
PLAN DE SALUD TERRITORIAL 2008-2011



EDWIN ANTONIO PRADA RAMIREZ
ALCALDE MUNICIPAL

PRESENTACION

Con la promulgación de la ley 100 del 1993 se iniciaron los cambios en el sistema de Salud Colombiano pasando de uno basado en la oferta a uno que se dirigía a la demanda. En el año 2007 se expide la ley 1122 como herramienta para procurar corregir las deficiencias presentadas y una grande tenía que ver con la falta de definiciones claras de los roles de los actores del sistema.

El artículo 33 de la Ley 1122 ordena la construcción de un plan Nacional de Salud que sirviera para orientar todos los esfuerzos y recursos disponibles del Gobierno Nacional y sus entes territoriales en las prioridades Nacionales en salud, como respuesta a las más importantes necesidades del sector encontradas. Este plan se llamó Plan Nacional De Salud Pública y se adopto mediante el decreto 3039 de 2007, el cual en su artículo 2º consideró necesario que para el cumplimiento de las metas del Plan Nacional, cada Departamento y Municipio debían elaborar los planes territoriales de Salud, que serían la carta de navegación para Alcaldes y gobernadores sobre las acciones a realizar durante el periodo de Gobierno 2008-2011 y que sobre éstas se realizarán las evaluaciones correspondientes sobre el cumplimiento de los deberes de cada ente Territorial. Para este fin el Ministerio de la Protección Social expidió la resolución 0425 de 2008 por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial y las acciones de intervenciones colectivas a cargo de las entidades territoriales. A partir de esta norma, las actividades que eran conocidas como PAB pasaron a denominarse de Intervenciones Colectivas, que tendrán acciones de promoción de la Salud y calidad de vida, acciones de prevención de los Riesgos (biológicos, Sociales, ambientales y Sanitarios); acciones de vigilancia en salud y gestión del conocimiento y acciones de gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan de Salud Publica.

A Nivel Municipal en la actualidad el gobierno Nacional le está dando una mayor responsabilidad a las Secretarias de Salud y en el caso del Municipio de Molagavita a la Secretaria de Desarrollo Social, dependencia que asume esas funciones; siendo la directamente responsable de la Salud de su comunidad, encargada de vigilar el cumplimiento de los propósitos del Plan Territorial de Salud Publica Municipal, descrito en este documento y enmarcados en cada uno de los ejes programáticos planteados: **Aseguramiento, Prestación y Desarrollo de Servicios de Salud, Salud Pública, Promoción Social, Prevención Vigilancia y control de Riesgos y Emergencias y Desastres**; cuyas metas fueron planteadas verificando el estado de Salud de la comunidad que se obtienen mediante el diagnostico Epidemiológico y comunitario, dándole la oportunidad de exponer las necesidades sentidas y priorizando las de mayor magnitud, impacto y frecuencia ; realizando propuestas para la solución mediante estrategias de mayor impacto Social y las mas costo efectivas; a través de actividades de concertación desarrolladas en los diferentes

encuentros tales como foros, audiencias ciudadanas y mesas de trabajo con los actores del sector.

El Proceso de diagnóstico se hace mediante la participación genuina de líderes, Concejales del Municipio, representantes de los diferentes Sectores Sociales, económicos e institucionales y del Concejo Local de Seguridad Social en Salud, este último como organismo asesor y de apoyo para la toma de decisiones en la propuesta final en el diseño de planes, programas y proyectos de Salud .

Este documento se diseña mediante la asistencia de un equipo de técnico, coordinado por el Secretario de Desarrollo Social, y bajo la dirección del señor Alcalde del Municipio de Molagavita.

JUSTIFICACIÓN

El plan de Salud territorial del Municipio de Molagavita permite establecer la situación de Salud actual de sus habitantes y proyectar intervenciones mediante la identificación de factores de riesgo en los cuales están enfocados los esfuerzos y los recursos; y cuyo propósito es mejorar el estado de salud garantizando su bienestar y desarrollo; procurando que cada una de las familias estén en óptimas condiciones para estudiar, trabajar y recrearse, pudiendo así explotar todas sus capacidades físicas e intelectuales aportándolas al servicio de toda la sociedad, contribuyendo al logro de condiciones de vida dignas para la comunidad. Por tal motivo el Municipio luego de un dedicado esfuerzo ha adoptado y adaptado sus prioridades y ha definido metas en salud del cuatrienio acorde al Plan Nacional y Departamental de Salud Pública; en busca de la eficiencia y la eficacia en la ejecución de los recursos económicos asignados al sector Salud, contribuyendo al impacto positivos de los indicadores Nacionales.

**CONFORMACION DEL EQUIPO DE TRABAJO MUNICIPAL PARA
ELABORACION DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL**

CONSEJO TERRITORIAL DE PLANEACION

EDWIN ANTONIO PRADA RAMIREZ

Alcalde Municipal

HENRY DARIO CAMACHO CAMACHO

Secretario de Planeación

RAFAEL MARTINEZ VARGAS

Representante autoridades eclesiásticas.

LUZ MIREYA PINZON

Representante sector Comercial.

ANA MARIA ARCHILA

Representante asociación de Mujeres.

VENANCIO RAMIREZ JAIMES

Representante asociación de la tercera edad.

JAIRO PRADA HERNANDEZ

Representante Sector Educación

JESUS MARTIN ALMEIDA

Representante sector ecológico

NELSON ALFREDO JAIMES CAMACHO

Representante del sector salud

JOSE HERNANDO RAMIREZ

Representante de las veredas del Municipio

LUZ MARINA SUAREZ

Representante de las JAC del municipio

CONSEJO LOCAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

LUZ HELENA JURADO BRICEÑO
Personera Municipal

MARIA AGEDA SOTO
Representante EPS COMPARTA

ARELY NORIBIA PINTO PRADA
Gerente ESE Molagavita

MILENA RANGEL HERNANDEZ
Enfermera Jefe ESE

HENRY DARIO CAMACHO CAMACHO
Secretario de Planeación

SERGIO ANDRES ARGUELLO
Personero Estudiantil

LUIS DOMINGO SOTO
Representante del Sector Productivo

MARTIN ALONSO JAIMES HERNANDEZ
Secretario de Gobierno

NELSON ALFREDO JAIMES CAMACHO
Secretario de Salud

EDWIN ANTONION PRADA RAMIREZ
Alcalde Municipal

MOLAGAVITA, 2008

**COORDINADORES DE PROCESO DE CONSTRUCCION DEL PTS
MUNICIPIO DE MOLAGAVITA**

EDWIN ANTONIO PRADA RAMIREZ
Alcalde Municipal

NELSON ALFREDO JAIMES CAMACHO
Secretario de Desarrollo

MOLAGAVITA, 2008

TABLA DE CONTENIDO

1.1 MARCO LEGAL	11
1.1.1 Decreto 2309 de Octubre 15 de 2002.	11
1.1.2 Ley 152 de 1994.....	11
1.1.3 Ley 715 de 2001.....	11
Artículo 44.....	11
Artículo 47.....	11
Artículo 49. Parágrafo 1.....	12
Artículo 54.....	12
1.1.4 Ley 100 de 2003.....	12
Artículo 1°	12
1.1.5 Ley 1122 de 2007- Modificadorio de la ley 100	12
CAPITULO I Disposiciones generales Artículo 1°. Objeto	12
1.1.6 Ley 1151 de 2007.....	13
Artículo 1°	13
1.1.7 Decreto 3039 de 2007	13
Artículo 1°	13
1.1.8 Resolución 425 de 2008.....	13
1.2 DEFINICIONES.....	14
1.2.1 Asistencia Sanitaria.....	14
1.2.2 Atención.....	14
1.2.3 Demanda Inducida	14
1.2.4 Detección Temprana	14
1.2.5 Enfermedad	15
1.2.6 Enfermedades de Interés en Salud Pública	15
1.2.7 Participación Comunitaria.....	15
1.2.8 Plan Territorial de Salud.....	16
1.2.9 Prevención de la enfermedad.....	16
1.2.10 Promoción de la salud.....	16
1.2.11 Protección Específica	17
1.2.12 Salud Ambiental	17
1.2.13 Salud Pública	17
1.2.14 Seguridad Social	18
1.3 METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN.....	18
1.3.1 Fase 1. Generación de las condiciones de planeación.....	18
1.3.2 Fase 2. Elaboración del proyecto de Plan Sectorial de Salud.....	19
1.3.3 Fase 3. Aprobación y socialización de proyectos	20
2.1 CARACTERÍSTICAS DEL MUNICIPIO.....	22
2.1.1 ASPECTOS GEOGRÁFICOS: FACTORES CLIMÁTICOS, EXTENSIÓN TERRITORIAL, POSICIÓN GEOGRÁFICA.....	22
2.1.2 DIVISIÓN POLÍTICO – ADMINISTRATIVA.....	24
2.1.3 INFRAESTRUCTURA BASICA.....	27
2.1.4 ORGANIZACIONES MUNICIPALES Y COMUNITARIAS.....	36
2.2 MACRODETERMINANTES EN SALUD	37
2.2.1 ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS.....	37
GRUPOS POR EDADES	37
MENORES	37

2.2.2 POBLACIÓN EN SITUACION DE DESPLAZAMIENTO:	39
2.2.3 ORGANISMOS DE EDUCACION	39
2.3 ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS	45
2.3.1 ACTIVIDADES ECONOMICAS PRINCIPALES	45
2.3.2 MERCADO LABORAL	47
2.4. FACTORES DE RIESGO EN SALUD	48
2.4.1 Factores De Riesgo Del Ambiente: Breve descripción de los siguientes aspectos	48
2.4.2 Factores De Riesgo Nutricional En Niños	50
2.4.3 Factores De Riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles:	51
2.4.4 Factores De Riesgo Sociales	51
2.5. ANALISIS DE LA MORBILIDAD	52
2.5.1 Morbilidad por enfermedades de notificación obligatoria (ENO)	52
2.5.2 MORBILIDAD ATENDIDA BASADA EN REGISTROS INDIVIDUALES DE PRESTACION DE SERVICIOS-RIPS	53
FUENTE: ESE NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA MOLAGAVITA	54
2.5.3 MORBILIDAD DE POBLACION EN SITUACION DE DESPLAZAMIENTO	55
2.6 ANALISIS DE LA MORTALIDAD	55
2.6.1 MORTALIDAD GENERAL	55
2.7 ATENCION EN SALUD	57
2.7.1 INVERSION Y ASEGURAMIENTO EN SALUD	57
2.7.2 COBERTURAS DE PROGRAMAS DE PROTECCION ESPECIFICA DETECCION TEMPRANA-PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION DE ENFERMEDAD	58
2.7.3 CAPACIDAD INSTITUCIONAL-RECURSO HUMANO	60
2.8 PARTICIPACION SOCIAL	60
2.9. SITUACIÓN DE SALUD SEGÚN EL DIAGNOSTICO COMUNITARIO	61
3.1 VISIÓN DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	76
3.2 MISIÓN DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	76
3.3 PROPÓSITO PLAN TERRITORIAL DE SALUD	76
3.4 ENFOQUES DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	76
3.4.1 <i>El enfoque poblacional</i>	77
3.5 PRINCIPIOS DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	78
3.6 LINEAMIENTOS DE POLÍTICA	79
3.6.1 <i>Promoción de la salud y calidad de vida</i>	80
3.6.2 <i>Protección de los riesgos para la salud de la población</i>	80
3.6.3 <i>Recuperación de los daños en la salud de las poblaciones</i>	81
3.6.4 <i>Gestión integral de competencias y funciones en salud pública</i>	81
3.7 ESTRATEGIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS EN SALUD	82
3.7.1 <i>Estrategias de Promoción de la salud y calidad de vida</i>	82
3.7.2 <i>Estrategias de Prevención de los riesgos</i>	83
3.7.3 <i>Estrategias de Recuperación y superación de los daños en salud</i>	83
3.7.4 <i>Estrategias de Vigilancia en salud y gestión del conocimiento</i>	84
3.7.5 <i>Estrategias de Gestión integral para el desarrollo del Plan</i>	85
3.8 PRIORIDADES Y METAS NACIONALES	85
3.8.1 Prioridades nacionales en salud	85
1. La salud infantil	86
2. La salud sexual y reproductiva	86
3. La salud oral	87
4. La salud mental y las lesiones violentas evitables	87
6. Las enfermedades crónicas no transmisibles	88
7. La nutrición	88
8. La seguridad sanitaria y del ambiente	89
9. La seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral	89
10. La gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública	89
3.9 EJES PROGRAMÁTICOS	90

3.9.1 Aseguramiento.....	90
3.9.2 Prestación y desarrollo de los servicios de salud	90
3.9.3 Salud pública.....	91
3.9.4 Promoción social.....	91
3.9.5 Prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales	91
3.9.6 Emergencias y desastres	92
4.1 PROGRAMA 1. ASEGURAMIENTO EN SALUD	94
Meta de Resultado Cuatrienio	¡Error! Marcador no definido.
Indicador de Resultado	¡Error! Marcador no definido.
Metas de Producto Cuatrienio (2008-2011)	¡Error! Marcador no definido.
Área Subprogramática 1.1. Promoción de la afiliación al SGSSS	¡Error! Marcador no definido.
Descripción De las actividades.....	¡Error! Marcador no definido.
Área Subprogramática 1.2. Identificación y priorización de la población a afiliar al RSS....	¡Error! Marcador no definido.
Descripción De las actividades.....	¡Error! Marcador no definido.
Área Subprogramática 1.3. Gestión y utilización eficiente de los cupos en el Régimen Subsidiado	¡Error! Marcador no definido.
Descripción De las actividades.....	¡Error! Marcador no definido.
• Actualización continua de la base de datos según estadísticas vitales, solicitudes y reportes de secretaria de salud departamental.....	¡Error! Marcador no definido.
Indicador de producto: III Trimestre: 3 reportes de novedades; IV Trimestre 3 reportes de novedades	¡Error! Marcador no definido.
Área Subprogramática 1.4. Adecuación tecnológica y del recurso humano para la gestión de la afiliación.....	¡Error! Marcador no definido.
Descripción De las actividades.....	¡Error! Marcador no definido.
❖ Asignar el talento humano idóneo para el apoyo técnico permanente en la gestión del Régimen Subsidiado, atención a los afiliados, recepción y trámite de quejas, reclamos y administración del Software.	¡Error! Marcador no definido.
Área Subprogramática 1.5. Celebración de contratos de aseguramiento.....	¡Error! Marcador no definido.
Descripción De las actividades.....	¡Error! Marcador no definido.
Área Subprogramática 1.6. Administración de la base de datos de afiliados.....	¡Error! Marcador no definido.
Descripción De las actividades.....	¡Error! Marcador no definido.
Eje Programático 1: Aseguramiento	157
Eje Programático 2: Prestación y desarrollo de servicios	158
Eje Programático 3: Salud Pública	158
Eje Programático 4: Promoción social	159
Eje Programático 5: Prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales	160
Eje Programático 6: Emergencias y desastres.....	160

MARCO LEGAL DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL

1.1 MARCO LEGAL

1.1.1 Decreto 2309 de Octubre 15 de 2002.

Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de salud en el S.G.S.S.S. Aplica a los prestadores de servicios de salud, a las entidades promotoras de salud, a las administradoras del régimen subsidiado a las entidades adaptadas empresas de medicina prepagada y entidades departamentales y municipales. Pretende generar, mejorar y mantener la calidad de los servicios de salud con las siguientes características: Accesibilidad-Pertinencia-Oportunidad-Continuidad-Seguridad.

1.1.2 Ley 152 de 1994.

La presente Ley tiene como propósito establecer los procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes de desarrollo, así como la regulación de los demás aspectos contemplados por el artículo 342, y en general por el capítulo 2o. del título XII de la Constitución Política y demás normas constitucionales que se refieren al plan de desarrollo y la planificación.

1.1.3 Ley 715 de 2001.

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

Artículo 44. Corresponde a los Municipios dirigir y coordinar el sector salud y el sistema de seguridad social en salud en el ámbito de su jurisdicción, cumpliendo con las funciones de dirección del sector, de aseguramiento y de Salud pública.

Artículo 47. Distribuye los recursos del sistema general de participaciones en la financiación o cofinanciación de subsidios a la demanda, de manera progresiva hasta lograr y sostener la cobertura total en la prestación de del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda en acciones de salud pública, definidos como prioritarios para el país por el Ministerio de salud pública.

Artículo 49. Parágrafo 1 Para los Municipios que a 31 de julio estaban certificados pero no habían asumido la competencia para la prestación de los servicios de salud, el respectivo Departamento será responsable de prestar los servicios de salud y administrar los recursos correspondientes.

Artículo 54, establece que el servicio de salud a nivel territorial deberá prestarse mediante la integración de redes que permitan la articulación de las unidades prestadoras de servicios de salud, la utilización adecuada de la oferta en salud y la racionalización del costo de las atenciones en beneficio de la población, así como la optimización de la infraestructura que la soporta.

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:

- ✓ Reducción de enfermedades inmunoprevenibles, prevalentes de la infancia y mortalidad infantil.
- ✓ Implementación de la Política de Salud Sexual y Reproductiva.
- ✓ Prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores.
- ✓ Promoción de estilos de vida saludable para la prevención y control de las enfermedades crónicas.
- ✓ Fortalecimiento del Plan Nacional de Alimentación y Nutrición e implementación de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional.
- ✓ Reducción del impacto en salud de la violencia e implementación de las Políticas de Salud Mental y de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas.

1.1.4 Ley 100 de 2003.

Por el cual se crea el Sistema de Seguridad Social integral y se adoptan otras disposiciones.

Artículo 1°. 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 a la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.

1.1.5 Ley 1122 de 2007- Modificadorio de la ley 100

CAPITULO I Disposiciones generales Artículo 1°. 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 Ley 1151 de 2007.

Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010.

Artículo 1°. Objetivos del plan de Desarrollo. A partir de los logros obtenidos durante el período 2002-2006 en seguridad, confianza, desarrollo económico y equidad social, el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010 tendrá como orientación básica consolidar y continuar las directrices del Plan 2002-2006 pero con particular énfasis y prioridad en dos objetivos fundamentales: Mantener el crecimiento económico alcanzado recientemente y complementarlo con una noción más amplia de desarrollo.

1.1.7 Decreto 3039 de 2007.

Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.

Artículo 1°. Plan Nacional de Salud Pública. Adóptese 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.

1.1.8 Resolución 425 de 2008.

Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales.

Con el fin de adoptar las políticas, prioridades, objetivos, metas y estrategias del Plan Nacional de Salud Pública para el cuatrienio 2007-2010 adoptado por el Gobierno Nacional mediante el Decreto 3039 de 2007, las Direcciones Territoriales de Salud

deben formular y aprobar el Plan de Salud Territorial que comprende acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y las acciones de promoción y prevención incluidas en el Plan Obligatorio de Salud - POS del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado a cargo de las Entidades Promotoras de Salud y en el Sistema General de Riesgos Profesionales a cargo de sus administradoras, en coherencia con los perfiles de salud territorial y además, adoptar el sistema de evaluación por resultados.

1.2 DEFINICIONES

1.2.1 Asistencia Sanitaria

Según la OMS es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos mas adecuados para conseguir una atención sanitaria optima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio medico y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo iatrogénicos 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 su salud en el menor tiempo y logren la pronta incorporación a actividades normales.

1.2.2 Atención

Conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento así como de las actividades, procedimientos, intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnostico, 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.

1.2.3 Demanda Inducida

Hace referencia a la acción de organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios de protección específica y detección temprana y la adhesión de los programas de control.

1.2.4 Detección Temprana

Hace referencia a los procedimientos 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.

1.2.5 Enfermedad

La enfermedad es un proceso y el status 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, tanto 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, corporal, mental, emocional, espiritual, etc.) del estado fisiológico y/o morfológico considerados como normales, equilibrados o armónicos.

1.2.6 Enfermedades de Interés en 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 requiere seguimiento de manera estricta y secuencial en el manejo de quimioterapia, para evitar el desarrollo de quimioresistencias, con grave impacto sobre la colectividad.

1.2.7 Participación Comunitaria

Se puede definir la participación comunitaria como el proceso mediante el cual los individuos se transforman de acuerdo a sus propias necesidades y las de su comunidad, adquiriendo un sentido de responsabilidad con respecto a su propio bienestar y el del grupo, contribuyendo conscientemente y constructivamente en el proceso de desarrollo.

Con relación a esto la Organización Mundial de la Salud OMS plantea "La insistencia en que la gente debe hacerse responsable de su propia salud es un aspecto importante del desarrollo individual y colectivo. Con alta frecuencia se considera que un sistema eficaz de atención primaria es un servicio más eficiente, humano y útil; facilita un producto, la salud, que en realidad la gente debería alcanzar por sí misma. En lo posible la salud nunca debe "darse" o "facilitarse" a la población. Por el

contrario, se debe ayudar a la gente a participar consciente y activamente en el logro y la promoción de su propia salud".

1.2.8 Plan Territorial de Salud

Contempla el análisis de la situación del Sector Salud y su visión de futuro como es la implementación de la Red Municipal de Servicios de Salud que garanticen una oferta acorde a las necesidades de la comunidad y a un manejo eficiente y eficaz de los recursos disponibles de la Nación, el Departamento y el Municipio para que la comunidad goce de una buena calidad de vida.

El Plan Territorial de Salud es un instrumento para que las autoridades del sector salud y las organizaciones sociales y la comunidad identifiquen formas y recursos para avanzar hacia el desarrollo social, así como también las debilidades y fortalezas para asumir la dirección y prestación de los servicios sanitarios.

1.2.9 Prevención de la enfermedad

Según la Organización de Naciones Unidas 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, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas».

Conjunto de actividades, intervenciones, 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. Es decir, son el conjunto de acciones dirigidas a impedir el impacto físico en el organismo del individuo y si éste es inevitable, a protegerlo en forma que el daño sea menor y más corto el tiempo de su readaptación a las actividades normales.

Objetivos Prevención

- Reducir los factores de riesgo y enfermedad
- Disminuir complicaciones de enfermedad
- Proteger a personas y grupos de agentes agresivos

1.2.10 Promoción de la salud

Es la suma de acciones de la población de los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros 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 están orientadas a modificar los factores determinantes de riesgo y que fortalecen los mecanismos de protección de la salud; es decir, se hace relación al entorno, a los procesos sociales, productivos, culturales, científicos y tecnológicos que lleven a garantizar mejores condiciones de bienestar físico, psicológico y social.

Estrategias e Instrumentos

Participación social y construcción de la capacidad comunitaria, empoderamiento.

Políticas: negociación política, concertación, consenso, abogacía, cabildeo

Información, Comunicación Social

Educación

Investigación Participativa

Objetivos Promoción

- ✓ Incidir en determinantes. Cambios en condiciones de vida
- ✓ Influir en decisiones de políticas públicas
- ✓ Mejorar salud/calidad de vida poblaciones
- ✓ Luchar por equidad y justicia social

1.2.11 Protección Específica

Aplicación de acciones y/o tecnologías que permitan y logren evitar la aparición inicial de la enfermedad mediante la protección frente al riesgo.

1.2.12 Salud Ambiental

Parte de la salud pública que se ocupa de las formas de vida, las sustancias, las fuerzas y las condiciones del entorno del hombre, que pueden ejercer una influencia sobre su salud y bienestar.

1.2.13 Salud Pública

“La salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y

deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad”.

Para lograr la garantía efectiva de este derecho universal, la sociedad con la rectoría del estado y la participación organizada de todos los sectores debe desarrollar el conjunto tanto de conocimientos como de políticas requeridas para:

La comprensión de los problemas que alteran el bienestar;

La detección, prevención y control de las enfermedades;

El acceso a los servicios de atención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad y problemas de la salud; el control de vectores y factores de riesgo ambientales para la salud.

Representa la organización racional de todas las acciones y condiciones dirigidas a proteger la colectividad de los factores de riesgo, a mejorar la convivencia y calidad de vida, que a su vez representan el conjunto de condiciones que garanticen el estado de bienestar físico, psicológico y social básico para la vida de la persona desde el momento de la concepción hasta la muerte. Es un proceso dinámico en el que intervienen la satisfacción de las necesidades fundamentales del hombre, las condiciones de su entorno ecológico, su participación en el desarrollo social, cultural, productivo, científico y tecnológico. No solamente señala al ser humano ausente de enfermedad sino como activo factor de producción y convivencia para el mejoramiento de las condiciones personales y las de la sociedad a la que pertenecen.

1.2.14 Seguridad Social

Sus elementos constitutivos son el cuidado de la salud, la protección contra los riesgos de enfermedad, invalidez y muerte, la vivienda digna, el derecho al empleo y a la recreación, están considerados como necesidades básicas del ser humano.

1.3 METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN

1.3.1 Fase 1. Generación de las condiciones de planeación

I. GENERACIÓN DE CONDICIONES PARA LA PLANEACIÓN

Esta fase Incluyó las siguientes actividades:

1. Identificación de los principales actores sociales e institucionales que acompañaron a la Dirección Territorial de Salud en la elaboración del Proyecto de Plan de Salud Territorial del Municipio de Molagavita.

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.
4. Selección y capacitación de los facilitadores para el proceso de elaboración del Proyecto de 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
6. Generación de acciones de sostenibilidad del proceso.

1.3.2 Fase 2. Elaboración del proyecto de Plan Sectorial de Salud

II ELABORACIÓN DEL PROYECTO DE PLAN DE SALUD TERRITORIAL

Incluyó 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 cuatrienal 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; Responsables de los ejes programáticos y áreas subprogramáticas.

2. 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 número 1 que hace parte integral de la presente resolución.

3. 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 número 2, que hace parte integral de la presente resolución.

1.3.3 Fase 3. Aprobación y socialización de proyectos

III 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, fueron incorporados al Plan de Desarrollo Territorial y su aprobación se efectúa conforme a lo establecido en los artículos 39 y 40 de la Ley 152 de 1994.

Capitulo 2

SITUACION DE SALUD MUNICIPAL

**SITUACION DE SALUD MUNICIPAL
MUNICIPIO DE MOLAGAVITA
AÑO 2008**

NOMBRE ALCALDE: **EDWIN ANTONIO PRADA RAMIREZ**

Tel. 6607012 FAX: 6607069

CATEGORÍA DEL MUNICIPIO: VI Descentralizado: SI X NO ___

SECRETARÍA DE SALUD: SI x NO ___ E mail

SECRETARIO DE DESARROLLO SOCIAL: NELSON ALFREDO JAIMES CAMACHO

NOMBRE COORDINADOR DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: JESUS EFREN

2.1 CARACTERISTICAS DEL MUNICIPIO

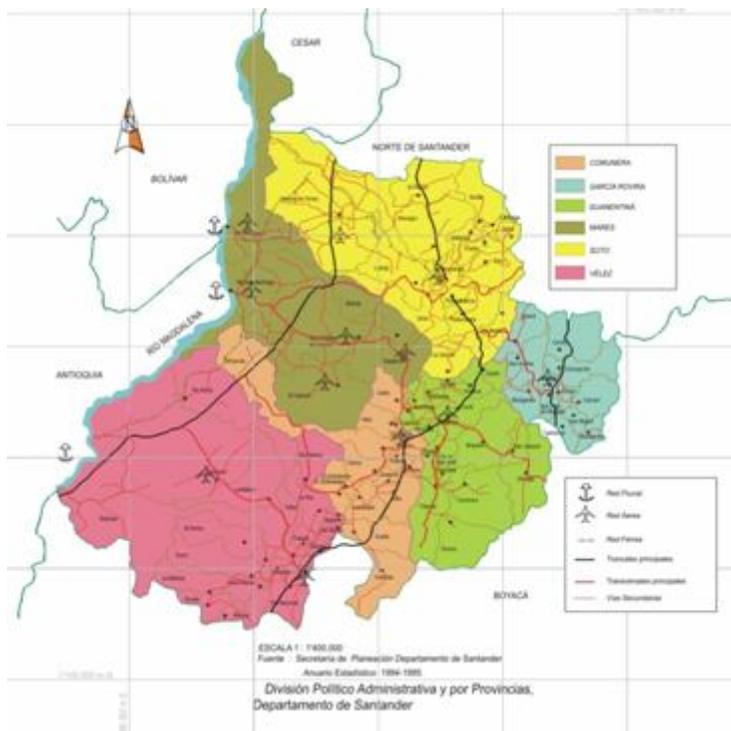
2.1.1 ASPECTOS GEOGRÁFICOS: FACTORES CLIMÁTICOS, EXTENSIÓN TERRITORIAL, POSICIÓN GEOGRÁFICA.

El municipio de Molagavita hace parte de la Provincia García Rovira del departamento de Santander a una relativa distancia de 130 Km. de Bucaramanga y 29 km. de Málaga.

Su extensión territorial es de 197 km². La posición geográfica del municipio, se encuentra a 6° 42' 40" de latitud norte y a 3° 15' 30" de longitud oeste del meridiano de Greenwich.

Molagavita, limita por el Norte con el municipio de San Andrés, por el Este con los municipios de Málaga y San José de Miranda, por el Sur con el municipio de Covarachia (Boyacá), y por el oeste con los municipios de San Joaquín, Onzaga, Mogotes y Curití.

DEPARTAMENTO DE SANTANDER DIVISION POR PROVINCIAS



CLIMA

El relieve del departamento presenta una gran variedad de geoformas y pendientes. Dentro del relieve municipal se encuentra una gran variedad de terrenos escarpados, montañosos y bastante quebrados, presenta un relieve rocoso ubicado este sobre el cañón del Chicamocha.

Molagavita disfruta de una completa variedad de climas que van desde los 9 grados hasta los 28 grados centígrados, dada la presencia de condiciones topográficas variables que dan cuenta de los climas páramos, fríos medios y templados que ofrecen a sus pobladores a diversos ambientes climáticos, como se aprecia en el siguiente cuadro:

CLIMA POR EXTENSIÓN

EXTENSIÓN TERRITORIAL	CALIDO	MEDIO	FRIO	PARAMO
197 Km ²	26 Km ²	82 Km ²	77 Km ²	12 Km ²

Fuente: Planeación Municipal.

HIDROGRAFIA.

Cuenta el municipio, con buena cantidad de fuentes hídricas en la parte alta de la región con presencia de micro cuencas, cuencas y zonas de reserva que deben ser optimizadas y aprovechadas en muy buenas condiciones; a su vez encontramos numerosas quebradas y afluentes del río negro en toda la cordillera; como la quebrada el Zaque, de Anayas, Purniana, la Potrerana, la Ratona, de Guarines, el Nogal, la Chorrerana.

En la parte bajo del municipio, se encuentra el Río Chicamocha que conduce sus aguas en medio de las majestuosas zonas rocosas que forman el Cañón del Chicamocha.

Las condiciones y calidades fisicoquímicas de las fuentes de abastecimiento de agua son calificadas como no aptas para el consumo humano, debido a la contaminación de vertientes por el uso de productos agroquímicos sin las precauciones debidas, que hacen que muchos residuos lleguen hasta las corrientes, la explotación indebida de los bosques, las talas indiscriminadas que invitan a acabar con las fuentes hídricas.

2.1.2 DIVISIÓN POLÍTICO – ADMINISTRATIVA

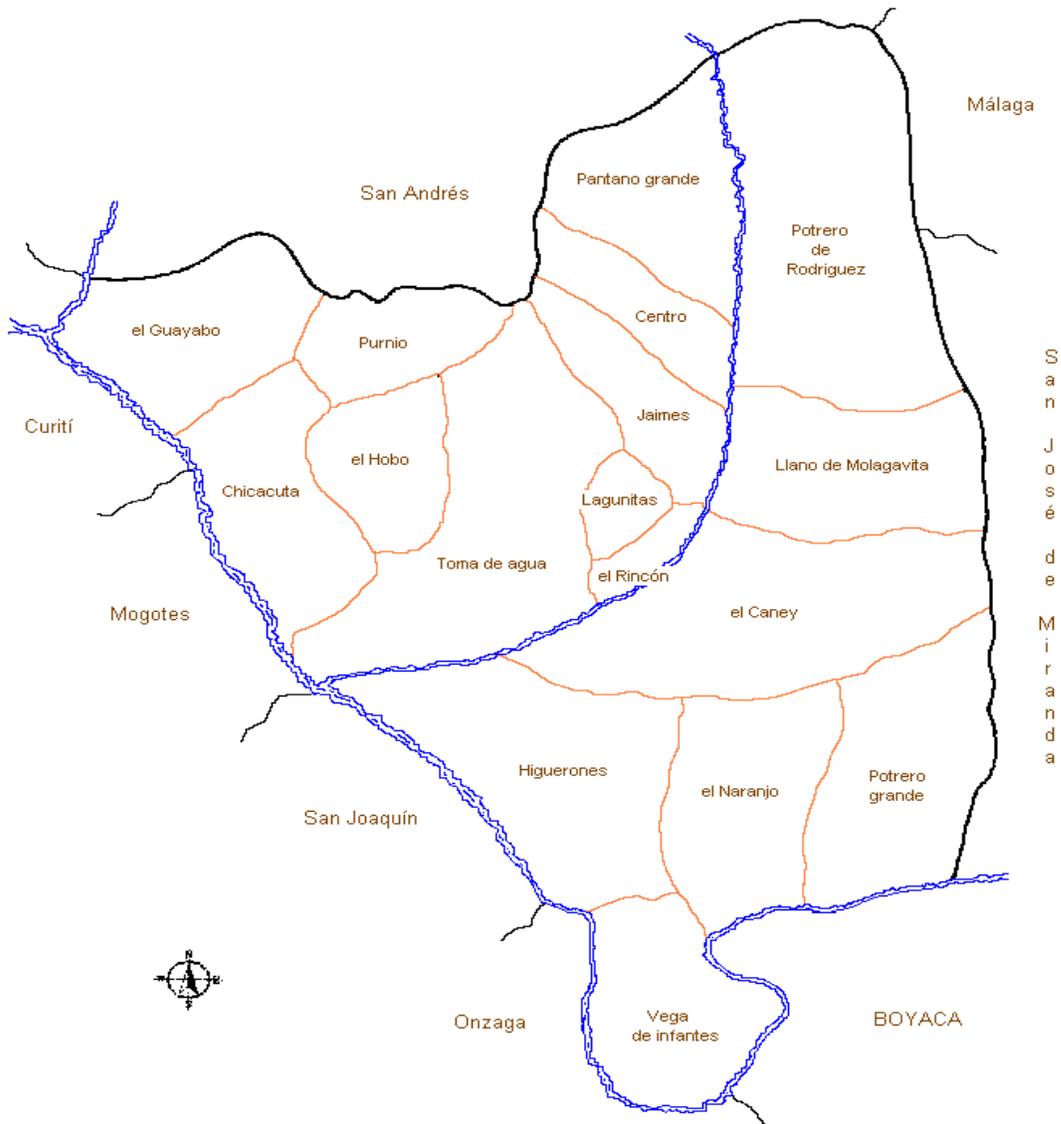
Molagavita esta distribuida en diecisiete (17) veredas, siendo la vereda el centro el punto donde converge el comercio por estar ubicado aquí el casco urbano, siendo por ello la vereda de mayor concentración de población.

VEREDAS:

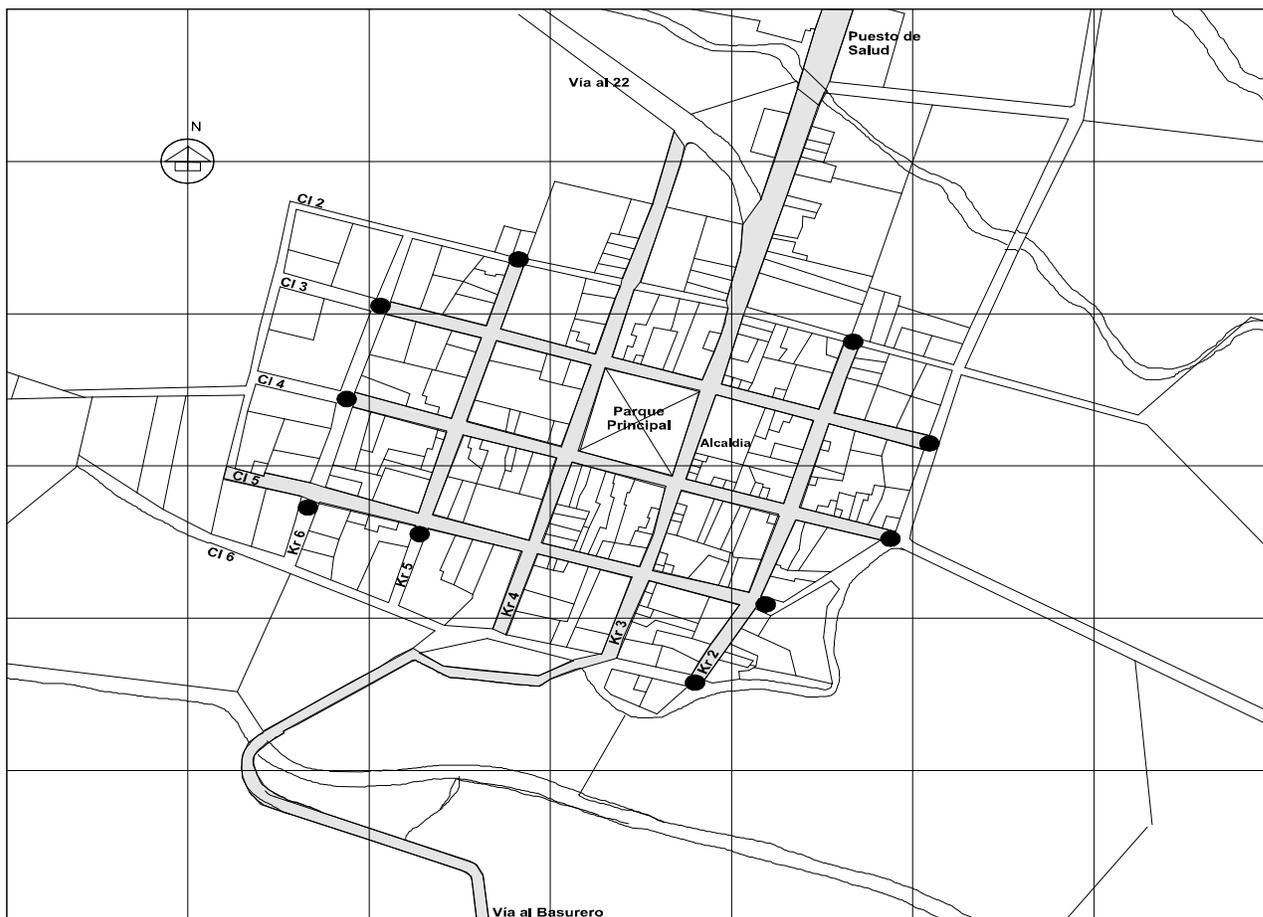
POTRERO GRANDE
EL NARANJO
VEGA DE INFANTES
HIGUERONES
EL CANEY
LLANO DE MOLAGAVITA
POTRERO DE RODRÍGUEZ
PANTANO GRANDE
JAIMES
LAGUNITAS
EL RINCÓN
TOMA DE AGUA
PURNIO
EL HOBO
CHICACUTA
EL GUAYABO

CENTRO

PLANO RURAL MUNICIPIO DE MOLAGAVITA SANTANDER



CASCO URBANO MOLAGAVITA SANTANDER



- Iglesia Católica
- Comando de la Policía Nacional
- Juzgado Promiscuo Municipal
- Oficina de la Registraduría Nacional del Estado Civil
- Oficina de Telecomunicaciones (particular)
- Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (ESE) Centro de Salud Molagavita y Puestos de Salud del área rural.
- Dirección de Núcleo
- Instituciones Educativas como el Colegio Instituto Técnico Agrícola Luís Maria Carvajal Prada y dos Centro educativo (Llano de Molagavita y Lagunitas)
- Banco Agrario
- Compartel

La estructura administrativa esta distribuida así:

Concejo Municipal.
 Secretaría del Concejo Municipal.
 Alcaldía Municipal.
 Secretaría de Asuntos Administrativos.
 Secretaría de Hacienda. Tesorería.
 Secretaría de Planeación e Infraestructura.
 Secretaría de Desarrollo Social.
 Personería Municipal.
 Inspección Municipal de Policía.
 Consejo de Gobierno.
 Consejo Municipal de Planeación.
 Consejo Municipal de Desarrollo Agropecuario.
 Fondo Rotatorio de Maquinaria Pesada.
 Comité Asesor de Prevención y Atención de Desastres.
 Comité de Vigilancia en Salud Pública.
 Gobierno Eclesiástico y Parroquial.

2.1.3 INFRAESTRUCTURA BASICA

SERVICIOS PUBLICOS

Servicios Públicos	Si	No	% Urbano		% Rural	
			2000	2006	2000	2006
Acueducto con tratamiento		x	0	0	0	0
Acueducto sin tratamiento		x				
Energía eléctrica	X		85	100	75	93
Alcantarillado	X		87	100	0	0
Telefonía	X		42	60	7	15
Gas domiciliario			61	85	1	11
Pozos sépticos	X		0	0	65	84
Disposición final de basuras		X				
Otros:						

2.1.3.1 SERVICIOS PÚBLICOS.

2.1.3.1.1 Energía eléctrica.

El servicio de energía en el Municipio de Molagavita, se encuentra distribuido de forma: residencial, comercial, alumbrado público y oficial. El servicio es eficiente. En el área Urbana el cubrimiento del servicio de energía es del 98%.

En el área rural el cubrimiento de energía eléctrica esta dado a un 95% de las viviendas; siendo las viviendas más alejadas de la red las que hoy carecen de este servicio.

2.1.3.1.2 Acueducto:

En la localidad existe un acueducto propiedad del municipio, que presta el servicio al 100% de la población del área urbana; en el momento no cuenta con la respectiva potabilización del agua, habiéndose establecido anteriormente y sustentado por evaluaciones de laboratorio, por parte de la Secretaría de Salud Departamental, el agua entregada a los usuarios del mismo, como agua no apta para el consumo humano.

La población cubierta con el servicio de acueducto urbano en el municipio es de 227 instalaciones domiciliarias.

En la actualidad se esta adelantando el proceso de Potabilización del agua y se espera que para el día 01 de Octubre de 2008 el agua que se consume en el casco urbano sea totalmente apta para el consumo humano, con las dosis respectivas de Cloro y Sulfato de acuerdo a la normatividad de la Secretaria de Salud del Departamento.

En la parte rural el servicio de agua, es logrado con conexiones de normales condiciones a 205 viviendas y con otra clase de sistemas o conexiones rudimentarias se abastecen el restante de las mismas, indicando esto, que el 12% aproximadamente de las viviendas rurales apenas cuenta con instalaciones técnicas, que facilitan el mejoramiento de la calidad de agua de consumo; la población restante obtiene el suministro de este liquido, sirviéndose de muy rudimentarios y poco sanitarios.

Es de resaltar que el agua de consumo humano a nivel municipal, no cuenta con ninguna clase de tratamiento previo; sólo se han impulsado campañas preventivas en las cuales se invita a la población con procedimiento caseros como hervido de agua y alguna clase de tratamiento con dosificación de cloro.

2.1.3.1.3 Matadero:

Se encuentra ubicado dentro del perímetro urbano, no reúne los requerimientos sanitarios establecidos por ley, los procesos que allí se realizan son rudimentarios, no cuenta con un estercolero adecuado, tanque séptico, sistema de tratamiento de aguas residuales, presenta un manejo inadecuado de viseras, pieles y demás subproductos.

El sacrificio se realiza en el piso aunque se procura para que las condiciones sean lo más higiénicas posibles. El sistema de tratamiento de viseras produce contaminación en el lugar a causa de falta de una disposición adecuada de los residuos y desechos producto de este proceso.

En años anteriores se inicio la construcción relativamente técnica, de una planta de sacrificio, observando las respectivas normas sanitarias dadas para una planta de sacrificio de ganado, esta se ubica en la parte sur-oriente de la cabecera municipal. Esta obra solo se encuentra en un 50% de sus requerimientos técnicos, quedando por tanto como una obra no concluida.

2.1.3.1.4 Plaza de mercado:

El mercadeo de frutas, carnes, legumbres y demás víveres es realizado el día Domingo, en una plazoleta del parque principal, la cual es acondicionada individualmente para la comercialización de productos; en ella es común observar los tradicionales toldos y ventas ambulantes que no garantizan las mejores condiciones higiénicas y de almacenamiento.

2.1.3.1.5 Recolección de aseo:

Se realiza una recolección semanal a cargo del Municipio, en una volqueta y con personal pagado por la administración local, se recogen aproximadamente 13 toneladas al mes, los cuales se disponen en una celda transitoria que tiene resolución de aprobación por 3 años expedida por la Autoridad Ambiental CAS, esta celda se encuentra a punto de cumplir alcanzar su capacidad máxima debido a los malos manejos que se dieron al comienzo, cuando se disponían los residuos sólidos sin realizar una adecuada labor de reciclaje.

2.1.3.1.6 Comunicaciones:

En la actualidad en el Municipio de Molagavita no hay empresa de TELECOM, con atención al público en el casco urbano ya que esta fue cerrada en la reestructuración

de la Empresa. El 60% la población urbana cuenta con teléfono fijo. Las Empresas COMCEL y TELEFONICA MOVISTAR han instalado a nivel regional antenas para el servicio de telefonía móvil, pero en algunos sectores la señal es deficiente.

En el área urbana se cuenta con un SAI instalado por particulares donde se presta el servicio al público, en teléfono fijo o celular y servicio de Internet. La telefonía rural a

través el Servicio COMPARTEL en las veredas más lejanas, que permiten la comunicación a nivel Departamental, Nacional e Internacional en las veredas.

2.1.3.1.7 VIVIENDA.

En el área urbana el tipo de construcción de vivienda predomina la tapia pisada con cubiertas de teja de barro y caña, es un tipo de vivienda tradicional con pisos de cemento y baldosas, en otra menor porción se encuentra la construcción de vivienda en material de ladrillo y cemento, techos en cubierta de eternit, pisos en cemento y baldosa.

2.1.3.1.7.1 Unidades básicas y sanitarias:

En el casco urbano las viviendas poseen servicios domiciliarios de acueducto y alcantarillado, con servicios de duchas y sanitario. Las cocinas el 85%, son abastecidas con gas propano, y el restante aún utiliza la estufa de leña.

En el área rural, predomina la vivienda construida en tapia pisada y cubierta de teja de barro y bareque, los pisos son en cemento, en algunas partes se encuentra que los pisos de las viviendas son en tierra. Una mínima cantidad de viviendas rurales son construidas en ladrillo, cemento, arena y cubierta de teja de eternit y zinc. Se encuentra que el dormitorio es uno de dos salones grandes, donde se albergan cuatro y cinco personas por sala o dormitorio.

Las cocinas son construidas separadas de los dormitorios o viviendas; un 80% de la población utiliza la estufa de leña, y el restante se abastece del gas propano.

Las unidades sanitarias en el 70% de la población se observa que posee baños y ducha. El restante utiliza letrina o pozo séptico, otra pequeña cantidad a campo abierto, sin ningún tratamiento adecuado de desechos.

Es apreciable observar que casi el 75% de la población del municipio se clasifica en el nivel I del SISBEN y el restante en el Nivel II o III del mismo.

. 2.1.3.1.7.2 Déficit cualitativo y cuantitativo de vivienda.

Síntomas:

- Alta demanda de vivienda urbana y rural.
- Condiciones inadecuadas para habitar.
- Contaminación por excretas a campo abierto en el área rural.

- Existencia de construcciones inconclusas en los planes, programas y proyectos ejecutados por las OPV's del municipio.
- Alto número de construcciones realizadas fuera de la normatividad.

Causas:

- Déficit de vivienda propia.
- Bajos recursos económicos.
- Explosión demográfica.
- Altos costos en los materiales de construcción.
- Insuficiente control sobre las construcciones por parte de las autoridades competentes.
- Falta de promoción del concepto de vivienda saludable a constructores y propietarios de vivienda.
- Falta de educación en los propietarios y proveedores para el mantenimiento de pozos sépticos.
- Deficiente cobertura en la implementación de sistemas de almacenamiento residual.
- Desigualdad de condiciones.
- Falta de planeación económica.
- Falta de acompañamiento a los planes, programas y/o proyectos de construcción de vivienda.
- Incumplimiento del EOT.

CALIDAD DE VIDA

ENTE TERRITORIAL	TOTAL	URBANO	RURAL
SANTANDER	13,4%	45,4%	21,9%
MOLAGAVITA	62.5%	N.D	62.5%

Fuente: DANE.

La calidad de vida esta representada como necesidades básicas satisfechas; la tabla anterior representa el porcentaje de pobreza presente en Molagavita equivalente al 62.5%; manifestándose como N.B.I. mayor influenciadas en el sector rural que el urbano.

2.1.3.1.8 ORGANOS DE EDUCACION.

Cuenta el municipio de Molagavita con un colegio educativo de formación media con orientación en el área agropecuaria y dos (2) concentraciones escolares urbanas; en el área rural existen veintiocho (28) centros educativos encargados de impartir la educación básica primaria a los niños Molagavitenses.

La población docente y escolar por institución en el último año estuvo dada como se muestra en las siguientes tablas.

AREA URBANA

CENTRO EDUCATIVO	No. Profesores			Total	Total
	N	P	O	profesores	estudiantes
ESCUELA GABRIELA MISTRAL	6			6	182
INSTITUTO TECNICO AGRICOLA	5	6	1	12	257

ÁREA RURAL

CENTRO EDUCATIVO	No. Profesores			Total	Total
	N	P	O	profesores	estudiantes
LLANO DE MOLAGAVITA	1	--		1	22
POTRERO DE RODRÍGUEZ	1			1	23
SABANA LARGA	1			1	9
HORNITO			1	1	13
CANEY	1			1	18
JUNCO	1			1	17
LAUREL			1	1	26
HIGUERONES	2			2	33
VEGA CHICA			1	1	7
VEGA DE INFANTES			1	1	9
LAGUNA DE OCHOAS	1			1	28
NARANJO			1	1	18
CARRIZAL			1	1	15
BARRIAL			1	1	30
VICTORIA		1		1	12
LAGUNITAS	2			2	26
CABRERA	1			1	14
RINCÓN	2			2	44

PANTANO GRANDE	2			2	36
MESETAS	1			1	23
RIO CHICO	1			1	9
CHICACUTA	1			1	17
GUAYABO	1			1	3
ALTO DEL RAYO		1		1	19
LAGUNETAS	1			1	7
PURNIO	1			1	14
PUERTO	1			1	11
HOBO	1		1	2	38
TOTALES:	34	9	7	50	960

N = Nombramiento

P = Provisionalidad

O = Otro

2.1.3.1.9 ACCESIBILIDAD VIAL

Cuenta el municipio de Molagavita con vías en muy regulares condiciones, por tener una infraestructura vial poco aceptable, encontrando que el 95%, de las carreteras son destapadas, localizadas sobre terrenos muy quebrados, con condiciones de diseño geométrico muy exigentes, escasas obras de arte; generando en tiempos de invierno, socavación de materiales de la calzada, deslizamientos y derrumbes que impiden en muchos casos el normal tránsito de vehículos.

La red vial principal permite la comunicación desde la ciudad de Bucaramanga con los Municipios de Santa Bárbara, Guaca, San Andrés, Molagavita. La Transversal Curos - Málaga, permite la integración del territorio de la subregión con la Troncal Central o del Norte.

La vía Curos-Málaga solo cuenta actualmente con 31 kilómetros pavimentados.

2.1.3.1.9.1 Red Vial Secundaria

La red vial secundaria está conformada por las vías departamentales que unen a la jurisdicción municipal con el resto de Municipios.

2.1.3.1.9.2 Red Vial Terciaria

La red vial terciaria la conforman todos aquellos tramos carretables que comunican a las diferentes veredas con la cabecera municipal, se trata de ramales totalmente destapados que en algunos casos parecen caminos de herradura, dificultando la comunicación y el traslado de personas, productos e insumos del campo a la ciudad. Así como la apertura de otras vías necesarias para el acceso y la integración de los diversos sectores rurales a la población.

La Administración Municipal tiene dentro de sus prioridades gestionar recursos para el mantenimiento de las vías, y el trabajo con la comunidad, entidades y sectores para el mantenimiento y recuperación de la malla vial terciaria y la red de caminos reales o caminos de herradura en el periodo de Gobierno.

2.1.3.1.9.3 Transporte

El servicio de transporte diario en horario de 6:00 de la mañana a la ciudad de Bucaramanga por la empresa cachita, el servicio intermunicipal es prestado en el mismo horario por las Empresas COTRANS y COPETRAN, y carros particulares (camionetas, busetas, camperos, automóviles y mixtos) que atienden las rutas veredales.

Le corresponde a la Administración Municipal reglamentar las rutas, horarios y tarifas, a fin de optimizar este servicio fundamental

2.1.3.1.9.4 Televisión:

Entran las cadenas nacionales pero en algunos casos la imagen es deficiente.

2.1.3.1.9.5 472:

Para el servicio Nacional de correo 472 (la red de Colombia) presta sus servicios mediante contrato Inter - administrativo con una persona particular quien se encarga de recibir la correspondencia y entregar a los destinatarios.

2.1.3.2 ANÁLISIS DEL DIAGNÓSTICO TERRITORIAL E IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS

El servicio de Acueducto tiene un cubrimiento del 98.9 % a nivel urbano, en la actualidad de esta adelantando el proceso de Potabilización del agua y se espera que

para el próximo 01 de Octubre de 2008 el servicio se este suministrando en condiciones aptas para el consumo humano, disminuyendo los índices de parasitismo y diarrea en la población infantil.

A nivel rural no hay agua potable y la cobertura de acueductos solo alcanza el 48% aproximadamente. Esto hace que se presenten con frecuencia enfermedades diarreicas y parasitismo dentro de la población infantil.

En el área rural del Municipio no existe servicio de alcantarillado y solo el 35% de la población tiene unidades sanitarias y pozos sépticos según el SISBEN, pero los integrantes del Consejo de Planeación Municipal manifiestan que estos datos no concuerdan con la realidad y que aproximadamente el 55% de la población rural tienen pozos sépticos. El resto de la población rural realiza sus necesidades al aire libre y en otros casos vertidas directamente a las fuentes hídricas, produciendo focos de contaminación.

Se debe realizar mantenimiento a la casa de mercado para mejorar las condiciones higiénicas y vigilar la manipulación de alimentos que tienen gran ingerencia en los problemas de Salud.

El Municipio de Molagavita debe integrarse con los Municipios aledaños de la provincia para la construcción del matadero y proyecto de residuos sólidos o basuras, que cumplan con las condiciones sanitarias exigidas por el Ministerio de Protección Social, el INVIMA y Secretaría de Salud Departamental, ya que este tipo de proyecto es funcional a nivel regional.

La disposición final de basuras es uno de los problemas prioritarios en este Municipio y en todos los Municipios de la Provincia de García Rovira porque la CAS cerró todos los botaderos de basura a campo abierto.

Para el caso de Molagavita se construyo una celda transitoria la cual cuenta con resolución de aprobación por parte de la Autoridad Ambiental CAS, por tres años, esta ha permitido que el Municipio este al día en el manejo de los residuos sólidos.

La Administración Municipal debe implementar e impulsar la promoción de los sitios naturales culturales, las expresiones artísticas y además se haga promoción turística a través de los sitios culturales naturales existentes en el Municipio.

Se recomienda al Municipio Proyectar la Construcción de la Planta de tratamiento de aguas residuales porque es un problema de mayor contaminación de las fuentes hídricas y medio ambiente.

2.1.4 ORGANIZACIONES MUNICIPALES Y COMUNITARIAS

ORGANISMOS DEL NIVEL MUNICIPAL

DE LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL	SI	NO	SOCIALES Y / O COMUNITARIAS/INSTITUCIONALES	No.
Secretaría o Dirección Local de Salud	x		Juntas Acción Comunal	30
Personería	X		COPACOS	
Procuraduría		x	Hogares bienestar familiar	19
Juzgados civiles	X		Veeduría	0
Comisaría de familia		X	Asociación de usuarios	0
Inspecciones de policía	X		ONG	0
Registraduría	X		Defensa Civil	0
Defensoría del pueblo		X	Cruz Roja	0
UMATA	X		Grupos religiosos*	0
Secretaría de Educación		X	Otras	
Secretaria de Planeación	X		Asociación de capricultores	1
Instituto de recreación y deportes		X	Asociación del adulto mayor	1
Juez Promiscuo Municipal	X		Comité de discapacitados	1
Concejo Municipal	X		Asociación de paneleros	
Concejo Territorial de Planeación		X	Centro provincial agropecuario CEPROGAR	1
Junta Municipal de Educación. (JUME)	X		Policía Nacional	1
Comité de Desarrollo Municipal. COMUDE		X	Banco agrario	1
Junta Municipal de Deportes		x	COVE	1
Otra:			COVECOM	1
			Banco agrario	1
			COVE	1
			COVECOM	

FUENTE: SECRETARIA DE DESARROLLO Y PLANEACION SOCIAL MOLAGAVITA 2008

La dirección de Salud territorial la asume actualmente la Secretaria de Desarrollo Social, con dependencia directa del Alcalde Municipal asumiendo múltiples competencias como son: Salud, Educación, Medio Ambiente, Desarrollo Social, Turismo y Deportes; solo cuenta con el titular que es el Secretario, profesional con formación en derecho; en el momento este despacho no cuenta con ningún recurso humano técnico para el cumplimiento de todas las funciones, por lo tanto es inminente la necesidad de reestructurar y asignar recursos propios para se

distribuyan sus funciones y se de cumplimiento a todas las competencias de Sector Salud.

2.2 MACRODETERMINANTES EN SALUD

2.2.1 ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS

ESTRUCTURA Y DINAMICA DE LA POBLACION

POBLACION TOTAL SEGUN DANE

HOMBRES	2.871
MUJERES	2.921
TOTAL	5.793

Fuente: DANE. Proyección año 2008

Según la tabla anterior, Molagavita cuenta con 2.871 hombres, que corresponde al 49.56% de la población total y con 2.921 mujeres, representando el 50.44%, lo que indica que la población femenina y masculina esta distribuida uniformemente según datos estadísticos del DANE.

POBLACION POR EDADES

GRUPOS POR EDADES											
MENORES DE 1 AÑO		DE 1 A 4 AÑOS		DE 5 A 14 AÑOS		DE 15 A 44 AÑOS		DE 45 A 49 AÑOS		DE 50 Y MAS	
H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
N.D	N.D	N.D	N.D	N.D	N.D	N.D	N.D	N.D	N.D	N.D	N.D
77		413		1.745		2.047		287		1.224	

Fuente: DANE. Proyección año 2008

POBLACION URBANA Y RURAL

P. URBANA	800
P. RURAL	4.993
TOTAL	5.793

Fuente: DANE. Proyección año 2008

FUENTE DANE AÑO DE 2005

POBLACIÓN SEGÚN SEXO Y EDAD - AÑO 2005

EDAD EN AÑOS	TOTAL	% grupo de edad	MUJERES		HOMBRES	
			N°	%	N°	%
< 1	146	2.30	44	30.1	102	69.9
1 – 4	315	4.85	165	52.4	150	47.6
5 – 9	706	10.85	356	50.4	350	49.6
10 – 14	641	9.85	320	49.9	321	50.1
15 – 19	637	9.75	317	49.8	320	50.2
20 – 24	564	8.70	272	48.2	292	51.8
25 – 29	554	8.50	327	59.0	227	40.1
30 – 34	442	6.80	216	48.9	226	51.1
35 – 39	378	5.80	188	49.7	190	50.3
40 – 44	319	4.90	168	52.7	151	47.3
45 – 49	311	4.80	155	49.8	156	50.2
50 – 54	302	4.70	156	51.7	146	48.3
55 – 59	288	4.50	143	49.7	145	50.3
60 – 64	221	3.40	123	55.7	98	44.3
65 – 69	205	3.20	103	50.2	102	49.8
70 – 74	151	2.40	77	51.0	74	49.0
75 Y MÁS	306	4.70	153	50.0	153	50.0
TOTAL	6529	100.00	3283	50.3	3203	49.7

FUENTE INFORMACIÓN DANE AÑO 2005

INDICADORES DE DINAMICA POBLACIONAL DEL MUNICIPIO

Indicador	Valor
Tasa Bruta de natalidad (nacimientos por 1000 habitantes)	5
Tasa general de fecundidad (nacidos vivos por 1000/Mujeres entre 15 y 44 años)	17
Tasa general de mortalidad (defunciones por 1000 habitantes)	0.15
Tasa mortalidad infantil (defunciones en menores de 1 año por 1000 nacidos vivos)	

Fuente: situación de Salud Santander, Indicadores Básicos 2007

POBLACIONES ESPECIALES

POBLACIONES ESPECIALES	Nº de Personas	Nº de Familias
Población Desplazada	0	0
Población indígena	0	0
Mujeres cabezas de familia		
TOTAL		

FUENTE Estadísticas Santander diciembre 2006

POBLACIÓN ESCOLARIZADA EN HOGARES DE BIENESTAR FAMILIAR:

180 Menores

2.2.2 POBLACIÓN EN SITUACION DE DESPLAZAMIENTO:

No se registra población en situación de desplazamiento en el Municipio de Molagavita.

2.2.3 ORGANISMOS DE EDUCACION

Se tomó como base para la determinación del diagnóstico en este sector, tres parámetros fundamentales que permite evaluar a través de indicadores la problemática existente; estos corresponden a Cobertura educativa, calidad educativa y analfabetismo; con base en estos tres parámetros y la evaluación de algunos indicadores se obtuvo las siguientes estadísticas:

EDUICAIION			
		Cantidad	Conclusiones
COBERTURA	Transición		
	Numero de niños matriculados	163	
	Numero de niños < de 5 años	461	
	Numero de niños promovidos	142	
	Tasa de deserción escolar	2.5%	
	Básica		
	Numero de niños matriculados	707	
	Numero de niños de 6 - 14 años	1153	
	Numero de niños promovidos	509	
	Media		
	Numero de niños matriculados	253	
	Numero de niños de 15 - 17 años	315	
		Numero de niños promovidos	35
CALIDAD	Numero de instituciones educativas con adecuada planta física	30	
	Numero de instituciones educativas con deficiencias en su planta física	0	
	Numero de instituciones educativas existentes	30	
ANALFABETISMO	Numero de personas <18 años sin ningún grado escolar	93	
	Total de personas > de 18 años	389	

De acuerdo con el análisis del cuadro anterior se puede establecer que la cobertura educativa promedio del Municipio en los niveles preescolar, básica y media es del 75%, quedando desvinculada del sistema educativo el 25% de la población en edad escolar debido a la presencia de embarazos en jóvenes de este nivel de educación que impiden continuar con sus estudios en los últimos niveles, a la necesidad de generación de recursos lo cual obliga a los adolescentes al inicio de su vida productiva (laborar) antes de culminar sus estudios y la no existencia de centros educativos del nivel superior en el sector rural. Es importante resaltar que en todos los niveles la cobertura estudiantil es muy buena; si se tiene en cuenta que los niños entre 0 y 4 años normalmente permanecen en las casas junto a la madre y otro porcentaje de niños entre 10 y 18 años salen a estudiar a otras ciudades, entre ellas Málaga y Bucaramanga debido a lo no inclinación por la modalidad impartida por la institución existente.

Una causa identificada en lo relativo a la baja cobertura en el nivel medio, es la falta del recurso humano adecuado para atender la modalidad agropecuaria, por ende se debe gestionar ante el departamento la reevaluación de la modalidad y/o la vinculación de personal docente calificado para la aplicación de la disciplina. Debido a esta falta de personal docente calificado en la educación media ha repercutido en la calidad educativa, la cual ha estado catalogada como regular teniendo en cuenta que el nivel de los resultados de pruebas de ICFES fue calificado como Medio, en donde una institución educativa para dar garantía de una excelente educación debe estar ante la secretaria de educación departamental entre los rangos alto y muy alto.

La deserción total del municipio es del 2.5% que se refleja en mayor proporción en el nivel de educación básica, que obedece al poco interés de los padres de familia en la educación de sus hijos en los grados superiores, dando prioridad a la ejecución de otras actividades; a la no existencia del nivel superior en los centros educativos de las veredas que obliga al uso transporte vehicular generando gastos adicionales a la economía familiar, donde el niño opta por trabajar para generar ingresos propios y familiares, descartando la posibilidad de continuar sus estudios.

En lo relativo a infraestructura física de las sedes de los Centros Educativos existentes en el Municipio, Instituto Técnico Agropecuario Luís María Carvajal y Escuela Gabriela Mistral, se puede concluir que las instalaciones del Colegio se encuentran en un estado deficiente, tanto en su infraestructura física, como en su ubicación. En lo relativo a las 28 sedes rurales de estas dos instituciones se encuentran en regular estado respecto a pisos, paredes y techos, en algunas de ellas, requiere en si la realización de mantenimiento rutinario y periódico. Es importante a su vez, tener en cuenta la deficiencia de aulas de informática tanto en el sector rural, es importante a través de una planificación muy concienzuda analizar la posibilidad de la adecuación y/o mejoramiento de instalaciones físicas actuales para impartir esta materia.

Una solución a la problemática de calidad de la infraestructura educativa es el mejoramiento del centro educativo existente en el casco urbano dotándolo de espacios adecuados y tecnología suficiente para motivar a los estudiantes a finalizar sus estudios en ésta institución y posesionándola en un buen nivel académico en el ámbito departamental y nacional. Además se debe estudiar la posibilidad de gestionar la implementación de la educación post- primaria en algunos centros educativos rurales y como aspecto muy importante fortalecer la educación sexual para reducir los porcentajes de embarazos en adolescentes.

El municipio debe implementar a través de la comisaría de familia y de un grupo interdisciplinario de apoyo, estrategias, programas y proyectos de apoyo Psicosocial a los padres y niños, detectados como desertores y ausentes del sistema educativo, a fin de vincularlos nuevamente al sistema educativo.

La tasa de analfabetismo en el Municipio es del 7.9%, considerada alta, ello debido a la escasa posibilidad de acceso a programas educativos en el municipio. La población analfabeta, se encuentra en la edad adulta, la cual debido a su condición, ocupación y costumbres, es muy difícil vincularlas a programas educativos. Se debe contemplar la opción de la validación del bachillerato y la implementación de un programa de alfabetización de hijos a padres liderados por las instituciones educativas.

El colegio en la actualidad, maneja como complemento a la modalidad agropecuaria una granja integral, la cual ha sido muy frágil dentro del proceso de fortalecimiento de la modalidad. Esto debido a la poca capacidad administrativa y financiera con la cual cuenta para el desarrollo de las practicas de los estudiantes, es por ello de vital importancia considerar la posibilidad de realizar convenios productivos con la institución para el fortalecimiento de las actividades propias a desarrollarse dentro de las actividades educativas agropecuarias.

En el sector educación, es importante resaltar el retraso existente en el inicio de las clases, esto debido a que el departamento, quien se encarga de la asignación y contratación de docentes, lo hace extemporáneamente y por consiguiente las clases inician de forma retardada. Por esta razón, es importante realizar la observación y solicitud al departamento por parte del municipio, del cumplimiento del calendario escolar y de la gestión oportuna en lo relativo a contratación de personal docente asignado para los municipios.

EDUCACIÓN	URBANA		RURAL		No. de Estudiantes
	Pública	Privada	Pública	Privada	
Primaria	1	0	28	0	707
Secundaria	1	0	0	0	253
Técnico	0	0	0	0	0
Universitaria	0	0	0	0	0
TOTAL	2	0	28	0	960

FUENTE: Planeacion Municipal.

2.2.4 CULTURA, RECREACIÓN, DEPORTE Y APROVECHAMIENTO DEL TIEMPO LIBRE.

El Deporte

Para la práctica de las distintas disciplinas deportivas, el Municipio cuenta con veintitrés polideportivos (19 en el área rural y 4 en el área urbana) y una Cancha de Fútbol,

El Municipio de Molagavita cuenta con 19 centros deportivos distribuidos en el sector rural, en las instituciones educativas y varios escenarios deportivos en el área urbana así; un Coliseo Multifuncional, el cual esta en proceso de terminado pues le falta las graderías y los baños en las instalaciones del colegio agropecuario, una cancha múltiple en el colegio y una cancha de Fútbol allí mismo. Estos escenarios son utilizados para las prácticas deportivas de los estudiantes, comunidad en general y para el desarrollo de los eventos deportivos; la dotación de implementos deportivos es bastante reducida.

Los centros deportivos existentes requieren del constante mantenimiento, con el fin de evitar su deterioro y garantizar que la población cuente con escenarios deportivos de buena calidad y así aumentar las prácticas deportivas y hábitos en el desarrollo de deportes.

El municipio en la actualidad, los niños no cuentan con espacios funcionalmente diseñados para el ejercicio de actividades recreativas propias de su edad y por consiguiente se generan patologías perjudiciales en salud relativas al estado físico de los menores y en su estado emocional. Siendo de primera necesidad la generación de espacios adecuados para la sana recreación y esparcimiento de los niños en el centro urbano, a través de la gestión de un proyecto para la adecuación y remodelación del parque infantil.

El Municipio tiene proyectado realizar mantenimiento al 90% los escenarios existentes. No debemos olvidar que el derecho al Deporte, al disfrute del tiempo libre, la recreación, así como la salud, la educación, la vivienda, el trabajo, la seguridad, la participación, el medio ambiente, la información y la intimidad han sido consagradas en la Constitución Política de 1991 como derechos fundamentales.

La Administración Municipal está realizando un cronograma de eventos, jornadas deportivas, masificación de programas, juegos ínter colegiados, deporte social comunitario, campeonatos en al casco urbano, en las veredas y a nivel intermunicipal y departamental, jornadas deportivas, competencias ciclísticas, eventos alternativos para adopción de estilos de vida saludables, escuelas de formación deportiva y otros, para aprovechar ese ímpetu competitivo y prácticas deportivas.

La Recreación

Las actividades deportivas y lúdico recreativas se realizan de a cuerdo a cronogramas realizados por la administración municipal como campeonatos de microfútbol masculino y femenino, campeonatos de fútbol, campeonatos de voleibol mixtos, campeonatos de baloncesto, campeonatos de microfútbol interveredal,

competencias ciclísticas, encuentros intermunicipales en diferentes disciplinas deportivas.

El Instituto Técnico Agrícola Luís Maria Carvajal Prada desarrolla interclases en diferentes deportes de acuerdo a su infraestructura y campos deportivos.

Una forma de incentivar la práctica de actividades deportivas por parte de los niños, jóvenes y ancianos es organizando y apoyando eventos deportivos con participación de la comunidad del sector urbano y rural; donde exista diversidad de deportes para garantizar la máxima participación.

Se establece la necesidad de crear nuevos espacios deportivos con diferentes líneas deportivas para buscar entre los niños y jóvenes potenciales deportistas que representen a la comunidad a nivel departamental y nacional.

El municipio debe apoyar la participación de la comunidad en eventos deportivos del orden regional, departamental o nacional y así mismo la realización de eventos de integración deportiva y recreativa a través de la realización de las olimpiadas deportivas municipales.

Cultura

El Municipio posee una gran riqueza artística y cultural como herencia del hijo ilustre ruseñor encantado maestro Luís Maria Carvajal Prada.

En las tradicionales ferias y fiestas de MOLAGAVITA se celebra año tras año el CONCURSO FOLCLORICO DE DANZA Y MUSICA COLOMBIANA "LUIS MARIA CARVAJAL PRADA" el cual se realiza como un homenaje a su hijo ilustre.

ESTE CONCURSO ES MUY RECONOCIDO EN LA PROVINCIA DE GARCIA ROVIRA, PUES RESCATA Y RESALTA LO MEJOR DE NUESTRO FOLCLOR GARCÍA REVÍRENSE; .en él se expresa todo el cariño , respeto y admiración de nuestras gentes por el maestro de maestros LUIS MARIA CARVAJAL PRADA, pues su música, sus canciones y su nombre constituye un orgullo para el pueblo Molagavitense. Es por ello que su mas reconocido éxito musical "VIVA LA FIESTA" se constituyo es nuestro himno Municipal. Entonado por nuestras gentes en las fechas memorables e importantes de nuestro pueblo en memoria y honor del ilustre hijo de Molagavita (cuna de artistas), quien le vio crecer y proyectarse como uno de los más grandes artistas de nuestro país; así mismo se desea que nuestra cultura permanezca y esté por encima de las foráneas.

EL CONCURSO FOLCLORICO LUIS MARIA CARVAJAL PRADA, MODALIDAD MÚSICA Y DANZA SE REALIZA EN EL MUNICIPIO DE MOLAGAVITA DESDE EL AÑO 1975. ESTE AÑO (2007) SE REALIZO LA XXXII VERSIÓN.

Existe un Patrimonio Cultural Arquitectónico, como es el Templo principal,

La administración municipal continuara con los procesos de formación en gestión cultural y expresiones artísticas (como acceder a los recursos del estado y a la empresa privada para la ejecución de proyectos culturales)

Turismo:

El turismo se pueden desarrollar aprovechando el Patrimonio cultural, sitios naturales que tiene el Municipio como el cañón del Chicamocha, la peña Santa Isabel, las Salinas, las cuevas de la carbonera, ruinas de puebla viejo, la peña del gigante.

2.3 ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS

NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS (NBI) AÑO 2005

Indicador	Porcentaje
Necesidades básicas insatisfechas (total)	62.80%

Proyecciones DANE. Demás datos sustraídos de planeación municipal.

2.3.1 ACTIVIDADES ECONOMICAS PRINCIPALES

El Municipio de Molagavita, se puede definir como un territorio notablemente agropecuario. La actividad comercial se estructura sobre la base de lo agricultura y la ganadería que incide especialmente en la región; actividades que dinamizan la economía del municipio.

El área del Municipio de Molagavita es de 197 Km², de las cuales están dedicadas a la agricultura el 40% y a la ganadería el 30% destacándose dentro de sus principales cultivos maíz, caña, tabaco, fique, frijol, café y frutales como piña, dentro de la ganadería se destaca la explotación rudimentaria de la leche y la ceba. El 30% restante de área municipal esta ocupada por zonas boscosas, tierras estériles y rocosas y zonas de protección natural.

El sector pecuario se caracteriza por pequeñas áreas dedicadas a pastos y unidades o hatos de menor tamaño que desarrollan una ganadería de doble propósito, explotada de forma rudimentaria por el desconocimiento de las buenas prácticas ganaderas.

o **COMERCIALIZACIÓN**

Los productos como el maíz, frijol, tabaco y frutales por ser los de mayor producción, se comercializan en los municipios de Málaga, Bucaramanga y en algunos casos en Bogotá y Cúcuta; los demás productos se comercializan en el casco urbano del municipio.

o **SECTOR FINANCIERO**

En Molagavita se encuentra ubicado El Banco Agrario, siendo éste la principal fuente de financiación del sector rural. También se recurre al Banco de Colombia, Banco Popular y Financiera Coomultrasan situados en el municipio de Málaga.

El monto promedio de crédito por usuario va de 1 a 3 millones de pesos destacándose un comportamiento sano de la cartera.

Si bien es cierto, las condiciones del sector agropecuario se han deteriorado a nivel nacional, el municipio de Molagavita ha mantenido su nivel de producción a través del tiempo.

o **LA GANADERÍA**

Se considera que en el municipio de Molagavita se encuentran unas 10.000 cabezas de ganado vacuno en su mayoría de doble propósito, en manejo extensivo, alrededor de 15.000 cabezas de ganado caprino y 1000 de ganado ovino.

A pesar de los cambios de precios y la inestabilidad en otras zonas, se presenta una estabilidad en el número de animales en el municipio, por lo menos en la última década.

El municipio a través de FEDEGAN adelanta campañas contra la Fiebre AFTOSA y de desparasitación del ganado obteniéndose como resultado casi un 100% de ganado libre de brucelosis.

o **PRODUCCIÓN AGRÍCOLA**

En el Municipio de Molagavita se puede destacar la producción anual de los siguientes productos:

TIPO DE PRODUCTO	TONELADAS / AÑO
Maíz	477
Frijol	225

Tabaco	136
Frutales	146
Ganadería (Leche)	1136
Ganadería (Carne)	965

Fuente: Datos de los productores, EOT.

Los costos de producción en promedio y los productos se relacionan de acuerdo al tiempo de siembra, el sistema y las limitantes existentes.

o **SECTOR MINERO**

El sector de la Minería en el Municipio de Molagavita; aún no ha sido explotado debido a su ubicación y el difícil acceso a los posibles sitios de extracción, sin embargo son potenciales la explotación de carbón.

o **SECTOR MANUFACTURERO**

La producción de fique se ha reactivado gracias a la asociación de mujeres campesinas las cuales se han capacitado para mejorar la calidad del fique como insumo y a su vez convertir éste en un producto final listo para comercializar, ejemplo: mochilas, tendidos, costales, lazos, bolso, etc.

o **TURISMO**

El potencial turístico no ha sido explotado en ninguna proporción debido en primer lugar a la inexistencia de vías carreteables pavimentadas, lugares de alojamiento, estaderos y restaurantes, y por otra parte la visión turística del departamento es un proyecto reciente y que requiere de un proceso de adecuación de los lugares turístico y de culturización de la población hacia el turismo como un medio de ingresos económicos.

2.3.2 MERCADO LABORAL

Con base en los datos obtenidos directamente de la población, se pudo establecer que el sector rural ocupa la mano de obra de 1650 personas, de las cuales el 10% son asalariados, en actividades permanentes; el jornal ocupa el 60% de personas, y trabajos temporales el 30%, dentro de los cuales se pueden destacar los trabajos familiares. Dentro del Municipio no se trabaja a destajo.

Cabe destacar que a los niños se les explota el trabajo en su edad adolescente, aunque no es trabajo forzado, en la mayoría de casos son los principales jornaleros de los padres. Todo esto se da porque el 90% de la población del Municipio de Molagavita es rural y es en donde se concentra el mismo porcentaje de habitantes. Aquí no se puede definir un porcentaje claro de niños que son explotados laboralmente, pero se puede sustentar con claridad que la gran mayoría de niños del sector rural han tenido que trabajar durante su infancia.

2.4. FACTORES DE RIESGO EN SALUD

2.4.1 Factores De Riesgo Del Ambiente: Breve descripción de los siguientes aspectos

Contaminación Ambiental:

No existe un estándar de medida de emisiones atmosféricas de material articulado que permita determinar el grado de contaminación ambiental.

Uso de suelos y utilización de plaguicidas:

Los cultivos predominantes en la región son los frutales, tabaco, caña panelera, café, maíz, tomate; los cuales abonados con compuestos químicos tales como el 10-20-20 y el 10-30-10, urea, 15-15-15 y compuestos como el 17-6-18-2. También se usan herbicidas tales como karmex, Anikil, e insecticidas para el control de plagas.

Factores de Riesgo de la vivienda:

En el casco urbano las viviendas poseen servicios domiciliarios de acueducto y alcantarillado, con servicios de duchas y sanitario. Las cocinas el 85%, son abastecidas con gas propano, y el restante aún utiliza la estufa de leña.

En el área rural, predomina la vivienda construida en tapia pisada y cubierta de teja de barro y bareque, los pisos son en cemento, en algunas partes se encuentra que los pisos de las viviendas son en tierra. Una mínima cantidad de viviendas rurales son construidas en ladrillo, cemento, arena y cubierta de teja de eternit y zinc. Se encuentra que el dormitorio es uno de dos salones grandes, donde se albergan cuatro y cinco personas. Las cocinas son construidas separadas de los dormitorios o viviendas; un 80% de la población utiliza la estufa de leña, y el restante se abastece del gas propano.

Las unidades sanitarias en el 70% de la población se observa que posee baños y ducha. El restante utiliza letrina o pozo séptico, otra pequeña cantidad a campo abierto, sin ningún tratamiento adecuado de desechos.

Así mismo, por fuente DANE, en todo el municipio, se presenta un NBI del 62,8%.

Amenazas Físicas y Naturales:

En el sector rural hay presencia de tala de árboles y quemas forestales, actividades propias de la preparación de los terrenos para los cultivos.

Agua para consumo humano:

Es de resaltar que el agua de consumo humano a nivel municipal, no cuenta con ninguna clase de tratamiento previo.

Vigilancia y control de alimentos:

Se encuentra ubicado dentro del perímetro urbano, no reúne los requerimientos sanitarios establecidos por ley, los procesos que allí se realizan son rudimentarios, no cuenta con un estercolero adecuado, tanque séptico, sistema de tratamiento de aguas usadas, presenta un manejo inadecuado de viseras, pieles y demás subproductos.

El sacrificio se realiza en el piso aunque se procura para que las condiciones sean lo más higiénicas posibles. El sistema de tratamiento de viseras produce contaminación en el lugar a causa de falta de una disposición adecuada de los residuos y desechos producto de este proceso.

En años anteriores se inicio la construcción relativamente técnica, de una planta de sacrificio, observando las respectivas normas sanitarias dadas para una planta de sacrificio de ganado, esta se ubica en la parte sur-oriente de la cabecera municipal. Esta obra solo se encuentra en un 50% de sus requerimientos técnicos, quedando por tanto como una obra no concluida Existen, un gran número, sin cuantificar, de establecimientos en los que se produce de manera casera, y sin ningún control sanitario, el "guarapo". Esta bebida es ingerida, sin ningún tipo de precaución, por la población.

Zoonosis:

Se hace vigilancia de los factores zoonóticos y eventos de rabia que se presente en el municipio. Se realizó la vacunación antirrábica en la zona urbana y rural del municipio.

No se presentaron casos de accidente rábico. En lo concerniente a Encefalitis Equina Venezolana, tampoco se presentaron eventos.

Manejo de residuos sólidos y líquidos:

Los residuos sólidos son recogidos, en el área urbana, una vez por semana y su disposición final se hace en una celda transitoria ubicada en El Alto El Portachuelo, esta celda cuenta con aprobación por parte de la autoridad ambiental CAS por tres años, desde septiembre de 2007.

En la actualidad esta celda se encuentra llena en un 60% debido a los malos manejos que se le dieron al comienzo, cuando se disponían todas las basuras sin previo reciclaje; a partir del presente año se comenzó a reciclar y compactar de acuerdo al manual de funcionamiento establecido por la Autoridad Ambiental CAS.

Con respecto a los residuos líquidos, solo el área urbana cuenta con servicio de alcantarillado, alcanzando una cobertura del 99%.

En el sector rural se maneja a través de pozo séptico y letrina en un 90%, el restante 10% arroja los residuos a las fuentes más cercanas.

Control de las ETV:

Según datos suministrados por el programa de ETV de la SSS, las ETV presentes en el municipio de Molagavita el chagas. El triatómico, vector del chagas, se encuentra circulando en el área rural. En cuanto En el municipio hay alta incidencia de chagas, dejando en el momento secuela como la cardiopatía chagásica en un buen porcentaje de la población de las enfermedades que transmiten, es la altitud sobre el nivel del mar, la cual es de 1365 metros.

2.4.2 Factores De Riesgo Nutricional En Niños

Indicador	Menores de 12 años
	Prevalencia (%)
Desnutrición Aguda	605
Desnutrición Crónica	13.8
Desnutrición Global	5

Porcentaje de niños con bajo peso al nacer	0
Porcentaje de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses	95%

Fuente: secretaria de Salud Departamental

2.4.3 Factores De Riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles:

No se encuentran estadísticas relacionadas con el sedentarismo, Tabaquismo, Consumo de grasas, hipertensión arterial y diabetes, y demás factores; pero llama la atención que los mayores eventos de morbimortalidad son generados por causas como enfermedades cardiovasculares y neoplasias, que precisamente son enfermedades cuyas causas están relacionadas con estos factores de riesgo. Los registros de mortalidad de la ESE municipal en los años 2005, 2006 y 2007 muestran como principal causa de muerte el infarto del miocardio, ocupando los primeros lugares, lo cual se constituye en el principal factor de riesgo de las patologías que caracterizan las causas de mortalidad de esta población.

Es importante anotar que los eventos que caracterizan prioritariamente la morbilidad de la población, están directamente relacionados con las condiciones del medio en el cual se desenvuelven estas personas, lo que implica que a partir de programas de prevención y modificación de los entornos se puede impactar positivamente esta problemática.

A las medidas comentadas con anterioridad hay que agregar, remarcado por estos tres años de seguimiento, la necesidad de un programa de vigilancia epidemiológica en enfermedades crónicas y enfatizar en programas de prevención y promoción de la salud para enfermedades cardiovasculares específicamente.

El análisis de la mortalidad en el municipio de Molagavita es el fiel reflejo del deterioro de las condiciones de vida y salud de la población, evidencia de manera marcada la falta del mejoramiento y evaluación de la calidad de los programas de promoción y prevención y de control de factores de riesgo, lo cual ha favorecido la presentación de patologías de diverso origen que amerita una intervención coherente, ordenada e integral en salud pública.

2.4.4 Factores De Riesgo Sociales

ESTILOS DE VIDA Tabaquismo, Alcoholismo, drogadicción...	ASPECTOS PSICOSOCIALES Asentamientos humanos, desplazados, conflicto armado	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL
--	---	--

<p>No se han efectuado estudios ni registros estadísticos (VESPA) que permitan definir esta situación; sin embargo, según diagnóstico comunitario efectuado para el PAB de la vigencia 2005, se manifiesta como problema, la presencia de tabaquismo y alcoholismo.</p>	<p>A diciembre de 2005, en el municipio de Molagavita no existe registrada, población en situación de desplazamiento ni asentamientos humanos. Tampoco hay presencia de conflicto armado</p>	<p>Aunque no se suministran datos estadísticos que reflejen éste problema en el municipio, según diagnóstico comunitario si se expresa la presencia de violencia intrafamiliar y maltrato infantil, el cual se manifiesta, siendo una de sus formas los niños trabajadores sin acceso al estudio.</p>
---	--	---

2.5. ANALISIS DE LA MORBILIDAD

2.5.1 Morbilidad por enfermedades de notificación obligatoria (ENO)

INDICADORES DE EVENTOS	2007	
	No	TASA
Parálisis Flácida Aguda (tasa por 100.00 0menores de 15 años)	0	0%
Tétano Neonatal	0	0%
Tétanos	0	0%
Sarampión	1	0%
Rubéola	0	0%
Tos Ferina	0	0%
Difteria	0	0%
Reacciones Posvacunales	0	0%
Hepatitis B y D	0	0%
Hepatitis A, C y E "Brote"	2	0%
Tuberculosis Pulmonar	2	0%
TBC Extrapulmonar	0	0%
Varicela (Brotos)	0	0%
Parotiditis	1	0%
Fiebre Amarilla	0	0%
Encefalitis Equina Venezolana	0	0%
Dengue Clásico	4	0.004%
Dengue Hemorrágico(* 100 HAB)	1	0.001%.
Malaria por Vivax	0	0%
Malaria por Falcíparum	0	0%

Leishmaniasis	0	0%
Enfermedad de Chagas	0	0%
Cólera	0	0%
Rabia Animal	0	0%
Rabia Humana	0	0%
Exposición Rabica	2	%
Sífilis Congénita (tasa * 1000 nacidos vivos)	0	0%
Sífilis Gestacional (tasa *100 Nacidos vivos)	0	0%
SIDA	0	0%
Lepra (tasa * 10.000 Habitantes)	0	0%
Intoxicación Alimentaría(Brotos)	0	0%
Intoxicación Plaguicida	0	0%

Fuente: Plegable: Situación de Salud en Santander, Indicadores Básicos. SSS 2005

Habitantes según fuente DANE: 2003 = 5759

2004 = 5776

INDICADOR DE CAPTACIÓN DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS MUNICIPIO DE MOLAGAVITA 2007

MUNICIPIO	% CAPTACION PRIMER TRIMESTRE	% CAPTACION SEGUNDO TRIMESTRE	% CAPTACION TERCER TRIMESTRE	% CAPTACION CUARTO TRIMESTRE	LINEA BASE 2008 Y % esperado
MOLAGAVITA	20	0	20	200-0	10 - 70%

Fuente Secretaria de Salud Departamental

2.5.2 MORBILIDAD ATENDIDA BASADA EN REGISTROS INDIVIDUALES DE PRESTACION DE SERVICIOS-RIPS

MORBILIDAD POR CONSULTA A NIVEL MUNICIPAL 2007

La identificación de las principales enfermedades que afectan a la población y el análisis de las causas que favorecen la presentación de las mismas, se convierte en un elemento orientador para establecer las prioridades de intervención, y evaluar el impacto de las medidas tomadas para disminuir el riesgo de enfermedad de la población, así como las acciones concretas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

MORBILIDAD POR CONSULTA A NIVEL MUNICIPAL 2007

CAUSA	2007			
	Orden	Nº	%	TASA
HIPERTENSION ARTERIAL	2	612	8,8	0.09
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	3	435	6,3	0.07
CEFALEA	4	305	4,4	0.05
RESFRIADO COMUN	5	277	4,1	0.04
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	6	221	3,2	0.03
INFECCION DE VIAS URINARIAS	7	182	2,7	0.02
LUMBAGO	8	181	2,6	0.02
GASTRITIS	9	111	1,6	0.01
PARASITOSIS	10	100	1,4	0.01
OTRAS CAUSAS	1	4476	64,9	0.66
TOTAL	10	6900	100,00	1

FUENTE: ESE NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA MOLAGAVITA

Es importante anotar que los eventos que caracterizan prioritariamente la morbilidad de la población, están directamente relacionados con las condiciones de saneamiento básico, condiciones higiénicas y del medio en el cual se desenvuelven estas personas, lo que implica que a partir de programas de prevención y modificación de los entornos se puede impactar positivamente esta problemática.

Las principales causas de enfermedad encontrándose la infección de vías respiratorias. Entre las mujeres aparecen las infecciones del aparato reproductor femenino como causa importante de enfermedad.

MORBILIDAD POR URGENCIAS A NIVEL MUNICIPAL 2007

CAUSA	2007			
	Orden	Nº	%	TASA
HERIDAS	2	52	20.0	0.20
TRABAJO DE PARTO	3	26	10.0	0.10
DOLOR ABDOMINAL	4	17	6.5	0.07
FRACTURAS	5	15	5.7	0.06
EMBARAZOS	6	13	5.0	0.04
POLITRAUMATISMO	7	8	3.0	0.03
SINDROMES FEBRILES	8	7	2.6	0.03
INTOXICACION	9	5	2.0	0.02
TRAUMA CRANEOENCEFALICO	10	4	1.5	0.01
OTRAS CAUSAS	1	114	43.7	0.44
TOTAL		261	100.00	1

FUENTE: ESE NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA MOLAGAVITA

MORBILIDAD POR HOSPITALIZACIÓN A NIVEL MUNICIPAL. 2005 – 2007

CAUSA	2007			
	Orden	Nº	%	TASA
TRABAJO DE PARTO	2	29	21	0.21
EPOC	3	8	5.8	0.06
CELULITIS	4	7	5.1	0.05
NEUMONIA	5	6	4.3	0.04
DOLOR ABDOMINAL	7	4	2.9	0.03
NEUMINIA ASOCIADA A LACOMUNIDAD	6	5	3.6	0.04
INFECCIOJN DE VIAS URINARIAS	8	4	2.9	0.03
DISENTERIA	9	4	2.9	0.03
HIPERTENSION ARTERIAL	10	4	2.9	0.03
OTRAS CAUSAS	1	67	48.6	0.48
TOTAL		138	100.00	1

FUENTE: ESE NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA MOLAGAVITA

2.5.3 MORBILIDAD DE POBLACION EN SITUACION DE DESPLAZAMIENTO:

No existen registros de esta población vulnerable en el Municipio de Molagavita.

2.6 ANALISIS DE LA MORTALIDAD

2.6.1 MORTALIDAD GENERAL

MORTALIDAD GENERAL EN TODOS LOS GRUPOS DE EDAD A NIVEL MUNICIPAL AÑO 2007

CAUSA	ORDEN	No
Hipertención arterial	2	612
Infección respiración aguda	3	435
Cefalea	4	305
Resfriado común	5	277
Enfermedad diarreica aguda	6	221
Infección de vías urinarias	7	182
Gastritis	9	111
Parasitosis	10	100
Otras causas	1	4476
TOTAL	10	6900

En demografía se emplea el concepto de mortalidad para expresar la acción de la muerte sobre los integrantes de una población (los habitantes de un país, estado, departamento, municipio o grupo social). Bajo esta perspectiva la mortalidad se constituye en una variable demográfica básica y en uno de los componentes fundamentales que determinan en forma permanente la dinámica de toda población.

Las condiciones de mortalidad de una población están asociadas a diversos factores de carácter demográfico, biológico, económico, social, cultural e incluso político, elementos que son importantes para la investigación y para el desarrollo de políticas públicas en los niveles nacional, regional y departamental.

Llama la atención que en las causas de mortalidad priman las enfermedades cardiovasculares. Los registros de mortalidad de la ESE municipal en los años 2005, 2006 y 2007 muestran como principal causa de muerte el infarto del miocardio, ocupando los primeros lugares, lo cual se constituye en el principal factor de riesgo de las patologías que caracterizan las causas de mortalidad de esta población.

Es importante anotar que los eventos que caracterizan prioritariamente la morbilidad de la población, están directamente relacionados con las condiciones del medio en el cual se desenvuelven estas personas, lo que implica que a partir de programas de prevención y modificación de los entornos se puede impactar positivamente esta problemática.

A las medidas comentadas con anterioridad hay que agregar, remarcado por estos tres años de seguimiento, la necesidad de un programa de vigilancia epidemiológica en enfermedades crónicas y enfatizar en programas de prevención y promoción de la salud para enfermedades cardiovasculares específicamente.

El análisis de la mortalidad en el municipio de Molagavita es el fiel reflejo del deterioro de las condiciones de vida y salud de la población, evidencia de manera marcada la falta del mejoramiento y evaluación de la calidad de los programas de promoción y prevención y de control de factores de riesgo, lo cual ha favorecido la presentación de patologías de diverso origen que amerita una intervención coherente, ordenada e integral en salud pública.

MORTALIDAD POR GRUPO DE EDAD A NIVEL MUNICIPAL. 2005

EDAD EN AÑOS	TOTAL	% grupo de edad	MUJERES		HOMBRES	
			N°	%	N°	%
< 1	146	2.30	44	30.1	102	69.9
1 – 4	315	4.85	165	52.4	150	47.6
5 – 9	706	10.85	356	50.4	350	49.6

10 – 14	641	9.85	320	49.9	321	50.1
15 – 19	637	9.75	317	49.8	320	50.2
20 – 24	564	8.70	272	48.2	292	51.8
25 – 29	554	8.50	327	59.0	227	40.1
30 – 34	442	6.80	216	48.9	226	51.1
35 – 39	378	5.80	188	49.7	190	50.3
40 – 44	319	4.90	168	52.7	151	47.3
45 – 49	311	4.80	155	49.8	156	50.2
50 – 54	302	4.70	156	51.7	146	48.3
55 – 59	288	4.50	143	49.7	145	50.3
60 – 64	221	3.40	123	55.7	98	44.3
65 – 69	205	3.20	103	50.2	102	49.8
70 – 74	151	2.40	77	51.0	74	49.0
75 Y MÁS	306	4.70	153	50.0	153	50.0
TOTAL	6529	100.00	3283	50.3	3203	49.7

2.6.2 MORTALIDAD EVITABLE SEGÚN GRUPOS DE CAUSAS LISTA OPS6/2007, TASA POR 100.99 h

EVENTO	2007	
	No.	TASA
Mortalidad materna (por 1000 NV)	0	0
Mortalidad peri natal (por 1000 NV)	2	0.06
Mortalidad EDA 0 - 4 años	0	0
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:	0	0

FUENTE: ESE NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA MOLAGAVITA

2.7 ATENCION EN SALUD

2.7.1 INVERSION Y ASEGURAMIENTO EN SALUD

De acuerdo con los registros de SISBEN, el municipio tiene un total de 6420 personas en la base de datos debidamente registradas, de ellas, 6261 están afiliadas al régimen subsidiado, para una cobertura del 97.5%.

REGIMEN DE SEGURIDAD EN SALUD	Nº	%
Régimen Contributivo	159	2.5

Régimen Subsidiado	6261	97.5
Regímenes especiales	0	0
Vinculados	0	0
Evasores	0	0
TOTAL	6420	100

2.7.2 COBERTURAS DE PROGRAMAS DE PROTECCION ESPECÍFICA DETECCION TEMPRANA-PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD

CUMPLIMIENTO EN CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO – CCD, CONTROL PRENATAL-CPN

PROGRAMA		POBLACIÓN OBJETO	Consulta 1ª Vez		Consulta de control		
			Consultas realizadas	% de Cump.	Controles - Nº Ideal	Consultas realizadas	% de Cump.
CCD	NIÑOS DE 0 A 9 AÑOS 11 MESES		195			1347	
CPN	MUJERES DE 15 A 49 AÑOS		54			317	

CUMPLIMIENTO EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR, CÁNCER DE CERVIX Y CÁNCER DE MAMA. AÑO 2003.

PROGRAMA	POBLACIÓN OBJETO	POBLACIÓN ATENDIDA	
		1ª vez en el año	% de Cumplim.
Planif. Familiar (15 – 49 años)	3046	1197	40%
Citologías cervico/uterina	3046	782	26%
Ca. Mama (mayores 50 años)	0	0	0

COBERTURAS DE VACUNACIÓN AÑO 2007

COBERTURA DE LOS PROGRAMAS NACIONALES

BIOLOGICO	AÑO 2007											
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
	POERCENTAJES											
BCG – Antituberculosa (menores de 1 año)	1.82	2.73	3.6	5.74	8.61	9.1	9.6	10.5	12.22	13.1	14.8	15.28
VOP – Antipolio (menores de 1 año)	2.6	3.93	6.98	11.3	14.4	17.4	20.5	22.2	26.2	28.3	34.4	35.3
PENTAVALLENTE	2.7	4.1	7.3	11.3	14.4	17.4	20.5	22.2	26.2	28.3	34.4	35.3
DPT – Triple bacteriana (menores de 1 año)	2.7	4.1	7.3	11.3	14.4	17.4	20.5	22.2	26.2	28.3	34.4	35.3
HB – Hepatitis B (menores de 1 año)	1.82	2.73	3.6	5.74	8.61	9.1	9.6	10.5	12.22	13.1	14.8	15.28
Hib – Antihaemophilus influenza (< 1 año)	2.7	4.1	7.3	11.3	14.4	17.4	20.5	22.2	26.2	28.3	34.4	35.3
TV – Triple viral (1 año)	3.34	4.78	6.8	8.5	10.6	11.9	16.1	18.2	21.2	25.1	27.6	30.6
TD – en Mujeres en edad fértil (10 a 49 años)	2.3	3.5	4.6	5.9	6.8	7.5	9	9.8	11.8	12.9	13.7	14.6
Antiamarílica (mayores de un año)	3.34	4.25	6.8	8.5	10.6	11.9	16.1	18.2	21.2	25.1	27.6	30.65

FUENTE: ESE NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Encontramos coberturas vacúnales bajas, se realizo revisión de monitoreos rápidos de coberturas vacúnales encontrando a toda la población objeto bien vacunada por tanto sugerimos revisar la población programada para mejorar los datos numéricos en las coberturas del municipio

GRUPO ETAREO	POBLACION TOTAL	TOXOIDE TETANICO /DIFTERICO	% DE COBERTURA	CITOLOGIA CERVICO UTERINA	% DE COBERTURA	PLANIFICACION FAMILIAR	% DE COBERTURA
MUJERES EN EDAD FERTIL	1667	244	14.6%	787	48%	615	38%

(10 A 49 AÑOS)							
----------------	--	--	--	--	--	--	--

Fuente: ESE Nuestra Señora de la Esperanza Molagavita

2.7.3 CAPACIDAD INSTITUCIONAL-RECURSO HUMANO

Personal de salud	En servicio social	Recurso humano disponible	Total
Médicos	2	2	2
Odontólogos		1	1
Bacteriólogos		1	1
Nutricionista		1	1
Enfermeras	1	1	1
Técnico de saneamiento		1	1
Promotor de salud		9	9
Auxiliares de enfermería		5	5
Fisioterapeuta		1	1
Otros: Servicios generales, celadores		2	2

Mediante Acuerdo municipal 013 de Septiembre 27 de 2007, se Transformó la Institución prestadora de servicios de salud (IPS) Centro de Salud de Molagavita en Empresa Social del Estado (ESE) Centro de Salud de Molagavita, en cumplimiento de la Ley 1122 de 2007 y por decreto N° 092 de 2007 se cambio su razón social a Empresa Social del Estado Nuestra Señora de la Esperanza.

Se conformó la junta directiva de la ESE Centro de Salud de Molagavita, previa convocatoria realizada por el Alcalde municipal, para la elección de los representantes de los usuarios y de los gremios del municipio.

2.8 PARTICIPACION SOCIAL

En el Municipio de Molagavita existen actores de participación social y comunitaria que intervienen en los procesos de planeación, ejecución y evaluación; brindando apoyo a la administración Municipal cuando son convocados. En Salud los mecanismos de participación comunitarios se dan en la oficina de atención a la comunidad SAC , la cual funciona en la Secretaria de Desarrollo Social donde se reciben las quejas e inquietudes relacionadas con la prestación de servicios en salud a nivel de la ESE y EPS. En cada una de estas funciona el sistema de atención al usuario, oficina SIAU, mecanismo que se encarga de recepcionar, tramitar y resolver los reclamos relacionados en Salud.

Las organizaciones de tipo comunitario existentes en el municipio son las Juntas De Acción Comunal de las cuales existe una en cada vereda las cuales permanecen vigentes y activas desarrollando trabajos comunitarios en las vías de acceso y en las escuelas rurales.

Existen 30 juntas de acción comunal, las cuales se encuentran en las diferentes Veredas y sectores del municipio.

Las Juntas de Acciones Comunal, son los mecanismos de participación comunitaria, más importante a nivel municipal ya que a través de ellas se gestionan los diferentes proyectos sociales, económicos, ambientales y de infraestructura para las respectivas veredas. Es importante, realizar un proyecto de capacitación a estos organismos en lo relativo a mecanismos de participación comunitaria, desarrollo de proyectos comunitarios, mecanismos de gestión, instrucción acerca de la distribución y asignación de ingresos a los municipios y el desarrollo de los diferentes programas sociales, este proceso debe realizarse a fin de dar a conocer a la comunidad el desarrollo de la actividad pública y el gran esfuerzo fiscal de la nación en el desarrollo de proyectos comunitarios, a fin de recuperar el sentido de pertenencia de las comunidades por sus costumbres, por sus valores, por su familia, por su espacio físico, por el desarrollo de su economía y sobre todo el estado. Estos espacios de participación comunitaria son los propicios para generar proyectos de tipo participativo, donde administración municipal y comunidad aportan, recursos económicos, físicos, logísticos, etc., a fin de resolver las necesidades prioritarias de su vereda.

Comités De Desarrollo Y Control Social

En el municipio de Molagavita existen varias instituciones legalmente creadas y que son las que tratan de movilizar a las comunidades para que asistan y respalden los programas presentados por la administración municipal.

Las personas con liderazgo en el municipio están identificadas, existe un número reducido de personas que pertenecen a las organizaciones activas en el municipio.

La falta de apoyo institucional es uno de los factores por el cual no han surgido nuevos líderes que se comprometan o representen a la comunidad en los distintos sectores.

2.9. SITUACIÓN DE SALUD SEGÚN EL DIAGNOSTICO COMUNITARIO

Para el desarrollo de este diagnóstico se tuvo en cuenta el marco teórico propuesto por Marck Lalonde, quien aborda a la salud como un estado influenciado o determinado por diferentes factores (dominios) a saber: Biológico, de Servicios de

Salud, comportamental y del medio ambiente. Así mismo, para garantizar la participación activa de la comunidad en la definición de su situación de salud a partir de este concepto se adoptó la metodología de planificación local participativa (PLP) establecida por la OMS /OPS. En tal sentido se llevaron a cabo las siguientes actividades:

CONVOCATORIA:

Para garantizar representatividad de toda la comunidad se utilizaron diferentes estrategias de convocatoria: una personalizada, dirigida a los líderes comunitarios y representantes de los diferentes sectores y otras a través de emisora local y perifoneo.

DESARROLLO DE LAS REUNIONES PARA LA DEFINICIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNITARIO

OBJETIVO GENERAL DE LAS REUNIONES:

Definir desde el punto de vista de la comunidad, la situación de salud que afecta o favorece su bienestar, estableciendo prioridades de intervención en el PAB para la vigencia 2008.

PARTICIPANTES:

Representantes de los diferentes sectores (educación, salud – EPS, ESE –, policía, agricultura, saneamiento ambiental, concejo y administración municipal), Líderes comunitarios (Juntas de Acción Comunal, madres comunitarias, demás miembros de la comunidad), organizaciones sociales y grupo eclesial.

FECHAS Y LUGARES:

Vereda Potrero Grande; Mayo 6 de 2008, a las 8:00 a.m., en las instalaciones del salón comunal.

Vereda Laguna de Ochoas; Mayo 6 de 2008, a las 1:00 p.m., en las instalaciones del salón comunal.

Vereda El Naranjo; Mayo 7 de 2008, a las 8:00 a.m., en las instalaciones del salón comunal.

Vereda Higuerones; Mayo 7 de 2008, a las 1:00 p.m., en las instalaciones del salón comunal.

Vereda El Caney; Mayo 8 de 2008, a las 8:00 a.m., en las instalaciones del salón comunal del sector el Junco.

Vereda Llano de Molagavita; Mayo 8 de 2008, a las 1:00 p.m., en las instalaciones del salón comunal.

Vereda Pantano Grande; Mayo 12 de 2008, a las 8:00 a.m., en las instalaciones de la Escuela.

Vereda Potrero de Rodríguez; Mayo 12 de 2008, a las 1:00 p.m., en la Escuela.

Veredas Jaimes y Centro Afuera; Mayo 13 de 2008, a las 8:00 a.m., en las instalaciones de la Alcaldía Municipal.

Vereda El Rincón; Mayo 13 de 2008, a las 1:00 p.m., en las instalaciones del salón comunal.

Vereda Lagunitas; Mayo 14 de 2008, a las 8:00 a.m., en las instalaciones del salón comunal.

Vereda Toma de Agua, sectores: Mesetas, El Limon y Alto de la Cabrera; Mayo 14 de 2008, a las 1:00 p.m., en las instalaciones de la Escuela sector Mesetas.

Vereda Purnio; Mayo 15 de 2008, a las 8:00 a.m., en las instalaciones del salón comunal.

Vereda Hobo; Mayo 15 de 2008, a las 1:00 p.m. en las instalaciones del salón comunal.

Veredas Chicacuta, Guayabo y Toma de Agua sector Riochico; Mayo 19 de 2008, a la 9:00 a.m. en la Escuela de Chicacuta.

Casco urbano; Mayo 20 de 2008, a las 8:00 a.m., en el Salón Parroquial

DURACIÓN DE LAS REUNIONES:

Cuatro (4) horas (promedio)

ASISTENTES A LOS EVETOS:

VEREDA	Nº asistentes Comunidad
Vereda Potrero Grande	84
Vereda Laguna de Ochoas	56
Vereda Higuerones	40
Vereda El Naranjo	29
Vereda El Caney	110
Vereda Llano de Molagavita	67
Vereda Pantano Grande	49
Vereda Potrero de Rodríguez	61
Veredas Jaimes y Centro Afuera	45
Vereda El Rincón	55
Vereda Lagunitas	120
Vereda Toma de Agua, sectores: Mesetas, El Limon y Alto de la Cabrera	200
Vereda Purnio	93
Vereda Hobo	103
Veredas Chicacuta, Guayabo y Toma de Agua sector Riochico	79
Casco Urbano	361
TOTAL	1552

Se presenta a continuación la concertación de necesidades sentidas relacionadas con el estado de Salud de la Comunidad de Molagavita.

SECTOR SALUD POTRERO GRANDE
Realizar brigadas de salud veredales para atender a discapacitados y ancianos.
Realizar convenio con la ESE de Capitanejo para la atención de usuarios del sector "Perico"

VEGA DE INFANTES
Realizar brigadas de salud. Que las Promotoras hagan control de enfermedades crónicas y diferentes programas de salud pues queda muy retirada la vereda y no hay vías de acceso fáciles.
EL NARANJO
Mantenimiento al puesto de salud. Nombrar una promotora permanente en el puesto de salud. Realizar fumigaciones contra chagas.
HIGUEROLNES
Que haya servicio de ambulancia hasta la vereda. Mejorar la calidad en el servicio con respecto a la atención en las citas médicas. Hacer brigadas de salud
EL CANEY
Pintura y arreglo del Centro de salud. Compra de equipos necesarios para el centro de salud. Que la promotora haga visitas en todas las casas. Visitas a las veredas mensuales para promoción y prevención de salud médica y oral.
LLANO DE MOLAGAVITA
Trato mas humano por parte del personal de facturación. Que les den gratis los medicamentos que no cubre el carné.
POTRERO DE RODRIGUEZ
Mejorar la pintura del puesto de salud. Que permanezca siempre la misma promotora.

PANTANO GRANDE
Que se les colabore con el dinero para los pasajes cuando hay remisiones a Bucaramanga. Servicio medico y odontólogo cada quince días Que las personas que están el nivel 2 del SISBEN las cambien a nivel 1.
JAIMES
Desparasitación para todos los niños de los hogares de bienestar Familiar. Que no les cobren el certificado medico de los niños ni los de las señoras manipuladoras de alimentos.
LAGUNITAS
Que haya un Medico con experiencia Humanizar el servicio.
RINCON
Brigadas de salud mas frecuentes en la vereda Promotora rural permanente en el puesto de salud. Servicio de ambulancia interveredal en caso de emergencia Atención inmediata a pacientes de urgencia
TOMA DE AGUA
Ayuda con subsidios económico para pacientes con lepra Hacer fumigación contra pitos
PURNIO
Revisar un inventario de los equipos del puesto de salud Atender a los pacientes sin tantas trabas Adecuación y dotación del puesto de salud

Programas brigadas de salud veredales con mas frecuencia Mantener una Promotora permanentemente en el puesto de salud
HOBO
Que no cobren exámenes Que las TACs se hagan en el pueblo y no se cobren
CHICACUTA
Cuando se realicen brigada de salud se atienda a toda la gente. Brigadas de salud más frecuentemente Que les realicen pruebas para detectar los niveles de plaguicidas en sangre
GUAYABO
Que se tenga equipo de RX en Molagavita Mejora la atención del puesto de salud
CASCO URBANO
Vinculación de (1) médico con experiencia que cumpla las funciones de gerente de la ESE y continuidad del médico rural (1), a fin de garantizar la calidad y cobertura del servicio de salud. Implementar brigadas de salud en las veredas con la prestación de servicio medico, odontológico a fin de prevenir y controlar enfermedades. Proyectar financieramente los servicios de salud para mejorar la cobertura. Proyectar, Planificar y ejecutar los programas PAB, tal y como lo estipula la ley y la secretaria de salud municipal Proyectar espacios suficientes para hospedar los acompañantes de los pacientes hospitalizados. Generar programas de promoción y prevención en las veredas, a través del traslado, ubicación y control por parte de las promotoras de salud a los sectores rurales. Mejorar las relaciones y comunicación entre la población y las enfermeras.

Compra de equipos médicos y reemplazo de otros que ya no sirven.

Capacitar al personal médico, directivo y empleados de la ESE, en atención al público y a la comunidad.

Generar un espacio adecuado para la residencia del médico y conductor de la ambulancia, en las instalaciones de la ESE.

Atención domiciliaria a la población vulnerable (niños, adultos mayores y discapacitados)

Generar un sistema de seguimiento y evaluación de las actividades programadas por el Plan de Atención Básica.

Ampliar el horario de toma de muestras por bacteriología.

Garantizar la correcta formulación médica a los pacientes

Reestructurar la encuesta del SISBEN y verificación de datos errores existentes en la actual.

Implementar el servicio de fisioterapeuta en la ESE, del municipio.

Programar la atención médica y dar mayor cobertura en citas médicas diarias.

Suministro de botiquines de medicamentos esenciales a todas las escuelas, de acuerdo a la patologías presentadas en el centro educativo.

Actualizar las bases de datos de las IPS en relación con la afiliación de las personas, a fin de dar una oportuna atención.

Mejoramiento y Ampliación en los servicios ofrecidos por la ESE.

Como puede observarse, la participación de la comunidad de Molagavita a los eventos para la identificación de las necesidades de Salud fue muy significativa ya que en total asistieron 1552 personas.

RESULTADOS DE LAS ACTIVIDADES

RESULTADO DE LA CONCERTACION DE NECESIDADES:

SERVICIOS SALUD	BIOLÓGICO	MEDIO AMBIENTE	COMPORTAMENTAL
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Los médicos que hay no tienen experiencia. ✓ Falta consulta médica rural ✓ Falta organización en consulta para la gente de las veredas ✓ Falta de información en salud a los líderes comunitarios ✓ Mejorar los servicios de atención al cliente ✓ Que la ARS de al usuario lo que le corresponde, sin evadir responsabilidades ✓ No hay privacidad en la atención a los pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Enfermedades del corazón, colesterol, hipertensión arterial, trombosis ✓ Gripas, sinusitis, asma, amigdalitis, bronquitis ✓ Diarreas, rebote de lombrices ✓ Cáncer ✓ Trastornos mentales, estrés ✓ Chagas ✓ Varicela ✓ Osteoporosis, reumatismo ✓ Anemia 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Agua</i>: se arroja a ríos y quebradas "basuras, desechos de los animales, aguas negras. "Faltan filtros y no se cuidan los nacimientos de agua". ✓ <i>Aire</i>: fumigaciones, mal reciclaje de las basuras, mal entierro de los animales (superficial), ✓ <i>Basuras</i>: falta cumplimiento en los compromisos de la administración municipal, falta de seguimiento del manejo de las basuras y de la persona encargada de saneamiento, falta educación (capacitación), falta compromiso en saneamiento ambiental ✓ <i>Agua</i>: Consumo de agua no tratada 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Violencia intrafamiliar ✓ Machismo. ✓ Falta de cultura ✓ Maltrato infantil físico y mental. Niños trabajan a temprana edad y no estudian ✓ Tabaquismo ✓ Embarazos no deseados y a temprana edad. ✓ Alcoholismo y vicios ✓ Malos hábitos alimentarios. ✓ Problemas Psicológicos ✓ Aseo personal y vivienda (inadecuado)

PRIORIZACIÓN

La priorización de la problemática se establece realizando la aplicación de criterios como son magnitud, frecuencia, vulnerabilidad y posibilidad de asignación de recursos.

ANÁLISIS DE PROBLEMAS (CAUSA – EFECTO) Y PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

Luego elegir los 5 problemas prioritarios en cada dominio, según se indica en el desarrollo de esta actividad, este ejercicio arrojó la siguiente información:

DOMINIO: SERVICIOS DE SALUD

PROBLEMA	CAUSA	EFECTO	SOLUCIÓN	RESPONSABLE
Falta de servicio y atención al usuario en las IPS con humanización y calidad – no privacidad	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Personal de salud desanimado o ✓ Algunas personas que solicitan los servicios son impacientes 	Se agrava más el enfermo	Dar sugerencias y compromisos de nosotros como comunidad	“Nosotros y las personas que nos atienden”
Falta de información y capacitación a la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> ✓ No formulación de planes de capacitación a la comunidad sobre sus deberes y derechos en salud. 	“la comunidad no tiene derecho a hacer ningún reclamo” (por desconocimiento)	Solicitud al Sr. Alcalde de capacitaciones	Comunidad y Administración Municipal
Falta dotar la farmacia. El carnet no cubre medicamentos y procedimientos costosos	No hay recursos	Se agrava el paciente y puede morir. “... es un gran perjuicio para las personas”	Reclamar los derechos y hacerlos cumplir	Administración Municipal

“Falta de un médico que cubra las necesidades, Consulta rural y tenga experiencia”	Falta de recursos para pagar un médico de planta. Falta de tiempo	Muerte del paciente	Nombrar otro médico con experiencia	Administración Municipal
--	--	---------------------	-------------------------------------	--------------------------

Nota: la información descrita en este cuadro fue complementada durante la plenaria, especialmente en lo que concierne a las causas.

DOMINIO: BIOLÓGICO

PROBLEMA	CAUSA	EFECTO	SOLUCIÓN	RESPONSABLE
Hipertensión y Colesterol	Alimentación grasosa, sales, dulce, licores, cigarrillo, el ají y el estrés	Trastornos, trombosis, derrames cerebrales	Capacitaciones y cuidados en la alimentación	El alcalde, la promotora y uno mismo
Anemia	Agua cruda, mala alimentación, falta de higiene, falta de plata, falta de capacitación, falta de trabajo	Desnutrición, falta de crecimiento, desmayos, pata de aprendizaje y desaliento.	Mejorar la alimentación, aseo personal para preparar los alimentos y tomar agua hervida	Familia
Estrés	Problemas familiares, infidelidad, no tener trabajo, falta de plata, familiares enfermos, problemas en los jóvenes – estudio.	Malos pensamientos, envenenamiento, llanto, produce personas negativas y desgano de comer.	Vivir en tranquilidad, actividades deportivas, amor a dios, terapias con diálogos.	Alcaldía, psicólogo, un amigo, uno mismo, la familia
Diarreas	Mala higiene en la preparación de los	Desnutrición, se deshidrata la persona y causa la muerte	Más higiene en la vivienda, pozos sépticos, aseo	Familia, alcaldía y los vecinos.

	alimentos y en la vivienda, agua que no es potable		personal, mejoramiento de la vivienda	
Chagas	Presencia del pito y falta de capacitación	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A largo plazo, afecta el corazón ✓ El cansancio 	Fumigación en las casas, hacerse el examen y capacitación.	Secretaría de salud

DOMINIO: MEDIO AMBIENTE

PROBLEMA	CAUSA	EFEECTO	SOLUCIÓN	RESPONSABLE
<i>Agua:</i> se arroja a ríos y quebradas "basuras, deshechos de los animales, aguas negras. "Faltan filtros y no se cuidan los nacimientos de agua", no hay planta de tratamiento para que el agua sea pura	Falta de capacitación a la comunidad sobre los cuidados con el agua. Falta compromiso de la administración municipal. Faltan recursos para implementa la planta de tratamiento del agua	Contaminación del agua. Se van secando los nacimientos de agua Infecciones, parásitos, Desnutrición	Educación, construcción de pozo séptico donde no haya (parte alta), reforestar. Superación en campo	La administración Municipal y la comunidad
<i>Animales:</i> Falta organización para el encierro No cumplimiento de compromisos "Fumigación (casas) para combatir	No hay seguimiento en saneamiento ambiental. Falta destinar recursos por parte de la alcaldía	Se transmiten enfermedades como el chagas. Parásitos y desnutrición.	Programar actividades educativas para lograr compromiso con la comunidad. Educación a la población (ejemplos) Fumigación teniendo en	La administración Municipal y la comunidad

epidemias". No se fumiga			cuenta el clima.	
<i>Aire:</i> fumigaciones, mal reciclaje de las basuras, mal entierro de los animales (superficial).	Falta de educación y compromiso por parte de la comunidad. Falta de apoyo de la alcaldía	Malos olores, parásitos y desnutrición, daños a la tierra y contaminación del aire	Educación. Compromiso de a comunidad. Reciclar Basura. Crear comité para divulgar información	La administración municipal y la misma comunidad
<i>Basuras:</i> Se arrojan basuras a los nacimientos del agua, a campo abierto. Solo se recogen basuras en el pueblo, no en el campo. Mal reciclaje de las basuras	Falta de cumplimiento en los compromisos establecidos por parte de los encargados de la administración municipal, falta seguimiento, educación (capacitación), falta compromiso en saneamiento ambiental	Malos olores, parásitos y desnutrición. Presencia de moscas, contaminación del ambiente y del agua	Cumplir compromisos pactados con la comunidad. Educación y divulgación de la información. Seguimiento por parte del encargado de saneamiento	El técnico de saneamiento La administración Municipal. La comunidad

DOMINIO: COMPORTAMENTAL

PROBLEMA	CAUSA	EFEECTO	SOLUCIÓN	RESPONSABLE
Violencia intrafamiliar	Alcoholismo Machismo	Desintegración de la familia	Diálogo, educación	Psicólogo
Maltrato infantil y mental. Niños trabajan a temprana edad y no estudian	Falta de diálogo	Niños desorientados, problemas psicológicos	Educación	Psicólogo
Tabaquismo	Falta de orientación	Enfermedad	Educación	Alcaldía
Embarazos no	Falta de	Niños	Educación	Alcaldía

deseados y a temprana edad	educación	maltratados		
Alcoholismo y malos hábitos alimenticios	Falta de educación	Enfermedad	Educación	Alcaldía

NOTA: Los soportes de la presente actividad reposan en el archivo de la secretaria de desarrollo social del Municipio de Molagavita.

Capítulo 3

Definición de la Plataforma estratégica

3.1 VISIÓN DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD

El Municipio de Molagavita, será al inicio del año 2011, una comunidad que goce de mejores condiciones de Salud, con menor vulnerabilidad y desenlaces adversos de la enfermedad, enfrentando los retos del envejecimiento poblacional y transición demográfica; con equidad, calidad y eficiencia en la prestación de Servicios de Salud; mediante el cumplimiento de los indicadores de acuerdo con las metas dispuestas al inicio del cuatrienio.

3.2 MISIÓN DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD

El plan de Salud Territorial tiene como misión ser eficaz y eficiente en la prestación de los servicios de Salud; garantizando acciones de promoción de la Salud y la calidad de vida, prevención de la enfermedad, recuperación y superación de los daños en salud, vigilancia y gestión operativo; articulando efectivamente esfuerzos del sector Salud, cuyo fin primordial es el bienestar, la seguridad y desarrollo Integral de los habitantes del Municipio de Molagavita.

3.3 PROPÓSITO PLAN TERRITORIAL DE SALUD

Adaptar y adoptar la política Pública en Salud que garantice las condiciones para mejorar la Salud de la Población; 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.

Son propósitos del Plan Municipal de Salud Pública los siguientes:

- ✓ Mejorar el estado de salud de la comunidad de Molagavita.
- ✓ Evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad.
- ✓ Enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica.
- ✓ Disminuir las inequidades en salud de la comunidad de Molagavita.

3.4 ENFOQUES DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD

El Plan Territorial de Salud del Municipio de Molagavita se basó en los enfoque y principios previstos en el Plan Nacional de Salud Pública:

3.4.1 El enfoque poblacional

Son las intervenciones en salud simples o combinadas dirigidas a la población en general que buscan modificar los riesgos acumulados a través de cada uno de los momentos del ciclo vital, que a largo plazo incrementan la carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad futura.

3.4.2 El enfoque de determinantes

Plantea que los resultados en salud de los individuos, grupos y colectividades, dependen de la interacción de cuatro factores, el ambiente, el comportamiento humano, la herencia y la respuesta de los servicios de salud. Por lo tanto, este abordaje pretende intervenir aquellos factores que por su naturaleza son modificables.

Determinantes individuales

- ✓ Biología (genética)
- ✓ Comportamiento (incluye actitudes, practicas y hábitos relacionadas con el estilo de vida)

Determinantes ambientales

- ✓ Ambiente Físico
- ✓ Ambiente Social
- ✓ Ambiente Económico
- ✓ Ambiente Político
- ✓ Políticas públicas que protejan a la población
- ✓ Ambiente Cultural

Determinantes de los servicios sociales

- ✓ De los servicios de salud. Acceso equitativo a atención en salud efectiva y con calidad.
- ✓ Otros servicios sociales. Las políticas e intervenciones intersectoriales que afectan la salud.

3.4.3 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 los riesgos para evitar desenlaces

adversos, teniendo en cuenta que estos no ocurren al azar sino que son predecibles y modificables con el concurso de los actores de salud, otros sectores comprometidos y comunidad.

Para anticipar la probabilidad o identificar la amenaza de enfermar o morir prematuramente, se identifican los efectos de los determinantes de la salud sobre la población y se calculan las interacciones de los determinantes entre sí (factores protectores vs. factores nocivos o de riesgo). Teniendo en cuenta las preferencias y particularidades culturales de las comunidades, se determina un conjunto de intervenciones que modificarán los determinantes. Estas iniciativas de intervención deben ser expresadas mediante políticas públicas intersectoriales de promoción, protección, recuperación y gestión integral de las funciones esenciales en salud pública.

3.5 PRINCIPIOS DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD

Equidad:

El Estado garantiza “igual acceso a la promoción, protección y recuperación de la salud en igualdad de oportunidades e igual calidad en la prestación de los servicios individuales y colectivos de acuerdo a las necesidades de la población, teniendo en cuenta el reconocimiento de las diferencias.

Calidad:

El Estado, los particulares y los individuos protegerán la salud pública mediante el desarrollo del sistema obligatorio de garantías de la calidad de bienes, servicios, información y publicidad que ofrecen y prestan a la comunidad hacia la garantía de la calidad de los servicios colectivos y el cuidado en los estilos de vida.

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, protección y restauración con oportunidad, calidad y suficiencia.

Responsabilidad:

El Estado, todas las personas naturales y jurídicas deberán asegurar el acceso a los servicios con calidad, oportunidad, eficiencia, equidad. Todos los actores deben asumir sus compromisos y competencias.

Respeto por la diversidad cultural y étnica:

El estado garantiza que a las comunidades étnicas, se les respeten sus costumbres, creencias y saberes frente a la promoción, protección y restauración de su salud y la de su comunidad, teniendo corresponsabilidad para que ellas mismas desarrollen sus propios planes y programas de salud de acuerdo a sus usos, entre otros.

Intersectorialidad:

Entendida como un trabajo coordinado entre los sectores e instituciones para el control de los determinantes que afectan la salud de la población, con apropiación de recursos: económicos, humanos, físicos y tecnológicos; y no como un mismo trabajo llevado a cabo por diferentes instituciones de cada sector.

Concurrencia:

Las instituciones estatales deberán concurrir con recursos económicos, humanos, físicos y tecnológicos de manera efectiva para el mejoramiento de la salud pública de la población.

Complementariedad:

Las acciones del Plan Nacional de Salud Pública articulan las acciones de salud pública de los planes de beneficio del Sistema General de Seguridad Social y las vinculan con las acciones que adelantan los sectores como ambiente, agricultura, educación, comercio, comunicación, cultura y deporte, empresarial, seguridad y transporte.

Territorialidad: es el ámbito de acción del Plan, se define como un espacio delimitado y diferenciado por poblaciones que expresan sus propias dinámicas, con condiciones de vida y necesidades sociales, autonomía y capacidad de decisión.

3.6 LINEAMIENTOS DE POLÍTICA

Líneas de políticas

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 los riesgos para la salud de la población, recuperación de los daños en salud y gestión integral de competencias y funciones en salud pública.

Al interior de cada una de ellas se desarrollan las estrategias propuestas bajo los enfoques que adopta el plan, logrando de esta forma alcanzar las metas definidas para el año 2010.

3.6.1 Promoción de la salud y calidad de vida

Es el conjunto de procesos, estrategias, procedimientos, intervenciones y actividades del Estado y todas las personas naturales y jurídicas del territorio nacional, departamental, distrital y municipal que buscan facilitar los medios y mecanismos para que las personas e individuos transformen los comportamientos individuales y grupales y las condiciones del entorno y de los servicios que afectan la salud y calidad de vida. 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.

Requieren el desarrollo de estrategias intersectoriales, de empoderamiento social, de movilización social y política, con el fin de modificar los determinantes de la salud, reducir las inequidades y mejorar la calidad de vida.

El objetivo es fomentar las capacidades humanas y generar en las comunidades e individuos las oportunidades para que sean capaces de identificar y satisfacer sus necesidades, cambiar o adaptarse al medio ambiente, asumir estilos de vida que reduzcan su vulnerabilidad y a exigir a las autoridades responsabilidad para la mejoría de las condiciones del entorno a fin de facilitar el desarrollo de una “cultura de la salud con calidad de vida”.

3.6.2 Protección de los riesgos para la salud de la población

Es el conjunto de procesos, estrategias, procedimientos, intervenciones y actividades del Estado y todas las personas naturales y jurídicas del territorio nacional, departamental, distrital y municipal que buscan 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 daño 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.

Esta línea garantizará de manera integral la protección individual y familiar por ciclo vital y para los grupos de enfermedades incluidas en el plan obligatorio de salud del régimen contributivo, subsidiado, clasificados como: Grupo I (enfermedades transmisibles, afecciones maternas y perinatales, y carencias nutricionales); Grupo II (enfermedades no transmisibles) y Grupo III (lesiones de causa externa y violencia), mediante el desarrollo de acciones en todos los niveles de atención de: promoción de la salud, detección temprana, protección específica de los factores de riesgo individuales y familiares que incidan sobre los determinantes (biológicos y del comportamiento) y atención en salud (sin barreras y prestación con calidad) y la atención de urgencias y emergencias y desastres.

3.6.3 Recuperación de los daños en la salud de las poblaciones

Es el conjunto de procesos, estrategias, procedimientos, intervenciones y actividades definidos en el plan obligatorio de salud que buscan recuperar la salud y superar los daños ocurridos en las poblaciones e individuos, mediante el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las lesiones y secuelas causadas por las enfermedades y traumatismos y el acceso a redes de protección.

Involucra acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria para recuperar la salud y superar los daños en todos los niveles de complejidad. Expresan la necesidad de fortalecer las intervenciones de promoción en salud y prevención primaria y exigen la corresponsabilidad en el manejo del daño entre el usuario y el Estado en la entidad promotora de salud del régimen contributivo, subsidiado y regímenes especiales.

Esta política demanda de la autoridad sanitaria y de los particulares una permanente evaluación del acceso, oportunidad, calidad, pertinencia de los servicios de salud y satisfacción de los usuarios.

3.6.4 Gestión integral de competencias y funciones en salud pública

La gestión integral en salud pública es el eje central de integración, coordinación y articulación de las competencias y funciones en salud pública en el ámbito territorial e institucional público, privado y comunitario. Debe propiciar escenarios de gestión para apoyar el ejercicio de rectoría y gobernabilidad del sector salud, mejorando 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, protección y recuperación.

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.

Se apoyará 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

Articulará procesos de planeación, seguimiento y evaluación de las competencias de salud pública colectivas e individuales y los mecanismos de control de la gestión con calidad, y seguimiento para el logro de las metas en salud pública definidas en el Plan Nacional de Salud Pública.

Promoverá el liderazgo y la autonomía de las direcciones territoriales de salud, los demás actores institucionales y las redes locales para fortalecer la capacidad de la autoridad sanitaria territorial en el desempeño de las competencias de salud.

3.7 ESTRATEGIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS EN SALUD

3.7.1 Estrategias de Promoción de la salud y 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.

3.7.2 Estrategias de Prevención de los riesgos

A cargo de las entidades territoriales:

- a) Formulación, desarrollo y evaluación de políticas públicas de prevención de los riesgos biológicos, del consumo, del comportamiento, del medio ambiente, laborales, sanitarios 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.

3.7.3 Estrategias de Recuperación y superación de los daños en 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 contrarreferencia, 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.

3.7.4 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.

3.7.5 Estrategias de Gestión integral para el desarrollo del Plan

A cargo de la Nación y de las entidades territoriales:

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

3.8 PRIORIDADES Y METAS NACIONALES

3.8.1 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.

1. La 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 2004).
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 2005).
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).

2. La salud sexual y reproductiva.

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 2004).
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 2005).
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).

3. 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. La salud mental y las lesiones violentas evitables.

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).

5. 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 2004).
6. Reducir los casos de mortalidad por dengue en un 30% a 49 casos para el 2010 (Línea de base: 70 muertes. Fuente: DANE 2004).

6. Las enfermedades crónicas no transmisibles.

Metas nacionales en enfermedades no transmisibles y discapacidades

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 2005).
6. Reducir los casos de mortalidad por malaria a 60 casos para el 2010 (Línea de base: 119 muertes. Fuente: DANE 2004).
7. Reducir los casos de mortalidad por dengue en un 30% a 49 casos para el 2010 (Línea de base: 70 muertes. Fuente: DANE 2004).

7. La 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).

8. La seguridad sanitaria y del ambiente.

Metas nacionales en seguridad sanitaria y del ambiente.

1. Implementar la política de salud ambiental en las entidades territoriales (Línea de base: por desarrollar).
2. Ampliar la cobertura de vigilancia de calidad del agua al 100% de los municipios 4, 5 y 6 (Línea de base: por desarrollar).

9. La seguridad en el trabajo y 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).

10. La gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

Metas nacionales en fortalecimiento de gestión

1. Crear en el 100% de los departamentos, distritos y municipios un mecanismo de coordinación y articulación de los actores sociales, institucionales y comunitarios para el logro de las políticas, objetivos y metas del Plan Nacional de Salud Pública de conformidad con las particularidades étnicas y culturales.
2. Fortalecer la regulación y fiscalización de las acciones de salud en el 100% de los departamentos, distritos y municipios.
3. Lograr el aseguramiento universal y la financiación del plan obligatorio de salud - POS.
4. Fortalecer la gestión integral en salud para la implementación y desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud - SOGCS en el 100% de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

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

3.9 EJES PROGRAMÁTICOS

3.9.1 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) Interventoría de los contratos del Régimen Subsidiado.
- i) Vigilancia y control del aseguramiento.

3.9.2 Prestación y desarrollo de los 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.

3.9.3 Salud pública

Incluye las siguientes áreas subprogramáticas de carácter individual y colectivo:

- 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.

3.9.4 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 dirigidas 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.

3.9.5 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.

3.9.6 Emergencias y desastres

Comprende las siguientes áreas subprogramáticas:

- 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.

Capítulo 4. PROYECTOS



4.1 PROGRAMA 1. ASEGURAMIENTO EN SALUD

DESCRIPCION DEL EJE:

La cobertura de aseguramiento según datos entregados por la Secretaria de Salud Departamental en el Régimen de Aseguramiento de la población nivel I, II, y III del sisben corresponde a 95,52%, con un total de personas aseguradas en el Régimen contributivo de 159 personas, en el Régimen Subsidiado (el total de esta población tiene Subsidios Plenos) nivel I y II. Como se puede observar existe inconsistencia en la información reportada por la Secretaria de Salud Departamental con la disponible en el nivel Municipal; dato que debe ajustado acorde a una revisión y depuración de la base de datos. La EPSS de influencia en el Municipio es COMPARTA, la cual garantiza la prestación de servicios mediante contratos suscritos con la red pública; empresa vigilada por la Secretaria de Desarrollo Social, mediante la contratación de las interventorias con una empresa privada; cumpliendo así con las competencias según normatividad legal.

OBJETIVO:

Lograr el funcionamiento adecuado del régimen subsidiado a nivel municipal acorde con las exigencias de ley garantizando la prestación de los servicios con calidad y la utilización de los recursos en forma eficiente.

Meta de Resultado Cuatrienio (2008-2011)

Lograr cobertura de aseguramiento al sistema general de seguridad social en Salud en el 100% de la población de niveles 1,2 y 3 del Sisben

Línea de base: 95,52% cobertura

Indicador de Resultado

% población niveles 1, 2 y 3 asegurada en Salud

Metas de Producto Cuatrienio (2008-2011)

Área Subprogramática 1.1. Promoción de la afiliación al SGSSS

1). Realizar campañas para promover la afiliación al SGSSS

Indicador para verificar el logro: estrategias implementadas para mantener asegurada el 100% de la población

Descripción De las actividades

- ❖ Realizar campañas (Con ayuda de medios masivos de comunicación para dar a conocer a la comunidad en general los pasos obligatorios para la afiliación al SGSSS

Indicador de Producto: III Trimestre y IV Trimestre: 1 Campaña por cada trimestre.

Área Subprogramática 1.2. Identificación y priorización de la población a afiliar al RSS

- 2). Identificar y priorizar la población pobre y vulnerable niveles 1,2 y 3 del sisben.
Indicador para verificar el logro: N° Población priorizada Base de datos

Descripción De las actividades

- ❖ Aplicar los criterios de priorización que establece la normatividad vigente a los listados de población pobre no asegurada

Indicador de Producto: III Trimestre: Base de datos actualizada.; **IV Trimestre:** Base de datos actualizada.

Área Subprogramática 1.3. Gestión y utilización eficiente de los cupos en el Régimen Subsidiado

- 3). Depurar las bases de datos del régimen subsidiado.
Indicador para verificar el logro: N° de Resoluciones Realizadas o actas de depuración realizadas

Descripción De las actividades

- ❖ Aactualización de la base de datos mediante resolución o actas de depuración y reportes mensuales a la secretaria de salud departamental

Indicador de Producto III y IV Trimestre: Elaboración de actas de depuración o resoluciones.

Área Subprogramática 1.4. Adecuación tecnológica y del recurso humano para la gestión de la afiliación

- 4) 100% de recurso humano capacitado
Indicador para verificar el logro: capacitaciones realizadas/ capacitaciones programadas (programa de capacitación continua).

Descripción De las actividades

- ❖ Realizar un mantenimiento preventivo semestral al recurso informático
Indicador de Producto: IV Trimestre: 1 mantenimiento.

- 5) Sistemas de información operando adecuadamente
Indicador para verificar el logro: numero de mantenimientos preventivos realizados a los equipos.

Descripción De las actividades

- ❖ Se realizara una capacitación mínimo cada 6 meses a la persona responsable del manejo de la base de datos
Indicador de Producto: IV Trimestre: 1 capacitación.

Área Subprogramática 1.5. Celebración de contratos de aseguramiento

- 6). Contrato con todos los requerimientos, procesos de protocolización
Indicador para verificar el logro: contratos protocolizados y operando

Descripción De las actividades

- ❖ Se tendrán previamente los requisitos listos para la firma del contrato con la EPS-S para así aligerar dichos tramites y poner las menores trabas posibles a la población usuaria.
Indicador de Producto: IV Trimestre: firma a tiempo de contrato con EPS-S

Área Subprogramática 1.6. Gestión financiera del giro de recursos

- 7). Cumplir a cabalidad con los plazos establecidos por la normatividad vigente respecto al giro de recursos
Indicador para verificar el logro: numero de pagos realizados a tiempo según normatividad vigente/total de pagos realizados *100

Descripción De las actividades

- ❖ Realizar el giro por anticipado el monto correspondiente según modo de contratación a la EPS-S
Indicador de Producto: III Trimestre: Pagos bimensuales anticipados a la EPS-S; **IV Trimestre:** Pagos bimensuales anticipados a la EPS-S

Área Subprogramática 1.7. Interventoría de contratos del Régimen Subsidiado y Proyecto

- 8). Realizar interventoría bimestral al 100% de los contratos del régimen subsidiado
Indicador para verificar el logro: Informes de interventoría bimensual entregados

Descripción De las actividades

- ❖ Elaborar informe de interventoría bimestral de los contratos del régimen subsidiado

Indicador de Producto: III Trimestre: Informes bimensuales; **IV Trimestre:** Informes bimensuales

Área Subprogramática 1.8. Vigilancia y control del aseguramiento

- 9). Mejorar en las aseguradoras del rs el proceso de carnetización y novedades
Indicador para verificar el logro: 100% de cumplimiento del proceso carnetización y novedades

Descripción De las actividades

- ❖ Se evaluara mensualmente si la EPS-s reporta las novedades notificadas por el municipio.

Indicador de Producto: III Trimestre: Reporte a la EPS-s de la validación de novedades; **IV Trimestre:** Reporte a la EPS-s de la validación de novedades.

4.2 PROGRAMA 2. PRESTACIÓN Y DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

DESCRIPCIÓN DEL EJE:

El objetivo de la ESE ha sido garantizar el acceso, calidad y oportunidad de la atención, así como también mantener el equilibrio financiero, buscando articular la red de prestadora de servicios públicos con los niveles II y III, y generación de eficiencia en la prestación de los servicios de salud a la población de Molagavita.

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

Además, establece tres ejes:

- En el eje de acceso, se destacan las estrategias de consolidación de las redes de prestación de servicios de salud, el mejoramiento de la capacidad resolutoria en la prestación de servicios de baja complejidad y de urgencias, y el aumento de cobertura de aseguramiento a la población pobre y vulnerable.
- El eje de calidad está 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.

Mediante Acuerdo municipal 092 de Diciembre 02 de 2007, se Transformó la Institución prestadora de servicios de salud (IPS) de Molagavita en Empresa Social del Estado (ESE) de Molagavita, en cumplimiento de la Ley 1122 de 2007.

La capacidad institucional y administrativa en salud, está representada en la ESE centro de salud ubicado en el casco urbano del Municipio que brinda los servicios al 100% de la población del Municipio. Esta entidad presenta una capacidad de realizar procedimientos de primer nivel, cuenta con: Médicos (2) , Fisioterapeuta (1), Auxiliar de Enfermería (4), Jefe de Enfermeras 1, Técnico de saneamiento Departamento (1), Promotor de salud (3), Bacteriólogos 1, Odontólogos 1, Auxiliar de farmacia 1; personal de Salud contratado tiempo completo.

OBJETIVO:

Coordinar la prestación de servicios de salud con calidad, de acuerdo con las necesidades de la población beneficiaria.

Metas de Resultado Cuatrienio (2008-2011)

Integrar y poner en funcionamiento la red de prestadores de servicios de salud

Indicador de Resultado: Red de prestadores de servicios de salud operando.

Metas de Producto Cuatrienio (2008-2011)

Área Subprogramática 2.1. Mejoramiento de la accesibilidad de los servicios de salud

1). Garantizar en el 100% la accesibilidad y oportunidad, en condiciones de igualdad y calidad del portafolio de servicios para toda la población

Indicador para verificar el logro: N° de usuarios no atendidos/N° de usuarios que demandan

Descripción de las Actividades

- ❖ Verificar la oportunidad de la atención en la prestación del servicio de salud a los usuarios autorizados

Indicador de Producto: III Trimestre: Aplicación de instrumentos de evaluación;
IV Trimestre: Aplicación de instrumentos de evaluación.

2). Vigilar la implementación y mantener programas especiales de atención a la niñez y adolescencia. AIEPI, IAMI, y servicios amigables para adolescentes

Indicador para verificar el logro: Programas funcionando

Descripción de las Actividades

- ❖ Coordinar las actividades de capacitación para la implementación de los programas IAMI AIEPI y servicios amigables para adolescentes según plan Dptal.

Indicador de Producto: III Trimestre: N° de capacitaciones asistidas/N° de reuniones ofrecidas; **IV Trimestre:** N° de capacitaciones asistidas/N° de reuniones ofrecidas

Descripción de las Actividades

- ❖ Realización de brigadas de salud por parte de la ESE Municipal, con el fin de reactivar los puestos de salud veredales y optimizar el acceso de la población a los servicios de salud

Indicador de Producto: III Trimestre: 2 brigadas de salud realizadas; IV Trimestre: 2 brigadas de salud realizadas

Área Subprogramática 2.2. Mejoramiento de la calidad de la atención y Proyecto

- 3). Cumplimiento de los estándares mínimos de calidad según resolución 1043 de 2006

Indicador para verificar el logro: numero de estándares cumplidos según resolución 1043 de 2006/ sobre total de estándares *100

Descripción de las Actividades

- ❖ Implementar y cumplir el Plan de Mejoramiento Continuo de Auditoria para la Calidad en la ESE Publica

Indicador de Producto: III Trimestre: Numero de estándares cumplidos según resolución 1043 de 2006 / total de estándares *100; IV Trimestre: Numero de estándares cumplidos según resolución 1043 de 2006 / total de estándares *100

Área Subprogramática 2.3 Mejoramiento de la eficiencia en la prestación de servicios de salud y sostenibilidad financiera de las IPS públicas

- 4). Lograr la autosostenibilidad de ESE publica

Indicador para verificar el logro: cero déficit anualmente de la ese centro de salud de Molagavita.

Descripción de las Actividades

- ❖ Vigilar el uso adecuado de los recursos financieros de la ESE Publica Municipal

Indicador de Producto: III Trimestre: Evaluación del déficit al finalizar el año; IV Trimestre: Evaluación del déficit al finalizar el año

4.3 PROGRAMA 3. SALUD PÚBLICA

DESCRIPCIÓN DEL EJE:

Este eje programático tiene como objetivo mejorar la Salud de la población del Municipio mediante la ejecución de acciones individuales, colectivas, de vigilancia y Control; impactando en los factores ambiental del comportamiento humano, la herencia y la respuestas de los servicios de Salud.

Los objetivos de las prioridades en salud son respuesta a las necesidades del Municipio 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.

- ✓ La salud infantil.
- ✓ La salud sexual y reproductiva.
- ✓ La salud mental y las lesiones violentas evitables.
- ✓ Las enfermedades transmisibles.
- ✓ Las enfermedades crónicas no transmisibles
- ✓ La nutrición.

OBJETIVO DEL EJE:

Mejorar la Salud de la población del Municipio mediante la ejecución de acciones individuales, colectivas, de vigilancia y Control; impactando en los factores ambiental del comportamiento humano, la herencia y la respuestas de los servicios de Salud.

PROYECTOS:

► PROYECTO SALUD INFANTIL MUNICIPIO DE MOLAGAVITA

1. Reducción de enfermedades inmunoprevenibles de la infancia – Plan ampliado de inmunizaciones - PAI
2. Atención integral de enfermedades prevalentes de la infancia – AIEPI
3. Instituciones amigas de la mujer y la infancia - IAMI

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA O NECESIDAD:

El niño y la niña son seres humanos únicos e irrepetibles, capaces de generar sentimientos de amor y ternura que nos motivan a la búsqueda constante de una mejor manera de protegerlos con el fin de verlos crecer sanos y felices, condición indispensable para convertirse en adultos saludables, adaptados y reproductivos.

Los niños crecen y se desarrollan de acuerdo a su potencial biológico, su dinámica interna y con el aporte del medio externo. Este proceso no transcurre de forma lineal pues hay variables y condicionantes que rigen cada etapa de su vida, siendo rápido en los primeros cinco años, periodo en el cual hay continuos avances en su madurez física, psicomotora, emocional y social. Estos logros son determinantes de sus condiciones de salud, del desarrollo de su autonomía y de la formación de su personalidad. Es al mismo tiempo una etapa de gran vulnerabilidad, de grandes necesidades, de retos y de exigencias en la consecución de las metas del crecimiento y desarrollo, que deben ser reconocidas y satisfechas por su entorno, padres, cuidadores y autoridades que deben salvaguardar su potencial de desarrollo biosicosocial.

La protección y defensa de los derechos y deberes del niño están consagrados en la carta de las Naciones Unidas y elevados a rango constitucional en la carta política colombiana de 1991, en su artículo 44; dando prevalencia sobre los derechos de los demás, pero debido a múltiples causas sociales, económicas, culturales y políticas, entre otras, siguen siendo los niños menores de cinco años víctimas mortales de enfermedades prevenibles y curables a tiempo.

En la evaluación de avances en la iniciativa niños sanos: En la meta de 2002, se anota con preocupación: "...cada año en las Américas, mas de doscientos cincuenta mil niños mueren antes de los cinco años por enfermedades que podrían prevenirse fácilmente. Estas muertes ocurren principalmente por diarrea, neumonía, desnutrición, y otras enfermedades prevenibles por vacunación, siendo en la zona rural la más afectada en la etapa postnatal y entre los primeros cinco años de vida.

Además de los problemas de salud en la niñez. Según la ENDS, EN 1997 las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas ocuparon el primero y segundo lugar como causas de morbilidad. Los niños más afectados de tos estaban entre los seis y treinta y cinco meses y los más afectados de diarrea entre los seis y los once meses. Estas enfermedades son también la causa de 60 a 80% de las consultas pediátricas en los servicios de salud y de 40 a 60% de las hospitalizaciones de niños menores de cinco años. Esta situación ocurre en todos los países de América Latina y el Caribe, pero es mas seria en países donde las tasas de mortalidad infantil "superan 40 muertes por mil nacidos vivos."

En nuestro país según el perfil de salud (OPS-OMS- Actualización 2001) "La mortalidad por enfermedades transmisibles era tres veces mayor en las áreas en las cuales entre 90 y 100% de la población tiene necesidades básicas insatisfechas (NBI), comparada con las áreas en las cuales el porcentaje de población NBI era menor del 20%.

Según la encuesta nacional de demografía y salud (ENDS), entre 1995 y 2000, la tasa de mortalidad infantil fue de 21 por mil, la mortalidad neonatal 15 por mil y la

mortalidad durante los primeros cinco años 25 por mil, mostrando las mas altas tasas la zona rural.

El estado nutricional de los niños y las niñas está estrechamente relacionado con la morbimortalidad. Según la ENDS, la prevalencia de la desnutrición crónica en el año 2000 era del 14% en menores de cinco años, siendo el grupo más afectado los niños de 12 a 23 meses de edad.

Además de los casos específicos, hay en Colombia problemas tales como la orfandad a causa de los conflictos armados, la participación de los niños en estos conflictos y el trabajo infantil que afectan a al salud de los niños.

Entre las razones mas importantes están la falta de acceso a información la falta de acceso en la información y a servicios de salud por barreras geográficas, sociales, económicas y culturales. La falta de conocimiento de los signos de alarma y medidas de prevención, limitan también la posibilidad de los padres para buscar una ayuda oportuna.

En el Municipio de Molagavita en los últimos años no se reporta mortalidad de menores de 5 años por causas prevenibles; sin embargo, es un compromiso del gobierno Municipal, actores del sistema, comunidad, familia y cuidadores; brindar asistencia a nuestros niños para garantizar el cumplimiento de la meta de aportar 0 casos de mortalidad en los menores de 5 años.

JUSTIFICACIÓN

Con base en hallazgos técnicos actualizados, se ha elaborado una descripción de la forma de atender a los niños desde el nacimiento hasta los dos meses de vida, mediante una serie de normas específicas para cada enfermedad, complementado con materiales de capacitación para enseñar al médico que atiende niños, el proceso de atención integrada.

1. PLAN AMPLIADO DE INMUNIZACIONES – PAI

La vacunación no es un fin en sí mismo; debe lograr la inmunidad y en última instancia, reducir la morbilidad y el número de muertes ocasionadas por la enfermedad. Cuando se sustituye la inmunidad adquirida naturalmente por la inmunidad que ofrece la vacuna, el efecto epidemiológico sobre el patrón de comportamiento de la enfermedad dependerá de la tasa de cobertura de vacunación por ello la cobertura vacunal es el indicador usado para medir el nivel de inmunidad de la población.

El principal objetivo de las jornadas de vacunación es favorecer la población infantil a nivel nacional y Municipal, recuperando y manteniendo coberturas de vacunación de los niños menores de 1 año que han dejado de recibir sus vacunas y captar los

niños que no lograron finalizar sus esquemas de vacunación en los últimos cinco años; de esta manera se logrará disminuir cada vez más la cohorte de susceptibles de años anteriores.

El fortalecimiento en la lucha por la erradicación, eliminación y control de las enfermedades inmunoprevenibles de la infancia

2. ATENCIÓN INTEGRAL A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA - AIEPI

La cual ha demostrado ser efectiva, de bajo costo y tiene como objetivo primordial mejorar la calidad de la salud infantil en los establecimientos de la red pública y en la comunidad.

La estrategia tiene como propósitos

- Reducir la mortalidad y la morbilidad asociadas a las principales causas de enfermedad en los menores de cinco años (Infección respiratoria aguda- IRA-, Enfermedades Diarreicas agudas -EDA-, desnutrición, dengue, malaria, enfermedades inmunoprevenibles y maltrato infantil);
- Mejorar la calidad de la atención que se brinda a los niños y niñas en los servicios de salud.
- Promover y apoyar practicas familiares y comunitarias para la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo infantil, tanto en los establecimientos de salud como en el hogar.

La estrategia que puede ser ejecutado por profesionales de la salud, pediatras, médicos, enfermeras; así como los cuidadores de niños y niñas menores de cinco años; a través de intervenciones sencillas de salud publica como medidas de promoción y prevención, atención oportuna e integrada, que incidirán en la “reducción de la carga de enfermedad y discapacidad, en la población, contribuyendo a un crecimiento y desarrollo saludables durante los primeros cinco años de vida”.

Todos estos beneficios de la estrategia se ven reflejados en la evaluación de las cifras de mortalidad en menores de cinco años, mostrando un importante impacto en la velocidad de descenso del numero total de muertes de menores de cinco años y, entre ellas, de defunciones debidas a las causas objeto de la estrategia AIEPI. En el primer año de la iniciativa Niños Sanos: la meta de 2002, en el número de muertes de menores de cinco años se redujo en más de 30.000, y esto representó un descenso de más del 6% anual. La mayor parte de este descenso se produjo gracias a la importante disminución de la mortalidad por las causas objeto de la estrategia AIEPI, que mostró una disminución de más del 15% anual.

En los doce países que implementaron la AIEPI entre 1996 y 1998, la tasa de mortalidad por diarrea se redujo en 44%. Ambos descensos fueron superiores a del total regional, que fue del 39% en ambos casos.

La Atención integradas a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), es considerada en la actualidad la principal intervención disponible para mejorar las condiciones de salud de la infancia en los países en desarrollo. Además de representar un instrumento útil para la detección precoz y tratamiento efectivo de las principales enfermedades que afectan la salud de los menores de cinco años, contribuye a mejorar los conocimientos y las practica de las familias para la prevención de enfermedades y la promoción de al salud. De esta forma, su aplicación en los servicios de salud y en la comunidad puede producir un importante impacto en términos de la reducción del numero de muertes en la infancia, en la disminución del numero y gravedad de enfermedades que afecta a este grupo de edad, y en las condiciones nutricionales y de desarrollo de los menores de cinco años.

AIEPI se propone ser implementada en tres componentes básicos: Gestión de los servicios de salud (mejorar la organización y gestión de los servicios); clínico (mejorar los conocimientos y habilidades del personal de salud) y, comunitario (promover practicas familiares clave). Ha incluido medidas de promoción, prevención, diagnostico precoz y tratamiento de las enfermedades y problemas mas frecuentes en la infancia. La estrategia pretende sensibilizar, concertar, capacitar, hacer seguimiento, brindar información, fortalecer la educación y la comunicación.

3. INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA IAMI: LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna ofrece una serie de beneficios y ventajas tanto para el niño o la niña como para la madre y su familia, que deben tenerse en cuenta a la hora de iniciar esta práctica.

Los niños amamantados tienen menos riegos de presentar obesidad, diabetes juvenil, alergias e infecciones por sus propiedades inmunológicas, además favorece la salud bucal. La recomendación para la lactancia materna según las Guías Alimentarías para la población menor de dos años es que sea exclusiva hasta los seis meses y con alimentación complementaria hasta los dos años.

Los resultados obtenidos en el departamento de Santander, según estudios, se observa que el 89.19% de niños menores de 6 meses recibieron lactancia materna y se hizo exclusivamente solo en el 10.61%; siendo aún esta cifra muy baja. El 4.05% no recibió lactancia materna; la duración media de la lactancia materna reportada en esta investigación es de 4.61 meses comparado con el estudio FES de 1991 que fue de 5.9 meses.

Al indagar a las madres de los niños menores de dos años de edad acerca de la inclusión de bebidas distintas al calostro y la lecha materna durante los primeros días después del nacimiento se obtuvo que el 64.79% le había suministrado leche en polvo, el 12.68% agua y el 7.04% agua con azúcar.

Al 61.51% de los encuestados menores de dos años, aún se les estaba dando leche materna; 13.94% de las madres manifestaron haber presentado algún problema para amamantar siendo los más frecuentes la mastitis en un 42.86% y problemas relacionados con pezón en un 23.81%

RELACIÓN DE COSTOS DEL PROYECTO Y FUENTES DE FINANCIACIÓN: El total presupuestado para este proyecto es: \$8.550.000.00 S.G.P.

TIEMPO DE EJECUCIÓN: Vigencia 2.008

SECTORES INVOLUCRADOS: Alcaldía Municipal, ESE, EPS, EPSS, Sector Educación, Comité Salud Infantil, ICBF, Comisaría de Familia, Sector Agropecuario.

POBLACIÓN OBJETO: Niños y Niñas menores de 1 año, susceptibles de 4 años, Mujeres en edad fértil, Mujeres Embarazadas.

META DE RESULTADO CUATRIENIO (2008-2011)

Mantener la tasa de mortalidad infantil en menores de 1 año y 1 a 5 años en cero

LÍNEA DE BASE: 0

INDICADOR DE RESULTADO:

Número de muertes en menores de un año / total de nacidos vivos (por 1000) y tasa mortalidad < 5 años por 100.000 menores de 5 años

METAS DE PRODUCTO CUATRIENIO (2008-2011)

Área Subprogramática 3.1. Acciones de Promoción de la salud y calidad de vida

- 1) Conformación del comité de coordinación y articulación intersectorial de acciones de salud infantil en el Municipio
Indicador para verificar el logro: Comité de salud infantil conformado y operando en el municipio.

Descripción de las Actividades

- ❖ Conformación del comité de infancia mediante acto administrativo, por los principales actores de Salud: ESE, EPS, EPSS, Municipio, saneamiento ambiental y Organizaciones del ámbito comunitario, comunidad educativa, ICBF, personería, policía comunitaria, parroquia y formulación ejecución, evaluación del plan municipal de salud infantil, incluyendo las practicas familiares de acuerdo al diagnostico local de infancia Se invitaran las instituciones pertinentes para el desarrollo de reuniones bimensuales en las cuales se formularan planes de desarrollo ante las problemáticas tratadas

Indicador de Producto: III Trimestre: 3 reuniones; **IV Trimestre:** 3 reuniones.

- 2) Diseño y divulgación de la política pública de infancia
Indicador para verificar el logro: política Municipal Difundida

Descripción de las Actividades

- ❖ Diseño y divulgación de la política pública de infancia
Indicador de Producto: IV Trimestre: Política divulgada mediante cuñas radiales, volantes y afiches.

- 3) Estrategia AIEPI de gestión local implementada en el municipio
Indicador para verificar el logro: AIEPI de gestión local y comunitario implementado

Descripción de las Actividades

- ❖ Capacitar a los entes encargados de la Salud Municipal (ARS, SSM,ESE, Policía y Educación) sobre la Estrategia AIEPI LOCAL, su implementación y avances dentro de la ESE. (2 capacitaciones)

Indicador de Producto: IV Trimestre: Realizar 1 capacitación a las EPS_S, SSM, ESE, POLICIA Y EDUCADORES presentando como soportes listado de asistencias

- ÷ Capacitación y Actualización a los Médicos, Enfermera y Auxiliares sobre el manejo del AIEPI (Manejo de la Historia, Medicamento, Preconsulta, consulta y postconsulta) (1 Capacitación)

Indicador de Producto: III Trimestre: 1 Capacitación

- 4) Promoción de la estrategia de vacunación sin barreras en las ESE publica del municipio.

Indicador para verificar el logro: ESE publica del municipio que aplica la estrategia de Vacunación sin barreras en el Municipio

Descripción de las Actividades

- ❖ Se realizara capacitación y monitoreo continua a la población urbana y rural con respecto al PAI.

Indicador de Producto: III Trimestre: monitoreos mensuales; **IV Trimestre:** monitoreos mensuales.

Área Subprogramática 3.2. Acciones de Prevención de los riesgos, recuperación y superación de los daños

- 5) Lograr que todos los niños y niñas del Municipio, menores de 5 años, tengan esquema básico de vacunación con todos los biológicos de acuerdo a la edad y mantener y lograr en el municipio coberturas de vacunación contra NEUMOCOCO y ROTAVIRUS en población priorizada según lineamientos PAI
Indicador para verificar el logro: Cobertura del 95% de niños con esquema completo de todos los biológicos para la edad y NEUMOCOCO-ROTAVIRUS

Descripción de las Actividades

- ❖ Una vez nace un niño con peso menor a 2500 gr se notifica y se realiza el respectivo seguimiento
Indicador de Producto: III Trimestre: numero de recién nacidos con peso <2500 gr vacunados contra neumococo y rotavirus/total de recién nacidos con peso <2500 gr*100; **IV Trimestre:** numero de recién nacidos con peso <2500 gr vacunados contra neumococo y rotavirus/total de recién nacidos con peso <2500 gr*100
 - ❖ Se programan 2 jornadas de vacunación a nivel nacional y una a nivel municipal para ponerse al día con las coberturas de vacunación
Indicador de Producto: III Trimestre: jornadas realizadas; **IV Trimestre:** jornadas realizadas
 - ❖ Mediante afiches, boletines, cuñas y programas radiales
Indicador de Producto: III Trimestre: certificación de cuñas y programas radiales, boletines y afiches; **IV Trimestre:** certificación de cuñas y programas radiales, boletines y afiches.
- 6) Garantizar la calidad de la red de frío en la ESE publica del municipio y fortalecer según necesidades.
Indicador para verificar el logro: Red de frío con calidad.

Descripción de las Actividades

- ❖ Vigilancia del funcionamiento de la Red de Frío y control del cumplimiento de las normas técnicas en el manejo de los biológicos. (curvas de temperatura), elaboración y socialización de los protocolos de PAI establecidos en la 412
Indicador de Producto: III y IV Trimestre: registros mensuales de control de temperatura y socialización de protocolos
- ❖ Garantizar la custodia y transporte mensual de los Biológicos PAI en la Ambulancias de la ESE Hospital exclusivamente. (Según Lineamientos por la SSD)
Indicador de Producto: III y IV Trimestre: 3 Soportes.
- ❖ Realizar semestralmente el Mantenimiento Preventivo de los Equipos de la Red de Frio. (Soportes)
Indicador de Producto: III y IV Trimestre: 1 Soporte (Recibo del mantenimiento)
- ❖ Adquisición de implementos para la movilización de biológicos e insumos críticos (Caja térmica)

Indicador de Producto: III y IV Trimestre: Factura de compra

- ❖ Realizar seguimiento a las perdidas y desgastes de biológicos e insumos críticos enviados por el Departamento (soportes)

Indicador de Producto: III y IV Trimestre: Soportes y seguimiento al inventario de biológicos.

- 8) Implementar en la ESE la estrategia iniciativa de instituciones Amigas de la mujer y la infancia IAMII en coordinación con la estrategia AIEPI

Indicador para verificar el logro: Estrategia IAMI- AIEPI implementada y/o operando.

Descripción de las Actividades

- ❖ Promover y apoyar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida y alimentación complementaria hasta los dos primeros años de vida y mas(2 Talleres)

Indicador de Producto: III y IV Trimestre: 1 Taller. -(Presentar listado de asistentes y evidencias como fotos)

- ❖ Impulsar y mantener la estrategia instituciones amiga de la mujer y la infancia IAMI en la ESE del municipio

Indicador de Producto: III y IV Trimestre; soportes de implementación de la estrategia

- ❖ Elaboración del Plan de Acción, Elaboración del plan de Capacitación para el Personal, conformación de los Grupos de apoyo a la Lactancia Materna (Madres FAMI, Madres Comunitarias, Madres Usuarias, Estudiantes de 10º y 11º, Etc.). (2 planes de acción).

Indicador de Producto: III y IV Trimestre: 1 plan de acción (presentar el plan de acción y seguimiento).

- ❖ Celebración de la Semana Mundial de la Lactancia Materna (Convocatoria, informe, soportes y pruebas Fotográficas de cada Actividad Diaria)

Indicador de Producto: III Trimestre: evidencias sobre la celebración de la semana de la lactancia materna.

- 9) Mantener el MAPS

Indicador para verificar el logro: MAPS fortalecido.

Descripción de las Actividades

- ❖ Actualizar el censo de población y vivienda de las veredas del municipio con el consolidado. (Censo en 5 Veredas) aplicar las fichas de identificación de riesgo en las viviendas.

Indicador de Producto: III y IV Trimestre: 3 veredas identificar las veredas

- ❖ Realizar demanda inducida a los programas de P Y P. (Planificación familiar, toma de Citologías, Sintomáticos Respiratorios y de piel, crecimiento y desarrollo,

Mamografía, Prevención en Salud Bucal, Detección temprana de agudeza visual, violencia intrafamiliar entre otros.), en las veredas asignadas

Indicador de Producto: III y IV Trimestre: soportes (Presentar fichas de remisión a los programas de PyP)

- ❖ Completar esquemas de vacunación en menores de 10 años

Indicador de Producto: III y IV Trimestre: Registro de Vacunación en zona rural

- ❖ Identificación y orientación de la población menor de 1 año, 5 años, 10 años y mujeres en edad fértil hacia los servicios de vacunación

Indicador de Producto: III y IV Trimestre: Registro y remisión de Vacunación rural

► PROYECTO SALUD MENTAL MUNICIPIO DE MOLAGAVITA

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA O NECESIDAD

Colombia es el país de Latino-América que reporta más casos: el suicidio es considerado un problema de salud pública. Según el doctor Edwin Herazo, médico siquiatra, director del Instituto de Investigación del Comportamiento Humano, es fundamental el estudio de las enfermedades que preceden a un desenlace de esta naturaleza, como la depresión, el trastorno afectivo bipolar y la esquizofrenia, entre otras. Patologías que pueden ser tratadas con terapias y medicación y que no tienen por qué llevar siempre al extremo de autodestruirse. Aconseja no subestimar nunca un gesto suicida, una intención o una fantasía al respecto, pues aunque en ciertos casos se trata de algún tipo de manipulación, es mejor no esperar a comprobarlo, y enfrentar el tema sin temores con quien está presentando ese tipo de comportamientos.

El más reciente informe presentado por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses -INML y CF- durante el año 2006 se realizaron 1.751 necropsias cuya probable causa de muerte fue suicidio, 35 casos menos que en el 2005, lo que representa un descenso de cerca de 2%. La tasa de mortalidad específica para suicidio en el año 2006 fue de 4,1 casos por cada 100 mil habitantes, diferencia que no es estadísticamente significativa comparada con el año anterior. También se especifica en este estudio que durante el 2006 el país perdió más de 55 mil años de vida potenciales por esta causa, contribuyendo cada día al empobrecimiento económico de las familias sobrevivientes y a la pérdida continua de capital social en el país.

Analizados como eventos crónicos, los suicidios en Colombia en 80% fueron cometidos por hombres.

La razón hombre-mujer se mantuvo en 4:1, siendo la edad promedio de los hombres de 36,2 años, igual que en el 2004 y 2005, mientras que la de las mujeres fue de 29,1, dos años mayor que en el 2004. La mayoría de las mujeres se suicidan a más temprana edad que los hombres en el país. La mayor tasa de suicidio en hombres se presentó en el grupo de 18 a 24 años (12 por cada 100 mil habitantes) y en

jovencitas de 15 a 17 años (4 por cada 100 mil). En promedio se presentaron 146 casos mensuales de suicidio, aproximadamente 5 al día ó 1 cada 5 horas. En cuanto al arma o mecanismo utilizado se observa una tendencia decreciente en el uso tanto de armas de fuego como de intoxicación, manteniéndose desde el 2005 un incremento permanente en la modalidad de ahorcamiento, calculado en 35%. Por sexo, las mujeres continúan prefiriendo como mecanismo de muerte la intoxicación o el envenenamiento, mientras que los hombres eligen el ahorcamiento, tendencia que se ha repetido a lo largo de los años.

En el Municipio de Molagavita según dato del DANE “MORTALIDAD EVITABLE SEGÚN GRUPOS DE CAUSAS LISTA OPS6/2007, TASA POR 100.99 h Santander 2005-2006”; se presentaron 2 casos de Accidentes homicidios y Suicidios, tasa de 41 * 100000h; situación que debe ser atendida mediante estrategias y acciones que garanticen reducir sus causas.

JUSTIFICACIÓN

Las cifras determina un problema de profundas connotaciones sociales y psicológicas: hay una tendencia generalizada a ocultarlo por el temor de la familia a ser estigmatizada, por prejuicios religiosos o por el apoyo equívoco de grupos y personas, entre ellos, algunos miembros del gremio de la salud, que ayudan a que los suicidas pasen inadvertidos. Los factores de riesgo que inciden en la conducta suicida se encuentran relacionados con múltiples razones: estados depresivos, situaciones delirantes, desintegración familiar, dificultades en las relaciones afectivas, drogadicción crónica, crisis económicas, costumbres y modas, fracasos en el alcance de las metas sociales y personales, enfermedades físicas graves, situaciones de abandono, y otros factores.

En el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses se han estudiado numerosas cartas de despedida que dejan los suicidas, las cuales tienen un gran interés criminológico, puesto que muestran el estado psicológico de estas personas en sus últimas horas. En ellas, llama la atención que se disculpan por el acto que van a cometer, pues son conscientes del daño que producirán en sus allegados. Habitualmente culpan a otros de su decisión, y en esas misivas se evidencia una profunda sensación de fracaso y el convencimiento de que sus posibilidades vitales han terminado. Afortunadamente, hoy las sociedades se han dedicado al estudio no sólo de aquellos factores que determinan que una persona se suicide, sino también a investigar cuáles serían las mejores maneras para evitarlo y conseguir que viva mejor. Aunque estas acciones no son tan fáciles de aplicar, cuando se estructuran de modo correcto, obran como realidades muy positivas.

A continuación una síntesis de las prácticas y hábitos que contribuyen a la prevención del suicidio:

Lactancia materna: Se sabe que para el buen desarrollo del cerebro es básico que los lactantes reciban por lo menos hasta los 9 meses de edad la alimentación materna, que genera en los niños unos sentimientos estables de confianza en sí mismos.

Estimulación temprana: Aun cuando este método comenzó a utilizarse como una forma de ayudar a niños con retraso mental, desde hace varias décadas se insiste en que cada una de las capacidades motoras y sensoriales de todos los infantes precisan ser estimuladas a tiempo, y de manera suficiente para que se logre un desarrollo mental adecuado.

Aceptación de la corporalidad: Es clave que las personas acepten su cuerpo, no solamente el género masculino o femenino que los define, sino con su forma. Muchas personas mantienen una pelea inútil con su aspecto, lo cual resulta en una permanente frustración y depresión.

Redes afectivas: El desarrollo vital de los seres humanos transcurre en medio de familiares, allegados, vecinos, grupos estudiantiles y laborales, parejas, etc. Sin embargo, con el paso del tiempo, muchas personas dejan de tratarse con centenares de individuos que han conocido en diversas circunstancias. Contrario a ello, los especialistas recomiendan mantener una comunicación ocasional o frecuente con las muchas personas que se conocen, ya que ello promueve profundos sentimientos de afecto, amistad, optimismo y seguridad.

Es frecuente que las personas no reconozcan o no utilicen sus propias habilidades en campos tan diversos como el deporte, el arte, los idiomas, las matemáticas, las capacidades creativas, el juego, la música, la imaginación, las potencialidades de comunicación y la utilización del lado contralateral del hemisferio cerebral dominante. Así pues, muchas vidas transcurren de una manera muy restringida desperdiçando la posibilidad de tener numerosas realizaciones psicológicas, biológicas y culturales.

RELACIÓN DE COSTOS DEL PROYECTO Y FUENTES DE FINANCIACIÓN: El total presupuestado para este proyecto es: \$5.564.071.00 S.G.P.

TIEMPO DE EJECUCIÓN: Vigencia 2.008

SECTORES INVOLUCRADOS: Alcaldía Municipal, EPS, EPSS, ESE, Instituciones Educativas, Comisaría de Familia, ICBF, policía comunitaria, Parroquia.

POBLACIÓN OBJETO: Instituciones Educativas, Red de Apoyo Social, Comunidad en General, Población en situación de desplazamiento (si llegare el caso)

META DE RESULTADO CUATRIENIO (2008-2011)

Adaptar y adoptar la política de: Salud Mental, de Reducción de consumo de sustancias Psicoactivas, y de construcción de paz y convivencia familiar Haz Paz

LÍNEA DE BASE: 0

INDICADOR DE RESULTADO:

Planes de Salud Mental, de Reducción de consumo de sustancias Psicoactivas, y de construcción de paz y convivencia familiar Haz Paz Implementados

METAS DE PRODUCTO CUATRIENIO (2008-2011)

Área Subprogramática 3.1. Acciones de Promoción de la salud y calidad de vida

- 1) Elaboración y adopción del plan de Municipal de Haz Paz para la prevención de la violencia intrafamiliar, sexual y de genero
Indicador para verificar el logro: Plan Haz Paz implementado

Descripción de las Actividades

- ❖ Realizar diagnostico comunitario, estableciendo la línea de base del estado actual de las familias del Municipio con relación a la violencia intrafamiliar, sexual y de género; con alternativas de intervención.
Indicador de Producto: IV Trimestre: Línea de base e informe
- ❖ Realizar encuentros bimensuales de reflexión con las familias identificadas en la línea de base con factores de riesgo de violencia intrafamiliar, sexual y de genero; para prevenir relaciones violentas al interior de ellas, en coordinación con ICBF
Indicador de Producto: IV Trimestre: 1 encuentro bimensual con familias diagnosticadas de alto riesgo, planillas firmadas por usuarios y orientación psicológicas.
- ❖ Desarrollar 1 encuentro deportivo, culturales y recreativo la en zona rural (segun el diagnostico en la vereda diagnosticada como alto riesgo de VIF) y otro en zona urbana donde participen niños y jóvenes, para la promoción y fortalecimiento de factores que ayuden a la convivencia, la construcción de paz, generación de espacios amables y prevención del consumo de SPA
Indicador de Producto: IV Trimestre: 1 encuentro rural, Planillas de Asistencia, fotos, ficha técnica
- ❖ Realizar seguimiento a los sectores de salud, justicia y protección (ICBF) para la atención integral de las víctimas de la violencia intrafamiliar, sexual y de género.
Indicador de Producto: IV Trimestre: Análisis del diligenciamiento de las Fichas epidemiológicas e informe sobre la intervención de los entes justicia y protección de cada caso notificado de VIF en el cual se deben identificar las falencias procedimentales y formular un plan de mejoramiento. y reporte por sector de las acciones desarrolladas.

- ❖ Crear y concertar mecanismos de IEC (pendones y cuñas radiales, etc) que permitan desarrollar la ruta crítica de atención a las víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual y maltrato infantil en el Municipio, identificando las competencias de las instituciones.

Indicador de Producto: IV Trimestre: Soportes de IEC creados (y socializados a la comunidad (8 pendones, 20 cuñas radiales).

- ❖ Capacitar a los Integrantes de la Red de apoyo Social en guías de atención según la resolución 412.

Indicador de Producto: IV Trimestre: 1 taller, ficha técnica y planilla de asistencia.

- ❖ Capacitación en el diligenciamiento de la ficha de notificación de VIF a las UPGD del municipio

Indicador de Producto: IV Trimestre: 1 capacitación, Planillas de Asistencia, ficha técnica.

- 2) Adopción y fortalecimiento de la política del campo de la salud mental
Indicador para verificar el logro: Política de Salud Mental implementada

Descripción de las Actividades

- ❖ Realizar capacitación dirigida a los actores del sector salud, educación, justicia, protección y demás para la adopción y fortalecimiento de la política del campo de la Salud Mental.

Indicador de Producto: IV Trimestre: 1 capacitación, Planillas de Asistencia, ficha técnica.

- ❖ Conformación de 1 grupo juvenil de autogestión y generador de espacios de concertación hacia la prevención del consumo de S.P.A con reuniones quincenales y capacitaciones donde se fortalezca la autoestima, los valores y el respeto a las diferencias.

Indicador de Producto: IV Trimestre: Acta de conformación del grupo juvenil; Ficha técnica, y soporte de actividades realizadas quincenalmente

- ❖ Celebración del día de la Salud mental 10 de Octubre a través de una Jornada de movilización Social Municipal con participación de la comunidad urbana y rural (feria, marcha, encuentro musical) que propicie la prevención del consumo de S.P.A, la violencia Intrafamiliar, el maltrato Infantil y el abuso sexual. (Mínimo 5 horas) Anexar registro fotográfico. Liderada por la institución educativa (habilidades para la vida)

Indicador de Producto: IV Trimestre: convocatoria, cronograma, ficha técnica, CD de la jornada realizada y envió de una copia a la coordinación de Salud mental de la SSS; Acta e informe de Jornada realizada, registro fotográfico y soporte de la planeación previa a la jornada.

- 3) Fortalecer la asociaciones de usuarios para de la ESE para el desarrollo de actividades de promoción de la política de salud Mental, prevención de

trastornos mentales, prevención de la violencia intrafamiliar, sexual y de género y consumo de sustancias psicoactivas.

Indicador para verificar el logro Asociación de usuarios fortalecida

Descripción de las Actividades

- ❖ Charlas a la comunidad en general sobre la Violencia intrafamiliar: Maltrato infantil (abuso sexual, abandono y negligencia, maltrato físico, maltrato psicológico y proxenetismo). (2 Charlas).

Indicador de Producto: IV Trimestre: 2 charlas presentar listado de asistencia y fotos

- ❖ Capacitar a la red de apoyo social del municipio acerca de la importancia de las fichas epidemiológicas en la identificación de las tipologías de la violencia y la calidad del dato para su diligenciamiento (1 Charla).

Indicador de Producto: IV Trimestre: 1 Charlas presentar listado de asistencia y fotos.

- ❖ Talleres de autoformación para brindar y generar herramientas que permitan la formación adecuada de sus hijos sin la utilización de la agresión física, verbal y psicológica, incluyendo la importancia de la participación de ambos padres en la educación de sus hijos. Dirigidos a padres de los hogares de ICBF (3 Talleres).

Indicador de Producto: IV Trimestre: 3 Talleres presentar listado de asistencia y fotos

- ❖ Taller teórico práctico para desarrollar pautas de crianza con eje de igualdad de género y de desmitificación sobre el simbolismo colectivo sobre las limitaciones de expresión de sentimientos en los niños Varones dirigido a padres de familia de 5 veredas

Indicador de Producto: IV Trimestre: 5 talleres con planillas firmadas por asistentes, material elaborado por los asistentes y fotos

- 4) Implementación de la estrategia habilidades para la vida para la promoción de la Salud Mental y la prevención del consumo de SPA

Indicador para verificar el logro: Estrategia en habilidades para la vida implementada y operando

Descripción de las Actividades

- ❖ Realizar una encuesta para determinar el grado de incidencia en el consumo de alcohol y /o sustancias psicoactivas en los jóvenes en las edades de 12 a 17 años del municipio de Molagavita y levantamiento de línea base.

Indicador de Producto: IV Trimestre: Instrumento avalado por Secretaria de Salud Departamental y línea base.

Área Subprogramática 3.2. Acciones de prevención de los riesgos, recuperación y superación de los daños

- 5) Apoyo al Departamento para la implementación de la estrategia de tamizaje en Salud Mental e inducción a la consulta psicológica por primera vez, diagnóstico y rehabilitación a cargo del POS

Indicador para verificar el logro: Acciones programadas y realizadas

Descripción de las Actividades

- ❖ Implementación de la estrategia de tamizaje en Salud Mental e inducción a la consulta psicológica por primera vez

Indicador de Producto: IV Trimestre: Estrategia implementada y seguimiento.

► PROYECTO SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – MUNICIPIO DE MOLAGAVITA

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA O NECESIDAD:

Anualmente nacen 104 millones de niños en el mundo, 19 millones en los países desarrollados, 14 millones en países con un desarrollo mínimo. De estos, 7.6 millones mueren en el periodo perinatal, lo que significa que 4.3 millones de fetos mueren después de las 22 semanas de gestación y 3.3 millones de recién nacidos mueren en la primera semana de vida. El 98% de los óbitos perinatales ocurren en países con un desarrollo mínimo o subdesarrollado.

En América latina, la medida de mortalidad infantil está por arriba de 30 por mil nacidos vivos, y alrededor del 50% de estas muertes suceden en el periodo neonatal. De las muertes neonatales, el 60% ocurren en la primera semana de vida.

En los últimos años el mundo ha experimentado un lento mejoramiento en las condiciones de supervivencia de los niños menores de cinco años. Sin embargo, a 2005, aún 10,1 millones de niños mueren antes de cumplir cinco años por causas que se pueden prevenir. En Colombia, la mejoría es también lenta, aun 22 niños de cada mil nacidos vivos no alcanzan a cumplir su primer año y 26 de cada 1000 no alcanzaran a cumplir el quinto año de vida.

Más de la mitad de las muertes en los niños menores de un año son producidas en un periodo entre el parto y los primeros dos meses de vida, representando un gran desafío, tanto para los servicios de salud como para la sociedad.

Muchas veces intervienen, no solamente las condiciones de salud o nutricionales de la madre, sino falta de información, de acceso a un control prenatal, parto y posparto

de calidad, así con la falta de cuidados inmediatos del recién nacido, transformando un acontecimiento normal y privilegiada, en un momento de angustia, temor e inclusive la muerte.

A diferencia de los niños mayores que más del 70% fallecen de neumonía, diarrea y desnutrición, los niños menores de dos meses de edad, mueren principalmente de problemas respiratorios, prematuridad, bajo peso, infecciones y asfixia; muertes que pueden ser evitadas con políticas simples de promoción y atención de la salud.

Desarrollo, salud y educación para adolescentes y jóvenes: Entre salud y desarrollo se establece una relación vinculante que define la calidad de vida de una población. Para el caso de las personas jóvenes, la posibilidad de aprovechar las oportunidades para alcanzar el desarrollo que ofrece el medio externo está unida a las garantías de acceso y calidad de los servicios que ese medio ofrece para atender sus necesidades en salud.

Algo similar sucede con las condiciones educativas. Hoy se sabe que factores como el nivel educativo de las mujeres tiene que ver con resultados en la salud sexual y reproductiva. Se ha encontrado que cuando mayor es el nivel educativo de la población femenina, más tardío es el inicio de las relaciones sexuales y menores son las adolescentes. Pero, tanto salud educación no son condiciones separables de sus contextos; por el contrario, están ligadas y dependen de ellos. Por ejemplo, se ha demostrado que el logro de mayores niveles educativos y de salud, dependen de la zona de residencia; es el caso de las personas jóvenes del área urbana quienes logran mayores años de educación formal, en tanto que los que residen en el área rural tienen menores niveles educativos. Esta situación se agudiza cuando los jóvenes tienen menos ingresos ya que se restringe el acceso y usos de métodos anticonceptivos y se acelera el inicio de las relaciones sexuales y la primera unión. En este caso, además de la falta de recursos económicos, el acceso geográfico incide en el acceso a los establecimientos educativos y de salud.

En el Municipio de Molagavita la meta de resultado para el cuatrenio está en apoyar al Departamento a mantener la tasa de fecundidad global en mujeres de 15 a 49 años por debajo del 2.2 (Tasa de fecundidad global en mujeres de 15 a 49 años por 1000 mujeres); Mantener en 0 la tasa de mortalidad materna; Aportar al Departamento a disminuir la tasa de mortalidad por cáncer de cervix y Seno por debajo de 7,3 (Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino y Seno x cien mil mujeres (Dato Dpto); Aportar al Departamento a mantener la prevalencia de infección VIH por debajo de 0,5 (Tasa de incidencia de VIH de transmisión perinatal (vertical) (Dato Dpto)). Para esto se proyectan acciones tendientes a reducir estas cifras mediante el compromiso de los actores Municipales y de la comunidad en general.

JUSTIFICACIÓN

Las decisiones que cada persona joven toma con respecto a su propia sexualidad no son estrictamente individuales. Al momento de decidir entra en juego toda una variedad de factores sociales que la harán optar por una u otra posibilidad; por ejemplo, su nivel de educación, la situación económica de sus padres, el vivir en una zona urbana o rural, el ser hombre o mujer, el acceso a la atención en salud, la cercanía o no de adultos significativos, entre otros. Estos factores son conocidos como determinantes sociales de la salud y se refieren al las condiciones de vida y al impacto que tiene sobre la salud de las personas.

En el campo de la salud sexual y reproductiva de las personas jóvenes es posible identificar una serie de factores que actúan como determinantes de las decisiones que cada joven toma frente a su sexualidad.

La familia: En primer lugar están los determinantes sociales y ambientales. La familia, el grupo de pares y los adultos en la escuela son, en su orden, quienes más influyen en el desarrollo de adolescentes y jóvenes. En general, se puede decir que adolescentes y jóvenes al establecer relaciones significativas con padres, madres, educadores y pares, logran desarrollar un factor protector frente al inicio temprano de la actividad sexual, el uso de sustancias psicoactivas y las manifestaciones de violencia.

La pobreza : En todo aspecto, cuando las personas jóvenes quieren hacer uso de los servicios de salud así como conocer y ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, factores como la pobreza dificultan su acceso y el ejercicio de sus derechos. De hecho, las y los adolescentes y jóvenes de familias pobres tienen mayores probabilidades de hincar su vida sexual a una temprana edad, quedar embarazadas y tener más hijos. Los adolescentes con mayor educación y menos oportunidades de generar ingresos se convierten en víctimas de un ciclo continuo de pobreza.

Con respecto a este punto, en el caso colombiano la legislación favorece el acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de salud sexual y reproductiva incluyendo el suministro de anticonceptivos. Sin embargo, las dificultades geográficas y económicas, especialmente entre los más pobres y vulnerables, así como el poco conocimiento que tiene de sus derechos, hacen que este sea limitado.

Los medios de divulgación masiva: Podemos afirmar que los medios de comunicación como la radio, la prensa y la televisión tiene una gran influencia sobre las persona jóvenes; ellos afianzan las normas sociales y culturales frente a la sexualidad y los roles de género, por su parte, la sociedad y la cultura moldean la manera como las personas aprenden y expresan su sexualidad. Estos modelos se exponen ante los jóvenes los presionan para que adopten las maneras de ser

hombres y mujeres que socialmente están legitimadas. Mas allá de la valoración que hoy se haga de esa influencia, en este momento nos interesa destacar que los medios de comunicación pueden ser un aliado significativo e le fortalecimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las personas jóvenes. Ese es un reto aún pendiente.

Mortalidad: Adolescentes y jóvenes son el tercer grupo de la población mas afectado por la violencia interpersonal, se reportan alrededor de once mil casos al año por esta causa. Este grupo es afectado también por agresiones sexuales, principalmente las mujeres, y las viviendas son el escenario mas común de ocurrencia, además la mayor proporción de victimas tienen primaria incompleta.

Desarrollo Humano: El programa de las naciones unidas para el desarrollo, PNUD, propuso en 1990 una definición del desarrollo humano “Como un proceso de ampliación de las opciones de las personas, considerando tres opciones esenciales: Llevar una vida saludable, adquirir conocimientos y tener acceso a los recursos necesarios para mantener una vida decente. Lo que se afirma es que al no disponer de esas opciones esenciales, muchas otras oportunidades serán inaccesibles.

Desde este punto de vista, desarrollo no es entonces parecerse a los países considerados desarrollados, sino tener la capacidad de satisfacer las necesidades esenciales de la población, mejorando en forma continua sus condiciones de vida y logrando una distribución mas igualitaria de oportunidades para la gente.

El desarrollo humano contempla así, dos componentes fundamentales: uno relacionado con el desarrollo de capacidades humanas, las cuales se fortalecen cuando las personas tiene mejores niveles de salud, educación, acceso al conocimiento y desarrollo de destrezas y habilidades específicas. El segundo, relacionado con las oportunidades que el medio social les ofrece a las personas para que puedan hacer uso de las capacidades adquiridas.

RELACIÓN DE COSTOS DEL PROYECTO Y FUENTES DE FINANCIACIÓN: El total presupuestado para este proyecto es: \$ 5.299.694.00 S.G.P.

SECTORES INVOLUCRADOS: Alcaldía Municipal, EPS, ESE, EPSS, Instituciones Educativas.

POBLACIÓN OBJETO: Hombres y mujeres en edad fértil; adolescentes y jóvenes; Comunidad Educativa, Red de Apoyo Social, Población en situación de desplazamiento (si llegare el caso), Comunidad en General.

META DE RESULTADO CUATRIENIO (2008-2011)

Apoyar al Departamento a mantener la tasa de fecundidad global en mujeres de 15 a 49 años por debajo del 2.2

LÍNEA DE BASE: 0

INDICADOR DE RESULTADO:

Tasa de fecundidad global en mujeres de 15 a 49 años

METAS DE PRODUCTO CUATRIENIO (2008-2011)

Área Subprogramática 3.1. Acciones de Promoción de la salud y calidad de vida

- 1) Fortalecimiento de la red social del municipio para la promoción y garantía del derecho al ejercicio responsable de la sexualidad y los derechos y deberes en salud sexual y reproductiva teniendo en cuenta el patrón cultural.

Indicador para verificar el logro: Red social fortalecida y operando.

Descripción de las Actividades

- ❖ Capacitar a la Red de Apoyo Social sobre la Política Nacional de salud sexual y reproductivas ITS/VIH SIDA, abuso sexual en mujeres y menores, atención de víctimas de violencia y abuso sexual, derechos y deberes en el SGSSS, derechos sexuales y reproductivos.(3 Capacitaciones).

Indicador de Producto: IV Trimestre: 3 capacitaciones en las que se debe presentar planillas lista de asistentes y fotos

- 2) Fortalecimiento del programa promoción de derechos y redes constructoras de paz en concurrencia con el departamento.

Indicador para verificar el logro: actividades realizadas/total de actividades propuestas para el cumplimiento de la meta*100

Descripción de las Actividades

- ❖ Realizar reuniones bimensuales con el fin de fortalecer el trabajo en grupo de la red social de apoyo del municipio, de manera que se establezcan vínculos y mecanismos sólidos de trabajo, para ejecutar en la comunidad los diferentes programas sociales, (1 Reunión).

Indicador de Producto: IV Trimestre: 3 capacitaciones en las que se debe presentar planillas lista de asistentes y fotos.

- 3) Disminuir las tasas de fecundidad en los adolescentes y reducir los riesgos de infecciones de transmisión sexual.

Indicador para verificar el logro: porcentaje de disminución.

Descripción de las Actividades

- ❖ Realizar talleres lúdicos de capacitación promoviendo los derechos sexuales y reproductivos, dirigido a comunidad educativa de los grados de 8 a 11 del Instituto Técnico Agrícola Luis María Carvajal, con el fin de educar a jóvenes en temáticas de métodos anticonceptivos, identificando cuales son, efectividad, como debo usarlos, como funciona cada método, ventajas, desventajas, riesgos y recomendaciones según grupo etareo, con el fin de concientizar a la población adolescente de la importancia de la planificación; enfatizando en proyectos de vida, pensamiento crítico, toma de decisiones, autocuidado, fortalecimiento de autoestima para que sean multiplicadores, con soportes de material trabajado y elaborado por los jóvenes..

Indicador de Producto: IV Trimestre: ficha técnica, planilla de asistencia, (3 taller) y soporte de material trabajado y elaborado por los jóvenes y fotos.

- ÷ Promoción de los servicios que ofrece la ESE en el programa de SSR, por medio radial.

Indicador de Producto: IV Trimestre: certificación radial 3 cuñas radiales a la semana por 3 meses.

- ÷ Diseñar y aplicar una encuesta para evaluar la asistencia al programa de planificación familiar y de allí evaluar la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos. Cada promotora la realizara en su zona. (mujeres en edad Fértil).

Indicador de Producto: IV Trimestre: encuestas aplicadas, análisis y plan de acción según la información recolectada

META DE RESULTADO CUATRIENIO (2008-2011)

Mantener en 0 la tasa de mortalidad materna

LÍNEA DE BASE: 0

INDICADOR DE RESULTADO:

Razón de mortalidad materna x 1000 N.V.

METAS DE PRODUCTO CUATRIENIO (2008-2011)

Área Subprogramática 3.2. Acciones de Prevención de los riesgos, recuperación y superación de los daños

- 4) Implementar estrategia de inducción a los servicios de control prenatal en ambientes cotidianos, laborales, institucionales, educativos y espacios públicos comunitarios

Indicador para verificar el logro: numero de gestantes en control prenatal/total de gestantes en el municipio*100

Descripción de las Actividades

- ❖ Identificar, motivar, remitir y realizar seguimiento, a los hombres y mujeres en edad fértil con énfasis en jóvenes de 11 a 19 años, para que asistan al programa de planificación familiar en coordinación con la ESE-EPS, mediante una política publica diseñada y aplicada en el Municipio.

Indicador de Producto: IV Trimestre: planillas de demanda inducida, actividades realizadas y seguimiento trimestral de los casos remitidos al programa de planificación familiar

META DE RESULTADO CUATRIENIO (2008-2011)

Aportar al Departamento a disminuir la tasa de mortalidad por cáncer de cérvix y Seno por debajo de 7,3

LÍNEA DE BASE: 7,3

INDICADOR DE RESULTADO:

Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino y Seno x cien mil mujeres (Dato Dpto)

METAS DE PRODUCTO CUATRIENIO (2008-2011)

Área Subprogramática 3.1. Acciones de Promoción de la salud y calidad de vida

- 5) Realizar estrategias de inducción a servicios de tamizaje, detección temprana y tratamiento para el cáncer de cuello uterino en ámbitos cotidianos.

Indicador para verificar el logro: actividades realizadas/total de actividades propuestas para el cumplimiento de la meta*100.

Descripción de las Actividades

- ❖ Realizar talleres sobre concientización de toma de la citología anualmente en mujeres mayores de 18 años.

Indicador de Producto: IV Trimestre: 3 taller con planilla donde se evidencien los asistentes y fotos.

- 6) Estrategias de IEC y formulación de políticas publicas por medios masivos y alternativos sobre la promoción de los servicios de tamizaje, detección temprana y tratamiento para el Ca de cuello uterino y seno y estilos de hábitos protectores.

Indicador para verificar el logro: actividades realizadas/total de actividades propuestas para el cumplimiento de la meta*100.

Descripción de las Actividades

- ❖ Realizar 3 programas radiales de 15 minutos cada uno en los que conste que es el Ca de Cérvix, cual es la prueba de tamizaje, cada cuanto se debe hacer, Inducir a reclamar el resultado de la citología, los derechos de la usuaria en cuanto a servicios POS concernientes al CA de cérvix y su detección.

Indicador de Producto: IV Trimestre: 3 Programas radiales certificados, grabación de estos

- ❖ Diseño y elaboración de folletos sencillos e impactantes que motiven a hacerse la citología.

Indicador de Producto: IV Trimestre: 1 folleto diseñado y planillas diligenciadas de las personas que lo recibieron

META DE RESULTADO CUATRIENIO (2008-2011)

Aportar al Departamento a mantener la prevalencia de infección VIH por debajo de 0,5

LÍNEA DE BASE: 0,5

INDICADOR DE RESULTADO:

Tasa de incidencia de VIH de transmisión perinatal (vertical) (Dato Dpto)

METAS DE PRODUCTO CUATRIENIO (2008-2011)

Área Subprogramática 3.1. Acciones de Promoción de la salud y calidad de vida

- 7) Implementar estrategias de IEC por medios masivos y formulación de políticas para la promoción de los servicios de asesoría y prueba voluntaria para la detección de VIH SIDA en población general y gestantes.

Indicador para verificar el logro: Cumplimiento de las acciones de IEC y formulación de políticas públicas para la promoción de los servicios de asesoría y prueba voluntaria para VIH en población general y gestantes.

Descripción de las Actividades

- ❖ 3 cuñas radiales a la semana por 3 meses que informen a la población gestante que tienen derecho a realizarse la prueba del VIH y 1 programa radial en el que expliquen las ventajas de realizarse la prueba.

Indicador de Producto: IV Trimestre: 3 cuñas radiales a la semana por 3 meses y 1 programa radial certificados y grabación.

- ❖ Difundir por los medios radiales los servicios de asesoría para la prueba de VIH a la población general 2 cuñas semanales y 1 programa radial informativo sobre que es la prueba, cuando realizarla y para que sirve.

Indicador de Producto: IV Trimestre: 2 cuñas radiales a la semana por 3 meses, 1 programa radial certificado y grabación

Área Subprogramática 3.2. Acciones de prevención de los riesgos, recuperación y superación de los daños

- 8) Desarrollo del modelo de gestión programática del VIH y la guía para el manejo sin barreras y con calidad de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA.

Indicador para verificar el logro: ESE/EPS con el plan de respuesta y el modelo de gestión programática del VIH y guía de atención integral implementada

Descripción de las Actividades

- ❖ Capacitación y socialización al personal de la ESE, tendientes a implementar el modelo de gestión programática, para el mejoramiento en la atención y calidad de los servicios de SSR por personal capacitado.

Indicador de Producto: IV Trimestre: 1 taller - Ficha técnica, planilla de asistencia.

► PROYECTO NUTRICIÓN EN EL MUNICIPIO DE MOLAGAVITA

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA O NECESIDAD

La desnutrición es uno de los factores que incide en la mortalidad de los menores de cinco años, especialmente en las zonas marginales donde los estilo de vida, los hábitos y las posibilidades de la comunidad hacen que la desnutrición encuentre asidero.

En los últimos años el mundo ha experimentado un lento mejoramiento en las condiciones de supervivencia de los niños menores de cinco años. Sin embargo, a 2005, aún 10,1 millones de niños mueren antes de cumplir cinco años por causas que se pueden prevenir. En Colombia, la mejoría es también lenta, aun 22 niños cada mil nacidos vivos no alcanzan a cumplir su primer año y 26 cada 1000 no alcanzaran a cumplir el quinto año de vida.

Más de la mitad de las muertes en los niños menores de un año son producidas en un periodo entre el parto y los primeros dos meses de vida, representando un gran desafío, tanto para los servicios de salud como para la sociedad.

A diferencia de los niños mayores que mas del 70% fallecen de neumonía, diarrea y desnutrición, los niños menores de dos meses de edad, mueren principalmente de problemas respiratorios, prematurez, bajo peso, infecciones y asfixia; muertes que pueden ser evitadas con políticas simples de promoción y atención de la salud.

Se hace necesario dar solución a los problemas de malnutrición y deserción escolar en la primera infancia de niños de hogares donde predomina un núcleo familiar descompuesto y en situación de pobreza.

En 1998, se formuló el Plan Decenal para la Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna 1998 – 2008, buscando contribuir a mejorar el bienestar de la niñez y de las familias colombianas en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-. En este plan, el país acoge la recomendación de las Asambleas Mundiales de la Salud en relación con la práctica de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y de continuar el amamantamiento por lo menos hasta los 2 años de edad junto con la alimentación complementaria adecuada. Esta se constituye en la principal acción dentro de la 5ª línea del PNAN.

Es necesario mencionar también que en el ámbito internacional la inseguridad alimentaria y nutricional ha sido una preocupación constante por las graves consecuencias sobre el desarrollo humano, y se ha analizado a profundidad en las cumbres mundiales sobre alimentación y en varias conferencias internacionales. Desde 1924 hasta la fecha, Colombia ha ratificado compromisos en relación con la disminución de la pobreza, eliminación del hambre, alimentación y nutrición como derechos, entre otros temas relacionados con la seguridad alimentaria y nutricional

JUSTIFICACIÓN

En el marco legal de la Ley 715 del 2.001, se asignaron presupuestos para la implementación o apoyo de los programas de alimentación escolar y la tercera edad; pero la problemática nutricional del Departamento de Santander, al igual que en la mayoría de regiones del país, presenta indicadores alarmantes que conducen a la adopción de políticas públicas encaminadas a hacerle frente y a buscar intervenciones efectivas y sostenibles.

Es necesario mencionar también que en el ámbito internacional la inseguridad alimentaria y nutricional ha sido una preocupación constante por las graves consecuencias sobre el desarrollo humano, y se ha analizado a profundidad en las cumbres mundiales sobre alimentación y en varias conferencias internacionales

Colombia afronta problemas estructurales que afectan su crecimiento y desarrollo y son motivo de inestabilidad social y política, tales como la pobreza, el desempleo, la inequidad, el hambre, la malnutrición, el desplazamiento forzado, el conflicto interno, el narcotráfico, entre otros, por lo tanto se hace necesario plantear alternativas que

contribuyan a la solución de los mismos. La construcción de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional se constituye en una alternativa de solución, si se tiene en cuenta que estos problemas son algunos de los factores determinantes de la misma.

RELACIÓN DE COSTOS DEL PROYECTO Y FUENTES DE FINANCIACIÓN: El total presupuestado para este proyecto es: \$ 3.800.000.00 S.G.P.

TIEMPO DE EJECUCIÓN: Vigencia 2.008

SECTORES INVOLUCRADOS: Alcaldía Municipal, EPS, EPSS, ESE, ICBF, Comunidad Educativa, Sector Agropecuario, Sector Comercial.

POBLACIÓN OBJETO: Madres Gestantes, Madres Lactantes, niños, niñas, adolescentes y Comunidad en General, Población en situación de Desplazamiento (si llegare el caso)

META DE RESULTADO CUATRIENIO (2008-2011)

Mantener en 0 por 100.000 niños menores de 5 años la tasa de mortalidad por desnutrición crónica.

LÍNEA DE BASE: 0

INDICADOR DE RESULTADO:

Tasa de mortalidad por desnutrición crónica en menores de 5 años

METAS DE PRODUCTO CUATRIENIO (2008-2011)

Área Subprogramática 3.1. Acciones de Promoción de la salud y calidad de vida

- 1) Puesta en marcha del plan municipal de seguridad alimentaria y nutricional.
Indicador para verificar el logro: Plan Municipal de seguridad alimentaria y nutricional en ejecución.

Descripción de las Actividades

- ❖ Recolectar la información generada por las unidades notificadoras como son el Colegio y escuelas primarias, Hogares de Bienestar Familiar y la ESE en los Controles de Crecimiento y desarrollo (soportes)
Indicador de Producto: III y IV Trimestre: presentar soportes mensuales
- ❖ Digitar trimestralmente la información en el Software Nuttest y realizar el análisis correspondiente por parte del Profesional en Nutrición. (soportes).
Indicador de Producto: III y IV Trimestre: presentar soportes mensuales.

- ❖ Capacitación al personal de la Salud con una intensidad de cuatro (2) horas sobre toma de medidas antropométricas (1 capacitación).
Indicador de Producto: III Trimestre: 1 Capacitación
- ❖ Emitir un boletín al final del año de la situación nutricional del municipio y distribuirlo en todas las entidades comprometidas.(Alcaldía, IPS, ICBF, Docentes.)
Indicador de Producto: III Trimestre: 1 Boletín en el mes de Diciembre.
- ❖ Implementación de huertas escolares dirigidas a los padres de familias de , escuelas rurales, ICBF, veredas con alto índice de desnutrición (20 Huertas)
Indicador de Producto: III Trimestre: 10 Huertas

- 2) Capacitar a grupos de apoyo sobre la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y alimentación complementaria adecuada hasta los primeros dos años de vida
Indicador para verificar el logro: 4 Grupos de apoyo capacitados en lactancia materna y alimentación complementaria.

Descripción de las Actividades

- ❖ Conformar grupos de apoyo a la lactancia materna y alimentación complementaria.
Indicador de Producto: IV Trimestre: Listado de los grupos conformado (2 grupos); Plan de acción a implementar con los grupos
- ❖ Elaborar un plan de capacitación en lactancia materna y alimentación complementaria y capacitación a los grupos conformados (3 capacitaciones de 2 horas cada uno).
Indicador de Producto: IV Trimestre: 3 talleres de 2 horas cada uno - ficha técnica y planilla de asistencia
- ❖ Capacitaciones en lactancia materna y alimentación complementaria mínimo (2 sesiones de capacitación y cada una de 2 horas) al grupo conformado
Indicador de Producto: IV Trimestre: 3 talleres de 2 horas cada uno - ficha técnica y planilla de asistencia

- 3) Desarrollar y evaluar estrategias de IEC y movilización social con el enfoque etnocultural para promoción de estilos de vida saludable patrones alimenticios adecuados, fomento y protección de la lactancia materna.
Indicador para verificar el logro: N° de personas impactadas

Descripción de las Actividades

- ❖ Realizar estrategias de IEC para promocionar la dieta saludable en los servicios de salud, comedores, restaurantes y hogares ICBF.(2 estrategias)
Indicador de Producto: III y IV Trimestre: 1 estrategia IEC

Área Subprogramática 3.2. Acciones de Prevención de los riesgos, recuperación y superación de los daños

- 4) Seguimiento a la implementación de la estrategia IAMI-AIEPI en la IPS local
Indicador para verificar el logro: Estrategia IAMI-AEIPi implementada

Descripción de las Actividades

- ❖ Socialización de la política IAMI a nivel Municipal e institucional en la ESE
Indicador de Producto: IV Trimestre: 1 Taller de sensibilización y socialización
- ❖ Realizar capacitación en la implementación de la estrategia IAMI en la ESE Municipal.
Indicador de Producto: III y IV Trimestre: 1 taller de 2 horas de Capacitación al personal de la ESE (Mínimo 3 días).
- ❖ Realizar seguimiento a la implementación de la iniciativa IAMI-AIEPI
Indicador de Producto: III Trimestre: 1 informe de seguimiento; **IV Trimestre:** 1 informe de seguimiento

- 5) Desparasitación y suplementación con micronutrientes a grupos con alta vulnerabilidad no afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud
Indicador para verificar el logro: N° niños vinculados nivel I y II y N° de mujeres gestantes

Descripción de las Actividades

- ❖ Lograr mantener medicamentos suficientes de antiparasitarios y micronutrientes para suministrar a niñas y mujeres gestantes de la población vulnerable del municipio de Molagavita
Indicador de Producto: IV Trimestre: Soportes mensuales.
- 6) Canalización y seguimiento hasta lograr la recuperación nutricional de los menores de dos años con algún grado de desnutrición en coordinación con las EPS
Indicador para verificar el logro: EPS/ESE con canalización y seguimiento de los menores de dos años en algún grado de desnutrición

Descripción de las Actividades

- ❖ Realizar Consulta con los padres y madres de familia de los niños y niñas con problemas nutricionales para una sesión de carácter educativo (RIPS de consulta)
Indicador de Producto: III y IV Trimestre: RIPS mensuales y consultas realizadas
- ❖ Reproducción, socialización y entrega de las guías alimentarias a profesores, funcionarios y padres y madres de familia de los niños menores de doce años (folletos)

Indicador de Producto: III y IV Trimestre: soporte de la entrega de folletos (socialización).

- ❖ Entrega de recetas y desarrollo de 3 talleres de preparación de alimentos saludables propios de la región dirigido a padres y madres de familia de menores de doce años. (soporte de entrega de menú)

Indicador de Producto: III y IV Trimestre: soporte del recibido de las recetas o menús nutricionales y la asistencia a los talleres.

► **PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES**

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Las Enfermedades crónicas son condiciones que se presentan tanto en hombres como en mujeres de todas las edades, pero que tienden a manifestarse en la vida adulta; ellas deben su nombre a que durante las primeras etapas de padecimiento la sintomatología no es muy evidente, por lo que comúnmente se prolongan en el tiempo, causando daños que solo se perciben en las etapas intermedias o finales.

Se suele considerar que las enfermedades crónicas afectan principalmente a las personas de edad avanzada, pero actualmente sabemos que casi la mitad de las muertes se produce prematuramente en personas de menos de 70 años y una cuarta parte de esos fallecimientos se da en personas de menos de 60 años.

Lo verdaderamente alarmante de las enfermedades crónicas es que, debido a la falta de tratamiento oportuno durante las etapas tempranas, los daños se vuelven irreversibles ya que deterioran tejidos y órganos, limitando el buen funcionamiento del cuerpo.

Estas enfermedades se adquieren generalmente como consecuencia de llevar estilos de vida inapropiados, aunque siempre hay que considerar que existen factores genéticos de naturaleza hereditaria que también las pueden producir o empeorar. Vale la pena aclarar que estas enfermedades no se pueden contagiar ya que no son transmisibles.

Los principales factores de riesgo son los siguientes:

1. Factores Hereditarios o genéticos
2. Hábitos de vida poco saludables como: la mala alimentación , el consumo de alcohol, tabaco y drogas, la falta de ejercicio físico, malas posturas, el estrés y la ausencia de consulta medica preventiva

El uso indebido de sustancias psicoactivas afecta de diversas maneras a la población Colombiana: Económica, social y culturalmente, sin hablar del campo de la salud y de la seguridad social.

Los individuos se ven enfrentados al problema de una u otra manera, aunque en Colombia existe una amplia información sobre el tema desde el punto de vista jurídico y político, esta no provee a la población de herramientas suficientes para la adquisición de criterios que le permita tomar decisiones frente al autocuidado y para el desarrollo de un mejor ámbito socio-cultural.

Consumo de Tabaco

- En Colombia cerca de 17430 personas murieron en el 2000.
- Los costos en salud atribuibles a consumo de tabaco (8% y 15%) – 4 veces más altos que los ingresos.
- El único producto de consumo masivo que mata a la mitad de sus consumidores crónicos
- Una intoxicación crónica, con más de 4.000 sustancias químicas. Incluidos: Amoníaco, benceno, acetaldehído, arsénico, cianuro, etc.
- Una adicción: tan o más severa que cocaína o heroína.
- El 80% de los consumidores se hace adicto durante la adolescencia
- Suficiente evidencia del consumo de tabaco con cáncer de al menos 11 órganos: Pulmón, laringe, cáncer oral, faringe, esófago, vejiga, riñón, páncreas, cuello uterino, colon estomago y leucemia.
- Un grave problema de salud para la mayoría de los países. Mata más que el SIDA, Alcohol, drogas ilegales, accidentes de tránsito, juntos. Un millón de personas en las Américas.
- Un serio problema económico para los estados: pierden mucho más de lo que reciben por impuestos.

En el Departamento de Santander la Prevalencia de actividad física global en adolescentes entre 15 y 17 años y Prevalencia de actividad física global en adultos entre 18 y 64 años. Edad promedio de inicio del consumo de cigarrillos en población menor de 18 años; es de 28% prevalencia actividad física de 15 a 17 años; 44,9% prevalencia actividad física en adultos de 18 a 64 años; 12,7 años edad promedio de inicio de consumo de cigarrillo. Fuente: ENSIN

En el Municipio de Molagavita no se encuentran estadísticas relacionadas con el sedentarismo, Tabaquismo, Consumo de grasas, hipertensión arterial y diabetes, y demás factores; pero llama la atención que los mayores eventos de morbimortalidad son generados por causas como enfermedades cardiovasculares y neoplasias, que precisamente son enfermedades cuyas causas están relacionadas con estos factores de riesgo. Los registros de mortalidad de la ESE municipal en los años 2005, 2006 y 2007 muestran como principal causa de muerte el infarto del miocardio, ocupando

los primeros lugares, lo cual se constituye en el principal factor de riesgo de las patologías que caracterizan las causas de mortalidad de esta población.

Es importante anotar que los eventos que caracterizan prioritariamente la morbilidad de la población, están directamente relacionados con las condiciones del medio en el cual se desenvuelven estas personas, lo que implica que a partir de programas de prevención y modificación de los entornos se puede impactar positivamente esta problemática.

A las medidas comentadas con anterioridad hay que agregar, remarcado por estos tres años de seguimiento, la necesidad de un programa de vigilancia epidemiológica en enfermedades crónicas y enfatizar en programas de prevención y promoción de la salud para enfermedades cardiovasculares específicamente.

El análisis de la mortalidad en el municipio de Molagavita es el fiel reflejo del deterioro de las condiciones de vida y salud de la población, evidencia de manera marcada la falta del mejoramiento y evaluación de la calidad de los programas de promoción y prevención y de control de factores de riesgo, lo cual ha favorecido la presentación de patologías de diverso origen que amerita una intervención coherente, ordenada e integral en salud pública

JUSTIFICACIÓN

La magnitud creciente y la severidad de los tipos de cáncer mas frecuentes en el Departamento de Santander y el impacto social y económico que generan estas enfermedades en la región sugieren la necesidad de implementar una política específica de prevención y control del cáncer en Santander como una estrategia prioritaria en términos de Salud Pública.

Existen varios factores relacionados con la alimentación que influyen en la aparición de una serie de enfermedades crónicas que se relacionan con estilos de vida no saludables que inician desde la infancia. El consumo alimentario es uno de los indicadores más importantes para evaluar el estado nutricional de la población; además, es de utilidad para planificar y evaluar programas de prevención e intervenciones nutricionales y de esta manera mejorar la calidad de vida de la población.

Los buenos hábitos alimentarios desde edades tempranas mejoran la calidad de vida, promueven la salud y al mismo tiempo ayudan a prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles como las enfermedades del corazón, obesidad, diabetes, hipertensión, osteoporosis y cáncer.

Para tener una buena salud es necesario tomarse el tiempo para ingerir alimentos ricos en nutrientes y hacer ejercicio regularmente.

- El niño no aprende solamente en la escuela, el escenario social es su principal fuente de aprendizaje.
- La presencia de otras conductas de riesgo como el alcohol es la puerta de entrada del tabaquismo.
- El tabaquismo es resultado de la elección.
- Es el resultado de los rasgos de la personalidad
- El adolescente siente falta de confianza en si mismo, inseguridad, cambio en el estado de animo.

Es reconocido que la **ACTIVIDAD FÍSICA** tiene numerosos beneficios mentales y físicos dentro de los que se incluyen la disminución de riesgos cardiovasculares, la hipertensión, la diabetes y la osteoporosis; así mismo existe evidencia sólida de la protección que ejerce en el desarrollo de cáncer de colon y de mama, pulmón y próstata. Además la actividad física es un componente primordial de la reducción y del control del peso corporal, este ultimo reconocido ampliamente como un factor asociado con diversos tipos de cáncer.

Estrategia instituciones educativas **LIBRES DE HUMO:**

Pretende generar espacios para que los integrantes de la comunidad educativa desarrollen iniciativas conducentes a la prevención temprana del consumo del tabaco y a la generación de ambientes institucionales libres de humo.

Decreto 3039 de 10 Agosto/07 - Plan Nacional de Salud Publica 2007 -2010: Capitulo V: Prioridades nacionales en salud: Las Enfermedades Crónicas no transmisibles

RELACIÓN DE COSTOS DEL PROYECTO Y FUENTES DE FINANCIACIÓN: El total presupuestado para este proyecto es: \$ 4.000.000.00 S.G.P.

SECTORES INVOLUCRADOS: Alcaldía Municipal, Instituciones Educativas, Instituciones publicas y privadas.

POBLACIÓN OBJETO: Niños, Niñas, Adolescentes, Adultos Joven, Adulto Mayor, Comunidad en General y Población en situación de Desplazamiento si llegase el caso.

META DE RESULTADO CUATRIENIO (2008-2011)

Aumentar la prevalencia de actividad física en edades de 13 a 17 años global y estilos de vida saludables y disminuir la prevalencia de limitaciones evitables.

LÍNEA DE BASE: 28% prevalencia actividad física de 15 a 17 años; 44,9% prevalencia actividad física en adultos de 18 a 64 años; 12,7 años edad promedio de inicio de consumo de cigarrillo. Fuente: ENSIN

INDICADOR DE RESULTADO: Prevalencia de actividad física global en adolescentes entre 15 y 17 años y Prevalencia de actividad física global en adultos entre 18 y 64 años. Edad promedio de inicio del consumo de cigarrillos en población menor de 18 años.

METAS DE PRODUCTO CUATRIENIO (2008-2011)

Área Subprogramática 3.1. Acciones de Promoción de la salud y calidad de vida

1). Desarrollo de estrategias intersectoriales que promueven la actividad física en escenarios educativos, laborales, comunitarios e institucionales.

Indicador para verificar el logro: Estrategias intersectoriales de actividad física implementadas.

Descripción de las Actividades

- ❖ Velada cultural y de expresión artística con participación de estudiantes, (niños, jóvenes, adultos, adulto mayor.) (1 velada).

Indicador de Producto: III Trimestre: 1 soporte y evidencias

- ❖ Realizar un campeonato de diferentes actividades deportivas donde haya integración de los diferentes sociales (Alcaldía, policía, hospital, etc.) con la comunidad en general (1 campeonato)

Indicador de Producto: IV Trimestre: 1 Campeonato.

- ❖ Desarrollar olimpiadas deportivas (Encostalados, relevos, atletismo, ajedrez, trompo, lazo y golosa) dirigido a la población infantil (8-11 años) y Juvenil (12 a 15 años) (1 olimpiada)

Indicador de Producto: IV Trimestre: 1 Olimpiada.

2) Formulación de política pública para la promoción de hábitos de vida saludable en los diferentes espacios.

Indicador para verificar el logro: política pública formulada.

Descripción de las Actividades

- ❖ Convocar a la población del municipio de Molagavita a la integración de grupos de diferentes edades, con el fin de desarrollar actividades físicas que conlleven a prevenir y controlar las enfermedades crónicas.(1 convocatoria)

Indicador de Producto: IV Trimestre: 1 Convocatoria.

- ❖ Trabajar realizando actividades físicas 2 veces a la semana, mínimo 30 minutos diarios con los grupos conformados en la comunidad durante el desarrollo del contrato con niños, jóvenes, adulto y adulto mayor (soportes)

Indicador de Producto: IV Trimestre: Soportes mensuales

Área Subprogramática 3.2. Acciones de prevención de los riesgos (biológicos, ambientales y sanitarios).

- 2) Implementar la estrategia de instituciones libres de humo, en coordinación con EPS-S y ese Hospital, sector educativo, cultura, deportes y otros sectores.

Indicador para verificar el logro: actividades realizadas/total de actividades propuestas para el cumplimiento de la meta*100

Descripción de las Actividades

- ❖ Taller sobre las Enfermedades de Infección Respiratoria Aguda IRA debido al consumo de tabaco y sustancias psicoactivas dirigido a los alumnos del Instituto y padres de familia que deseen estar en esta actividad (1 taller)

Indicador de Producto: IV Trimestre: 1 Taller.

- ❖ Capacitación sobre factores de riesgo alcoholismo, tabaquismo, sedentarismo, obesidad, malos hábitos alimenticios, dirigido a los estudiantes y profesores de los centros educativos del sector rural y urbano. (2 capacitaciones)

Indicador de Producto: IV Trimestre: 1 Taller

- 3) Diseñar, socializar e implementar estrategias de educación información y comunicación frente a la promoción y prevención frente a la enfermedad renal

Indicador para verificar el logro: Trabajadores informales y domiciliarios que inician programas preventivos de riesgo renal.

Descripción de las Actividades

- ❖ Formular y ejecutar el plan de acción en la implementación, en la estrategia que promueva la actividad física con el sector salud y educación, incluirlo en horario de clases. (1 Plan de acción)

Indicador de Producto: IV Trimestre: 1 Plan de acción

- ❖ Realizar Programas radiales con el fin de concientizar a la población Molagavitense sobre los hábitos de vida saludable. (2 programas radiales)

Indicador de Producto: IV Trimestre: 1 Programa radial

- 4) Liderar campaña de diagnóstico precoz de diabetes e hipertensión arterial en coordinación con EPS-ESE

Indicador para verificar el logro: realización de campaña

Descripción de las Actividades

- ❖ Promover la detección precoz y el control de diabetes mellitus e hipertensión arterial mediante la elaboración del plan de acción y programación de la campaña en coordinación con el Sector Salud y Educación

Indicador de Producto: III Trimestre: Programación de la campaña con respecto a la temática coordinada entre el sector salud y educación; **IV Trimestre:** Realizar y mantener la campaña los sectores salud y educación

META DE RESULTADO CUATRIENIO (2008-2011)

Aportar al Departamento a disminuir en 0,1% las enfermedades por discapacidad.

LÍNEA DE BASE: 6,7%

INDICADOR DE RESULTADO: Porcentaje de casos con limitaciones evitables como: ver, Moverse, oír, caminar y entender

METAS DE PRODUCTO CUATRIENIO (2008-2011)

Área Subprogramática 3.1. Acciones de Promoción de la salud y calidad de vida

- 2) Diseñar e implementar programa para prevención de secuelas en la población discapacitada

Indicador para verificar el logro: número de usuarios discapacitados en el programa/total de usuarios discapacitados *100.

Descripción de las Actividades

- ❖ Realizar censo con el mapa del municipio con el fin de identificar donde se encuentran las personas con discapacidad o minusvalía

Indicador de Producto: IV Trimestre: 1 Censo.

- 3) Seguimiento y evaluación por parte de la ESE Hospital del modelo de atención funcional de discapacidad y/o minusvalía.

Indicador para verificar el logro: visitas de inspección realizadas.

Descripción de las Actividades

- ❖ Realizar consulta de primera vez y controles teniendo en cuenta el modelo de atención funcional para las personas con discapacidad y/o minusvalía (Soporte de los RIPS de consulta)

Indicador de Producto: IV Trimestre: Soportes mensuales.

► ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

TUBERCULOSIS Y LEPROA EN EL MUNICIPIO DE MOLAGAVITA

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La Tuberculosis representa en la actualidad un grave problema de salud pública en Colombia, a pesar de que existen medios preventivos para evitar su incremento en la comunidad. En la actualidad se requiere cortar la cadena de transmisión de enfermo a sano mediante la búsqueda, localización precoz y tratamiento acortado supervisado de los enfermos.

Las administradoras tienen la responsabilidad de garantizar una atención individual integral a su población afiliada y beneficiaria, por lo tanto deben procurar actividades, intervenciones y procedimientos de educación, información y promoción de la salud y de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los enfermos tuberculosis. Por lo tanto, se hace necesario definir y estandarizar las actividades, intervenciones y procedimientos técnico-científicos y administrativos que garanticen la atención integral del usuario y contribuyan a controlar la tuberculosis en nuestro país.

La Lepra afecta a personas en todo el mundo; hacia finales del año 2003 se registraron 620.672 casos nuevos y 534.311 pacientes se encontraban en tratamiento. En 1985, 122 países eran considerados endémicos y hacia el año 2003, 12 países presentaron altos niveles de endemicidad con más de 1 caso por 10.000 habitantes, siendo Brasil y la India los más afectados.

En Colombia fueron registrados 1535 pacientes en tratamiento y 518 casos nuevos en el año 2003, los departamentos afectados en orden decreciente son Valle, Norte de Santander, Santander, Cesar, Huila, Magdalena, Bolívar y en la ciudad de Bogotá. Durante el año 2004, se notificaron 470 casos nuevos de Lepra, siendo el departamento del Valle el de mayor incidencia, reportando el 27% de estos casos.

En Colombia y en el resto del mundo se ha registrado un descenso en el problema debido al tratamiento con la poliquimioterapia multibacilar, el abordaje horizontal, abandonando el esquema vertical de tratamiento en centros especializados.

Epidemiológicamente, llama la atención que el descenso mundial de la prevaencia de la lepra no se ha acompañado de un descenso en su incidencia, es decir, que no se haya podido prevenir la transmisión, a pesar de que se haya adoptado la poliquimioterapia en programas con un seguimiento muy estricto.

En Colombia el fenómeno epidemiológico se ve reflejado en el estancamiento de la incidencia a pesar del descenso en la prevaencia.

En 1998, la incidencia fue de 586 casos, 1.5/100.000 habitantes, la prevaencia fue de 2850 pacientes en tratamiento 0,7/10.000; en el año 2003 la incidencia fue de 518 casos y la prevaencia 1535 casos. Para el 2004 la prevalencia fue del 0.1/10.000 habitantes. A pesar del subregistro de pacientes relacionados con los problemas de orden público y el descuido de los programas de vigilancia y control, la tasa de

prevalencia es inferior a 1/10.000 habitantes, ubicándose el país en un periodo de poseliminación.

En el Municipio de Molagavita en los últimos años no se han diagnosticado casos de tuberculosis y lepra; al año 2007 el porcentaje de captación de sintomáticos respiratorios y de piel es del 10%, cifra inferior a lo requerido, el cual debe incrementarse en forma decidida por los actores del sistema de seguridad social del Municipio; garantizando el 100% de curación de los casos diagnosticados.

JUSTIFICACIÓN

La gravedad de la Lepra como problema de Salud Pública, reside en la duración de la enfermedad, las desfiguraciones físicas y discapacidades permanentes que causa y en el impacto socio-económico generado que se refleja en el sufrimiento humano y el rechazo social del que es objeto el paciente y la familia.

La Lepra, mientras que globalmente la prevalencia ha caído en los últimos 15 años, en un 85% la incidencia solo ha disminuido un 4%.

La Tuberculosis representa en la actualidad un grave problema de salud pública en Colombia, a pesar de que existen medios preventivos para evitar el incremento en la comunidad. En la actualidad se requiere cortar la cadena de transmisión de enfermo a sano mediante la búsqueda, localización precoz y tratamiento acortado supervisado de los enfermos.

La TB causa un gran impacto económico en los pacientes y sus familias:

- Gasto en diagnóstico y tratamiento
- Transporte para conseguir servicios médicos
- Tiempo por ausentismo laboral
- El costo del tratamiento es bajo: Aprox. 14-18 dólares por paciente
- Alto impacto de la co - infección Tuberculosis / VIH
- A pesar de la importancia de la TB a nivel global aun se tienen atrasos en los métodos y tecnologías para diagnóstico y tratamiento.
- Se requiere buscar nuevas herramientas de diagnóstico, vacunas y medicamentos sobre todo para países donde la epidemia de VIH y la MDR son un problema severo.
- **ALIANZA ALTO A LA TUBERCULOSIS**
- **ALTO A LA TB** es un movimiento global para acelerar la acción política y social para detener la diseminación de la TB alrededor del mundo.
- La Alianza **ALTO** a la TB fue establecida en 2000 con el fin de lograr la meta de eliminar la TB como problema de salud pública y recientemente para “asegurar un mundo libre de TB”
- Esta es una red conformada por cerca de 400 organizaciones internacionales, donantes de sectores público y privado, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y personas trabajando conjuntamente por lograr la meta.

- El primer paso de la Alianza **Alto** a la TB fue obtener un primer Plan Global de Alto a la Tuberculosis 2001-2005 para tener una agenda coherente y lograr las metas
- Desde Enero de 2006 se lanzó el segundo Plan Global 2006-2015 con el fin alcanzar la meta de TB en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y basado en las metas para reducir pobreza

RELACIÓN DE COSTOS DEL PROYECTO Y FUENTES DE FINANCIACIÓN: El total presupuestado para este proyecto es: \$ 3.792.036,00 S.G.P.

SECTORES INVOLUCRADOS: Alcaldía Municipal, EPS, ESE, y Comunidad en General

POBLACIÓN OBJETO: Población sintomática respiratoria y de piel estimada, casos sospechosos de TBC y Lepra y convivientes y contactos, Grupos de personas drogadictos, alcohólicos, diabéticos y persona positivas de VIH y Población en situación de desplazamiento si hubiese.

META DE RESULTADO CUATRIENIO (2008-2011)

Aumentar a un 70% el porcentaje de captación de sintomáticos respiratorios

LÍNEA DE BASE: 10%

INDICADOR DE RESULTADO: Porcentaje de captación de sintomáticos respiratorios en coordinación con las EPS-ESE

METAS DE PRODUCTO CUATRIENIO (2008-2011)

Área Subprogramática 3.1. Acciones de Promoción de la salud y calidad de vida

- 1). Búsqueda activa de sintomáticos respiratorios en el Municipio.
Indicador para verificar el logro: % de captación de sintomáticos respiratorios

Descripción de las Actividades

- ❖ Realizar búsqueda activa permanente, institucional y comunitaria y canalización de sintomáticos respiratorios al programa (actividades en población vulnerable, población discapacitada, ancianos, otros sectores)
Indicador de Producto: III Trimestre: formatos de búsqueda activa; **IV Trimestre:** formatos de búsqueda activa
- ❖ Realizar estudio de convivientes y/o contactos de casos de TBC mediante visitas domiciliarias con el fin de identificar sintomáticos e igualmente orientarlos hacia la ESE, según el tipo de aseguramiento. Prevención de factores de riesgo. (según

pacientes positivos) y realizar seguimiento a los contactos durante el tratamiento del paciente.

Indicador de Producto: III Trimestre: Formato de visitas domiciliarias y seguimiento a contactos.; **IV Trimestre:** Formato de visitas domiciliarias y seguimiento a contactos.

- ❖ Diagnosticar los casos existentes de TBC del municipio y garantizar el pretest de VIH a pacientes positivos de tuberculosis y cultivo de BK según plan estratégico y protocolo departamental.

Indicador de Producto: III Trimestre: Informes de laboratorio con soportes de cultivos y pretest de VIH; **IV Trimestre:** Informes de laboratorio con soportes de cultivos y pretest de VIH

- ❖ Presentar informes trimestrales en forma oportuna y con calidad en los formatos establecidos, a la Secretaria de Salud Local y Departamental de acuerdo a la normatividad en los primeros 5 días posteriores al trimestre.

Indicador de Producto: III Trimestre: informe trimestral y envió a la SSD; **IV Trimestre:** informe trimestral y envió a la SSD

- ❖ Promover la captación de sintomáticos respiratorios a través de medios masivos de comunicación y su orientación hacia la ESE

Indicador de Producto: III Trimestre: Cuñas radiales (2 cuñas semanales) total 24 cuñas; **IV Trimestre:** Cuñas radiales (2 cuñas semanales) total 24 cuñas

- ❖ implementación de la guía y plan estratégico de TBC en la ESE

Indicador de Producto: IV Trimestre: 1 taller de capacitación de la guía y plan estratégico, ficha técnica y planilla de asistencia

META DE RESULTADO CUATRIENIO (2008-2011)

Mantener el porcentaje de curación de pacientes con tuberculosis en el 85%

LÍNEA DE BASE: 85%

INDICADOR DE RESULTADO: Porcentaje de sintomáticos respiratorios captados

METAS DE PRODUCTO CUATRIENIO (2008-2011)

Área Subprogramática 3.2. Acciones de prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños

- 2) Implementar el Plan Estratégico Colombia Libre de Tuberculosis 2006-2015 para la expansión y fortalecimiento de la estrategia tratamiento acortado supervisado DOTS/TAS para el manejo de pacientes con tuberculosis.

Indicador para verificar el logro: Porcentaje curación casos de Tuberculosis; Estrategia DOTS/TAS implementada en las EPS -ESE del municipio; Guía de coinfección TBC-VIH, en la ESE del Municipio implementada

Descripción de las Actividades

- ❖ Notificar a la red pública programa de TBC (SSM, SSD) EPS y SIVIGILA los casos positivos de TBC.
Indicador de Producto: III Trimestre: notificación con soportes requeridos (Tarjeta de TBC, Fichas del SIVIGILA, oficio a la EPS y resultado del Diagnóstico); **IV Trimestre:** notificación con soportes requeridos (Tarjeta de TBC, Fichas del SIVIGILA, oficio a la EPS y resultado del Diagnóstico)
- ❖ Garantizar el tratamiento, distribución, seguimiento y control del suministro de medicamentos a pacientes con TBC. (según la guía de manejo para estos pacientes).
Indicador de Producto: III Trimestre: Soportes requeridos (Tarjetas de TBC actualizada y stock de medicamentos por paciente); **IV Trimestre:** Soportes requeridos (Tarjetas de TBC actualizada y stock de medicamentos por paciente)
- ❖ Fortalecer el trabajo interprogramático con AIEPI - PAI (con búsqueda Activa de TBC infantil), con salud mental (apoyo en asesoría de VIH), Nutrición (inclusión de pacientes en programas alimentarios)
Indicador de Producto: III Trimestre: Actas intersectoriales y coordinación con cada programa; **IV Trimestre:** Actas intersectoriales y coordinación con cada programa
- ❖ Enviar mensualmente al control de calidad el 10% de las muestras Negativas y el 100% De las positivas al LDSP de Eventos de Lepra y TBC.
Indicador de Producto: III Trimestre: formatos de envío y recibido del control de calidad del LDSP; **IV Trimestre:** formatos de envío y recibido del control de calidad del LDSP
- ❖ Realizar talleres de capacitación a las juntas de acción comunal, personería, madres comunitarias, párroco etc. del Municipio para desarrollar e implementar estrategias de participación comunitaria para la prevención y el control de la tuberculosis y posterior seguimiento.
Indicador de Producto: III Trimestre: 2 talleres de capacitación con compromisos pactados; **IV Trimestre:** actas de seguimiento
- ❖ Seguimiento individualizado de casos en tratamiento para ser egresados por curación a través de informes bimensuales.
Indicador de Producto: III Trimestre: Informes bimensuales de seguimiento; **IV Trimestre:** Informes bimensuales de seguimiento

META DE RESULTADO CUATRIENIO (2008-2011)

Curar el 100% de los pacientes para disminuir prevalencia

LÍNEA DE BASE: 1

INDICADOR DE RESULTADO: Municipio cumpliendo con la meta de curación de los casos de Lepra.

METAS DE PRODUCTO CUATRIENIO (2008-2011)

Área Subprogramática 3.1. Acciones de Promoción de la salud y calidad de vida

- 3) Fortalecer la búsqueda activa de sintomáticos de piel (lepra) en el Municipio.
Indicador para verificar el logro: ESE-EPS que cumplen con la Búsqueda Activa de Sintomáticos de piel.

Descripción de las Actividades

- ❖ Presentar informes trimestrales con oportunidad y con calidad en los formatos establecidos, ante la Secretaria de Salud Local y Departamental de acuerdo a la normatividad los 5 días después de cada trimestre.

Indicador de Producto: III Trimestre: informe trimestral y envió a la SSD; **IV Trimestre:** informe trimestral y envió a la SSD

- ❖ Realizar búsqueda activa institucional y comunitaria y canalización de sintomáticos de piel en población vulnerable (población discapacitada, ancianos y otros sectores) y realizar estudio según la guía de lepra para confirmar el diagnóstico

Indicador de Producto: III Trimestre: Formatos de búsqueda activa y soporte del estudio realizado (biopsia y BK); **IV Trimestre:** Formatos de búsqueda activa y soporte del estudio realizado (biopsia y BK)

- ❖ Realizar estudio de convivientes y/o contactos de casos de lepra mediante visitas domiciliarias con el fin de identificar sintomáticos de piel e igualmente orientarlos hacia la ESE, según el tipo de aseguramiento. Realizar Prevención de factores de riesgo. (según pacientes positivos) y seguimiento a los contactos durante el tratamiento del paciente

Indicador de Producto: III Trimestre: Formato de visitas domiciliarias y seguimiento a contactos; **IV Trimestre:** Formato de visitas domiciliarias y seguimiento a contactos

- ❖ Capacitar al personal del área de salud del municipio, en el conocimiento de la enfermedad por LEPRO y TBC, para su detección precoz, tratamiento, prevención de la discapacidad y rehabilitación, según lineamientos de las Guías de Atención Integral (Resolución 412 de 2000), y plan estratégico Colombia Libre de Lepra, Por medico, Enfermera Profesional y Bacteriólogo.

Indicador de Producto: IV Trimestre: 1 taller, Ficha técnica, planilla de asistencia

- ❖ Capacitar Junta de acción Comunal, Docentes, Padres del Programa Desayunos Infantiles, familias en acción y grupos desplazados sobre la LEPRO; búsqueda activa, detección oportuna, direccionamiento hacia la IPS según su aseguramiento (área urbana y rural). un taller por Grupo.

Indicador de Producto: III Trimestre: 1 taller urbano Ficha técnica, Convocatoria y Planilla de asistencia; **IV Trimestre:** 1 taller urbano Ficha técnica, Convocatoria y Planilla de asistencia

- ❖ Promover la captación de sintomáticos de piel y sistema nervioso periférico a través de medios masivos de comunicación y su orientación hacia la ESE.

Indicador de Producto: III Trimestre: Cuñas radiales (2 cuñas semanales) total 24 cuñas; **IV Trimestre:** Cuñas radiales (2 cuñas semanales) total 24 cuñas

- ❖ implementación de la guía y plan estratégico de Lepra en la ESE.

Indicador de Producto: IV Trimestre: 1 taller de capacitación de la guía y plan estratégico

Área Subprogramática 3.2. Acciones de prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños

- 4) Gestión y seguimiento de la (PQT) a los pacientes detectados.

Indicador para verificar el logro: PQT Implementado.

Descripción de las Actividades

- ❖ Notificar a la red pública y programa de lepra (SSM, SSD), SIVIGILA y EPS los casos nuevos y recidivas.

Indicador de Producto: III Trimestre: notificación con soportes requeridos: Fichas de notificación al SIVIGILA, tarjetas de lepra, resultados, diagnósticos y oficio a la EPS; **IV Trimestre:** notificación con soportes requeridos: Fichas de notificación al SIVIGILA, tarjetas de lepra, resultados, diagnósticos y oficio a la EPS.

- ❖ Garantizar el tratamiento, distribución, seguimiento y control del suministro de medicamentos a los pacientes inscritos al programa.

Indicador de Producto: III Trimestre: Tarjetas de lepra y soportes de medicamento por paciente; **IV Trimestre:** Tarjetas de lepra y soportes de medicamento por paciente

- ❖ Suministrar BCG para prevenir la infección en convivientes de casos confirmados de LEPRO, vigilar y controlar su aplicación por parte de la ESE en el POS

Indicador de Producto: III Trimestre: Relación de convivientes investigados y aplicación de BCG; **IV Trimestre:** Relación de convivientes investigados y aplicación de BCG

PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y ZONOSIS: DENGUE, CHAGAS

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

En el municipio de Molagavita existen factores de riesgo que predisponen la presentación de problemas de salud pública que están directamente relacionados con el medio ambiente: LA ENFERMEDAD DEL DENGUE Y CHAGAS, problema que hace evidente la necesidad de que se desarrollen estrategias que hagan un manejo integral de acciones dirigidas a prevenir y atenuar posibles problemas para la salud pública.

Según datos suministrados por el programa de ETV de la SSS, las ETV presentes en el municipio de Molagavita dengue y el chagas. El triatómino, vector del chagas, se encuentra circulando en el área rural. Durante los últimos años, solo se presentó un caso de esta enfermedad en el año 2002. En cuanto al dengue, en el año 2004 se presentaron 3 casos confirmados de dengue clásico, en ese mismo año se hicieron levantamientos de índices aélicos en 113 viviendas, encontrándose que el índice larvario fue del 6.2%, el de depósito, del 1.3% y el de breteau del 6.2%. Un factor de riesgo que influye en la presencia de estos vectores y, por ende, de las enfermedades que transmiten, es la altitud sobre el nivel del mar, la cual es de 1365 metros.

La Secretaria de Salud Departamental con la competencia de intervenir en la reducción de las enfermedades de transmisión por vectores tiene programadas acciones de intervención, las cuales deben ser apoyadas por el nivel Municipal.

JUSTIFICACIÓN

El patrón de morbimortalidad en nuestro municipio conservo tendencia similar a la presentada en años anteriores, con predominio de enfermedades vectoriales, el cual se constituye en el principal problema de salud pública en nuestro municipio, siendo la patología más frecuente el Dengue clásico. La necesidad de atender el control de vectores de dengue se hace necesario que el Municipio preste el apoyo a la Secretaria de Salud Departamental con el fin de aportar a disminuir y a prevenir los casos de dengue clásico.

META DE RESULTADO CUATRIENIO (2008-2011)

Aportar a mantener la tasa de letalidad por Dengue por debajo de 0,019%

LÍNEA DE BASE: 0.019

INDICADOR DE RESULTADO: Tasa de mortalidad por dengue

METAS DE PRODUCTO CUATRIENIO (2008-2011)

Área Subprogramática 3.1. Acciones de Promoción de la salud y calidad de vida

- 5) Apoyo a la implementación de estrategias IEC a través de medios masivos de comunicación, en concurrencia con el Departamento para dengue.
Indicador para verificar el logro: Estrategia IEC implementadas para dengue.

Descripción de las Actividades

- ❖ Socialización de las estrategias de educación, información y comunicación, entregadas por el Departamento.

Indicador de Producto: IV Trimestre: Estrategia IEC socializadas

META DE RESULTADO CUATRIENIO (2008-2011)

Apoyar al departamento en la promoción de estrategias para la reducción de la enfermedad de Chagas

LÍNEA DE BASE: SD

INDICADOR DE RESULTADO: Estrategias de promoción apoyadas

METAS DE PRODUCTO CUATRIENIO (2008-2011)

Área Subprogramática 3.1. Acciones de Promoción de la salud y calidad de vida

- 6) Implementación de estrategias EIC a través de medios masivos de comunicación en concurrencia departamento para Chagas.

Indicador para verificar el logro: Estrategia IEC implementadas para chagas

Descripción de las Actividades

- ❖ Socialización de las estrategias de educación, información y comunicación, entregadas por el Departamento.

Indicador de Producto: IV Trimestre: Estrategia IEC socializadas

► VIGILANCIA

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La vigilancia en salud pública garantiza que se conozca la realidad de la situación de salud en nuestro municipio no solo en el día a día, sino que cuando se hace planificación esta se nutre de las realidades para transformarlas y cuando se proponen políticas en salud estas obedecen a un sólido conocimiento de las necesidades de las poblaciones y por tanto de las formas más apropiadas para solventarlas.

Es de resaltar que las características del Sistema de Vigilancia en Salud Pública son de OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO y en forma PERMANENTE.

La presencia de factores condicionantes del medio ambiente de tipo biológico, físico, psicosocial, que representan riesgo para la salud de los individuos y de la comunidad del municipio de Molagavita.

Dentro de las normas de S.G.S.S.S esta la responsabilidad de ente municipal de garantizar la salud publica de la colectividad y las condiciones sanitarias para su desarrollo personal, familiar, social y productivo.

La vigilancia epidemiológica, funciona como un sistema, en el que actúan dinámicamente como componentes: personas, recursos físicos, instituciones, conceptos, información, normas, entre otros. La información por si misma es el componente importante y por su complejidad constituye un sistema dentro de la vigilancia epidemiológica. Del sistema de información depende en gran parte, el desarrollo de la vigilancia: las definiciones, las acciones y las decisiones se basan en el análisis de la información.

La vigilancia de la salud pública nos asegura el conocimiento de la realidad de la situación de salud diariamente y nos aporta la información para planificar acciones que nos hagan transformar la problemática identificada. Estas acciones de promoción y prevención podrán ser en el momento, a corto, mediano o largo plazo.

JUSTIFICACIÓN

El Sistema de Vigilancia en Salud Publica se debe aprovisionar 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 la salud pública

La no realización de las actividades de Vigilancia en Salud Pública puede incrementar los riesgos de enfermedad y muerte en la población del municipio que puede conducir a sanciones ante el incumplimiento de estas. Dado que estas acciones son continuas y obligatorias, el municipio debe realizarlas con recursos propios.

En el desarrollo en las competencias consagradas en la Ley 100/93 y la Ley 715/01 la Ley 1122/07; Decreto 3039/0/ La RESOLUCION 425 de Febrero 11 del 2.008 ; en el ámbito territorial la vigilancia en salud y gestión del conocimiento se deben financiar con rentas propias y los recursos que para el efecto las entidades territoriales asignen del componente de salud publica del sistema General de Participaciones – SGP, así como los recursos de prestación de servicios destinados al desarrollo y operación del sistema de información .

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

RELACIÓN DE COSTOS DEL PROYECTO Y FUENTES DE FINANCIACIÓN:
Recursos Propios

SECTORES INVOLUCRADOS: Alcaldía Municipal, Secretaria de Salud Departamental, EPS, ESE, EPSS Comunidad en General, inspección de policía, Juzgados, ICBF, Comisaría de Familia, parroquia, ONG.

POBLACIÓN OBJETO: Comunidad en General, Población en situación de desplazamiento si hubiese.

META DE RESULTADO CUATRIENIO (2008-2011)
Fortalecer la regulación y fiscalización de las acciones de salud

LÍNEA DE BASE: 100%

INDICADOR DE RESULTADO: Municipio Cumpliendo con las competencias de la vigilancia en Salud Publica Ley 715 de 2001

METAS DE PRODUCTO CUATRIENIO (2008-2011)

Área Subprogramática 3.3 Vigilancia en salud y gestión del conocimiento

- 1) Aumentar la oportunidad y calidad de la notificación obligatoria de los eventos bajo vigilancia en el Municipio.

Indicador para verificar el logro: Garantizar la calidad de la notificación de la UPGD al Departamento; Comité de estadísticas vitales fortalecido; Evaluación de cobertura de vacunación población objeto mediante monitoreos; Toma de muestras del laboratorio necesarias en vigilancia en Salud Publica y envió de las mismas al laboratorio Dpto

Descripción de las Actividades

- ❖ Notificación de los eventos positivos y negativos en Salud Publica, utilizando la ficha única de notificación individual durante todo el año epidemiológico 2008; de forma inmediata y semanal al nivel departamental y municipal de eventos sujetos de VSP, incluyendo la notificación de Violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual.

Indicador de Producto: III Trimestre: # de eventos enviados (13 semanas notificadas); **IV Trimestre:** # de eventos enviados (13 semanas notificadas)

- ❖ Toma de muestras de laboratorio necesarias (incluidas las inmunoprevenibles) y envió de las mismas al laboratorio Departamental

Indicador de Producto: III Trimestre: #de tomas enviadas/#de tomas recolectadas según necesidad; **IV Trimestre:** #de tomas enviadas/#de tomas recolectadas según necesidad

- ❖ Liderar reunión bimensual del Comité de Estadísticas Vitales, para análisis precrítico del correcto diligenciamiento de Certificados de nacimiento y defunción y medidas correctivas según necesidad con la participación del Registrador, Coordinador Vigilancia y Representante de Medicina. .
Indicador de Producto: III Trimestre: Actas de reunión con evaluación de indicadores epidemiológicos; **IV Trimestre:** Actas de reunión con evaluación de indicadores epidemiológicos
- ❖ Recolección y sistematización continua de la información generada en el SVSP (mensual) en el sistema EPIINFO o SIVIGILA y remitirla al nivel local; incluyendo estadísticas vitales
Indicador de Producto: III Trimestre: Información sistematizada y actualizada. (3) Informes mensuales; **IV Trimestre:** Información sistematizada y actualizada. (3) Informes mensuales
- ❖ Informe del diagnóstico epidemiológico por Trimestre del Municipio, teniendo en cuenta la guía entregada por el Departamento. (medio magnético y físico). Al Final del Año entregar un Consolidado.
Indicador de Producto: III Trimestre: informes trimestrales (1); **IV Trimestre:** informes trimestrales (1)
- ❖ Análisis crítico de la información de salud en el municipio Trimestral de Morbi-Mortalidad por Consulta Externa y Urgencia, Enfermedades de interés en Salud Pública e Impacto en Programas Nacionales PYP
Indicador de Producto: III Trimestre: Informe estadístico y epidemiológico.; **IV Trimestre:** Informe estadístico y epidemiológico

Área Subprogramática 3.4 Gestión integral y funcional del plan

- 2) Fomentar, liderar los comités intersectoriales, interinstitucionales y comunitarios (COVE, COVECOM, Red Social, Estadísticas Vitales, Muertes maternas y perinatales) para el logro de las metas de resultados y productos del PST Municipal.
Indicador para verificar el logro: % de comités de gestión local operando en el Municipio

Descripción de las Actividades

- ❖ Liderar reuniones Trimestrales COVECOM
Indicador de Producto: III Trimestre: Actividades Actas, Convocatorias (1); **IV Trimestre:** Actividades Actas, Convocatorias (1)
- ❖ Liderar reunión mensual de COVE Municipal. Evaluación mensual de la participación a asistencia de los integrantes del COVE.
Indicador de Producto: III Trimestre: Actas Mensuales (3); **IV Trimestre:** Actas Mensuales (3)
- ❖ Capacitación a los integrantes del COVE Municipal.
Indicador de Producto: III Trimestre: Taller

- ❖ Capacitación sobre operatividad del SVSP, a unidades Notificadoras y generadoras de datos.
Indicador de Producto: III Trimestre: Taller
 - ❖ Capacitación a la comunidad con participantes del COVECOM sobre VSP
Indicador de Producto: III Trimestre: Taller
- 3) Asignación y capacitación del recurso humano para la ejecución de los planes territoriales de salud.
Indicador para verificar el logro: Asistencia a los eventos de capacitación del recurso humano programados para el municipio

Descripción de las Actividades

- ❖ Vigilancia y seguimiento de la asistencia y participación a capacitaciones del recurso humano de la ESE, EPS, y unidades generadoras de datos...
Indicador de Producto: III Trimestre: Eventos asistidos/Eventos programados;
IV Trimestre: Eventos asistidos/Eventos programados.
- 4) Gestión y autoevaluación de la ejecución del PTS Municipal.
Indicador para verificar el logro: Metas de producto cumplidas/Metas de producto programadas (Eficacia); Recursos ejecutados/Recursos Programados (Eficiencia); Metas Cumplidas/ Metas de resultados propuestas (Efectividad).

Descripción de las Actividades

- ❖ Evaluar el número de Metas de producto cumplidas, con el número de Metas de producto programadas (Eficacia).
Indicador de Producto: III Trimestre: Eficacia; **IV Trimestre:** Eficacia
 - ❖ Evaluar que los Recursos ejecutados sean consistentes con los Recursos Programados (Eficiencia).
Indicador de Producto: III Trimestre: Eficiencia; **IV Trimestre:** Eficiencia
 - ❖ Evaluar el número de Metas Cumplidas, con el número de Metas de resultado propuestas (Efectividad).
Indicador de Producto: III Trimestre: Efectividad; **IV Trimestre:** Efectividad
- 5) Movilización y participación en los procesos de formulación, seguimiento, evaluación y control de los planes de salud territorial.
Indicador para verificar el logro: N° de personas que participan en los procesos de formulación, seguimiento y control del PTS

Descripción de las Actividades

- ❖ Presentación de informe de avance en la ejecución del PTS ante el CLSSS.
Indicador de Producto: III Trimestre: Actas de reunión; **IV Trimestre:** Actas de reunión

- 6) Adaptación de estrategias o proyectos en función a resultados.
Indicador para verificar el logro: % de adaptación de estrategias o proyectos

Descripción de las Actividades

- ✦ Elaborar los proyectos con sus respectivas estrategias adaptadas en función a resultados.

Indicador de Producto: III Trimestre: Elaboración de proyectos y estrategias; **IV Trimestre:** Elaboración de proyectos y estrategias

4.4 PROGRAMA 4. PROMOCIÓN SOCIAL

DESCRIPCIÓN DEL EJE:

Esta dinámica corresponde a las interrelaciones entre los individuos y las comunidades en el ejercicio de los derechos sociales y culturales; que permiten el desarrollo de sus capacidades y la posibilidad de satisfacer necesidades. En cada una de las competencias del municipio esta, cubre los siguientes sectores; Educación, Salud, agua potable y saneamiento básico, cultura, recreación y deporte, justicia, seguridad y convivencia, participación comunitaria y vivienda.

En el Municipio de Molagavita existe población especial como son discapacitados, adultos mayores, mujeres gestantes, población infantil, adolescente y joven que requieren atención con acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos.

Según la normatividad se requiere estimular a nivel del Municipio la participación social y comunitaria, y construcción de redes; y formación para el trabajo.

OBJETIVO:

Articular acciones y aumentar cobertura en los programas de promoción, prevención y atención, dirigida a poblaciones especiales como desplazados (si los hubiese), discapacitados, adultos mayores, mujeres gestantes, trabajadoras sexuales, población infantil y adolescente joven.

SECTORES INVOLUCRADOS: Alcaldía Municipal, EPSS, EPS, ESE, Sector Educativo, ICBF

POBLACIÓN OBJETO: Poblaciones especiales, comunidad vulnerable, población en desplazamiento si la hubiese, Comunidad Educativa, Comites de discapacitados, Veedores Ciudadanos, comités de control social, y Comunidad en General.

Meta de Resultado Cuatrienio (2008-2011)

- 1) Municipio desarrollando actividades de promoción de la salud y prevención de riesgos en poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad, y atención a poblaciones especiales
- 2) Aumentar la cobertura de la red juntos en el Municipio
- 3) El municipio de Molagavita desarrolla acciones para el fomento de la participación social en salud

Línea de Base: 0

Indicador de Resultado:

Municipio con actividades de promoción de la salud y prevención de riesgos en poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad.

Metas de Producto Cuatrienio (2008-2011)

Área Subprogramática 4.1. Promoción, prevención y atención de poblaciones especiales.

- 1). Seguimiento y vigilancia del cumplimiento de las acciones de promoción y prevención en población con mayor vulnerabilidad (Discapacitados, Tercera Edad, desplazados si llegase el caso)

Indicador para verificar el logro: cobertura de población vulnerable participando de los programas

Descripción de las Actividades

- ❖ Coordinar la atención y evaluar las coberturas en los programas de promoción y prevención ofrecidos a la población infantil
Indicador de Producto: III Trimestre: cobertura de población vulnerable participando de los programas; **IV Trimestre:** cobertura de población vulnerable participando de los programas
- ❖ Realizar censo para determinar la población con discapacidad en el municipio
Indicador de Producto: III Trimestre: soporte.
- ❖ Coordinar la atención y evaluar las coberturas en los programas de promoción y prevención ofrecidos a la población infantil
Indicador de Producto: III Trimestre: cobertura de población vulnerable participando de los programas
- ❖ Coordinar la atención y evaluar las coberturas en los programas de promoción y prevención ofrecidos a la población adolescente y joven
Indicador de Producto: III Trimestre: cobertura de población vulnerable participando de los programas

Área Subprogramática 4.2. Acciones de salud en la "red juntos".

2). Coordinar la implementación del programa red juntos en el Municipio de Molagavita para mantener coberturas

Indicador para verificar el logro: Red Juntos implementada

Descripción de las Actividades

- ❖ Identificar como mínimo 15 familias priorizadas para ingresar al programa familia en acción.

Indicador de Producto: III Trimestre: Soporte del listado de 15 familias beneficiarias de la estrategia red juntos; **IV Trimestre:** Soporte del listado de 15 familias beneficiarias de la estrategia red juntos

Área Subprogramática 4.3. Acciones educativas de carácter no formal participación social

3). Seguimiento y asistencia técnica a los mecanismos de participación social en el Municipio

Indicador para verificar el logro: Reuniones de control social y rendición de cuentas de los resultados del PST

Descripción de las Actividades

- ❖ Decepcionar, tramitar y reportar las quejas e inquietudes del SAC

Indicador de Producto: III Trimestre: Consolidado reportado a la SSD; **IV Trimestre:** Consolidado reportado a la SSD

4.5 PROGRAMA 5. PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE RIESGOS PROFESIONALES

DESCRIPCIÓN DEL EJE:

Este eje programático tiene como fin articular las acciones que son de competencia de las administradoras de riesgos profesionales, para disminuir los riesgos asociados al ejercicio de la actividad laboral y profesional, incluyendo la población de nivel I, II, y III del sisben para focalizar acciones de prevención, vigilancia y control en los ambientes laborales.

OBJETIVO:

Disminuir los riesgos asociados al ejercicio de la actividad laboral y profesional, mediante acciones de promoción de la Salud, inspección de riesgos laborales, inducción a la demanda en ámbitos laborales.

SECTORES INVOLUCRADOS: Alcaldía Municipal, ARP, empresas, instituciones publicas y privadas, EPS, ESE, EPSS.

POBLACIÓN OBJETO: Trabajadores Formales e informales que estan afiliados al SGSSS

Meta de Resultado Cuatrienio (2008-2011)

Reducir la tasa de morbilidad por enfermedad profesional y accidentes ocupacionales

Línea de Base: SD

Indicador de Resultado:

Tasa de mortalidad por enfermedad profesional y Tasa por accidentes ocupacionales por cien mil

Metas de Producto Cuatrienio (2008-2011)

Área Subprogramática 5.1. Acciones de promoción de la Salud, Calidad de vida en ámbitos laborales

1). Desarrollar una cultura de autocuidado para prevenir los riesgos profesionales en los sectores productivos del municipio (alcaldía municipal y ese centro de salud de Molagavita)

Indicador para verificar el logro: Estrategia implementada

Descripción de las Actividades

- ❖ Sensibilización a los empleados públicos de la Alcaldía y ESE Publica acerca de la importancia de la Salud Ocupacional y la prevención de riesgos profesionales municipio

Indicador de Producto: III Trimestre: 1 taller de sensibilización

Área Subprogramática 5.2. 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 ámbito laboral

- 2). Articulación intersectorial de las diferentes instancias, propiciando acciones dirigidas al conocimiento de derechos y deberes en el sistema integral de seguridad social incluyendo al sistema general de riesgos profesionales.

Indicador para verificar el logro: Comité local de Salud Ocupacional creado y operando

Descripción de las Actividades

- ❖ Realizar 1 taller en cada Institución educativa para promover los servicios de promoción de la salud y prevención de los riesgos laborales, así como de entornos saludables y los espacios libres de riesgo; sus efectos sobre la salud y la manera de corregirlos.

Indicador de Producto: III Trimestre: 1 taller

Área Subprogramática 5.3. Acciones de inspección, vigilancia y control de los riesgos sanitario, fitosanitarios, ambientales en los ámbitos laborales y riesgos en las empresas con base en los riesgos profesionales

- 2). Vigilar a las ARP para el cumplimiento de cada una de las normas de la Legislación en Salud Ocupacional y el esquema de administración de Salud Ocupacional.

Indicador para verificar el logro: % de cumplimiento

Descripción de las Actividades

- ❖ Conformar y poner en Funcionamiento el Comité Paritario de Salud Ocupacional

Indicador de Producto: III Trimestre: 1 Reunión para la Conformación del Comité Paritario de Salud Ocupacional y 1 reunión mensual; **IV Trimestre:** 1 Reunión Mensual

Área Subprogramática 5.4. Acciones de sensibilización para la reincorporación y la inclusión del discapacitado en sector productivo.

2). Lograr la incorporación en un 10% de los discapacitados en el sector productivo en el municipio

Indicador para verificar el logro: actividades realizadas/total de actividades programadas

Descripción de las Actividades

- ❖ Lograr que el 5% de los discapacitados inicien o se reincorporen en el Ámbito laboral

Indicador de Producto: III Trimestre: 2% de los discapacitados ubicados en un trabajo; **IV Trimestre:** 3% de los discapacitados ubicados en un trabajo

4.6 PROGRAMA 6. EMERGENCIAS Y DESASTRES

DESCRIPCIÓN DEL EJE:

El municipio debe tomar las medidas necesarias de evaluación, control y medidas de mitigación ante una posible emergencia, en lo relativo a los casos anteriormente expuestos. Para ello debe tomar las siguientes medidas:

- × Elaboración Plan de Atención y Prevención de Desastres Municipales.
- × Reactivación y Funcionamiento del Comité de Atención y Prevención de Desastres.
- × Apoyo en la Conformación del Cuerpo de Bomberos Voluntarios y Defensa Civil.
- × Asignación de recursos para la construcción de obras en zonas diagnosticadas de riesgo mitigable.
- × Gestión de un proyecto de vivienda para la reubicación de familias ubicadas en zona de alto riesgo no mitigable.

OBJETIVO:

Controlar los riesgos asociados a situaciones de emergencia y desastres, minimizando el impacto en la población y el medio ambiente.

SECTORES INVOLUCRADOS: Alcaldía Municipal, EPS, EPSS, ESE

POBLACIÓN OBJETO: Comunidad Educativa y Comunidad en General

Meta de Resultado Cuatrienio (2008-2011)

Identificar y priorizar los riesgos de emergencias y desastres e implementar planes de mejoramiento y contingencia

Línea de Base: 0%

Indicador de Resultado:

ESE Municipal con plan de emergencias y desastres formulado y articulado

Metas de Producto Cuatrienio (2008-2011)

Área Subprogramática 6.1. Gestión para identificación de riesgos.

1). Identificación de riesgos, vulnerabilidad y amenazas en las diferentes instituciones públicas y privadas EPS y ESE

Indicador para verificar el logro: Porcentaje de instituciones con identificación de riesgos, vulnerabilidad y amenazas en ESE – EPS; Municipio de Molagavita con el 100% de funcionamiento del comité de emergencias y desastres

Descripción de las Actividades

- ❖ Lograr la identificación de riesgo en emergencia y desastres en la alcaldía y la ESE Publica del Municipio

Indicador de Producto: III y IV Trimestre: Soporte del diagnostico de riesgos de la Alcaldía Municipal

Área Subprogramática 6.2. Acciones de articulación intersectorial

2). Articulación del plan de preventivos, mitigación y superación emergencias y desastres en el POT

Indicador para verificar el logro: Porcentaje en el municipio con la formulación del plan de preventivo, mitigación, superación de emergencias y desastres del sector salud para articularlo con POT

Descripción de las Actividades

- ❖ Conformación y operativización del comité de emergencia y desastres.

Indicador de Producto: III Trimestre: Soporte mensual de las reuniones del comité

Área Subprogramática 6.3. Acciones para el fortalecimiento institucional.

3). Seguimiento a los planes de hospitalarios de emergencias y planes de mejoramiento establecidos

Indicador para verificar el logro: Plan hospitalario presentado y evaluado

Descripción de las Actividades

- ❖ Realizar la articulación intersectorial del plan de acción de emergencias y desastres.

Indicador de Producto: III Trimestre: Elaboración de un plan de acción para superación de emergencias

Área Subprogramática 6.4. Acciones de fortalecimiento de la red de urgencias

4). Componentes de la red de urgencias (ESE, radiocomunicaciones, sistema de información, sangre) mejorados

Indicador para verificar el logro: No. de componentes de la red de urgencias mejorados

Descripción de las Actividades

- ❖ Lograr que los componentes de la red de urgencias operen de forma eficaz y eficiente

Indicador de Producto: III y IV Trimestre: Soportes Mensuales

FINANCIACIÓN DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL

Eje Programático 1: Aseguramiento

Descripción de fuentes de financiación	Valor 2008	Valor 2009	Valor 2010	Valor 2011
Recursos propios entidades territoriales Dpto.	0			
Sistema General de Participaciones (SGP)	857.199.561			
Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)	606.960.138			
Transferencias nacionales	0			
Regalías	0			
Rentas cedidas por monopolio de juegos de suerte y azar y ETSA	15.000.000			
Recursos de las cajas de compensación	0			
Rendimientos financieros, recursos del balance	0			
Prestación servicios de Laboratorios de salud pública	0			
Fondo de Riesgo Profesionales	0			
Recursos SOAT – ECAT	0			
Recursos de fondos de investigaciones en salud	0			
Otros recursos de banca nacional y multilateral	0			
SUBTOTAL				
TOTAL				

Fuente: Plan de Desarrollo 2008-2011

Eje Programático 2: Prestación y desarrollo de servicios

Descripción de fuentes de financiación	Valor	Valor	Valor	Valor
	2008	2009	2010	2011
Recursos propios entidades territoriales Municipio	0			
Sistema General de Participaciones (SGP)	0			
Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)	0			
Transferencias nacionales	0			
Regalías	0			
Rentas cedidas por monopolio de juegos de suerte y azar y ETSA	0			
Recursos de las cajas de compensación	0			
Rendimientos financieros, recursos del balance	0			
Prestación servicios de Laboratorios de salud pública	0			
Fondo de Riesgo Profesionales	0			
Recursos SOAT – ECAT	0			
Recursos de fondos de investigaciones en salud	0			
Otros recursos de banca nacional y multilateral	0			
SUBTOTAL	0			
TOTAL				

Fuente: secretaria de hacienda

Eje Programático 3: Salud Pública

Fuentes de financiación	Valor 2008	Valor 2009	Valor 2010	Valor 2011
Sistema General de Participaciones (SGP) Compes 110	735.659			
Sistema General de Participaciones (SGP) Compes 111	2.774.630			
Sistema General de Participaciones (SGP) Compes 112	34.955.512			
Sistema General de Participaciones (SGP) Recurso de Balance	0			
Fondo de Solidaridad y Garantía	0			

(FOSYGA)				
Transferencias nacionales	0			
Regalías	0			
Rentas cedidas por monopolio de juegos de suerte y azar y ETSA	0			
Recursos de las cajas de compensación	0			
Rendimientos financieros, recursos del balance	0			
Prestación servicios de Laboratorios de salud pública	0			
Fondo de Riesgo Profesionales	0			
Recursos SOAT – ECAT	0			
Recursos de fondos de investigaciones en salud	0			
Otros recursos de banca nacional y multilateral	0			
TOTAL				

Fuente: Secretaria de Hacienda

Eje Programático 4: Promoción social

Descripción de fuentes de financiación	Valor	Valor	Valor	Valor
	2008	2009	2010	2011
Recursos propios entidades territoriales Municipio	0			
Sistema General de Participaciones (SGP)	0			
Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)	0			
Transferencias nacionales	0			
Regalías	0			
Rentas cedidas por monopolio de juegos de suerte y azar y ETSA	0			
Recursos de las cajas de compensación	0			
Rendimientos financieros, recursos del balance	0			
Prestación servicios de Laboratorios de salud pública	0			
Fondo de Riesgo Profesionales	0			
Recursos SOAT – ECAT	0			
Recursos de fondos de investigaciones en salud	0			
Otros recursos de banca nacional y	0			

multilateral				
SUBTOTAL	0			
TOTAL				

Fuente: Secretaria de hacienda

Eje Programático 5: Prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales

Descripción de fuentes de financiación	Valor 2008	Valor 2009	Valor 2010	Valor 2011
Recursos propios entidades territoriales Municipio	0			
Sistema General de Participaciones (SGP)	0			
Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)	0			
Transferencias nacionales	0			
Regalías	0			
Rentas cedidas por monopolio de juegos de suerte y azar y ETSA	0			
Recursos de las cajas de compensación	0			
Rendimientos financieros, recursos del balance	0			
Prestación servicios de Laboratorios de salud pública	0			
Fondo de Riesgo Profesionales	0			
Recursos SOAT – ECAT	0			
Recursos de fondos de investigaciones en salud	0			
Otros recursos de banca nacional y multilateral	0			
SUBTOTAL	0			
TOTAL				

Fuente: Secretaria de hacienda

Eje Programático 6: Emergencias y desastres

Descripción de fuentes de financiación	Valor 2008	Valor 2009	Valor 2010	Valor 2011
Recursos propios entidades	0			

territoriales Municipio				
Sistema General de Participaciones (SGP)	0			
Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)	0			
Transferencias nacionales	0			
Regalías	0			
Rentas cedidas por monopolio de juegos de suerte y azar y ETSA	0			
Recursos de las cajas de compensación	0			
Rendimientos financieros, recursos del balance	0			
Prestación servicios de Laboratorios de salud pública	0			
Fondo de Riesgo Profesionales	0			
Recursos SOAT – ECAT	0			
Recursos de fondos de investigaciones en salud	0			
Otros recursos de banca nacional y multilateral	0			
SUBTOTAL	0			
TOTAL				

Fuente: Secretaria de hacienda

ANEXO 1

ANEXO 2

ANEXO 3

ANEXO 4

ANEXO 5