Régimen Subsidiado.
- i) Vigilancia y control del aseguramiento.

**4.9.3 Prestación y Desarrollo de Servicios de Salud**

Incluye las siguientes áreas subprogramáticas, en desarrollo de la Política Nacional de prestación de servicios de salud:

- a) Mejoramiento de la accesibilidad a los servicios de salud
- b) Mejoramiento de la calidad en la atención en salud

c) Mejoramiento de la eficiencia en la prestación de servicios de salud y Sostenibilidad financiera de las IPS públicas.

#### **4.9.4 Salud Pública:**

Incluye las siguientes áreas

- a) Acciones de promoción de la salud y calidad de vida.
- b) Acciones de prevención de los riesgos (biológicos, sociales, Ambientales y sanitarios).
- c) Acciones de vigilancia en salud y gestión del conocimiento
- d) Acciones de gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional en Salud Pública.

#### **4.9.5 Programático de Promoción Social**

Incluye las siguientes áreas subprogramáticas:

- a) Acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y atención de las poblaciones especiales, tales como, población en situación de desplazamiento, población en situación de discapacidad, adultos mayores, mujeres gestantes, población indígena, población infantil, adolescente y joven.
- b) Acciones de salud en la “Red para la Superación de la Pobreza Extrema - Red Juntos”.
- c) Acciones educativas de carácter no formal dirigido a técnicos, Profesionales y líderes comunitarios sobre diferentes aspectos de la Promoción social, tales como, entornos saludables, participación social, discapacidad, desplazamiento, adulto mayor, constitución de redes, formación para el trabajo, desarrollo de modelos de atención a población indígena.

#### **4.9.6 Programático de Prevención, Vigilancia y Control de Riesgos Profesionales:**

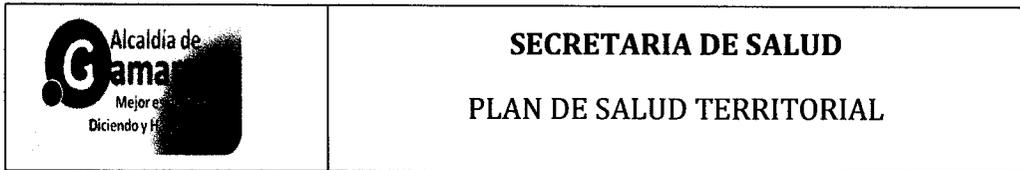
Incluye las siguientes áreas subprogramáticas:

- a) Acciones de promoción de la salud y calidad de vida en ámbitos laborales.
- b) Acciones de inducción a la demanda a los servicios de promoción de la salud, prevención de los riesgos en salud y de origen laboral en ámbitos laborales.
- c) Acciones de inspección, vigilancia y control de los riesgos sanitarios, fitosanitarios, ambientales en los ámbitos laborales y riesgos en las empresas con base en los riesgos profesionales.
- d) Acciones de sensibilización para la reincorporación y la inclusión del Discapacitado en el sector productivo.
- e) Acciones de seguimiento, evaluación y difusión de resultados de la Vigilancia en salud en el entorno laboral.

#### **4.9.7 Programático de Emergencias y desastres:**

Comprende las siguientes áreas subprogramática:

- a) Gestión para la identificación y priorización de los riesgos de emergencias y desastres.
- b) Acciones de articulación intersectorial para el desarrollo de los planes preventivos, de mitigación y superación de las emergencias y desastres.
- c) Acciones de fortalecimiento institucional para la respuesta territorial ante las situaciones de emergencias y desastres. d) Acciones de fortalecimiento de la red de urgencias.



## 5. PROYECTOS POR EJE PROGRAMATICO

*Ejes programáticos.* El Plan de Salud Territorial, estará integrado por los siguientes ejes programáticos:

1. Aseguramiento.
2. Prestación y desarrollo de servicios de salud.
3. Salud pública.
4. Promoción social.
5. Prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales.
6. Emergencias y desastres.



**SECRETARIA DE SALUD**  
**PLAN DE SALUD TERRITORIAL**

# ANEXOS



POA  
ESTILO DE VIDA

Código del Eje Temático	Peso Relativo	Código del Eje	Áreas Subprogramática	Peso Relativo Área	Código del Proyecto	Nombre del Proyecto	Código BPN	Peso Relativo Proyecto	Metas de Producto Anual	Descripción Estrategia o Actividades del Proyecto	Indicador de Producto del Proyecto				Responsables Institucionales	E mail Responsable	
											I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre			
										CONTRATACIÓN RECURSO HUMANO PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES						sesalud@amarrara@hotmail.es	
			PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS							1. Jornadas saludables en las instituciones educativas.	10%	40%	70%	100%	ELIANA INES RODRIGUEZ GIRALDO	sesalud@amarrara@hotmail.es	
										2. Jornada de Sensibilización para disminuir el uso de herramientas informáticas en los jóvenes, ya que es fundamental para contrarrestar el sedentarismo.	10%	40%	60%	100%	ELIANA INES RODRIGUEZ GIRALDO	sesalud@amarrara@hotmail.es	
										3. Jornadas de sensibilización a la comunidad sobre la importancia de la actividad física y alimentación adecuada como mecanismos protectores contra enfermedades crónicas no transmisibles	10%	40%	70%	100%	ELIANA INES RODRIGUEZ GIRALDO	sesalud@amarrara@hotmail.es	
			PROMOCIÓN DE LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA							1. Jornada de sensibilización en las instituciones educativas para la reducción del consumo de alcohol.	10%	45%	70%	100%	ELIANA INES RODRIGUEZ GIRALDO	sesalud@amarrara@hotmail.es	
										2. Jornada de sensibilización en las empresas para la reducción del consumo de alcohol.	10%	40%	60%	100%	ELIANA INES RODRIGUEZ GIRALDO	sesalud@amarrara@hotmail.es	
										3. Jornada de sensibilización en la zona rural para la reducción del consumo de alcohol.	10%	40%	70%	100%	ELIANA INES RODRIGUEZ GIRALDO	sesalud@amarrara@hotmail.es	
			PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS			ESTILO DE VIDA SALUABLE				1. Promover la actividad física en todos los grupos etarios con la finalidad de mejorar las condiciones físicas y fisiológicas de las personas.	10%	40%	70%	100%	ELIANA INES RODRIGUEZ GIRALDO	sesalud@amarrara@hotmail.es	
											2. Promover la salud, en los pacientes a realizar actividad física con el fin de evitar alteraciones nutricionales como la obesidad, sobrepeso y las enfermedades crónicas no transmisibles.	10%	40%	60%	100%	ELIANA INES RODRIGUEZ GIRALDO	sesalud@amarrara@hotmail.es
											3. Promover actividades físicas desde la infancia y las instituciones educativas, para llevar una buena vida saludable	10%	40%	70%	100%	ELIANA INES RODRIGUEZ GIRALDO	sesalud@amarrara@hotmail.es
			PROMOCIÓN DE LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA							1. Implementación de la estrategia libre de humo en instituciones educativas	10%	30%	70%	100%	ELIANA INES RODRIGUEZ GIRALDO	sesalud@amarrara@hotmail.es	
										2. Implementación de la estrategia libre de humo en espacios públicos.	10%	30%	70%	100%	ELIANA INES RODRIGUEZ GIRALDO	sesalud@amarrara@hotmail.es	
										3. Fomento de estilo vida activo, el reconocimiento de espacios libres de cigarrillo, promoción de la dieta balanceada, consumo de sal e higiene oral.	10%	60%	100%	100%	ELIANA INES RODRIGUEZ GIRALDO	sesalud@amarrara@hotmail.es	

GAMARRA-CESAR

20

Mayo

Gabriel Alberto Giraldo



<b>Objetivo 1.</b>  <b>Eficiencia en la Atención Obstétrica de Emergencia Básica (AOEmb) y Atención Obstétrica de Emergencia Integral (AOEmI)</b>	Contratación del recurso humano	Enfermera Jefe						11,900,000
	Contratación del recurso humano	Auxiliar de enfermería						6,300,000
	Seguimiento semanal a la disponibilidad de Medicamentos y Suministros para el Manejo de las Emergencias Obstétricas y la Aplicación de Flujogramas para el manejo de la Emergencia Obstétrica en las IPS públicas y Privadas del municipio							0
	Vigilancia de la implementación de la atención integral protocolizada en salud con enfoque de riesgo biopsicosocial, sin barreras y con calidad para las emergencias obstétricas, control prenatal, atención del parto y posparto e interrupción voluntaria del embarazo; implementación del esquema de código rojo en las instituciones priorizadas							0
	Promover la habilitación específica funcional para la idoneidad de los servicios de atención del control prenatal, del parto, del nacimiento, del puerperio y de los servicios que ofrecen atención de la interrupción voluntaria del embarazo.							0
	Realizar asistencia Técnica , seguimiento y evaluación al recurso humano de programas materno infantil y transferencia del Conocimiento							200,000
	Fortalecimiento de los Procesos de Vigilancia Epidemiológica en el Componente Maternidad Segura. ( vih - sífilis- hepatitis b- muertes maternas y perinatales- toxoplasmosis)							0
	Articulación con oficina de Prestación de Servicios para el Desarrollo de mecanismos de inspección, vigilancia y control de estándares de calidad de las instituciones con servicios obstétricos habilitados y de las instituciones que realizan control prenatal, atención del parto y puerperio, detección y diagnóstico de cáncer de cérvix y mama y la atención de infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA.							0
#REF!							0	
<b>SUBTOTAL OBJETIVO 1</b>			0	0	0	0	0	0
<b>Objetivo 2.</b>  <b>Mejorada la Clasificación e Intervención Oportuna del Riesgo Obstétrico.</b>	seguimiento al cumplimiento institucional de las normas de detección precoz de alteraciones del embarazo, atención del parto y del recién nacido y de las guías de atención de las complicaciones hemorrágicas e hipertensivas del embarazo							0
	Seguimiento y Evaluación de la Implementación de los lineamientos de maternidad segura en el Departamento del Cesar.							0
	Seguimiento operativo de aplicación de Prácticas para la Seguridad del Binomio Madre-Hijo por parte de las IPS Públicas y Privadas del municipio							0
	Seguimiento al cumplimiento de la Sentencia C-355 sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo.							0
	seguimiento a sistemas de información del componente mediante ( operatividad del software del modelo biopsicosocial en IPS y la consolidación de indicadores de maternidad segura)							100,000
	Fortalecer la formación del recurso humano para la atención integral y manejo de los riesgos relacionados con la salud sexual y reproductiva. ( Logística para promover la implementación de la estrategias- encuentros locales )							0
	#REF!							0
<b>SUBTOTAL OBJETIVO 2</b>			0	0	0	0	0	0
<b>Objetivo 3.</b>  <b>Mejorado el Reconocimiento del Problema con Promtitud por parte de la Gestante y su nucleo Familiar</b>	Conformación de mecanismos de coordinación y articulación intersectorial para el seguimiento de los planes locales de maternidad segura y control social de la política nacional en municipios priorizados							0
	Implementación de la estrategia de Evaluación de coberturas y Seguimiento al Riesgo Obstétrico en el Departamento del Cesar . ( Contratación de Auxiliares de Enfermería x Zonas )							0
	Implementación de Estrategias IEC para fomento de derechos en salud y reconocimiento de signos de alarma.							0
	Articulación con las estrategias AIEPI, PAI, seguridad alimentaria y otras instituciones/organizaciones para el abordaje integral de la gestante y el menor.							100,000
	Impulsar la Aplicación de la Normativa Básica para la Atención Materno-Infantil a corde con el número de afiliados a EPS, Entes territoriales e IPS.							0
	Implementación de la estrategia de atención primaria en salud, Gestión para la identificación y el control del Riesgo ( Enfermero-as Referentes del Componente en Municipios )							0
	<b>SUBTOTAL OBJETIVO 3</b>			0	0	0	0	0
<b>Objetivo 4.</b>  <b>Eficiencias en el acceso</b>	Monitoreo permanente a procesos de autorización de servicios y sistemas de referencia de los asegurados. - Seguimiento a EPS ( Fortalecimiento de Logística de Referencia - )							0
	Construcción de una política de atención a la gestante con participación activa de los diferentes actores (Aseguramiento, Política Social, Estilos de vida Saludable, Secretaría de Gobierno, medios de comunicación, veedores.							0
	Articulación para la Socialización y seguimiento Lineamientos para la							0

# POA MATERINIDAD VIH

Nombre del Depto / Distrito / Municipio:	Cesar
Código DANE Departamento / Distrito / Municipio:	20295
Fecha de Aprobación	MAYO
Nombre Alcalde o Gobernador	GABRIEL ALBERTO GIRALDO ESCUDERO

Código del Sector Salud	Dimensión Relacionada Plan Desarrollo	Código del objetivo sectorial	Nombre del Eje Programático	Peso Relativo Eje	Código del Eje	Áreas Subprogramáticas	Peso Relativo Área	Código del Área	Nombre del Proyecto	Código BP/IN	Peso Relativo Proyecto	Metas de Producto Anual	Descripción Estrategia o Actividades del Proyecto	Indicador de Producto del Proyecto				Responsables Institucionales	E mail Responsable
														I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre		
03000000	SOCIAL	301	SALUD PÚBLICA	3	Acciones de promoción de la Salud y Calidad de Vida	100%	3.1	Maternidad a Saño				<b>Conformación de la Red Departamental para la Atención de las Emergencias Obstétricas con el 100% de las IPS Públicas del Departamento.</b>	Acompañamiento en la Implementación de evaluación de procesos y resultados en el componente Materno-Infantil.	15%	25%	30%	30%	Secretaría de Salud Departamental, Alcaldes, Secretarios de Salud Municipales, EPS S y EPS C, IPS, Coordinador Maternidad Segura - VIH	Maternidadsegura_vih@hotmail.com
													Seguimiento semanal a la disponibilidad de Medicamentos y Suministros para el Manejo de las Emergencias Obstétricas y la Aplicación de Flujogramas para el manejo de la Emergencia Obstétrica en las IPS públicas y Privadas del municipio	15%	25%	30%	30%		
													Vigilancia de la Implementación de la atención integral protocolizada en salud con enfoque de riesgo biopsicosocial, sin barreras y con calidad para las emergencias obstétricas, control prenatal, atención del parto y posparto e interrupción voluntaria del embarazo; implementación del esquema de código rojo en las instituciones priorizadas	15%	25%	30%	30%		
													Promover la habilitación específica funcional para la idoneidad de los servicios de atención del control prenatal, del parto, del nacimiento, del puerperio y de los servicios que ofrecen atención de la interrupción voluntaria del embarazo.	15%	25%	30%	30%		
													Realizar asistencia Técnica, seguimiento y evaluación al recurso humano de programas materno infantil y transferencia del Conocimiento	25%	25%	25%	25%		
													Fortalecimiento de los Procesos de Vigilancia Epidemiológica en el Componente Maternidad Segura. ( vih - sífilis- hepatitis b- muertes maternas y perinatales- toxoplasmosis)	15%	25%	30%	30%		
													Articulación con oficina de Prestación de Servicios para el Desarrollo de mecanismos de inspección, vigilancia y control de estándares de calidad de las instituciones con servicios obstétricos habilitados y de las instituciones que realizan control prenatal, atención del parto y puerperio, detección y diagnóstico de cáncer de cérvix y mama y la atención de infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA.	15%	25%	30%	30%		
													0						
												<b>Aplicación del Software de Modelo Biopsicosocial en el 100% de IPS Públicas de Primer Nivel.</b>	seguimiento al cumplimiento institucional de las normas de detección precoz de alteraciones del embarazo, atención del parto y del recién nacido y de las guías de atención de las complicaciones hemorrágicas e hipertensivas del embarazo	15%	25%	30%	30%		
													Seguimiento y Evaluación de la Implementación de los lineamientos de maternidad segura en el Departamento del Cesar.	15%	25%	30%	30%		
													Seguimiento operativo de aplicación de Prácticas para la Seguridad del Binomio Madre-Hijo por parte de las IPS Públicas y Privadas del municipio	15%	25%	30%	30%		
													Seguimiento al cumplimiento de la Sentencia C-355 sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo.	15%	25%	30%	30%		
													seguimiento a sistemas de información del componente mediante ( operatividad del software del modelo biopsicosocial en IPS y la consolidación de indicadores de maternidad segura)	15%	25%	30%	30%		
													Fortalecer la formación del recurso humano para la atención integral y manejo de los riesgos relacionados con la salud sexual y reproductiva. ( Logística para promover la implementación de la estrategias- encuentros locales )	15%	25%	30%	30%		
												<b>Implementación de Estrategias de Información, Educación y Comunicación enfocados al Reconocimiento Temprano de signos de Alarma en los 25 municipios del Departamento.</b>	Conformación de mecanismos de coordinación y articulación intersectorial para el seguimiento de los planes locales de maternidad segura y control social de la política nacional en municipios priorizados	15%	25%	30%	30%		
													Implementación de la estrategia de Evaluación de coberturas y Seguimiento al Riesgo Obstétrico en el Departamento del Cesar. ( Contratación de Auxiliares de Enfermería x Zonas )	15%	25%	30%	30%		
													Implementación de Estrategias IEC para fomento de derechos en salud y reconocimiento de signos de alarma.	15%	25%	30%	30%		
													Articulación con las estrategias AIEPI, PAI, seguridad alimentaria y otras instituciones/organizaciones para el abordaje integral de la gestante y el menor.	15%	25%	30%	30%		
													Impulsar la Aplicación de la Normativa Básica para la Atención Materno-Infantil a corde con el número de afiliados a EPS, Entes territoriales e IPS.	15%	25%	30%	30%		
													Implementación de la estrategia de atención primaria en salud, Gestión para la identificación y el control del Riesgo ( Enfermero-as Referentes del Componente en Municipios )	15%	25%	30%	30%		
												<b>Socialización de Lineamientos para la adecuada Referencia y Manejo de Emergencias obstétricas a los 25 municipios del Departamento</b>	Monitoreo permanente a procesos de autorización de servicios y sistemas de referencia de los asegurados. - Seguimiento a EPS ( Fortalecimiento de Logística de Referencia - )	15%	25%	30%	30%		
													Construcción de una política de atención a la gestante con participación activa de los diferentes actores (Aseguramiento, Política Social, Estilos de vida Saludable, Secretaría de Gobierno, medios de comunicación, veedores.	15%	25%	30%	30%		











POA  
SALUD BUCAL

Nombre del Eje Programático	Peso Relativo Eje	Código del Eje	Áreas Subprogramáticas	Peso Relativo Área	Código del Área	Nombre del Proyecto	Código BPN	Peso Relativo Proyecto	Metas de Producto Anual	Descripción Estrategia o Actividades del Proyecto	Indicador de Producto del Proyecto				Responsables Institucionales	E mail Responsable			
											I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre					
SALUD PÚBLICA			PROMOCIÓN DE LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA			SALUD BUCAL			CONTRATACION DE RECURSO HUMANO, HIGENISTA ORAL					100%	Eliana Ines Rodriguez Graldo	esalud@demamr.gov.bo			
									15%	1. Continuidad del programa de buen hábitos de higiene bucal en el municipio de gamarrá cesar	60%	30%	100%	Eliana Ines Rodriguez Graldo	esalud@demamr.gov.bo				
									20%	2. Promocion y divulgacion de la salud bucal para establecer los buenos hábitos higiene oral	70%	40%	100%	Eliana Ines Rodriguez Graldo	esalud@demamr.gov.bo				
									15%	3. Capacitaciones a padres de familia de los niños para que tengan unos buenos hábitos de higiene bucal	60%	30%	100%	Eliana Ines Rodriguez Graldo	esalud@demamr.gov.bo				
									20%	1. Estudiantes reciben atención odontológica integral a través de módulos de salud bucal.	70%	40%	100%	Eliana Ines Rodriguez Graldo	esalud@demamr.gov.bo				
			PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS						Desaparición de enfermedades buco dentales y gastrointestinales					15%	40%	60%	100%	Eliana Ines Rodriguez Graldo	esalud@demamr.gov.bo
			PROMOCIÓN DE LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA						Menor afluencia dental en la población más desprotegidas					15%	40%	70%	100%	Eliana Ines Rodriguez Graldo	esalud@demamr.gov.bo
			PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS						Alto ascesitina					20%	45%	70%	100%	Eliana Ines Rodriguez Graldo	esalud@demamr.gov.bo
			PROMOCIÓN DE LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA							1. Capacitación sobre practica de la buenas tecnicas de utilizacion del cepillo de diente en los bienestar, instituciones de basica primaria del municipio	10%	40%	60%	100%	Eliana Ines Rodriguez Graldo	esalud@demamr.gov.bo			
			PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS							2. Se realiza IEC en las instituciones educativas en las que indica las tecnicas adecuadas de higiene bucal, el cepillado dental se realiza en orden para evitar dejar areas sin limpiar con movimientos de barrido a los dientes superiores e inferiores	20%	40%	70%	100%	Eliana Ines Rodriguez Graldo	esalud@demamr.gov.bo			
			PROMOCIÓN DE LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA							3. Luego de la educacion en higiene oral se realiza el cepillado supervisado, es el metodo mas eficaz para la remocion de placa bacteriana	10%	40%	60%	100%	Eliana Ines Rodriguez Graldo	esalud@demamr.gov.bo			
			PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS							1. Capacitacion a las madres comunitarias y FAMI, a lideres comunitarias y personal de los restaurantes escolares sobre una alimentacion sana bajo en azucares	10%	40%	60%	100%	Eliana Ines Rodriguez Graldo	esalud@demamr.gov.bo			
			PROMOCIÓN DE LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA							2. Talleres de capacitacion a lideres comunitarios y agentes educativos en salud sobre acciones de prevencion de enfermedades dentarias	10%	30%	60%	100%	Eliana Ines Rodriguez Graldo	esalud@demamr.gov.bo			

POA  
SALUD BUCAL

Código del Eje	Áreas Subprogramática	Peso Relativo	Código del Área	Nombre del Proyecto	Código BIRN	Paso Relativo	Meta de Producto Proyecto	Descripción de Actividades del Proyecto	Indicador Producto Esperado del Proyecto por				Recursos (Millones de Pesos) Todas las Fuentes de Financiación			Responsables Institucionales	Email Responsable
									I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre	Total Recursos (Apropiación)	Con destinación específica	Con destinación específica		
3.1	PROMOCIÓN DE LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA			SALUD BUCAL			Baja demanda de servicios odontológicos en centros de salud	CONTRATACION RECURSO HUMANO HIGIENISTA ORAL, PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES	20%	40%	100%	6,300,000	\$ 0	\$ 6,300,000	\$ 0	Eliana Ines Rodriguez Grabelo	esocial@muniba.org
								1. Continuidad del programa de buen habito de higiene bucal en el municipio de ganara cesar	15%	30%	100%	0	\$ 0	\$ 0	Eliana Ines Rodriguez Grabelo	esocial@muniba.org	
								2. Promocion y difucion de la salud bucal para establecer los buenos habito de higiene oral	20%	40%	100%	0	\$ 0	\$ 0	Eliana Ines Rodriguez Grabelo	esocial@muniba.org	
3.2	PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS			SALUD BUCAL			Baja demanda de servicios odontológicos en centros de salud	3. Capacitaciones a padres de familia de los niños para que tengan un buen habito de higiene bucal	15%	30%	100%	0	\$ 0	\$ 0	Eliana Ines Rodriguez Grabelo	esocial@muniba.org	
								1. Etudiantes reciben atención odontologica integral a través de modulos de salud bucal.	20%	40%	100%	0	\$ 0	\$ 0	Eliana Ines Rodriguez Grabelo	esocial@muniba.org	
								2. La comunidad Educativa participa de actividades de promocion de escuelas saludables con el condiconante salud bucal	15%	40%	60%	100,000	\$ 100,000	\$ 0	Eliana Ines Rodriguez Grabelo	esocial@muniba.org	
3.1	PROMOCIÓN DE LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA			SALUD BUCAL			Baja demanda de servicios odontológicos en centros de salud	3. educadnos beneficiarios del programa de alimentación escolar, de establecimientos educativos en las zonas rural que no cuenta con agua fluorurada reciben atención primaria en salud bucal	15%	40%	100%	200,000	\$ 200,000	\$ 0	Eliana Ines Rodriguez Grabelo	esocial@muniba.org	
								1. Capacitación sobre practica de la buena tecnica de utilización del cepillo de denta en los bienestar, instituciones de básica primaria del municipio	20%	45%	70%	0	\$ 0	\$ 0	Eliana Ines Rodriguez Grabelo	esocial@muniba.org	
								2. Se realiza IEC en las instituciones educativas en las que indica las tecnica adecuadas de higiene bucal, el cepillo dental se realiza en orden para evitar dejar areas sin limpiar con movimientos de barrido a los denta superiores e inferiores	15%	60%	100%	0	\$ 0	\$ 0	Eliana Ines Rodriguez Grabelo	esocial@muniba.org	
3.2	PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS			SALUD BUCAL			Baja demanda de servicios odontológicos en centros de salud	3. Luego de la educación en higiene oral se realiza el cepillado supervisado, es el metodo mas eficaz para la remocion de placa bacteriana	20%	40%	100%	100,000	\$ 100,000	\$ 0	Eliana Ines Rodriguez Grabelo	esocial@muniba.org	
								1. Capacitación a las madres comunitarias y FAMIL, a lideres comunitarias y personal de los restaurantes escolares sobre una alimentación sana bajo en azucares	10%	40%	60%	100,000	\$ 100,000	\$ 0	Eliana Ines Rodriguez Grabelo	esocial@muniba.org	
3.1	PROMOCIÓN DE LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA			SALUD BUCAL			Baja demanda de servicios odontológicos en centros de salud	2. Talleres de capacitación a lideres comunitarios y agentes educativos en salud sobre acciones de prevención de enfermedades dentarias.	10%	30%	100%	100,000	\$ 100,000	\$ 0	Eliana Ines Rodriguez Grabelo	esocial@muniba.org	
													\$ 6,900,000				







NTAL Y PREVENCIÓN DE VIOLENCIAS EVITABLES

Nombre del Proyecto	Código del Área	Nombre del Proyecto	Código BPN	Peso Relativo Proyecto	Mesa de Producto Proyecto	Descripción de Actividades del Proyecto	Indicador Producto Esperado del Proyecto por Trimestre				Total Recursos (Aprobación)	Recursos (Millones de Pesos) Todos los Fuentes de financiación				Responsables Institucionales	Email Responsable
							I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre		Recursos propios	SGP		OTROS		
											Con destinación específica	Con destinación específica	Con destinación específica				
						Contratación de recurso Humano para realización de actividades (Psicología)	0%	35%	75%	100%	\$ 10,500,000	\$ 11,900,000			ELIANA INES RODRIGUEZ GIRALDO	seccsaludgamarr@h2mail.com	
						1-Continuidad del centro integral de atención a la familia en el Municipio de Gamarrá					\$ 500,000	\$ 500,000			ELIANA INES RODRIGUEZ GIRALDO	seccsaludgamarr@h2mail.com	
						2- Fortalecimiento de la red comunitaria y gestiones de salud mental para la prevención del uso de sustancias psicoactivas y trastornos de salud mental.	30%	60%	75%	100%	\$ 500,000	\$ 500,000			ELIANA INES RODRIGUEZ GIRALDO	seccsaludgamarr@h2mail.com	
						3- Coordinación y Articulación intersectorial para la implementación de las políticas de salud mental.	25%	50%	85%	100%	\$ 0	\$ 0			ELIANA INES RODRIGUEZ GIRALDO	seccsaludgamarr@h2mail.com	
						4- Levantamiento de línea base para identificar factores de riesgo y factores protectores en el Municipio Gamarrá	25%	50%	75%	100%	\$ 0	\$ 0			ELIANA INES RODRIGUEZ GIRALDO	seccsaludgamarr@h2mail.com	
						5- Capacitación en salud mental a las instituciones con competencia en la atención primaria de salud mental.	20%	50%	85%	100%	\$ 0	\$ 0			ELIANA INES RODRIGUEZ GIRALDO	seccsaludgamarr@h2mail.com	
						6- Garantizar la oportunidad en el diagnóstico, tratamiento y suministro de medicamentos.	25%	65%	85%	100%	\$ 0	\$ 0			ELIANA INES RODRIGUEZ GIRALDO	seccsaludgamarr@h2mail.com	
						7- Fortalecimiento de los procesos de seguimiento comunitario de atención psicosocial.	25%	50%	85%	100%	\$ 0	\$ 0			ELIANA INES RODRIGUEZ GIRALDO	seccsaludgamarr@h2mail.com	
						1-Desarrollo de iniciativas comunitarias orientadas a mejorar las competencias individuales y familiares en la identificación de violencia intrafamiliar	25%	60%	85%	100%	\$ 0	\$ 0			ELIANA INES RODRIGUEZ GIRALDO	seccsaludgamarr@h2mail.com	
						2- Clasificación de riesgo para la orientación a los servicios de atención en violencia intrafamiliar.	30%	60%	90%	100%	0	0			ELIANA INES RODRIGUEZ GIRALDO	seccsaludgamarr@h2mail.com	
						3- Difusión de la nua de atención a la violencia intrafamiliar.	25%	50%	75%	100%	\$ 0	\$ 0			ELIANA INES RODRIGUEZ GIRALDO	seccsaludgamarr@h2mail.com	
						4- Capacitación para la identificación de casos de violencia intrafamiliar a los prestadores de servicio de salud de la red pública y privada.	25%	65%	85%	100%	\$ 0	\$ 0			ELIANA INES RODRIGUEZ GIRALDO	seccsaludgamarr@h2mail.com	
						5- Capacitación para la identificación instituciones educativas en la identificación de casos de violencia intrafamiliar.	25%	60%	75%	100%	\$ 0	\$ 0			ELIANA INES RODRIGUEZ GIRALDO	seccsaludgamarr@h2mail.com	
						6- Cesación para el fortalecimiento de la atención primaria en salud mental					\$ 0	\$ 0			ELIANA INES RODRIGUEZ GIRALDO	seccsaludgamarr@h2mail.com	













