



REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA
MUNICIPIO DE BUENAVISTA
ALCALDÍA MUNICIPAL
NIT:800096739-8

Municipio de Buenavista

**PLAN TERRITORIAL DE SALUD PÚBLICA
2012 - 2015**

**Dr. FELIX GUTIERREZ CORDOBA
Alcalde Municipio de Buenavista**

**Dra: ADRIANA VILLAMIZAR
Secretaria de Salud Municipal**

Marzo 2012

Buenavista es de Todos!

Calle 12 Carrera 12 Esquina Barrio El Porvenir
E-mail: alcaldia@buenavista-cordoba.gov.co
alcbuecord@hotmail.com
Tel: 7712352 Fax: 7712052



TABLA DE CONTENIDO

Contenido	Pág.
PORTADA	
INTRODUCCIÓN	
MARCO LEGAL DE LA ELABORACIÓN Y APROBACIÓN DEL PLAN DE SALUD TERRITORIA	1-2
CAPITULO 1	3
1.1 ASPECTOS GENERALES	3
1.2 METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL	3
1.2.1 EJES PROGRAMÁTICOS	3
1.2.2 PRIORIDADES NACIONALES EN SALUD	4
1.2.3 LÍNEAS DE POLÍTICA PARA CADA UNA DE LAS PRIORIDADES NACIONALES	5
1.2.4 RESPONSABILIDADES Y COMPETENCIAS DE MUNICIPIOS, EPS-S E IPS-S	5
1.2.4.1 DE LOS MUNICIPIOS CATEGORÍA 4, 5 Y 6	6
1.2.4.2 DE LAS EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD (REGIMENES CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO)	7-8
1.2.4.3 DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD	9
1.2.5 FASES DEL PROCESO	10-11
CAPITULO 2	12
FASE I	12
I. GENERACIÓN DE CONDICIONES PARA LA PLANEACIÓN	12
I.1 IDENTIFICACIÓN DE LOS ACTORES SOCIALES E INSTITUCIONALES...	12



I.2 CONFORMACIÓN DEL CONSEJO TERRITORIAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	13
	15
I.3 CONFORMACIÓN DE EQUIPO TÉCNICO	13
I.4 DESARROLLOS DE FOROS Y MESAS DE TRABAJO CON LOS ACTORES DEL SECTOR, OTROS ACTORES Y COMUNIDADES	14
I.5 GENERACIÓN DE ACCIONES DE SOSTENIBILIDAD DEL PROCESO.....	14
I.6 OTRAS ACCIONES ESTIMADAS POR EL ENTE TERRITORIAL	14-15
FASE II	16
II.1 DIAGNÓSTICO GENERAL DE LA SITUACIÓN DE SALUD TERRITORIAL Y FORMULACIÓN DEL ANTEPROYECTO DEL PLAN	16
II.1.A CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL TERRITORIO	16-19
II.1.B ASPECTOS DEMOGRÁFICOS	20
II.1.2.B TASA DE MORTALIDAD GENERAL	21-22
II.1.2.3 POBLACIÓN	23-26
II.1.2.4 COBERTURA DE AFILIADOS A SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	27-29
II. 2.5 ASPECTOS SOCIO ECONÓMICOS	30
II.2.6 NIVEL DE ESCOLARIDAD	31-32
II.2.7 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y DE LOS RIESGOS SANITARIOS POR PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	33-45
II.2.8 ANALISIS DE LA ESTRUCTURA DE LA MORBILIDAD	46-48
II.2.9 ESTRUCTURA DE LA MORTALIDAD BUENAVISTA 2010 - 2011	49-51
II.3 DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA MUNICIPIO DE BUENAVISTA CORDOBA	52-71



II. 4 TODOS SALUDABLES (DERECHO A UNA SALUD INTEGRAL)	72-82
II.5 DETERMINANTES DE LA SALUD	83-87
CAPITULO 3. DEFINICIÓN DE LA PLATAFORMA ESTRATÉGICA	88
VISIÓN DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	89
MISIÓN DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL	89
PROPÓSITOS, ENFOQUES Y PRINCIPIOS DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL	89
PROPOSITOS DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	90
ENFOQUES	90-91
PRINCIPIOS	91-93
LINEAMIENTOS DE POLÍTICA DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL	93-99
ESTRATEGIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS EN SALUD	99-110
ACCIONES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO EN LOS EJES PROGRAMÁTICOS DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL	110-113
DESCRIPCIÓN Y PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES IDENTIFICADAS EN EL MUNICIPIO DE BUENAVISTA	113
ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS PRINCIPALES CAUSAS Y SOLUCIONES DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES PRIORIZADAS	113-116
DESCRIPCIÓN DE LOS OBJETIVOS DE ACCION POR EJE PROGRAMÁTICO A MEDIANO Y LARGO PLAZO	116-118
METAS DE ACCIÓN POR EJES PROGRAMÁTICOS	119-120
PLAN DE MEJORAMIENTO	121-125



INTRODUCCIÓN

La implementación de la Reforma en Salud (Ley 1438 de 2011, Ley 1122 de 2007 y, Decreto 3039 de agosto 10 de 2007, Resolución 0425 de 2008 y Carta Circular 01 de Mayo 16 de 2008 emanada del Ministerio de la Protección Social y la Supersalud), desde sus diferentes componentes normativos, financieros, de gestión y utilización; y sus instrumentos operativos, requieren abordar el desarrollo, implementación y fortalecimiento de nuevas competencias organizacionales, profesionales y técnicas. En el contexto de estas nuevas orientaciones, el Municipio de Buenavista ha decidido apoyarse en consultores independientes con el fin de desarrollar un proceso de planeación estratégica que defina la visión, misión y los objetivos de una nueva funcionalidad municipal que debe organizarse para dar cumplimiento a las funciones y responsabilidades que estipulan estas nuevas normas y las demandas y necesidades de las poblaciones dirigidas a resultados (Art. 2. Ley 1122/07).

El factor más importante de éxito en esta nueva funcionalidad, está directamente relacionada con la capacidad de liderazgo de los Alcaldes, y de sus equipos directivos y profesionales para trabajar en un ambiente de colaboración y adaptarse a los nuevos desafíos en la implementación del Plan Territorial de Salud. En paralelo con la normatividad, se dan crecientes, y en ocasiones, encontradas demandas de la población respecto a la equidad, pertinencia, oportunidad y calidad de las acciones de salud para la población como un todo. Además de lo anterior, muchas de las acciones no se evalúan en su real impacto. Se espera que la garantía de los derechos sociales, de una adecuada y oportuna cobertura de servicios, y no sólo del aseguramiento, se traduzca en acciones que protejan mejor a las personas, sus familias y los diferentes grupos sociales, especialmente los que están en mayores condiciones de vulnerabilidad.

El Plan Territorial de Salud del Municipio de Buenavista (Córdoba) es una propuesta organizativa y funcional para cumplir con los componentes de obligatoriedad normativa de las acciones en salud. Sin embargo, la municipalidad es consciente de que la consecución de objetivos en salud depende de muchos más factores que de la simple atención. Factores como condiciones de vida, nivel educativo, el medio ambiente, los estilos de vida y las condiciones de acceso a los servicios básicos y otros como recreación, tienen una influencia inobjetable en la calidad de vida, y por ende, en el estado de salud de una población.



Debido a lo variable de estas condiciones, particularmente en algunos grupos de la población, este Plan estará orientado a enfatizar en mejorar la salud de las personas más desfavorecidas y disminuir las desigualdades sociales en salud, en donde deben participar diferentes sectores e instituciones, dentro de las condiciones contextuales específicas del Municipio.

Para tal efecto, se reconoce la intención integradora de las normas inicialmente mencionadas respecto a los diferentes actores sociales buscando sumar responsabilidades y competencias en el logro de la salud a nivel del Municipio.

Por tanto, este Plan tiene la vocación de ser un Plan de toda la municipalidad, y amparado en la normatividad vigente, se espera que desde su Dirección Local de Salud se den pautas y se fortalezcan las funciones de vigilancia y control en la jurisdicción municipal acorde con las respectivas competencias de los diferentes actores.

Para conseguir sus objetivos, requiere que desde allí se definan las prioridades de actuación en el municipio. Con la participación de los diferentes actores institucionales y comunitarios se trabajará: en su permanente adaptación y evaluación; en determinar su mejor vinculación con los objetivos estratégicos; en el tipo y logros esperados con la contratación; y en las competencias de los prestadores. Además, se reconoce que es necesario un proceso de capacitación permanente en el servicio que permita fortalecer las competencias estratégicas, directivas y técnicas, no sólo en la atención individual, sino especialmente en las actividades colectivas en cada uno de los ejes programáticos y especialmente “dando prioridad a las acciones que contribuyan al mejoramiento de la salud infantil, salud sexual y reproductiva, salud mental y prevención de lesiones violentas evitables, y nutrición (Art. 17 Resolución 0425/08).

Bajo estas directrices, con nuestro Equipo Municipal, estamos animados todos a comprometernos y profundizar en el análisis y puesta en práctica de este PTSP, ya que ello se traducirá en beneficio para toda la población del Municipio en donde se reconocerá a la salud como un bien individual, como un bien colectivo, y como un prerequisite para otros logros del desarrollo, pero también como una forma de evaluar los diferentes objetivos, programas y actividades dirigidos hacia un mejoramiento continuo y a la evaluación de competencias de los recursos humanos de cada uno de los actores dentro del SGSSS.



MARCO LEGAL DE LA ELABORACIÓN Y APROBACIÓN DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL.

Para la elaboración del Plan de Salud Territorial el gobierno nacional ha establecido unas normas que lo amparan y que se convierten en su marco legal. Entre esta normatividad tenemos:

- ✓ Ley 100 de 1993, Artículo 165.
- ✓ Ley 152 de 1994: Ley Orgánica del Plan de Desarrollo.
- ✓ Ley 715 de 2001: Sistema General de Participaciones.
- ✓ Ley 1438 de 2011 Nueva Reforma al S.G.S.S.S
- ✓ Ley 1122 de 2007 Reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- ✓ Ley 1151 de 2007: Plan Nacional de Desarrollo 2006 – 2010.
- ✓ Decreto 3039 de 2007: Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.
- ✓ Decreto 1011 de 2006: Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, del Sistema General de Seguridad Social en Salud.



REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA
MUNICIPIO DE BUENAVISTA
ALCALDÍA MUNICIPAL
NIT:800096739-8

- ✓ Resolución 0425 de 2008: Definición de la Metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial.
- ✓ Decreto 3042 que reglamenta la organización de los fondos de salud de las entidades territoriales, la operación y registro de las cuentas maestras para el manejo de los recursos de los Fondos de Salud.
- ✓ Decreto 4747 de 2007 que regula algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.

Buenavista es de Todos!

Calle 12 Carrera 12 Esquina Barrio El Porvenir
E-mail: alcaldia@buenavista-cordoba.gov.co
alcbuecord@hotmail.com
Tel: 7712352 Fax: 7712052



CAPÍTULO 1

1.1 ASPECTOS GENERALES

1.2 METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL

Para el desarrollo de Los Planes de Salud Territorial, el Estado, dispuso la Resolución 0425 del 11 de febrero de 2008, en donde se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control de dichos Planes.

Es responsabilidad del Alcalde liderar el proceso de elaboración del Plan con la asesoría del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud. Siguiendo unas fases estipuladas en la resolución, enmarcados en la dimensión social donde está ubicado el Plan de Desarrollo Municipal, establecido en los capítulos VIII, IX y X de la ley 152 de 1994 y las disposiciones que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

El Plan de Salud Territorial, está integrado por los siguientes componentes:

1.2.1 Ejes Programáticos:

- Aseguramiento.
- Prestación y desarrollo de servicios de salud.
- Salud pública.
- Promoción Social.
- Prevención, vigilancia y control de los riesgos profesionales.
- Emergencias y desastres.



1.2.2 Prioridades Nacionales en Salud

- La salud infantil.
- La salud sexual y reproductiva.
- La salud oral.
- La salud mental y las lesiones violentas evitables.
- Las enfermedades transmisibles y las zoonosis.
- Las enfermedades crónicas no transmisibles.
- La nutrición.
- La seguridad sanitaria y del ambiente.
- La seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral.
- La gestión para el desarrollo operativo y funcional del PMSP.



1.2.3 Líneas de Política para cada una de las prioridades nacionales

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

1.2.4 Responsabilidades y Competencias de Municipios, EPS-S e IPS-S

Las responsabilidades y competencias de los Municipios de Categorías 4, 5 y 6 y de EPS-S e IPS-S son:

1.2.4.1 De los municipios categoría 4, 5 y 6

“Sin perjuicio de las competencias establecidas en las normas legales, les corresponde asumir, frente al PNSP, las siguientes responsabilidades:



1. Participar en el desarrollo del análisis de las necesidades y problemas de salud de la población de su territorio y de la capacidad de respuesta sectorial e intersectorial de los actores de su territorio.
2. Formular con asesoría del Departamento el Plan Territorial de Salud y el Plan Operativo Anual.
3. Concertar las metas y estrategias sectoriales e intersectoriales, con la participación de la comunidad, los actores del Sistema de Protección Social y de otros sectores.
4. Tramitar ante el Consejo Territorial de Plantación la inclusión del Plan de Salud Territorial en el Plan de Desarrollo Territorial.
5. Adoptar las normas técnico-científicas, administrativas y financieras que para la ejecución del Plan Territorial defina el Ministerio de la Protección Social.
6. Participar en la supervisión, seguimiento, evaluación y difusión de los resultados del Plan Territorial de Salud
7. Promover el ejercicio pleno de los derechos y deberes de los ciudadanos y comunidades en la plantación, ejecución, seguimiento y control social del Plan Territorial de Salud.



8. Ejercer la autoridad sanitaria para garantizar la promoción de la salud y la prevención de los riesgos y la recuperación y superación de los daños en la salud en su jurisdicción.
9. Generar la información requerida por el sistema de información de salud, tal como lo defina el Ministerio de la Protección Social.
10. Apoyar el funcionamiento del Programa Ampliado de Inmunización, en coordinación con el Departamento.
11. Coordinar el desarrollo con el departamento de la operación de la vigilancia en salud el componente de vigilancia en salud pública.

1.2.4.2 De las Empresas Promotoras de Salud (regimenes contributivo y subsidiado)

1. Realizar y actualizar el análisis de la situación de salud de la población afiliada.
2. Articularse con las direcciones territoriales para la formulación, seguimiento y evaluación de las metas de las acciones individuales en salud pública incluidas en el Plan Territorial de Salud, de acuerdo con los lineamientos que defina el Ministerio de la Protección Social.
3. Formular el Plan Operativo de Acción Anual discriminado territorialmente, de acuerdo con los lineamientos que defina el Ministerio de la Protección Social.



4. Participar en la elaboración del Plan Territorial de Salud en los municipios de su influencia.
5. Adoptar y aplicar las normas técnico-científicas, administrativas y financieras para el cumplimiento de las acciones individuales en salud pública incluidas en el Plan Obligatorio de Salud del régimen contributivo y subsidiado.
6. Desarrollar un plan de asesoría, asistencia técnica y auditoría para las instituciones prestadoras de servicios de salud que hacen parte de su red que garantice el cumplimiento de las metas de las acciones individuales de salud pública incluidas en el Plan Territorial de Salud.
7. Promover los conocimientos de la población a su cargo en derechos y deberes, en el uso adecuado de servicios de salud y en la conformación y organización de alianzas de usuarios y su articulación con la defensoría de los usuarios.
8. Promover la conformación de redes sociales para la promoción de la salud y la calidad de vida.
9. Realizar seguimiento y análisis por cohortes, de pacientes con tuberculosis, infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana, insuficiencia renal crónica, cáncer, diabetes e hipertensión y cualquier otra condición priorizada, tal como lo defina el Ministerio de la Protección Social.



10. Adoptar el sistema de evaluación por resultados y rendición de cuentas.
11. Participar en la operación de la vigilancia en salud, en sus componentes de vigilancia en salud pública e inspección, vigilancia y control de la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
12. Cumplimiento de los estándares establecidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud que le corresponden.

1.2.4.3 De las Instituciones Prestadoras de Salud

1. Adoptar y aplicar las políticas, normas técnico-científicas, administrativas y financieras requeridos para el cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Salud Pública.
2. Cumplir con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.
3. Implementar mecanismos de seguimiento, evaluación y mejoramiento continuo de las acciones de promoción de la salud y prevención de los riesgos.
4. Generación de la información requerida por el sistema de información en salud.



5. Participar en la operación de la vigilancia en salud en sus componentes de vigilancia en salud pública, vigilancia en el entorno laboral e inspección, vigilancia y control de la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

1.2.5 Fases del Proceso

Dentro de las fases en que se desarrolla el proceso de elaboración y aprobación del Plan de Salud Territorial se describen tres (3) Fases, cada una con sus respectivas actividades (Artículo 7 Resolución 0425 de 2008):

Fase I: Generación de condiciones para la planeación;

Fase II: Elaboración del Proyecto de Plan de Salud Territorial;

Fase III: Aprobación y socialización de los Proyectos: Plan de Salud territorial y de Inversión Plurianual e Incorporación al Plan de Desarrollo Territorial.

Estas se llevaron a cabo de la siguiente forma:

Fase I: Generación de Condiciones para la Planeación:

1. Identificación de los actores sociales e institucionales que deberán acompañar a la dirección territorial de salud en la elaboración del proyecto del Plan de Salud Territorial.
2. Conformación y vinculación activa del Consejo Territorial de Seguridad en Salud al Plan de Salud Territorial.
3. Conformación del 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 Plan de Salud Territorial.



5. Desarrollo de foros, audiencia ciudadanas y mesas de trabajos 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.
7. Las demás que estimen necesarias por la entidad territorial.

Fase II: Elaboración del Proyecto de Plan de Salud Territorial.

1. Elaboración del diagnóstico situacional del estado de salud de la población.
2. Formulación del plan.
3. Síntesis del plan.
4. Elaboración del proyecto de inversión.

Fase III. Aprobación y Socialización de Proyectos

1. Plan de Salud Territoriales.
2. Plan plurianual de inversiones.
3. Incorporación al Plan de Desarrollo.

CAPITULO 2

FASE I

GENERACIÓN DE CONDICIONES PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL

I. GENERACIÓN DE CONDICIONES PARA LA PLANEACIÓN



I.1 Identificación de los Actores Sociales e Institucionales:

Se identificaron los principales actores sociales del Municipio de Buenavista, los cuales están compuestas por:

- Alcalde Municipal.
- Secretaria de Infraestructura y Planeacion
- Jefe de Presupuesto Y Tesorero
- Secretaria de Educación.
- Alianza de Usuarios.
- Gestora Social del Municipio.
- Acciones Comunes.
- Representantes de la Empresas Promotoras de Salud-S.
- Dirección Local de Salud.
- Veedurías Ciudadanas.

I.2 Conformación del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud

El Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud del Municipio de Buenavista está conformado por las siguientes personas representantes de los diferentes actores sociales:



Nombres y Apellidos Sector que Representa

FELIX GUTIERREZ CORDOBA ALCALDÍA MUNICIPAL

ADRIANA VILLAMIZAR SECRETARIA DE SALUD

SHIRLY SIMANCA INSTITUCIONES PRESTADORAS SALUD

PRISILA SOTO EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD

SONIA MARTINEZ EMPRESAS SOLIDARIAS DE SALUD

ALIANZA DE USUARIOS

ADELAIDA ARRAZOLA ASOCIACIÓN DE COMERCIANTES

VANESA RAMOS TRABAJADORES ACTIVOS

MARCELA GUTIERREZ PROFESIONALES EN SALUD

RUBY SANCHEZ PENSIONADOS

I.3 Conformación de Equipo Técnico:

En reunión previa en la Dirección Local de Salud se conformó el equipo técnico encabezado por la Directora Local de Salud, Adriana Villamizar, el Profesional Universitario del sistema de información Luis Gonzalez Hernandez el tecnico Herry Prado Buelvas y la tecnica de la direccion local de salud Carmen Serpa el Asesor externo para el Plan Territorial de Salud, Edgar Tirado Perez, (Ver anexo: acta de conformación del grupo técnico).

I.4 Desarrollos de Foros y Mesas de Trabajo con los actores del sector, otros actores y comunidades:

Se adelantaron los siguientes encuentros: 1 con el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud y 1 con miembros representativos de las comunidades donde se explicaron los propósitos y objetivos del Plan Territorial y su



colaboración en el análisis de la situación de salud y la importancia de la participación activa de los diferentes actores en su implementación.

I.5 Generación de acciones de sostenibilidad del proceso:

Se acordó en cabeza de la Dirección Local de Salud que el proceso para hacerlo sostenible sería programático (objetivos alcanzables en el tiempo) amplio, participativo y comunicativo para alcanzar un Plan eficaz no sólo en su formulación sino en su operación.

I.6 Otras acciones estimadas por el ente territorial:

El Alcalde Municipal, lidera la elaboración del Plan de Salud Territorial y su direccionamiento general quedó delegado en cabeza de la Dirección Local de Salud del Municipio de Buenavista, quien con el apoyo en su formulación del Consultor Externo, articulan los procesos y pone en la Dirección Local de Salud el liderazgo de los procesos de convocatoria, mediación y consenso sobre los objetivos y logros del Plan Territorial de Salud Pública. Desde su posición en la estructura orgánica municipal es el eje principal en los procesos y actúa como vínculo con las demás dependencias de la municipalidad y los otros actores sociales en la comunidad.

Desde la Dirección Local de Salud y su Equipo Técnico se plantean y reconocen las siguientes tareas:

- De regulación.
- De fiscalización.
- De difusión y educación.
- De mediación.
- De modelos y plataformas de servicios.
- De monitoreo al sistema de salud.



De la complementación y compromiso dado a todas ellas depende el éxito de los objetivos propuestos en el Plan Territorial de Salud Pública.

FASE II

ELABORACIÓN DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL

II.1 Diagnóstico General de la Situación de Salud Territorial y Formulación del Anteproyecto del Plan

II.1.a CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL TERRITORIO

Ubicación Geográfica

Geográficamente el municipio de Buenavista se ubica en la parte suroriental del departamento de Córdoba, en la región del río San Jorge, que comprende los municipios de Planeta Rica, Pueblo Nuevo, Buenavista (83997,2939 Ha), Ayapel, Montelíbano, Puerto Libertador y La Apartada, la región ocupa una superficie de 7.455km cuadrados, que representa el 29.87%. El Municipio de Buenavista Tiene una extensión de 7.455km cuadrados,y se halla a una altura promedio de 87 metros sobre el nivel del mar; siendo su Temperatura de 27.3°C.

Vías de comunicación

Aéreas:

No existe aeropuerto.

Terrestres:

Buenavista es un municipio que se encuentra a orillas de la Carretera Troncal de Occidente, importante vía de comunicación que une a la Costa Atlántica con el interior del país. Del mismo centro de la población se desprende el carretable que conduce hasta los corregimientos de Belén, Santa Fe del Arcial, Tierra Santa.



A un kilómetro del municipio, dirigiéndose hacia el norte por la troncal de occidente, se encuentra el Corregimiento de Nueva Estación, y desde allí se origina una carretera que nos lleva al Corregimiento de Mejor Esquina.

Dirigiéndose hacia Medellín, aproximadamente a 15 Km se encuentra el corregimiento de Villa Fátima y de allí se desprende la vía que conduce al Corregimiento del Viajano.

Fluviales:

El principal medio fluvial es el Río San Jorge que comunica a Buenavista con los municipios de Montelíbano, Ayapel, Pueblo Nuevo.

Aspectos climatológicos

Temperatura

Los registros de la estaciones metereológicas, indican El clima de la región es cálido de tipo bosque seco tropical, con las siguientes características

climatológicas promedias anuales:

Temperatura de 27.3°C.

Humedad relativa 80 %

Precipitación 2269 mm

Brillo solar 1788h/años.

Evaporación 1375 mm/año.

Economía

El principal renglón de la economía buenavistera es la ganadería, existiendo en toda la regoón pequeñas, medianas y grandes haciendas, destinadas a la cría, producción lechera y engorde en grandes proporciones que son despachados hacia el interior del país.

Además, estas empresas ganaderas brindan trabajo a personas del municipio, empleándolas como peones, cuidanderos y administradores.



Podemos mencionar también, que se realiza la cría de cerdos y carneros, productos de gran demanda en la Costa Atlántica.

Precipitación

En la zona sur del municipio de Buenavista relacionada con bh-T, tienen promedios anuales de 2.630 milímetros, se presentan lluvias escasas durante los meses de diciembre a marzo, luego se presenta un período de lluviosidad de abril a junio con ligero descenso en el mes de julio, para finalmente presentar un período de lluvias intensas durante los meses de agosto a septiembre con ligero descenso en los meses de octubre y noviembre (Régimen Pluviométrico de la Estación Ayapel).

Los registros pluviométricos de la estación de Buenavista dan un promedio anual de 1537 mm. En la zona norte del municipio. La distribución es muy regular. Hay escasa precipitación durante los meses de diciembre a marzo (29.8 mm.) para luego, paulatinamente aumentar y mantener un nivel de precipitación apreciable (188.5 mm) y volver a disminuir durante los últimos meses del año

Humedad Relativa

La humedad relativa media es de 81% dándose la más alta en el mes de octubre con 84% y la más baja en el mes de marzo con 76% coincidiendo con la terminación del invierno y el verano respectivamente.

Brillo Solar

La posición latitudinal de Colombia en la zona ecuatorial hace que el territorio Colombiano no sea afectado significativamente por los cambios estacionales.

En la zona ecuatorial se dispone al menos teóricamente de 12 horas de luz diaria, durante todo el año.

En la región norte del municipio de Buenavista, el valor del brillo solar medio está en 1.805.3 horas/año; En la región sur el brillo solar está entre 1.400-1.600 h/a. (Información tomada del Plan de Desarrollo del Municipio).



Hidrografía

Caño Los Zambitos, Quebrada Mala Noche. Esta subcuenca tiene un área aproximada de 115.6 Km² que jurisdiccionalmente pertenece a este municipio, distribuida en la microcuenca Caño Los Zambitos con un área de 35.6 Km² y quebrada Mala Noche con un área de 80 Km.

Quebrada Los Zambos y Ciénaga Los Cerpas. Jurisdiccionalmente pertenece a Buenavista con un área de 342.5 Km², distribuidos en la microcuenca Caño Los Zambos con un área de 240 Km. y los caños Armadillo y Bagres con un área de 102.5 Km².

Quebrada Macho y Ciénaga El Arcial. Jurisdiccionalmente pertenece a Buenavista y Pueblo Nuevo y ocupa un área de 123.9 Km., aproximadamente.

Caño Carate, Ciénaga El Porro. Jurisdiccionalmente se localizan en Buenavista, Planeta Rica y Pueblo Nuevo con un área de 1148 Km² distribuidos en las microcuencas Arroyo Hondo con un área de 95 Km., Arroyo de Godin con un área de 210.5 Km² y Arroyo Arena con un área de 728 Km². El área que le corresponde a Buenavista es de 114.5 Km² y otras áreas que representan 115.5 Km² como son el Arroyo Las Brujas, Quebrada Los Loros, Arroyo del Oso, Quebrada Los Colorados, entre otros.

Cultura

El Municipio de Buenavista por estar compuesto por diferentes razas hay expresiones culturales diversas, convirtiéndose en una población de alta migración y con notoria diversidad cultural. Así, se da la rica mezcla de la población local con emigrantes del interior del país y de otras partes de la costa atlántica dándole pujanza a sectores como el comercio y otros sectores productivos.

Desde hace varios años se lleva a cabo en nuestro municipio el Festival de Mapalé y Música Folclórica, evento que ha dado a conocer la imagen cultural de Buenavista en la Costa, el resto del país y en otros países como Venezuela.

Cada año se reúnen en nuestra población grupos de distintas regiones del país que deleitan a los visitantes con muestras folclóricas y danzas, especialmente del



frenético ritmo del mapalé, danza que requiere de gran esfuerzo físico y coordinación de los bailarines.

II.1.b ASPECTOS DEMOGRÁFICOS.

Natalidad

El Departamento de Córdoba en los últimos años ha mostrado grandes cambios en la dinámica del crecimiento poblacional, la tasa de crecimiento natural de la población en el periodo 2005 -2011 es de 18.55 (x mil); la tasa de natalidad es de 24.25 (x mil) y la de mortalidad general es de 5.70 (x mil). Con respecto a la fecundidad, la tasa general es de 2978.5 por cada 1.000 mujeres; la tasa de reproducción por mujer es y 1.37 neta; y la edad media de fecundidad es de 26.11 años. Con respecto al Municipio de Buenavista se dan las siguientes estimaciones:

Tasas Brutas de Natalidad 2005 – 2011

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
NACIDOS VIVOS	389	294	336	400	364	263	130
POBLACION GRAL.	21000						
TASA X 1000	18.50	14	16	19	17.3	12.5	6.19

Fuente: DANE. Estudios de Población y RUAF.

Esto nos indica que la tasa bruta de natalidad se ha mantenido hasta el 2010 para luego descender de manera significativa en el 2011. Los datos de 2005 a 2009 fueron suministrados por el dane y el ruaf.

La tasa de Natalidad para el año 2011 fue de 2.8 x 1000 habitantes, es decir que en el año 2011 nacieron 59 personas por cada 1000 habitantes.



II.1.2.B TASA DE MORTALIDAD GENERAL

Tasas Brutas de Mortalidad General 2005 - 2011

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
DEFUNCIONES	30	45	49	44	61	77	54
POBLACION GRAL	370						
TASA X 10,000	0,3	0,45	0,49	0,44	0,61	0,77	0,54

Fuente:Notaria del circulo de Buenavista

Este cuadro nos indica que la tasa bruta de Mortalidad general va aumentando siendo más notorio el aumento en los años 2009- 2010. Pero para el 2011 las condiciones de vida van mejorando y se aumenta la longevidad.

Es de anotar que existe un subregistro debido a que en el municipio no se hace acta de defunción a todas las personas que fallecen, muchas veces por vivir en zona rural distante a la zona urbana y el familiar lo diligencia solo si lo necesita.

Mortalidad general y por causa

La causa más frecuente de mortalidad general en el municipio de Buenavista para el año 2011 son las enfermedades isquémicas del corazón y los accidentes cerebrovasculares. Con una frecuencia mucho menor se reporta las enfermedades hipertensivas, la diabetes y el tumor maligno del útero. Y una alta mortalidad por homicidios (Base de datos Minproteccion social Municipio de Buenavista. 2010 - 2011).

Mortalidad por 5 principales causas de muerte

La frecuencia de mortalidad por causa más alta se observa por Infarto Cardiorrespiratorio, seguido del Infarto Agudo del Miocardio, Cáncer de Próstata, Cáncer de cuello Uterino y Falla Cardiaca. Lo anterior nos motiva a realizar



campañas para el diagnóstico precoz de la Hipertensión Arterial y detecciones tempranas de Cáncer de Próstata y de Útero (Es de anotar que estas causas son por enfermedad, pero las muertes violentas son la primera causa en el Municipio)

Número de Casos

Enfermedades isquémicas del corazón	120
Enfermedades cerebro vasculares	64
Enfermedades hipertensivas	61
Diabetes mellitus	66
Tumor maligno del útero	59

Tasa de Mortalidad por sus principales causas de muertes. Fuente: (Minproteccion social Municipio de Buenavista 2010 -2011).

II.1.3 POBLACIÓN

La población del Municipio de Buenavista es de 15.324 habitantes en el año 2005 para el año 2011, es de 21.000 de los cuales (45%) son hombres y (55%) son mujeres.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR SEXO Y ZONA DE RESIDENCIA BUENAVISTA 2011

ZONA	HOMBRES	%	MUJERES	%	TOTAL	%
URBANA	3780	18%	4620	22%	8400	40%
RURAL	5670	27%	6930	33%	12600	60%
TOTAL	9450	45%	11550	55%	21000	100%



Tabla. Distribución de la Población por Edad y Sexo de Buenavista 2011 Fuente: Secretaria de Planeación.

Se observa que del total de la población del Municipio de Buenavista el mayor porcentaje corresponde al sexo femenino 55% y el 45% corresponde al sexo masculino, lo que nos muestra que la diferencia no es significativa, además la mayor parte de la población del Municipio de Buenavista la encontramos en la zona rural 12600 (60%) y solo 8400 (40%) son de la zona urbana.

Población por quinquenios.

En el análisis de la población por grupos quinquenales se hace consideración especial de los grupos menores de un año y de 1 a 4 años por su significado respecto a diferentes indicadores de desarrollo y bienestar. Además, están sujetos a problemas asociados con la gestación, el control del embarazo y la atención del parto que inciden en su patología y condiciones de desarrollo. Por ello se desglosa la población de esta manera.

De acuerdo a la distribución de la población por quinquenios encontramos que si bien nacen más mujeres y se mantiene la mayoría hasta los 85 y mas años, la mayoría es el género femenino. Esta disminución de hombres respecto a mujeres tiene que ver con aspectos como violencia y accidentalidad. De todas formas, la población infantil y juvenil hasta los 19 años representa el 47.6 del total de la población, sin que se de una diferencia significativa entre géneros. Es decir que un poco menos de la mitad la representa este segmento poblacional. De allí la importancia de su peso y reconocimiento para hacer intervenciones que favorezcan su desarrollo integral. Los grupos entre edades que comienzan entre los 20 a 59 años comienzan a disminuir por diferentes causas como accidentalidad y violencia, particularmente en el género masculino. Luego comienzan a disminuir pero se nota un porcentaje relativamente significativo de la población mayor de 60 años.

Representan el 8.7 % del total de la población. Este grupo poblacional ha incrementado su participación en la estructura poblacional con el transcurso de los años. Las mujeres en edad fértil (10 a 54) representan el 63 % de todas las mujeres y el 28.3% de toda la población general.



El denominador poblacional para diferentes grupos es utilizado en los procesos de planeación para programar las coberturas y costos de la atención de los diferentes planes de beneficios dirigidos a poblaciones específicas y como denominador para el cálculo de indicadores de evaluación de las acciones en salud pública.

Grupos de Edad por Quinquenio y Sexo	Total	Masculino	Femenino
Menor de 1 año	243	135	108
De 1 a 4	1564	805	759
De 5 a 9	2456	1252	1204
De 10 a 14	2289	1214	1075
De 15 - 19	2291	1181	1110
20 - 24	1751	896	855
25 - 29	1443	742	701
30 - 34	1225	584	641
35 - 39	1166	603	563
40 - 44	1111	547	564
45 - 49	987	504	483
50 - 54	732	395	337
55 - 59	621	303	318
60 - 64	508	265	243
65 - 69	395	237	158



REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA
MUNICIPIO DE BUENAVISTA
ALCALDÍA MUNICIPAL
NIT:800096739-8

70 - 74	372	196	176
75 - 80	232	111	121
80 - 84	156	79	77
85 y mas	139	71	68
Total	19681	10120	9561

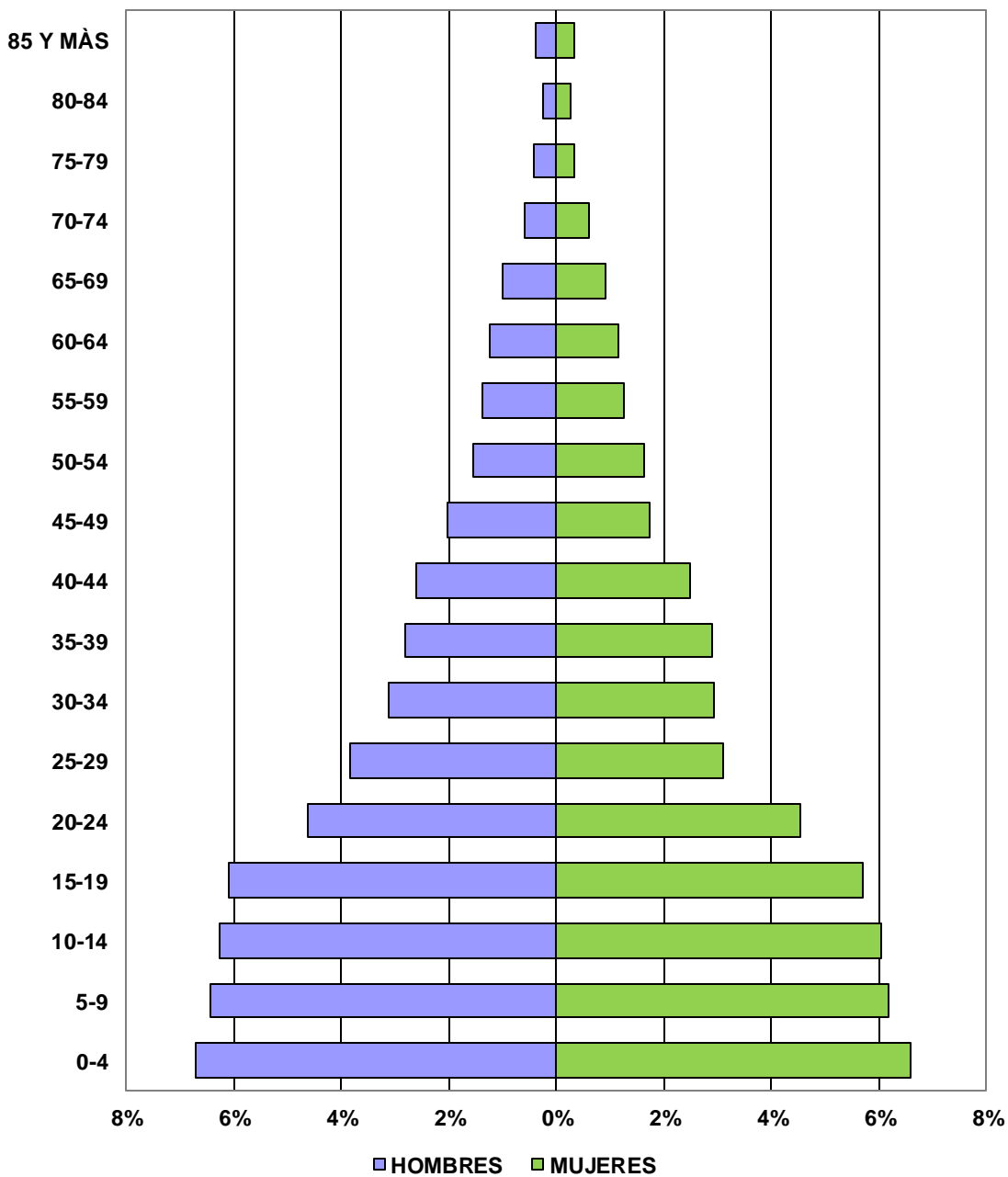
Fuente: SISBEN municipio de Buenavista. 2011.

Buenavista es de Todos!

Calle 12 Carrera 12 Esquina Barrio El Porvenir
E-mail: alcaldia@buenavista-cordoba.gov.co
alcbuecord@hotmail.com
Tel: 7712352 Fax: 7712052



PIRAMIDE POBLACIONAL BUENA VISTA AÑO 2011





II.1.2.4 COBERTURA DE AFILIADOS A SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

COBERTURA DE AFILIADOS A SGSSS			
	REGIMEN	POBLACION	%
	SUBSIDIADO	15.636	74.6
	CONTRIBUTIVO	1.950	9.3
	VINCULADO	3.418	16.1
	TOTAL	21.000	100

Tabla. # . Coberturas de afiliación al SGSSS. Fuente: Dirección Local de Salud 2011.

PORCENTAJE REGIMEN DE SALUD AL QUE PERTENECE LA MADRE



En este cuadro se observa que las madres tienen un 87% de coberturas en afiliación al sistema de salud, quedando un porcentaje de 13% sin vinculación, las cuales son objetivos de afiliar para obtener cobertura total.

La cobertura al sistema de salud del subsidiado es de 15.674 personas SISBEN 1 y 2 (74.6%). En el municipio de Buenavista encontramos que el 9.3% (1.950

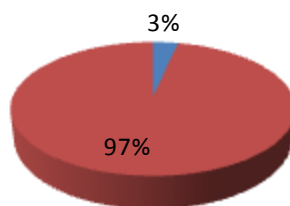


personas) se encuentran registradas en el régimen contributivo y solo el 16.1% (3776 personas) estaría vinculada pero sujeta a modificación.

Dentro de las metas del aseguramiento se espera incrementarlo en el próximo cuatrienio al 100%. Es decir un incremento del 16.1%, o sea un total de 3776 personas pendientes de afiliar. Para ajustarnos a la meta nacional de cobertura universal en el 2015, se incluyeron en las metas para los años 2012 y 2015.

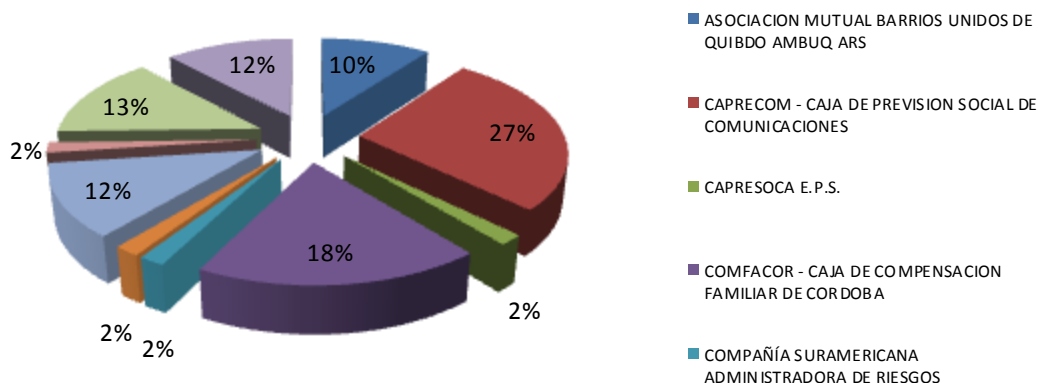
PORCENTAJE SEGUN GRUPO ETNICO

- NEGRO(A), MULATO(A), AFRO COLOMBIANO(A) O AFRO DESCENDIENTE
- NINGUNO DE LOS ANTERIORES



En este cuadro se observa que un menor porcentaje se encuentra afiliados en los grupos etnicos negro, mulato y afro.

PORCENTAJE DE PARTO ATENDIDO SEGUN EPS





II. 2.5 ASPECTOS SOCIO ECONÓMICOS

Las principales actividades económicas en el Municipio de Buenavista es la ganadería, la agricultura, la Pesca y el comercio, siendo la ganadería lo que representa mayor participación dentro de la base económica Municipal.

Estructura Económica del Municipio.

La estructura económica del Municipio de Buenavista, está representada por las diferentes actividades y variables económicas que conforman el sistema de producción, y con su análisis se pretende saber cuáles son y dónde se encuentran las actividades productivas, los productores o empresarios, insumos, productos, capacidad productiva, rendimientos, tecnología, mercados, ventajas comparativas, de tal forma que, de su estudio deben resultar los lineamientos y alternativas necesarias para hacer más eficientes, competitivas, rentables y sostenibles las distintas formas de usos del suelo, para un desarrollo económico, social y ambientalmente sostenible.

Sector Primario: Las principales actividades económicas son la ganadería, comercio, agricultura y otras actividades menores a que se dedica la gran parte de la población.

Subsector Económico de la población: Esta, está dada por la generación de empleo de los distintos tipos de negocios comerciales y hatos ganaderos. La agricultura es básicamente de producción para el consumo.

Empleo: La tasa de empleo del municipio se encuentra estimada por encima del 40%, establecida en labores de ganadería, agricultura y comercio, empleados oficiales, empleados en empresas privadas y empleo informal (Mototaxismo, vendedores ambulantes, etc.)..

Desempleo: La tasa de desempleo del municipio se encuentra estimada en un 30%, esta población es la que no se encuentra en ninguna actividad laboral en el municipio, se aspira que al finalizar el año 2015, reducir considerablemente esta tasa de desempleo.



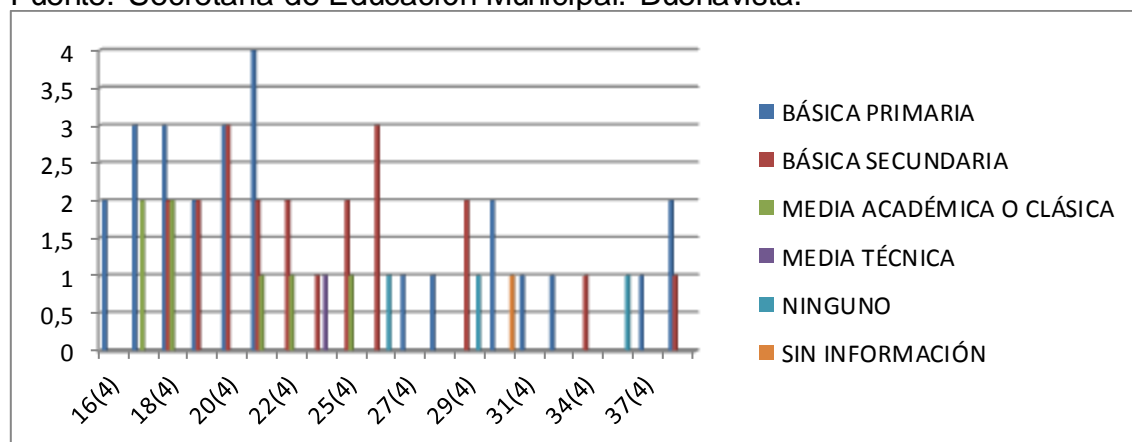
II.2.6 Nivel de Escolaridad

En el Municipio de Buenavista fueron matriculados en el año 2012 un total de 5.824 estudiantes de los cuales, 3203 son del sexo femeninos y 2621 de hombres, 5.824 (99.4%) están en instituciones oficiales y 34(0.6%) en no oficiales. Entre los oficiales, 5.824 (99.4%) fueron matriculados en zona urbana (2990) en zonas rurales (2834); entre los matriculados en instituciones no oficiales 34(0.6%) fueron matriculados en instituciones ubicadas en zona urbana y en zona rural no se encuentran estudiantes matriculados por no existir instituciones no oficiales.

Población por nivel de Escolaridad. Año 2012

NIVEL	URBANO	RURAL	TOTAL	%
Preescolar	164	28	192	11.42
Básica Primaria	1.153	1.562	3.894	66.21
Básica Secundaria	905	189	1.094	18.60
Media Académica	221	0	221	3.75
Total	2.490	3.391	5.881	100.00

Fuente: Secretaría de Educación Municipal. Buenavista.



Con relación al nivel de formación, 672 (11%) estudiantes fueron matriculados en preescolar, 3894 (66%) de los estudiantes fueron matriculados en grados de primaria, 1094 (19%) % fueron matriculados en grados de Básica secundaria y 221 (4%) estudiantes en educación media. El mayor porcentaje se encuentra matriculado en Básica Primaria y el menor porcentaje en educación media. Se



reporto en el informe de educación la diferencia por géneros. El 42% de los matriculados están ubicados en la zona urbana y el 58% en la zona rural. La fuente es un consolidado de estudiantes matriculados por edades en instituciones y centros educativos de las zonas urbana y rural.

La Secretaria de Educación reporta que la tasa de analfabetismo es del 32.92% para todos los grupos de edad.

ITEM	Ningún estudio	Urbano	Rural	Total Sisbenizado
Totales	5739	1705	4034	17432
Índice general %	32.92	9.78	23.14	100

Fuente: SISBEN 2011

Número y tipo de Instituciones Educativas

En el Municipio de Buenavista existen 3 Instituciones educativas, 5 Centros Educativos, 1 Centro no Oficial, y 1 Sabatino – Educación Semipresencial las cuales se describen a continuación: Las Instituciones Educativas se Encuentran en el Casco urbano, Los centros Educativos estan en la zona rural, el centro no oficial esta en el casco urbano y el semipresencial en el area urbana.

De 5 a 10 años de edad corresponden a la educación básica primaria.

De 11 a 16 años de edad corresponden a la educación básica secundaria.

De 17 a 23 años de edad corresponden a la educación media.



II.2.7 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y DE LOS RIESGOS SANITARIOS POR PROBABILIDAD DE OCURRENCIA

ESTRUCTURAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD

Morbilidad Según Grupos de Edad por Consulta Externa

Municipio de Buenavista 2011

Diez Principales Causas

Menor de 1 año

Descripción	Masculino	Femenino	Total	% dTotal
Rinofaringitis Aguda	29	35	64	19%
Diarrea y Gastroenteritis	28	35	63	18%
Fiebre persistente	25	31	56	17%
Bronquiolitis aguda (NE)	16	19	35	10%
Anemia de tipo NO	12	15	27	8%
Asma no especificada	12	15	27	8%
Impétigo (cualquier tipo)	9	11	20	6%
Lumbago no especificado	8	10	18	5%
Urticaria alérgica	7	8	15	5%
Bronconeumonía (NE)	6	8	14	4%
Total			339	100%

Fuente: ESE CAMU Buenavista y CAMI Ltda. Buenavista 2011

Es notoria la presencia de Infección Respiratoria Aguda (IRA) como principal causa y con presentación mayoritaria en el genero femenino, lo mismo que la



presencia de la EDA en este grupo etario y enfermedades no especifica siendo la mayor causa de morbilidad en el municipio de Buenavista – Cordoba.

De 1 a 4 años

Descripción	Masculino	Femenino	Total	% del Total
fiebre persistente (NE)	99	122	221	15%
Rinofaringitis Aguda	94	116	210	14%
Diarrea y gastroenteritis	90	111	201	13%
Parasitosis intestinal	85	104	189	13%
Anemia de tipo (NE)	83	103	186	12%
Bronquiolitis aguda (NE)	58	71	129	9%
Amigdalitis aguda (NE)	44	55	99	7%
Asma (NE)	40	49	89	6%
Lumbago (NE)	38	46	84	6%
Faringitis Aguda (NE)	35	43	78	5%
Total			1486	100%

Fuente: ESE CAMU Buenavista y CAMI Ltda. Buenavista 2011

En este grupo poblacional se nota la prevalencia de enfermedades no especificadas, lo mismo que las enfermedades respiratoria (IRA) y la EDA, siendo estas las mayores causas de morbilidad en este grupo.



De 5 a 14 años

Descripción	Masculino	Femenino	Total	% del Total
Parasitosis intestinal	152	186	338	15%
Anemia de tipo (NE)	138	169	307	17%
Bronquiolitis aguda (NE)	90	110	200	11%
infecciones de las vías urinarias	81	100	181	10%
Rinofaringitis Aguda	81	99	180	10%
Diarrea y gastroenteritis	72	87	159	9%
Amigdalitis aguda (NE)	60	73	133	7%
Faringitis Aguda (NE)	57	69	126	7%
Dermatofitosis (NE)	39	47	86	5%
Neumonía(NE)	39	47	86	5%
Total			1796	100%

Fuente: ESE CAMU Buenavista y CAMI Ltda. Buenavista 2011

En esta tabla la prevalencia de la morbilidad es la parasitosis intestinal y la anemia no especificada y en tercer lugar la bronquitis aguda siendo estas las que mas afectan esta población.

De 15 a 44 años

Descripción	Masculino	Femenin	Total	%
Anemia de tipo no esp	258	316	574	14%
cefalea	225	275	500	13%
dolor abdominal localizado	210	256	466	12%
vaginitis, vulvitis y vulvoco vaginitis	200	245	445	11%
lumbago no especificado	197	240	437	11%
embarazo confirmado	98	119	217	5%
hipertensión esencial	88	108	196	4%
dolor localizado en otras partes	74	90	164	3%
fiebre persistente	54	65	119	2%
Total	4117	1854	2263	100%



Fuente: Camu Buenavista Y Cami Ltda- 2011

Aquí es demasiado notoria la prevalencia de infecciones de vías urinarias con un aumento en la población femenina seguida de la anemia de tipo no especificado y la cefalea con un alto índice en mujeres y hombres, el dolor abdominal localizado tiene gran impacto en esta población sobre todo en el grupo de los 20 a los 44 años.

De 45 a 59 años

Descripción **Masculino** **Femenino** **Total** **% del**
Total

Hipertensión arterial	281	344	625	22%
Infecciones de vías urinarias	261	319	580	20%
Lumbago no especificado	169	207	376	13%
Diarrea y gastroenteritis	29	157	286	10%
Anemia de tipo no especifica	100	123	223	9%
Hiperlipidemia	88	107	195	7%
Faringitis aguda	79	97	176	6%
Cefalea	75	92	167	6%
Rinofaringitis	70	86	156	5%
impétigo	31	38	69	2%
total	1283	1570	2853	100%

Fuente: Camu Buenavista Y Cami Ltda- 2011.

En este grupo poblacional se manifiesta más la hipertensión arterial, las infecciones de vías urinaria y el lumbago no especificado son las principales causas de morbilidad en consulta externa.



Bronconeumonía (NE)	42	5%
Tos	32	3%
Nausea y vomito	33	4%
Dolor Abdominal	29	3,00%
Infecciones urinarias	7	1,00%
total	917	100%

Fuente: ESE CAMU Buenavista 2011

En este grupo poblacional se dan casi las mismas características de causalidad y demanda de servicios de urgencias. Aparecen también la diarrea y gastroenteritis como una de las causas principales de morbilidad en consulta de urgencia en este grupo poblacional.

De 5 a 14 años

Evento **Numero** **Porcentaje**

Fiebre Persistente	203	29%
Asma no Especificada	109	16%
Infección de vías respiratoria	32	5%
Diarrea y gastroenteritis	79	11%
Insuficiencia respiratoria	9	1%
Cefalea	30	4%
Tos	12	2%
Nausea y vomito	35	5%
Paludismo	9	1,2%
dolor abdominal	182	26%
total	700	100%

Fuente: ESE CAMU Buenavista 2011

Hasta este grupo poblacional no hay diferencia en la causalidad y demanda de servicios de urgencias. Aparecen muchos signos y síntomas sin precisión diagnóstica.



De 15 a 44 años

Evento **Numero** **Porcentaje**

Fiebre Persistente	440	24%
Asma no Especificada	105	5%
hipertensión	35	2%
Diarrea y gastroenteritis	204	11%
Insuficiencia respiratoria	10	1%
Cefalea	422	23%
cólico renal	147	8%
Nausea y vomito	62	3%
infecciones vías urinarias	109	6,0%
dolor abdominal	305	17%
total	1839	100%

Fuente: ESE CAMU Buenavista 2011

Una cuarta parte de la consulta por urgencias en este grupo poblacional aparece como Fiebre persistente, lo cual ratifica la falta de precisión o presunción diagnóstica. La cefalea y el dolor abdominal son otros de los causantes de la morbilidad de consulta por urgencia.

De 45 a 59 años

Evento **Numero** **Porcentaje**

Fiebre Persistente	83	12%
Asma no Especificada	41	6%
hipertensión	75	11%
Diarrea y gastroenteritis	73	10%
gastritis no especificada	15	2%
Cefalea	106	15%
cólico renal	32	5%



Diez principales causas de morbilidad por Egreso Hospitalario

Nombre del Dignostico	Total	M	F	Men or de 1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-44	45-59	Mayo r de 60
Dolor abdominal	1440	483	957	10	23	69	108	165	732	159	174
Fiebre persistente	1246	700	546	115	280	105	99	114	409	57	67
Cefalea	600	149	451	0	9	8	26	61	352	114	57
Asma (NE)	569	295	274	59	270	51	30	29	54	30	46
Diarrea y Gastro enteritis	487	225	262	39	102	39	25	49	123	49	61
IRA	254	96	158	51	104	21	8	14	19	8	29
Hipertencion Escencial	252	84	168	0	2	0	0	2	29	74	145
Lumbago no especificado	240	112	128	0	0	2	2	20	133	58	25
Colico Renal	213	82	131	2	2	2	4	9	142	35	17
Parto Unico Asistido	129	0	129	0	0	0	1	32	95	1	0
Total	5430	2226	2226	276	792	297	303	495	2088	585	216

Fuente: ESE CAMU BUENAVISTA Y CAMI LTDA 2011

La principal causa de morbilidad en Egreso Hospitalario es el Dolor Abdominal que representa el 26.5% del total de la morbilidad en Egreso Hospitalario, lo que nos indica un diagnostico especifico, observamos que la poblacion que mas se vio afectada por esta causa fue los grupos etareos de 20 a mayores de 60 años y siendo el genero femenino el mas afecta con 957 casos.

En segundo lugar encontramos la Fiebre persistente presetadose 1246 el 22.9% del total de la morbilidad en Egreso Hospitalario, pordemos observar que la poblacion mas afectada es el genero marculino y la poblacion etarea de 1 a 4 y de 20 a 44 años, este diagnostico no es especifico.



En tercer lugar encontramos la cefalea que reporto 600 casos los cual nos representa el 11% del total de la morbilidad por egreso hospitalario, de la cual se vio afectado el genero femenino y la poblacion etarea de 20 a 44 años.

Como la cuarta causa de morbilidad por egreso hospitalario en el municipio de Buenavista es el Asma no especifica, que representa el 10.5% de los egresos hospitalarios, siendo la poblacion infantil la mas afectada en el grupo etareo de 1 a 4 con 270 casos, reflejandose que tanto los niños, como las niñas se le realizo este diganostico casi en igual proporcion.

En cuanto a la quinta causa encontramos la diarrea y la gastroenteritis representada en el 9% de la poblacion total de morbilidad por egreso hospitalario, observando que la poblacion mas afectada fue el genero femenino y el grupo etareo de 1 a 4 años y de 20 a 44 años.

El sexto diganostico por morbilidad por egreso hospitalario encontramos la infeccion respiratoria aguda con untotal de casos de 254 casos restando el 4.6% del total de la morbilidad por egresos hospitalario encontandose que las poblacion mas afectada en es el genero femenino y los grupos etareos de menor de un años y de 1 a 4 años.

En el siguiente lugar encontramos la hipertension escencial donde podemos observar que la poblacion de mayor de 60 años es la mas afectada, representando el 4.6% del total de la morbilidad por egreso hospitalario, las mujeres son las mas afectadas en el municipio de Buenavista.

El lumbago especifico y el colico renal representa el 8.5 del total de la morbilidad por egreso hospitalario presentandose como el genero mas afectado el femenino y la poblacion del grupo etareo de 20 a 44 años.

En cuanto al parto unico asistido es la ultima causa de morbilidad por egreso hospitalario, representando el 2.4% con 129, siendo la poblacion femenina de 20 a 44 años donde se presentaron el mayor numero de casos.

II.2.8 ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA DE LA MORBILIDAD

En la estructura de la morbilidad, analizamos las características de la información procesada por patologías, permitiendo saber su comportamiento por grupos de



edades. Encontrándose de esta manera como primera causa de morbilidad por consulta externa, urgencias y egreso hospitalario las Enfermedades del Aparato Respiratorio.

Dentro de las 10 principales causas de morbilidad por consulta externa, urgencias y egreso hospitalario se atendieron 22.972 personas, de las cuales 12.309 (47.1%) fueron atendidas por consulta externa, 5233 (49.9%) fueron atendidas por urgencias y 5430 (2.8%) fueron atendidas por egreso hospitalario.

DOLOR ABDOMINAL

POBLACIÓN ATENDIDA PORCENTAJE

total consulta externa	555	2,04%
total urgencias	894	3,90%
total egreso hospitalario	1440	6,30%
total	2889	12,60%

Fuente: ESE CAMU BUENAVISTA Y CAMI LTDA 2011

En el cuadro anterior observamos que del total de las 22.972 personas atendidas, 2889 presentaron Dolor Abdominal en los diferentes grupos de edad, por consulta externa, urgencias y egreso hospitalario equivalente a un 12.6%.

Unos de los principales síntomas por los cuales se acude a consulta externa y urgencias es la Fiebre No Especificada observándose de la siguiente manera:

FIEBRE NO ESPECIFICADA PORCENTAJE

POBLACIÓN

total consulta externa	119	0,50%
total urgencias	1100	4,80%
total egreso hospitalario	1246	5,50%
total	2475	10,80%

Fuente: ESE CAMU BUENAVISTA Y CAMI LTDA 2011



Observamos que de las 22.972 personas atendidas, 2475 presentaron Fiebre No Especificada en los diferentes grupos etéreos, equivalente a un 10.8%. Este signo no debe aparecer como diagnostico ya que es solo la expresión de otros procesos no diagnosticados adecuadamente, es necesaria la capacitación para afinar diagnósticos y reportar mejor la morbimortalidad.

DIARREA Y GASTROENTERITIS POBLACIÓN ATENDIDA PORCENTAJE

total consulta externa	710	3,00%
total urgencias	624	2,70%
total egreso hospitalario	487	23,00%
total	1821	8,00%

Fuente: ESE CAMU BUENAVISTA Y CAMI LTDA 2011

Observamos que de las 22.972 personas atendidas, 1821 presentaron Diarrea gastroenteritis en los diferentes grupos de edad, equivalente a un 8%. La poblacion mas afectada es el grupo etareo de 1 a 4 años, en el total de la morbilidad de la consulta externa, consulta de urgencia y por egreso hospitalario.

INFECCIONES DE LAS VIAS URINARIAS POBLACION ATENDIDA PORCENTAJE

total consulta externa	2008	8,70%
total urgencias	109	0,50%
total egreso hospitalario	0	0,00%
total	2117	9,20%

Fuente: ESE CAMU BUENAVISTA Y CAMI LTDA 2011

La tabla anterior observamos que de las 22.972 personas atendidas, 2117 se les diagnóstico Infecciones de las vías respiratorias, podemos darnos cuenta que por consulta externa se atendió el mayor número de personas (2008), por urgencias



se atendieron 109, mientras que por egreso hospitalario no se realizo ningun diganostico.

La quinta causa de Morbilidad por consulta externa, urgencias y egreso hospitalario es la Hipertension arterial observándose de la siguiente manera:

HIPERTENCION ARTERIAL POBLACIÓN ATENDIDA PORCENTAJE

total consulta externa	873	3,90%
total urgencias	254	1,10%
total egreso hospitalario	252	1,00%
total	1379	6,00%

Fuente: ESE CAMU BUENAVISTA Y CAMI LTDA 2011

Se puede observar que de las 22.972 personas atendidas, 1379 o sea el 6% fueron en atendidas por Hipertensión, el cual corresponde a un 3.9% por consulta externa, el 1.1% por urgencias y 1% por egreso hospitalrio. Situación que esta asociada a factores de riesgo como: malos hábitos alimenticios y sedentarismo, factores biológicos (hereditarios).

Es importante desarrollar acciones de promoción y prevención con el fin de lograr cambios de actitud en su estilo de vida y sensibilización frente al problema de salud de tal manera que se eviten las complicaciones y muertes por estas causas.

II.2.9 ESTRUCTURA DE LA MORTALIDAD BUENAVISTA 2010 - 2011

En el 2010 hubo cero muertes en menores de un año

Fuente: Secretaria de salud 2010-2011



Fuente: Secretaria de salud 2010-2011

De 45 a 59 años

En el año 2010 hubo 8 muertes

Año 2011

Descripción	Masculino	Femenino	Total
infarto pulmonar	1	0	0
homicidio (herida arma de fuego)	1	0	1
homicidio (paro respiratorio)	1	0	1
síndrome coronario agudo	1	0	1
homicidio (hemorragia cerebral)	1	0	1
total	5	0	5

Fuente: Secretaria de salud 2010-2011

De 60 años y mas

En el año 2010 se registraron 9 muertes

Año 2011

Descripción	Masculino	Femenino	Total	
paro Cardiorrespiratorio	8	2	10	12,4
enfer cardiaca hipertensivas con insuf card	4	1	5	
falla multiorgasmica	1	1	2	
homicidio (hemorragia cerebral)	1	0	1	
total	14	4	18	

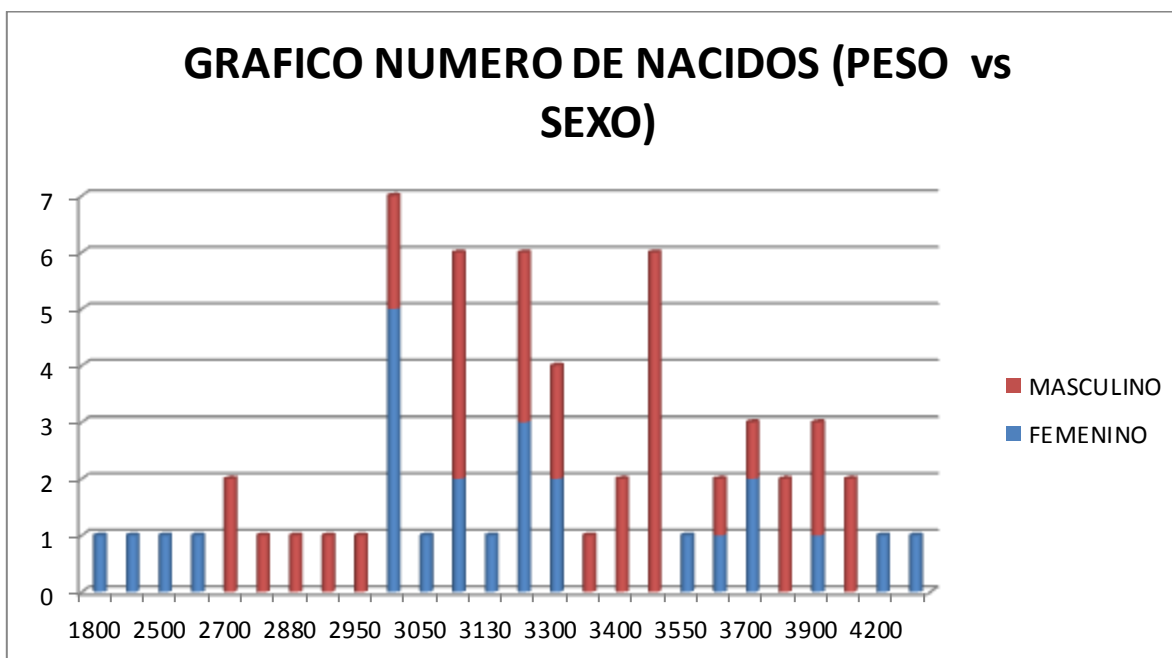


Fuente: Secretaria de salud 2010-2011

II.3 DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA MUNICIPIO DE BUENAVISTA CORDOBA

Lactancia Materna

En cuanto a éste indicador definido por la mesa Técnica Nacional para el monitoreo del objetivo de política **“NINGUNO DESNUTRIDO** “los Registros Individuales de Procedimientos en Salud (RIPS) no reportan con las dos condiciones señaladas. Por lo anterior, se sugiere definir políticas nacionales para el registro e inclusión de dichos indicadores desde la prestación de los servicios de salud individuales.



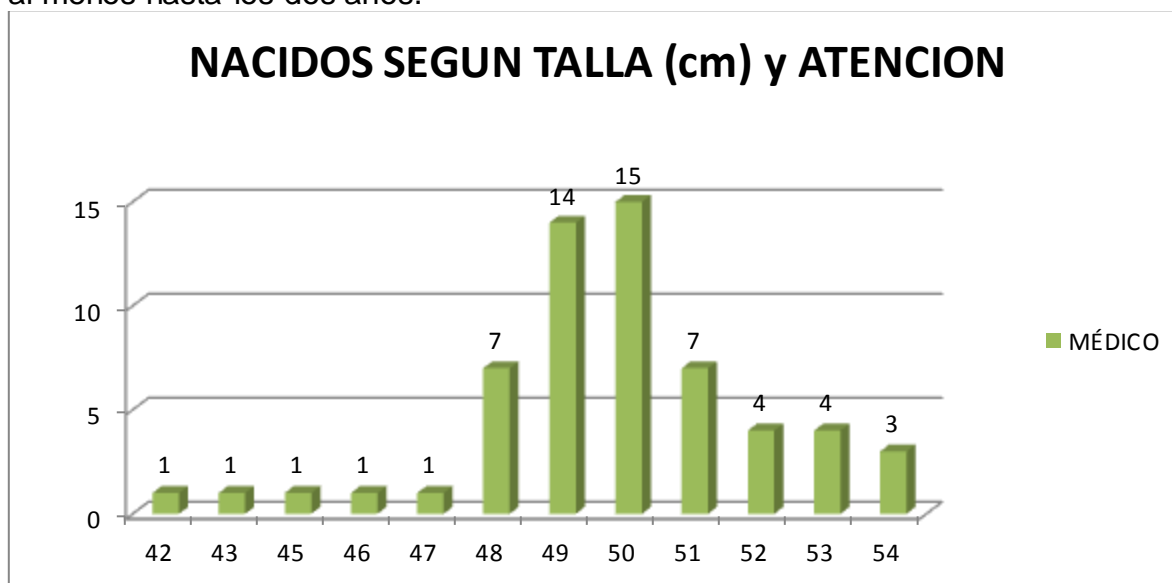
En este cuadro se observa que existe un menor porcentaje de niños y niñas con bajo peso al nacer.



Promedio de duración total de la lactancia materna en meses

La leche materna es el primer alimento natural de los niños, proporciona toda la energía y los nutrientes que necesitan durante sus primeros meses de vida y sigue aportándoles al menos la mitad de sus necesidades nutricionales durante la segunda mitad del primer año y hasta un tercio durante el segundo año de vida; promueve el desarrollo sensorial y cognitivo, además de proteger al bebé de enfermedades infecciosas y crónicas, reduce la mortalidad infantil por enfermedades de la infancia, como la diarrea o la neumonía, y favorece un pronto restablecimiento en caso de enfermedad; contribuye a la salud y el bienestar de la madre, ayuda a espaciar los embarazos, disminuye el riesgo de cáncer ovárico y mamario, incrementa los recursos de la familia y el país, es una forma segura de alimentación y resulta inocua para el medio ambiente.

La Secretaria de Salud de Buenavista basada en la evidencia científica y en los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud. Para el conjunto de la población se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida y a partir de entonces su refuerzo con alimentos complementarios al menos hasta los dos años.





PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS VALORADOS CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA

Indica del total de la población entre 0 y 5 años a quienes se les hizo valoración nutricional, el porcentaje de niños, niñas que presentan un déficit de peso para su edad

Formula: N° de niños, niñas y adolescentes entre 0 y 5 años con diagnóstico de desnutrición crónica / total de niños, niñas entre 0 y 5 años a los que se les realizó valoración nutricional *100%

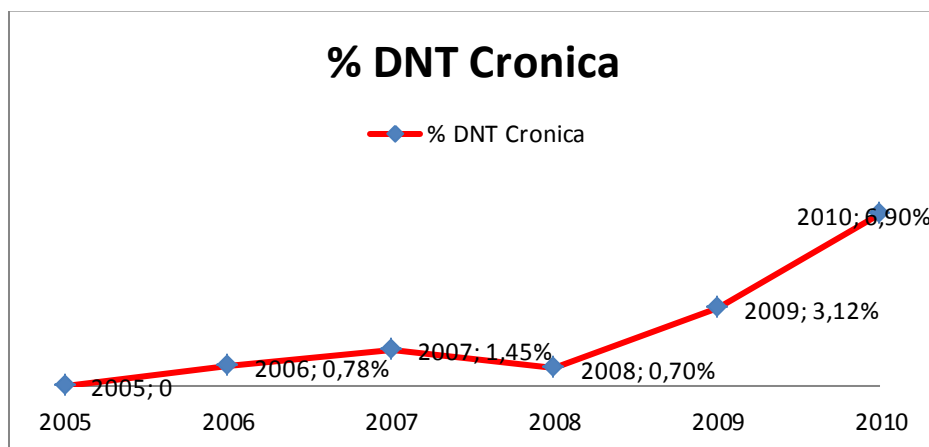
La Desnutrición Crónica es un indicador de crecimiento que relaciona la talla con la edad de un niño y se asocia con el bajo estrato socioeconómico, deficiente calidad de vida, enfermedades a repetición y de larga duración y dietas deficientes en calidad y cantidad.

Teniendo en cuenta los datos en la encuesta ENSIN (Encuesta Nacional de nutrición del año 2005 la Desnutrición Crónica a nivel nacional fue del 12% y la Departamental del 15% superando la media nacional en un 3%.

El presente análisis se realizó con la información reportada de niños menores de 5 años por el Sistema de Seguimiento Nutricional del ICBF a través del SOFTWARE METRIX SSN, que está orientado a identificar en un periodo de tiempo los cambios en el estado nutricional de los niños y niñas de los programas del ICBF que cuentan con algún componente de apoyo alimentario. Los programas incluidos en la muestra son: hogares de bienestar FAMI 50% a partir de 2007, Tradicionales 20%, y recuperación nutricional 100%.a partir del 2010 se ingresan niños atendidos en Hogares Grupales 20%.



Ilustración N°



Fuente: ICBF

Tabla N°

Porcentaje de niños, niñas con desnutrición crónica

BUENAVISTA	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Niños DNT Crónica	ND	20	37	18	79	177
Población menor de 5 años	2555	2550	2543	2537	2534	2538
% de DNT Crónica		0.78 %	1.45%	0.7%	3.12	6.9

FUENTE ICBF

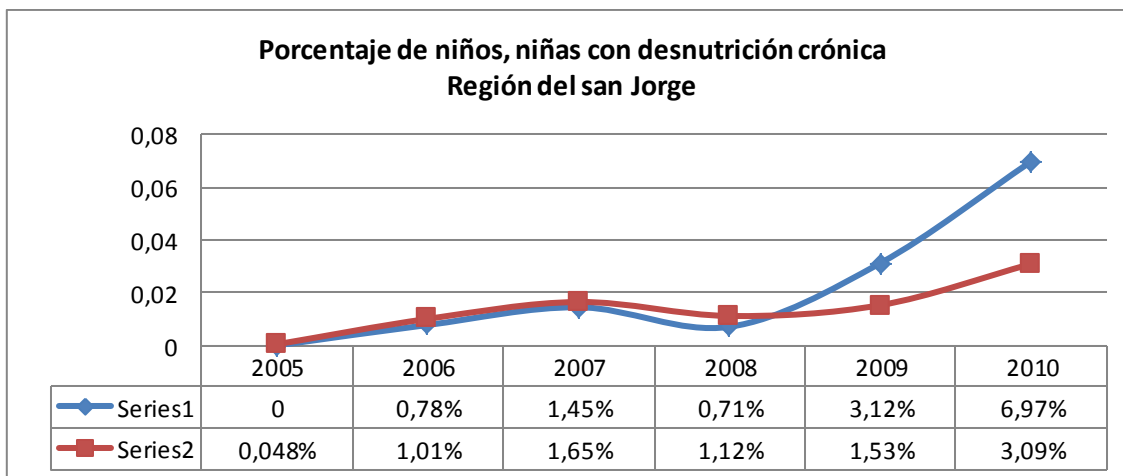
En el año 2005 solo se tienen información del aplicativo METRIZ de los niños atendidos en el Programa de Hogares Infantiles no se reportan datos ya que el Municipio no cuenta con esta modalidad de atención.

Entre los años 2007- 2010 se incrementa el % de niños desnutridos progresivamente, sobre todo en el periodo 2009-2010 debido a que se aumenta la muestra y la modalidad de Recuperación Nutricional Ambulatoria (RNA), se



duplica en cobertura con relación a años anteriores, y esta modalidad atiende solo niños con déficit nutricional.

Tabla N°



Porcentaje de niños, niñas con desnutrición crónica Región del san Jorge

MUNICIPIOS	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ayapel	0,10%	0,70%	1,55%	0,95%	0,86%	2,30%
Buenavista	ND	0,78%	1,45%	0,71%	3,12%	6,97%
Montelíbano	0,07%	2,06%	3,63%	2,58%	0,50%	1,33%
Planeta Rica	0,17%	1,67%	2,11%	1,39%	2,42%	5,06%
Pueblo Nuevo	ND	0,24%	0,55%	0,55%	1,60%	3,38%
Puerto Libertador	ND	0,45%	0,71%	0,44%	0,81%	1,16%
La Apartada	ND	1.17	1.57	1.27	1.44	1.48
% REGION	0.048	1.01	1.65	1.12	1.53	3.09

FUENTE ICBF

Al hacer el comparativo con la zona del San Jorge, el Departamento y la Nación, encontramos que el Municipio de Buenavista el % de desnutrición durante el



periodo 2005- 2008 se encuentra por debajo del promedio. Lo cual en parte se justifica en que en la Región del San Jorge algunos Municipios no reportaron información, además este municipio se ha caracterizado por la implementación de programas de complementación alimentaria, promoción y prevención, altas coberturas en vacunación y suministro de micronutrientes y antiparasitarios a la población menor de 5 años.

Para los años 2009 2010 el Municipio está por encima de la media Regional debido al aumentos de la muestra.

PORCENTAJE DE NIÑOS y NIÑAS VALORADOS CON DESNUTRICIÓN GLOBAL

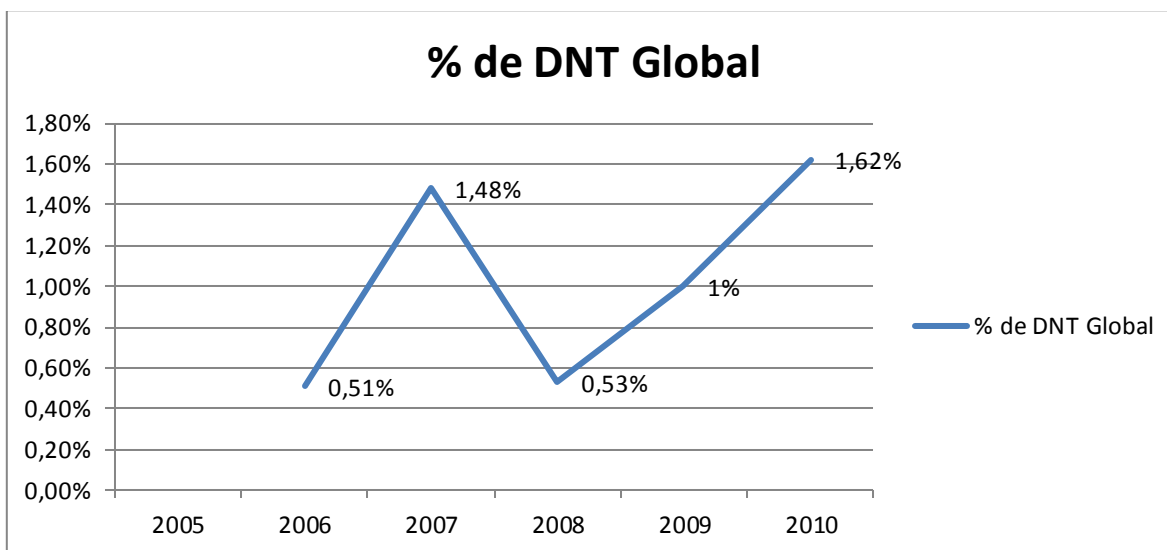
La desnutrición global relaciona el peso con la edad y el sexo. Según los resultados de la ENSIN 2005, en el país, el 7% de los niños y las niñas presentó desnutrición global o insuficiencia ponderal, siendo más prevalente en los que tienen entre 12 y 23 meses de edad (9.2%), en la zona rural es de 9.7%. La mayor prevalencia se presenta en los niños y niñas de 10 y 11 meses (12.2%) y la menor en el grupo de edad compuesto por los niños y niñas menores de 6 meses (1.3%). La región Atlántica tiene la mayor desnutrición por bajo peso para la edad, equivalente al 9.6%, por encima del promedio nacional.

Es importante mencionar que de acuerdo a la encuesta ENSIN 2010, el departamento presento una desnutrición global del 4,3%, ubicándose por debajo de la media del total de la región Atlántica, que es del 4,9% pero superando la media nacional que es del 3,4%.

En el en el Municipio de Buenavista para calcular el porcentaje de niños y niñas valorados con desnutrición Global, se basó en la información entregada por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF SOFTWARE METRIX SSN) que corresponde a una muestra reportada de la atención de los hogares de bienestar familiar y recuperación nutricional en población menor de 5 años.



Ilustración N°



Fuente: ICBF

Tabla N°

Porcentaje de niños, niñas con desnutrición global

MUNICIPIOS	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Niños DNT Global	ND	13	38	21	27	41
Población menor de 5 años	2535	2550	2543	2537	2534	2537
% de DNT Global		0.51%	1.48	0.53	1 %	1.62%

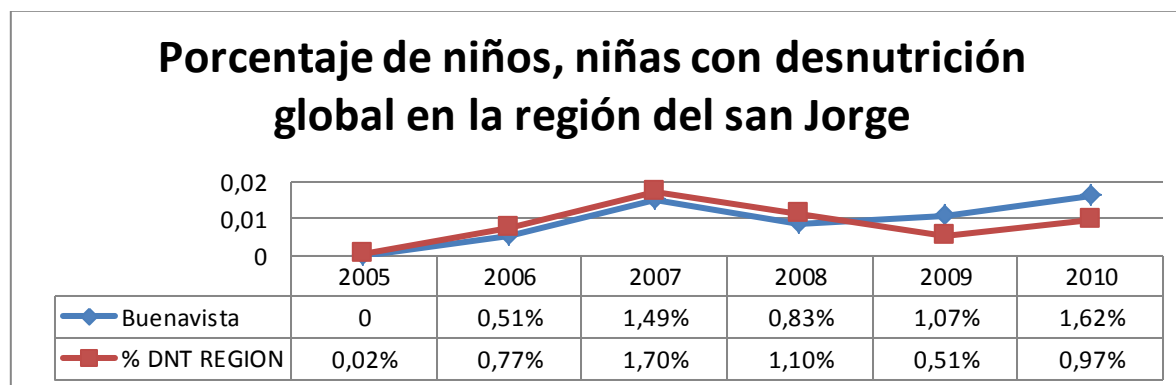
Fuente: ICBF

En el año 2005 solo se tienen información del aplicativo METRIZ de los niños atendidos en el Programa de Hogares Infantiles no se reportan datos ya que el Municipio no cuenta con esta modalidad de atención.



Entre los años 2007- 2010 se incrementa el % de niños desnutridos progresivamente, sobre todo en el periodo 2009-2010 debido a que se aumenta la muestra y la modalidad de Recuperación Nutricional Ambulatoria (RNA), se duplica en cobertura con relación a años anteriores, y esta modalidad atiende solo niños con déficit nutricional.

Ilustración



Fuente: ICBF

Porcentaje de niños, niñas con desnutrición global en la región del san Jorge

MUNICIPIOS	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Planeta rica	0,06%	1,69%	2,19%	1,43%	0,71%	2,66%
Ayapel	0,03%	0,42%	1,55%	0,99%	0,40%	0,51%
Buenavista	ND	0,51%	1,49%	0,83%	1,07%	1,62%
La Apartada	ND	0,70%	1,57%	1,22%	0,29%	0,28%
Montelíbano	0,03%	1,70%	3,86%	2,62%	0,28%	0,43%
Pueblo nuevo	ND	0,14%	0,58%	0,59%	0,33%	0,89%
Puerto Libertador	ND	0,25%	0,86%	0,42%	0,54%	0,44%



% DN REGION	0.017%	0.77%	1.7 %	1.1 %	0.51 %	0.97 %
--------------------	---------------	--------------	--------------	--------------	---------------	---------------

Fuente: ICBF

Entre los años 2007 - 2010 se incrementa significativamente el número de niños desnutridos teniendo en cuenta que la muestra que se valora es mayor, a demás se duplica el número de cupos de la modalidad Recuperación Nutricional en el Centro Zonal.

Al comparar el porcentaje de DNT Global del municipio de Buenavista en el periodo 2005-2010, con la zona del San Jorge, el Departamento y la Nación, encontramos que el Municipio esta pro debajo del promedio.2005 2008 Lo cual en parte se justifica en que en la Región del San Jorge algunos Municipios no reportaron información, además de que el ente territorial a través de su programas sociales, seguridad alimentaria y salud propende por el mejoramiento de la calidad de vida de la población infantil.

En el 2009 2010 se amplía el programa de Recuperación razón por la cual el promedio se encuentra por encima del ponderado Regional

para el año 2011 se ampliarán programas de nutrición que disminuya este efecto de niños de bajo paso al nacer en un 1%, además se implementaran acciones como Formular una política pública Municipal para la promoción de hábitos de vida saludable en los diferentes espacios.

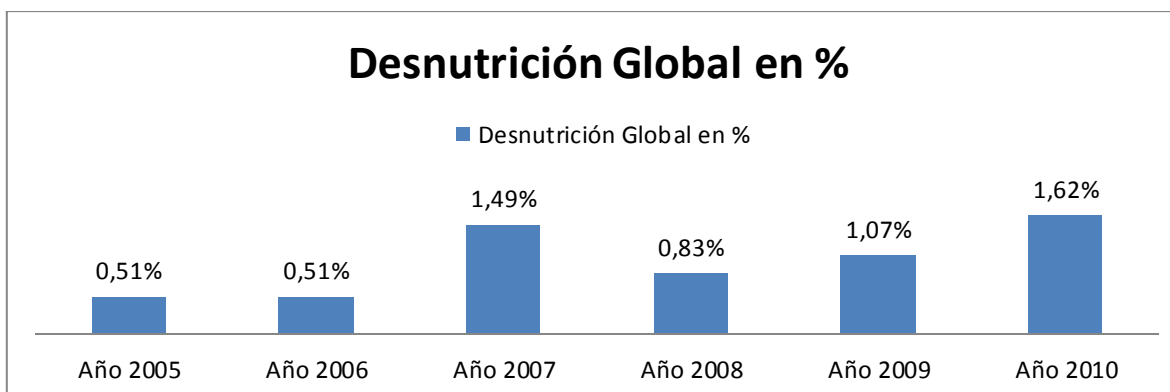
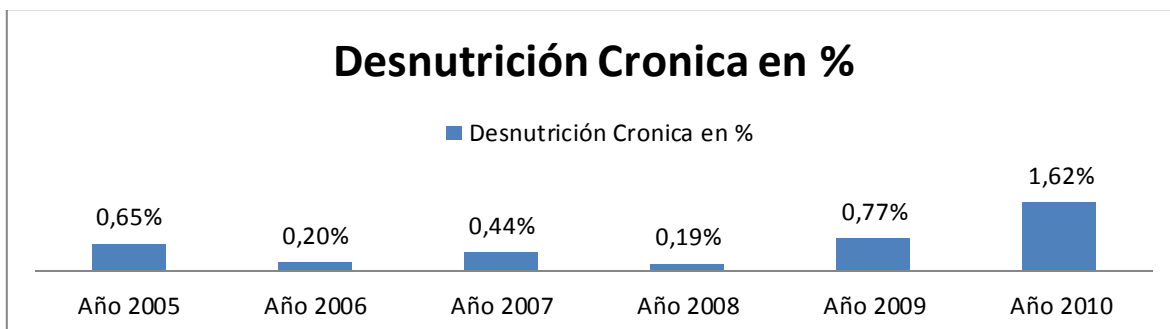
Derecho a una alimentación equilibrada

- Reducir en 1.5% de 100 niños menores de 5 años la tasa de mortalidad por desnutrición crónica.
- Reducir en 2 puntos la desnutrición global en población escolar de 5 a 17 años de edad.

Según las cifras arrojadas por Bienestar Familiar, muestran un ascenso en desnutrición global (relación al peso para la edad) para los niños, niñas y adolescentes menores de 17 años, al pasar de 0.51% en el 2005 al 1.62% en 2010. La misma tendencia, se observa en la desnutrición aguda (peso por talla) entre los mismos años.



En cuanto a la desnutrición crónica (retardo en el crecimiento en talla para la edad) sigue el comportamiento negativo al pasar del 0.65% al 1.62% en este mismo periodo.



El municipio de Buenavista ha apelado a programas de alimentación y nutrición, seguridad alimentaria, refrigerios, reforzados para niños estudiantes, suministro de micronutrientes para mujeres gestantes y menores de cinco años y antiparasitarios a 1128 usuarios niños y niñas menores de 5 años (972) y mujeres gestantes (156) no afiliadas al sistema general de seguridad social en salud, con el fin de lograr que los niveles de nutrición sean cada vez mejores; un resultado importante de estas estrategias es el aumento de la Lactancia Matera exclusiva.

PORCENTAJE DE NIÑOS y NIÑAS VALORADOS CON DESNUTRICIÓN GLOBAL, AGUDA Y CRONICA EN ESCOLARES.



Frente a la evaluación de la situación nutricional en escolares del Departamento de Córdoba, presentamos apartes de los resultados realizado como parte del seguimiento al programa de alimentación escolar en el año 2008, “Córdoba nutrida” la muestra incluye 1640 escolares en edades comprendidas entre los 5 – 9 años, residentes en el municipio, se encontraron los siguientes resultados:

Tabla N°

Porcentaje de niños, niñas valoradas con desnutrición Global, aguda y crónica en escolar

MUNICIPIOS	NIÑOS Y NIÑAS VALORADOS	CRONICA	GLOBAL
BUENAVISTA	1715	1.2%	7.4%

Fuente

Gobernación programa de desayunos escolares

El promedio de desnutrición Crónica para la muestra en el municipio es del 1.2 %, reflejando un resultado por debajo de la encuesta ENSIN 2005, que es del 16,1%.

Acciones ejecutadas en el Municipio:

Conscientes del fortalecimiento de las estrategias para abordar los determinantes sociales de la inseguridad alimentaria y lograr que toda la población, en especial los niños y las niñas, tengan acceso a una alimentación adecuada y puedan ejercer a plenitud su derecho a la alimentación, el ICBF lanzó en el año 2009 la estrategia “COLOMBIA NUTRIDA” que entre sus objetivos más importantes se encuentra la de mejorar la situación nutricional de las poblaciones más vulnerables de acuerdo a las corresponsabilidades definidas en la Política y en el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. En desarrollo de la Estrategia Colombia Nutrida, se ha logrado:



- Actualmente se atienden programas nutricionales 1210 niños y niñas menores de 5 años en situación de vulnerabilidad en Desayunos Infantiles mejorando el consumo y aprovechamiento biológico de alimentos. Este programa busca asegurar la atención con una ración nutricional al día de alimento fortificado a TODOS los niños menores de 5 años, de los niveles 1 y 2 del SISBEN.
- **la implementación del Programa de Desayunos Escolares con recursos de Ley 715 con una meta para el período ATENCION DESDE EL 2005 HASTA EL 2010e. El Programa consiste en suministrar una ración diaria servida, la cual responde al 25% del requerimiento diario en calorías y nutrientes a los niños, niñas y adolescentes de las instituciones educativas oficiales, para garantizar la permanencia, evitar la deserción, mejorar el estado nutricional y el rendimiento académico de la población beneficiada.**

Para determinar la población a atender, se realiza concertación con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, con el fin de evitar la dualidad del servicio, ya que el municipio no tiene cobertura universal en alimentación escolar; en la zona rural, dado que de acuerdo a los lineamientos del ICBF, ellos toman en primera instancia la zona rural y las Alcaldías, benefician a la zona rural que el instituto no alcanzó a cobijar y la zona urbana. Todo dependiendo de los recursos asignados para el PAE

- Desde el año 2010 la alcaldía dando cumplimiento a los Lineamientos de inversión de Recursos de Regalía y compensaciones en Proyectos de seguridad alimentaria Ley 1283 del 2009, implementa la atención con paquetes Nutricionales a niños y niñas desnutridos a través de la Modalidad Hogares Comunitarios Tradicional y Fami. Con un total de niños 1054
- Talleres dirigidos a los padres de familia sobre signos de DNT, detección temprana, factores de riesgo y canalización a hacia los servicios de salud.



- Desarrollo de talleres teórico prácticos con padres de familia y cuidadores para la promoción de guías alimentarias de acuerdo al ciclo vital. La actividad incluye una muestra gastronómica con productos de la región y entrega de un recetario por familia participante.
- Divulgación en los diferentes espacios y niveles los resultados arrojados por el sistema de seguimiento nutricional, con el fin de lograr unos de sus objetivos que es aportar elementos para la revisión de programas a través de la articulación de distintos sectores involucrados para la concertación para la conformación de alianza para la intervención de la población. El Municipio de Buenavista, para el período 2005 – 2010, destinó recursos de la siguiente manera para dicho programa:

Inversión de Recursos

AÑO	RECURSOS	ORIGEN DE RECURSOS	TOTAL (\$)
ALIMENTACION ESCOLAR 2005	ALCALDIA DURANTE ESTE PERIODO	SGP – REGALIAS	107.670
ALIMENTACION ESCOLAR 2006	ALCALDIA DURANTE ESTE PERIODO	SGP – REGALIAS	104.585
ALIMENTACION ESCOLAR 2007	ALCALDIA DURANTE ESTE PERIODO	SGP – REGALIAS	130.351
ALIMENTACION ESCOLAR 2008	ALCALDIA DURANTE ESTE PERIODO	SGP – REGALIAS	160.356
ALIMENTACION ESCOLAR 2009	ALCALDIA DURANTE ESTE PERIODO	SGP – REGALIAS	188.607
ALIMENTACION ESCOLAR 2010	ALCALDIA DURANTE ESTE PERIODO	SGP	127.617



	PERIODO		
REGALIAS 2010	ALCALDIA DURANTE ESTE PERIODO	REGALIAS	109.817

POBLACION DE PRIMERA INFANCIA ATENDIA POR AÑO CON RELACION A LA POBLACION FOCALIZADA MENOR DE 5 AÑOS

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
POBLACION ATENDIDA ICBF	2290	2354	2484	2484	2644	2644
POBLACION FOCALIZADA MENSO DE 5 AÑOS	2555	2550	2543	2537	2534	2538
% DE ATENCION	90%	92 %	97.6 %	98 %	104 %	104 %

Fuente: Oficina de Planeación del ICBF

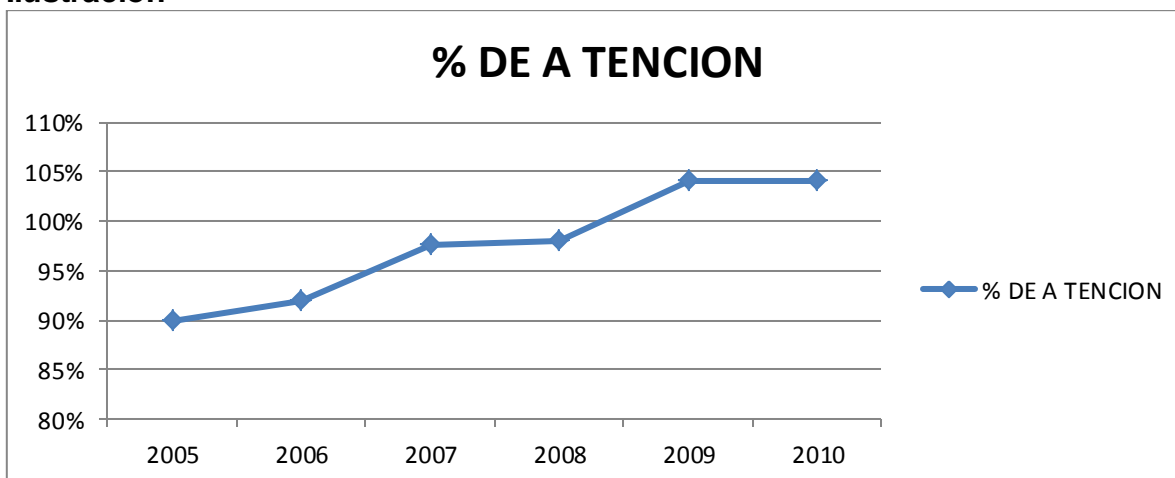
Entre los programas de primera infancia que se atienden en el Municipio están Hogares Comunitarios en las modalidades Tradicional y Fami desde 2005-2010, en 2010 además la modalidad de Hogar grupal , Recuperación nutricional, materno infantil.

Con relación al porcentaje de atención se nota un incremento entre los años 2009 2010 por aumento de cobertura en el Programa de recuperación Nutricional, es de a notar que se da el aumento por encima del 100% debido a que los niños



atendidos en RNA eran de otros programas de atención de primera infancia ya que el Lineamiento lo permite.

Ilustración



INVERSION ICBF EN PRIMERA INFANCIA CON RELACION A LA INVERSION TOTAL DEL MUNICIPIO

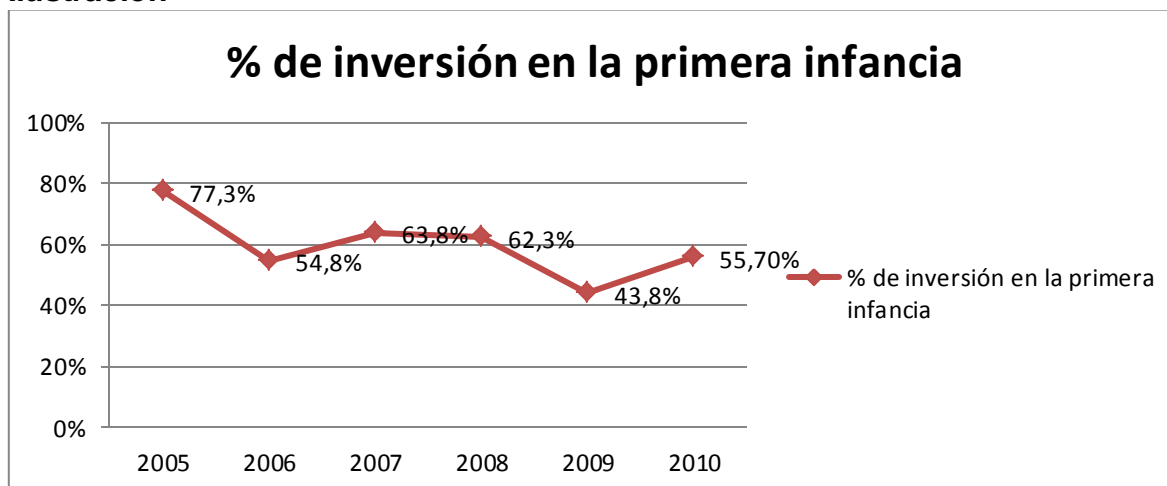
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Presupuesto ejecutado	375.716. 554	386.495. 418	403.791. 528	462.306. 612	636.408.5 79	663.977.9 92
Total presupuesto programado para el Municipio	485.893. 975	704.239. 839	632.162. 820	742.045. 857	1452.101. 620	1.191.481. 848



% de inversión en la primera infancia	77.3 %	54.8 %	63.8 %	62.3 %	43.8 %	55.7 %
--	--------	--------	--------	--------	--------	--------

Con respecto a la inversión total del Municipio encontramos que el mayor % de inversión se da en Primera Infancia en el año 2005 es significativa dado que los cupos de atención al escolar eran menores con relación a los años siguientes, en el año 2009 se aumenta el valor total que se asignan recursos para construcción de hogar agrupado para la atención a la primera infancia sin embargo como en el presupuesto total se asignan los recursos de adulto Mayor el % baja en el año 2010 se nota una disminución dado que se asignan los recursos de Adulto Mayor a los presupuestos municipales de cada centro zonal.

Ilustración





POBLACION DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA ATENDIDA POR AÑO CON RELACION A LA POBLACION FOCALIZADA DE 6 A 17 AÑOS

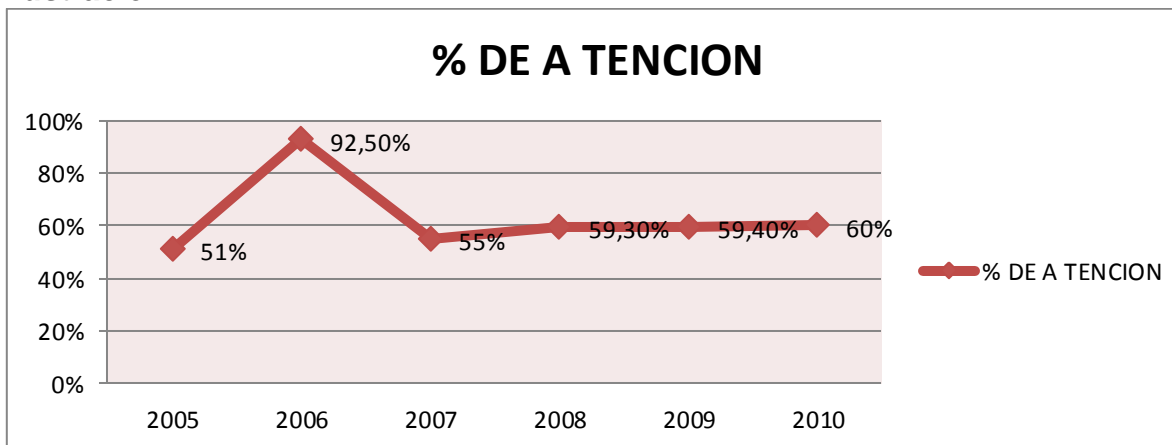
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
POBLACION ATENDIDA ICBFDE 6-17 AÑOS	1865	4065	2868	3093	3093	3093
POBLACION FOCALIZADA DE 6-17 AÑOS	3635	4395	5220	5217	5205	5167
% DE ATENCION	51 %	92.5 %	55%	59.3 %	59.4 %	60%

Fuente: Oficina de Planeación del ICBF

Entre los programas que se atienden en este rango de edad, esta Atención al escolar y adolescente en la modalidad de Desayuno Escolar y Clubes Juveniles, se nota un incremento significativo entre el año 2005 al 2006, debido a que la contratación de desayunos escolares fue tardía y se redistribuyeron los recursos en mayor cobertura la cual no se pudo sostener en su totalidad para el año 2007



Ilustración



Fuente: Oficina de Planeación del ICBF

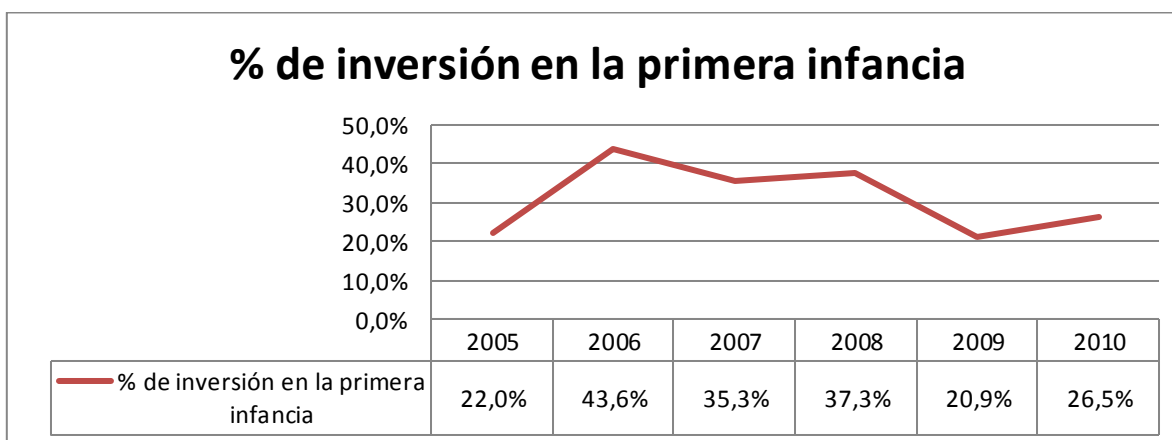
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Presupuesto ejecutado	107.806.614	307.277.442	223.224.426	277.165.842	304.203.852	316.391.325
Total presupuesto programado para el Municipio	485.893.975	704.239.839	632.162.820	742.045.857	1452.101.620	1.191.481.848
% de inversión en la primera infancia	22 %	43.6 %	35.3 %	37.3 %	20.9 %	26.5 %



INVERSION ICBF EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA CON RELACION A LA INVERSION TOTAL DEL MUNICIPIO

Fuente: Oficina de Planeación del ICBF

Con relación a la inversión de infancia y adolescencia hubo un incremento considerable entre 2005 y 2006 debido al aumento de cupos de la modalidad de desayuno escolar, en el año 2010 se nota una disminución dado que se asignan los recursos de Adulto mayor a los presupuestos municipales de cada centro zonal



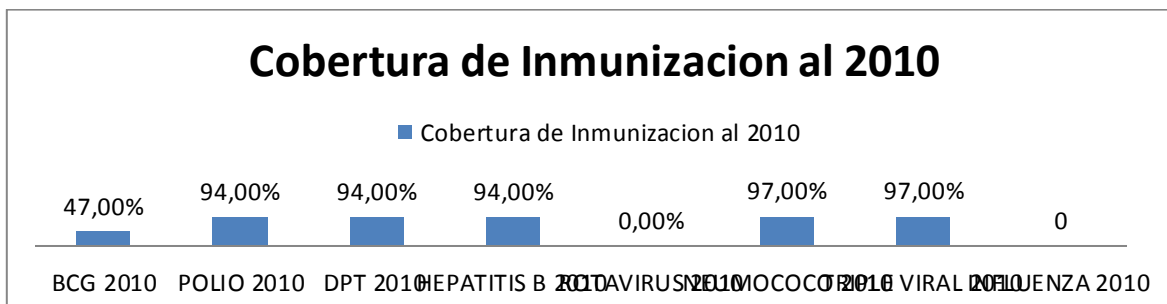
III. TODOS SALUDABLES (DERECHO A UNA SALUD INTEGRAL)

Tener una gran cobertura en un 100% en el municipio, con asistencia técnica para lograr que todos los niños y las niñas tengan esquema básico de vacunación con todos los biológicos de acuerdo a la edad.

Buenavista ha logrado cumplir con la meta, en este propósito de lograr coberturas de inmunización a diferentes enfermedades a finales del año 2010, para la atención a niños y niñas pobres no asegurados de nivel 1 y 2 del SISBEN y en condiciones de desplazamiento:



Cobertura de Inmunización al 2010



Además se busca Lograr cobertura universal 100% en salud subsidiada de la población de Buena vista en los niveles 1 y 2 del SISBEN, Concurrir el desarrollo en el 100% la Estrategia de Atención Integral para niños sanos y enfermos con Eventos Prevalentes de la Infancia AIEPI Comunitario y de Gestión Local.

COBERTURAS DE VACUNACION CORDOBA MES DE DICIEMBRE 2011

MUNICIPIOS	COBERTURAS POR BIOLÓGICOS															
	< 1 AÑO	BCG	% COB	VOP	% COB	PEN TA	% COB	RO T A	% COB	NEU MO	% COB	1 AÑO	SRP	% COB	FA	% COB
MONTERÍA	8.153	11.148	137	7.773	95	7.778	95	7.226	89	7.738	95	8.170	7.888	97	4.676	57
AYAPEL	1.215	849	70	1.023	84	1.023	84	945	78	1.019	84	1.196	1.016	85	1.121	94
BUENAVISTA	526	216	41	325	62	325	62	294	56	365	69	518	442	85	427	82



CANALETE	520	243	47	391	75	376	72	348	67	423	81	501	419	84	380	76
CERETE	1.66 4	1.17 6	71	1.63 0	98	1.63 3	98	1.55 1	93	1.80 1	10 8	1.66 7	1.72 6	10 4	1.62 1	97
CHIMA	276	345	12 5	256	93	254	92	259	94	266	96	283	251	89	244	86
CHINU	887	740	83	889	10 0	889	10 0	696	78	702	79	882	830	94	877	99
CGA. DE ORO	1.25 1	936	75	1.22 4	98	1.22 4	98	1.09 2	87	1.26 0	10 1	1.24 9	1.22 6	98	1.21 7	97
COTORRA	293	163	56	280	96	280	96	238	81	243	83	286	279	98	267	93
LA APARTADA	366	186	51	267	73	248	68	226	62	283	77	361	315	87	305	84
LORICA	2.47 2	1.89 2	77	2.01 9	82	2.01 9	82	1.86 2	75	1.94 3	79	2.47 3	2.36 8	96	2.07 1	84
LOS CÓRDOBAS	618	323	52	673	10 9	673	10 9	641	10 4	661	10 7	604	634	10 5	636	10 5
MOMIL	299	206	69	249	83	249	83	185	62	215	72	295	221	75	243	82
MONTELIBANO	1.77 1	1.86 3	10 5	1.77 1	10 0	1.77 1	10 0	1.63 9	93	1.70 7	96	1.76 5	1.93 1	10 9	1.78 6	10 1
MOÑITOS	694	457	66	660	95	660	95	550	79	609	88	688	640	93	651	95
PLANETARICA	1.40 1	1.39 9	10 0	1.38 0	99	1.38 0	99	1.37 8	98	1.42 1	10 1	1.40 0	1.37 8	98	1.42 8	10 2
PUEBLO NUEVO	887	543	61	649	73	649	73	561	63	611	69	875	686	78	651	74
PTO. ESCONDIDO	699	443	63	728	10 4	728	10 4	501	72	501	72	687	608	89	480	70
PTO. LIBERTAD	1.13	861	76	1.08	95	1.08	95	796	70	729	64	1.12	892	80	719	64



OR	3		1	2							0					
PURISIMA	331	279	84	322	97	322	97	228	69	241	73	332	274	83	245	74
SAHAGUN	1.77 4	1.89 0	10 7	1.69 5	96	1.69 5	96	1.57 9	89	1.64 7	93	1.76 8	1.66 0	94	1.61 9	92
SAN ANDRES	1.12 6	762	68	1.13 6	10 1	1.13 6	10 1	762	68	812	72	1.08 3	810	75	758	70
SAN ANTERO	649	505	78	432	67	432	67	482	74	502	77	641	509	79	527	82
SAN BERNARD O	797	536	67	765	96	765	96	552	69	565	71	782	714	91	641	82
SAN CARLOS	589	349	59	517	88	521	88	314	53	380	65	589	445	76	399	68
SAN JOSE DE ÚRE	306	116	38	132	43	132	43	106	35	172	56	302	211	70	210	70
SAN PELAYO	809	459	57	799	99	799	99	719	89	789	98	803	820	10 2	816	10 2
TIERRALTA	2.48 6	2.36 8	95	2.40 0	97	2.40 0	97	1.86 1	75	1.50 7	61	2.44 2	2.03 8	83	2.03 6	83
TUCHIN	1.10 1	764	69	1.10 5	10 0	1.10 4	10 0	965	88	1.02 7	93	1.07 6	1.11 0	10 3	1.11 2	10 3
VALENCIA	1.01 9	489	48	976	96	976	96	752	74	817	80	1.00 5	873	87	832	83
DEPARTAMENTO	36.1 12	32.5 06	90	33.5 47	93	33.5 23	93	29.3 08	81	30.9 56	86	35.8 43	33.2 14	93	28.9 95	81



GRAFICO DE COBERTURA DE BCG

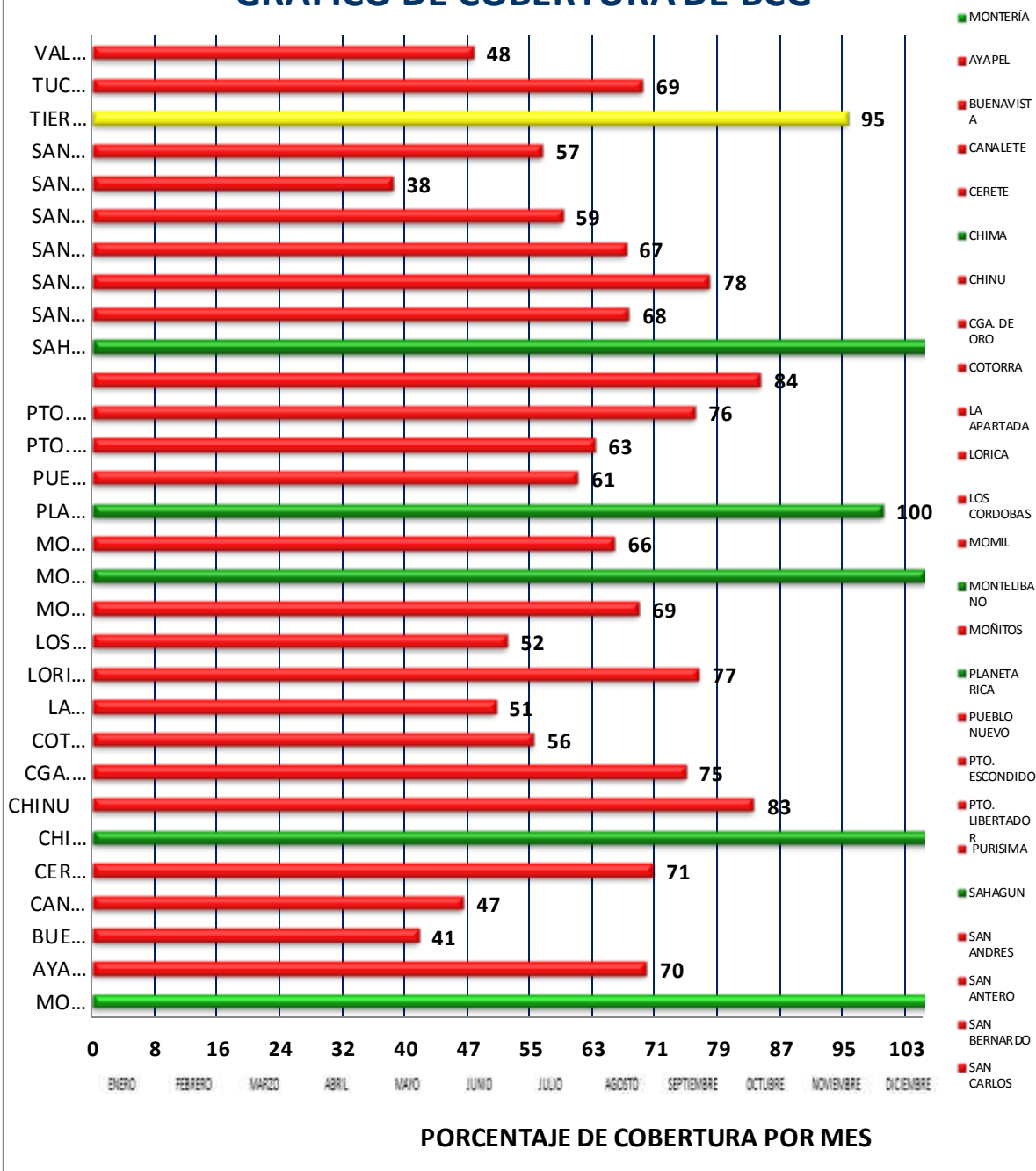




GRAFICO DE COBERTURA DE POLIO

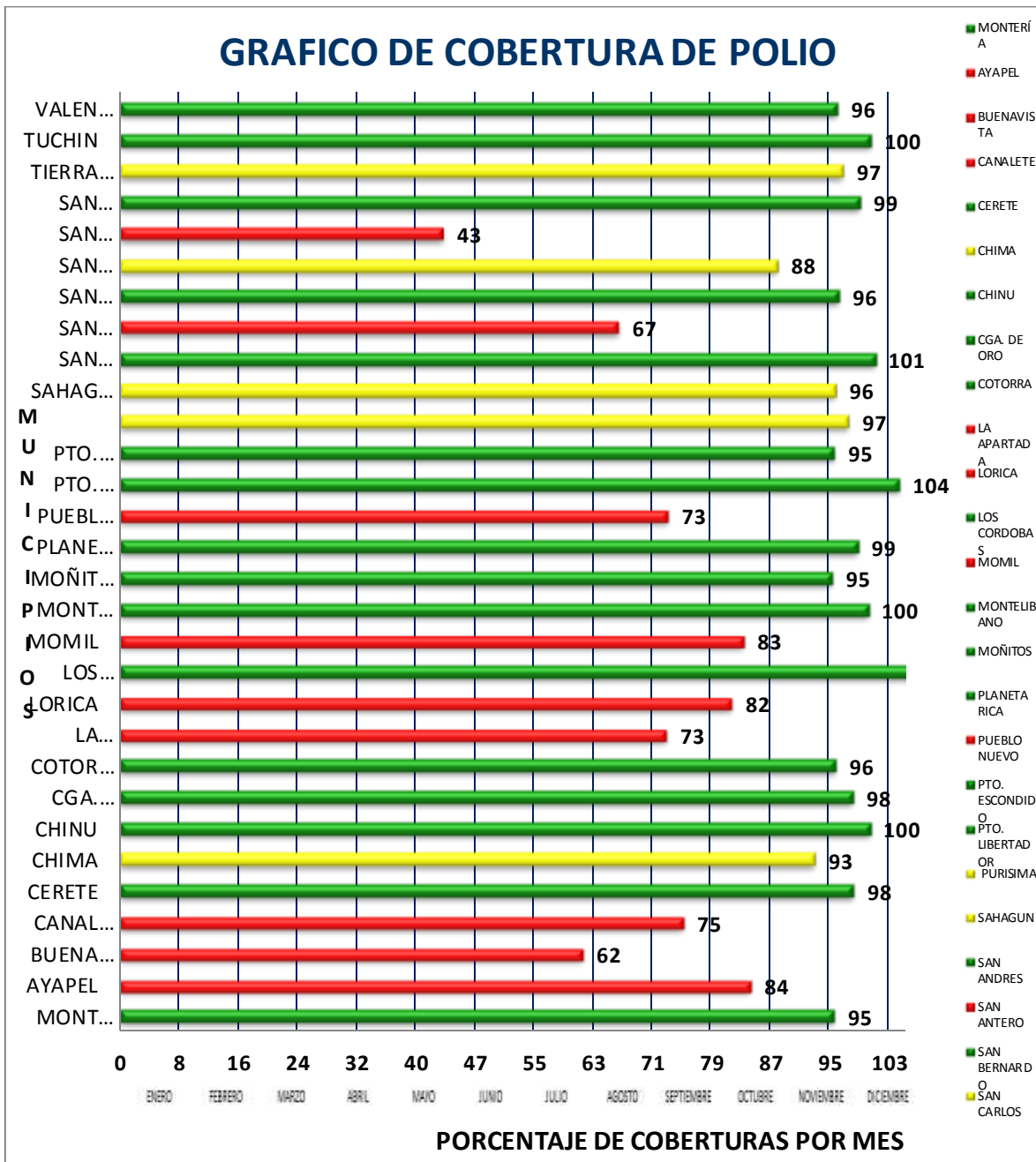
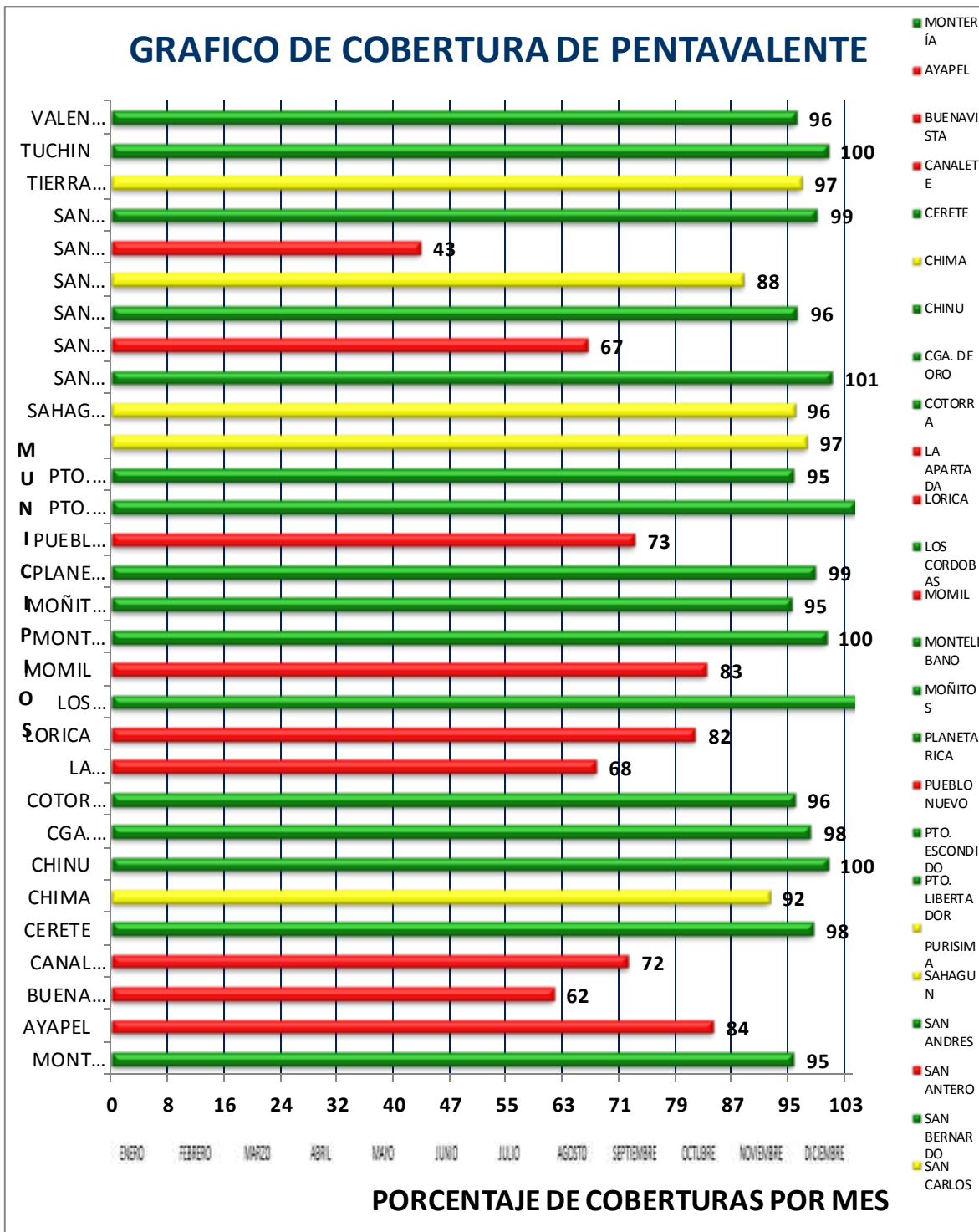


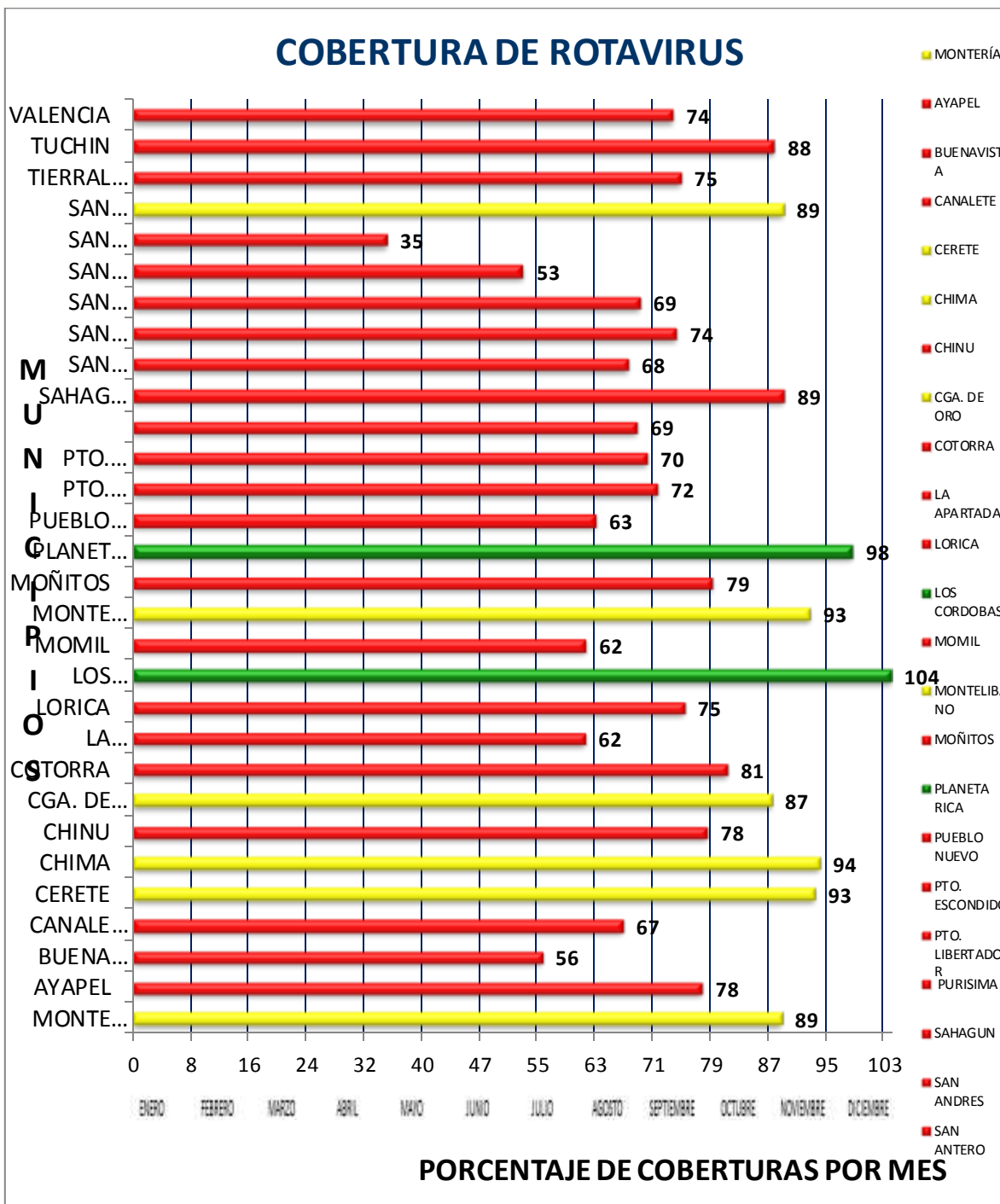


GRAFICO DE COBERTURA DE PENTAVALENTE





COBERTURA DE ROTAVIRUS





COBERTURA DE NEUMOCOCO

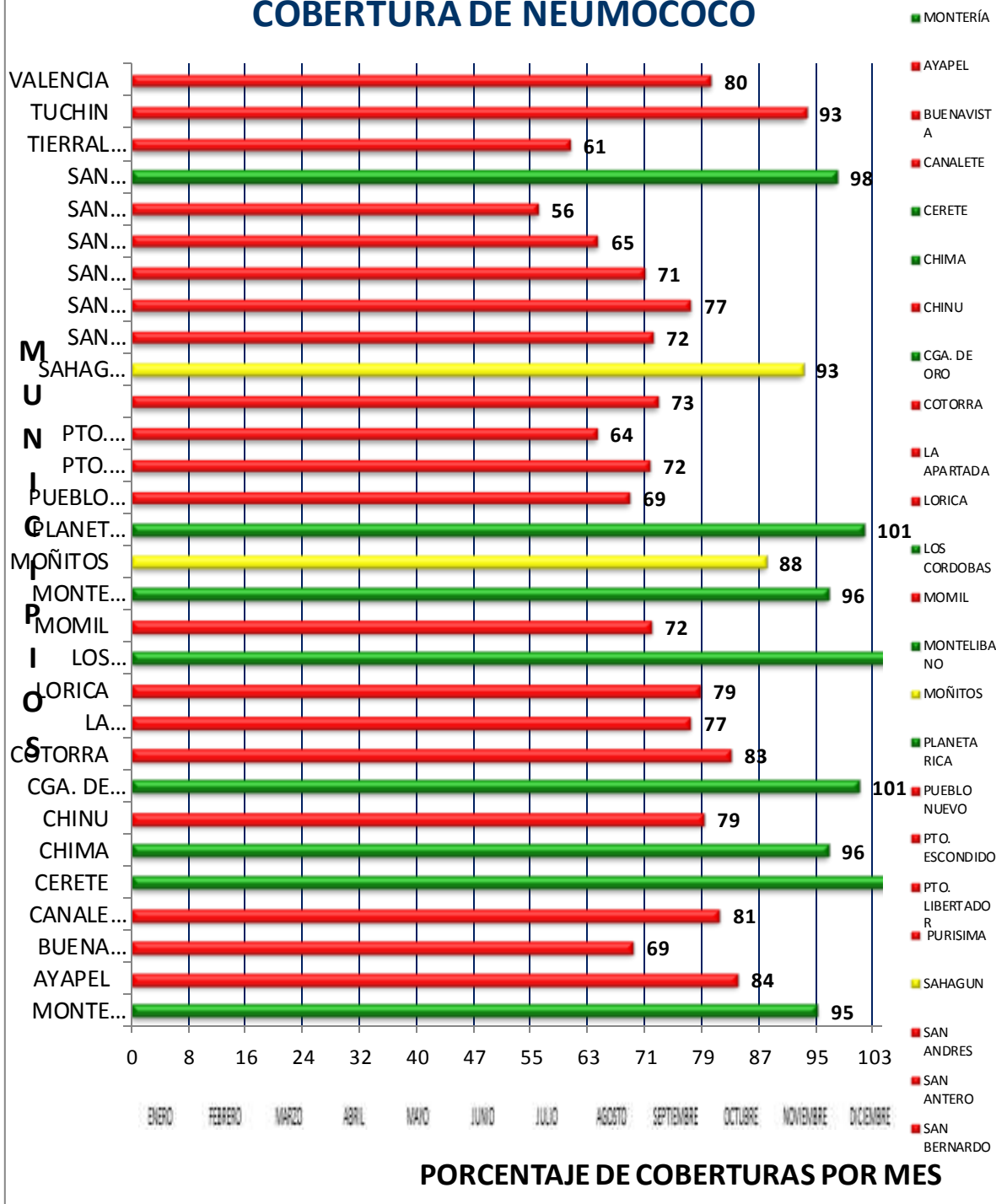




GRAFICO DE COBERTURA DE TRIPLE VIRAL - SRP

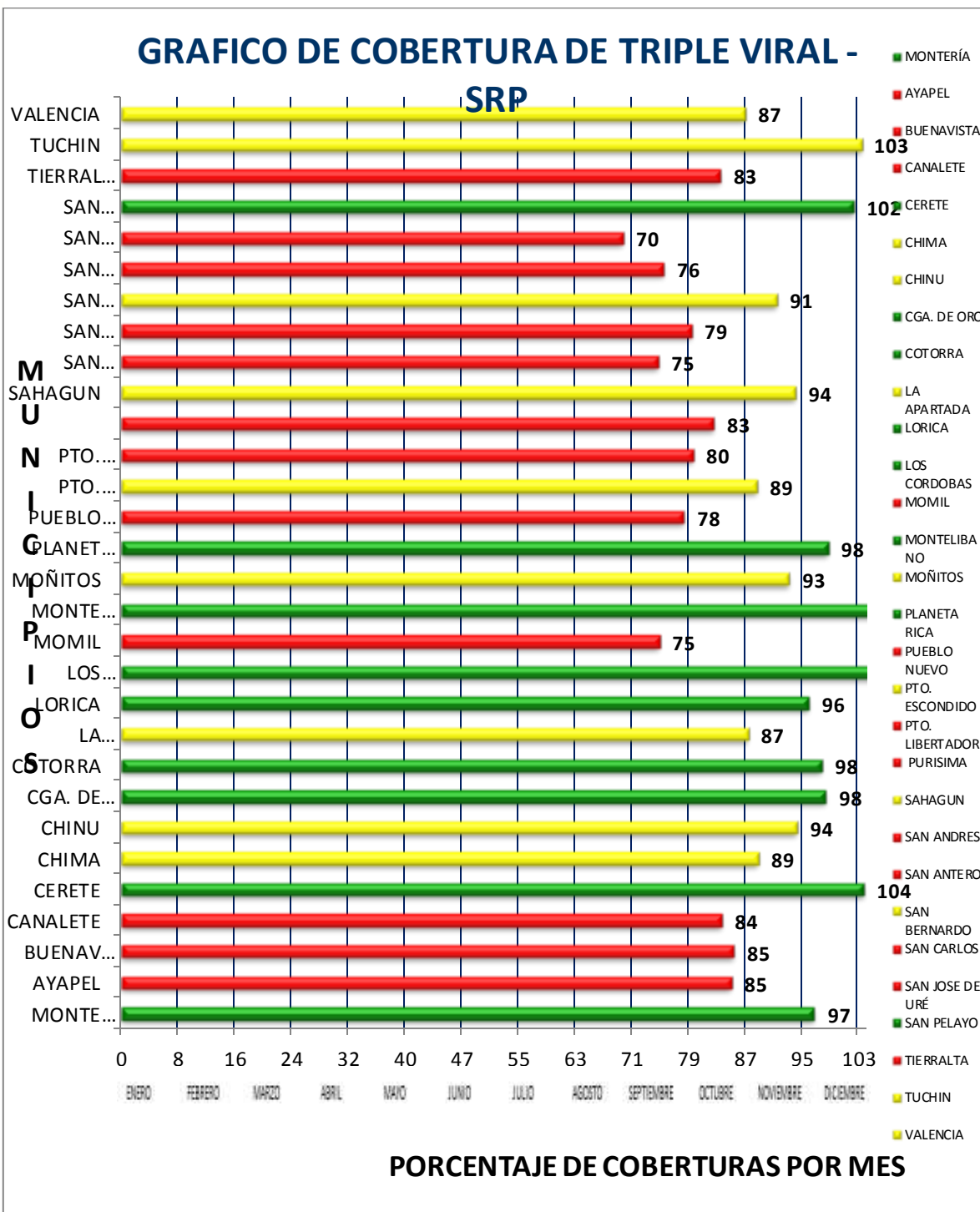
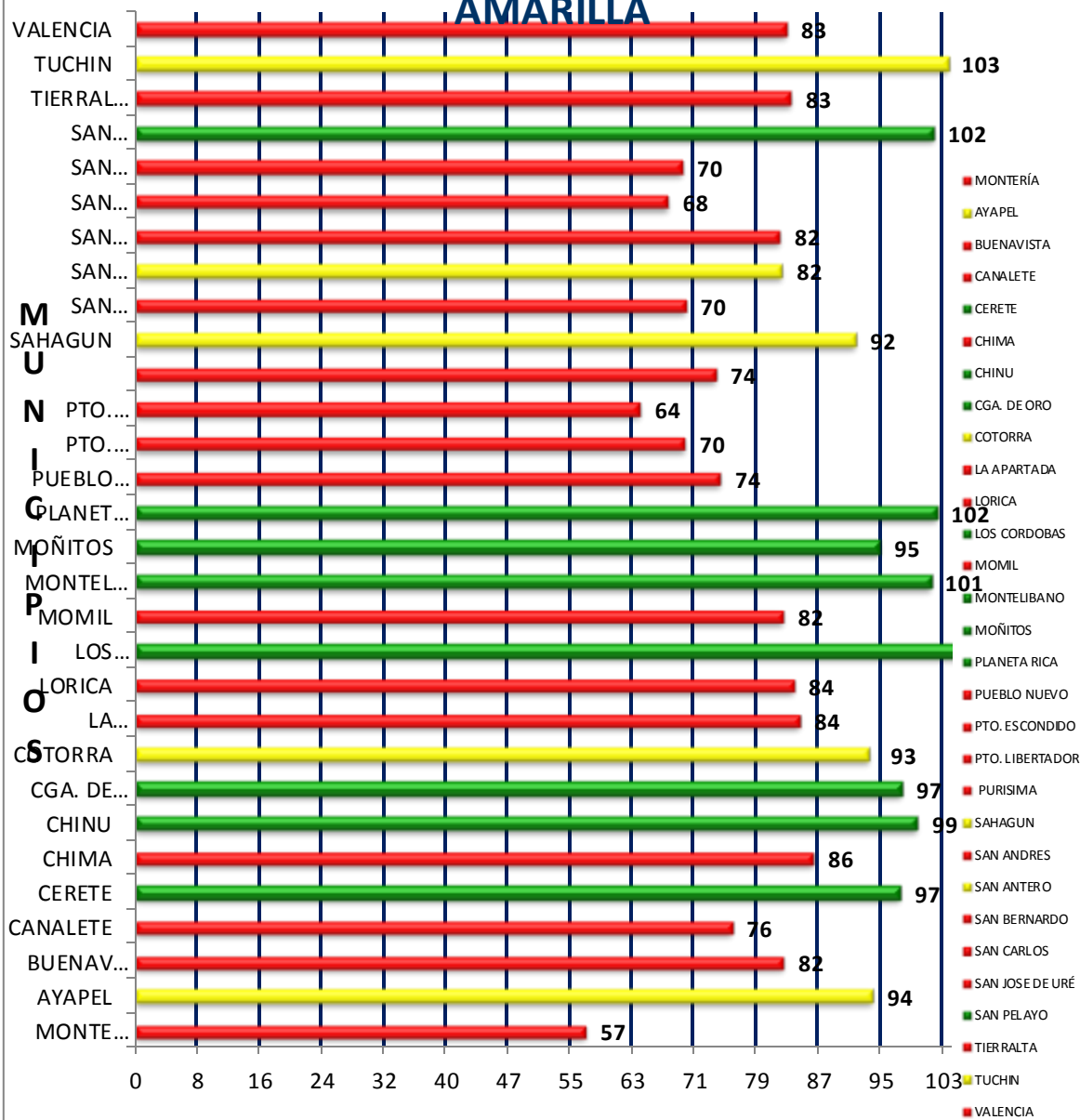




GRAFICO DE COBERTURA DE FIEBRE AMARILLA



PORCENTAJE DE COBERTURAS POR MES



II.5 DETERMINANTES DE LA SALUD

COMPORTAMIENTO Y SALUD

Factores de riesgo de consumo.

En el municipio de Buena Vista no existen datos confiables sobre personas que consuman sustancias psicoactivas, se presume que es alto el consumo, especialmente de alcohol, y en menor proporción de otros psicoactivos, pero deben realizarse encuestas y estudios que permitan hacer un diagnóstico más preciso.

El consumo del alcohol es superior en los hombres. Sin embargo la mayoría de los que comenzaron a consumir durante el último año son mujeres, indicando la tendencia creciente de la mujer a participar en la carga de consumo.

Se citan algunos de los factores estudiados que se correlacionan con el consumo de sustancias psicoactivas, los cuales se clasifican de acuerdo con las condiciones socioeconómicas, del sistema educativo, el ambiente familiar y las características individuales.

Sistema educativo:

- Dificultades en la comunicación reducida a la transmisión de conocimiento
- Docentes y directivos consumidores de alcohol y droga.
- Carácter autocrático de los docentes
- Falta de mecanismo para ayudar a los jóvenes con problemas
- Ausencia de estímulo para la participación de los jóvenes en programas de prevención
- Existencia de nuevos valores en la sociedad
- Presiones de grupos de pares

Ambiente familiar:

- Dificultad en la comunicación entre los miembros de la familia
- Padres y cuidadores consumidores de alcohol y drogas



- Violencia intrafamiliar
- Automedicación en la familia
- Autoritarismo y castigo
- Falta de reglas firmes y coherentes al interior del hogar
- Ausencia de los padres, lo que impide asumir una función mas activa en la educación de los hijos

Condiciones socioeconómicas:

- Desempleo
- Comercio de alcohol y otras drogas
- Desplazamiento
- Influencia de otras sociedades que genera desarraigo cultural
- La moda y el consumismo
- Presencia de narcotráfico

Características individuales

- Percepción de falta de oportunidades
- Ausencia de proyectos de la vida
- Falta de capacidad autocrítica
- Falta de desarrollo de las habilidades sociales, incluyendo la comunicación, toma de decisiones responsables, asertivas y resistencia a la presión social
- Consumo habitual de cigarrillo y licor
- Rechazo hacia la imagen corporal
- Baja auto estima.
- Falta de “anclajes” psicológicos, sociales, espirituales

Factores de riesgo sociales



Prostitución

Se reconoce una población en ejercicio del trabajo sexual pero no hay una estadística confiable que permita reconocer la verdadera magnitud para mejorar sus condiciones de subsistencia y dignidad. Es necesario estudiar mejor el fenómeno.

Factores de riesgo físico

Exposición al sol

La alta exposición al sol dado que la mayoría de las actividades de ganadería y agricultura se dan bajo este riesgo, predispone a riesgos de cáncer de piel, si la protección no es la adecuada ni hay un hábito sistemático de protección.

Factores de riesgo biológicos

Alimentos

Muchos de los brotes de enfermedades transmitidas por alimentos contaminados están probablemente asociados a manipulación inadecuada de los mismos, lo que genera el riesgo de contaminación con bacterias patógenas.

Análisis de agua potable

En el municipio de Buena Vista se han realizado análisis de muestras de agua a través del Laboratorio de Salud Pública de la Secretaría de Salud Departamental en acompañamiento con la secretaria de salud municipal, para la vigilancia y control de este alimento de interés en salud pública.



Depósito de basuras

El Municipio de Buena Vista realiza la recolección de basuras a través de empresas de servicios públicos del Municipio de Buena Vista.

SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

Funcionamiento de la Red Física Instalada.

Para la prestación del servicio de salud el Municipio del Municipio de Buena Vista cuenta con una red pública constituida por la Empresa Social del Estado CAMU, Institución de primer nivel de atención.

SERVICIOS QUE PRESTA LA E.S.E. CAMU BUENA VISTA

Se prestan servicios de primer nivel como: Consulta general de adultos, general pediatría, obstetricia, enfermería, medicina general, odontología, urgencias, transporte asistencial básico, laboratorio clínico, servicio farmacéutico, citología cervical uterina, vacunación, atención preventiva en salud oral, planificación familiar, promoción en salud.

Cod.	Servicio	Modalidad		Complejidad		
		Ambulat	Hospital.	Baja	Media	Alta
	general de adultos		x	x		
	pediatría		x	x		
	obstetricia		x	x		
	enfermería	x		x		
	medicina general	x		x		
	odontología	x		x		
	urgencias	x		x		
	transporte asistencial básico	x		x		
	laboratorio clínico	x		x		



	servicio farmacéutico	x		x		
	citología cervical uterina	x		x		
	vacunación	x		x		
	atención preventiva en salud oral	x		x		
	planificación familiar	x		x		
	Promoción en salud.	x		x		

CAPITULO 3

DEFINICIÓN DE LA PLATAFORMA ESTRATÉGICA

VISIÓN DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD

El Municipio de Buenavista en el próximo cuatrienio ejercerá con eficiencia equidad y responsabilidad los retos y cambios con políticas y lineamientos que la administración asumirá; mejorando la prestación de servicios en salud, desarrollando las acciones de promoción y prevención, integrando a su población vulnerable a los programas sociales, mitigando los riesgos, brindando un adecuado manejo a los recursos del régimen subsidiado y dando una mejor calidad de vida a sus habitantes.

MISIÓN DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL

Incentivar y promover el desarrollo de la salud, con la eficiencia y la eficacia de las políticas y estrategias implementadas en la ejecución del plan de salud



territorial teniendo en cuenta la participación ciudadana, organizándonos conjuntamente con las entidades de salud, para poder solucionar la mayoría de falencias. Porque nuestra comunidad necesita una mejor atención en todas las áreas de salud, ya que vemos las diferentes clases de enfermedades, que se presentan en el municipio; debido a lo anterior debemos implementar el Plan de Salud Territorial, para poder mejorar y dar mayor cobertura a la población municipal.

PROPOSITOS, ENFOQUES Y PRINCIPIOS DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL.

El Plan de Salud Territorial, deberá adaptar las prioridades y metas en salud establecidas en el Plan Nacional de Salud Pública.

PROPOSITOS DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD

- Mejorar el estado de salud de la población del Municipio de Buenavista
- 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 población de Buenavista.

2. ENFOQUES.

Acorde con en El Plan Nacional de Salud Pública, el Plan de Salud Territorial, integra el mandato constitucional sobre el derecho a la salud bajo diversos enfoques conceptuales, enmarcados en el Artículo 33 de la Ley 1122 de 2007 con el objetivo de mejorar las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población residente en el territorio Colombiano. En este sentido, el Plan



de Salud Territorial debe entenderse como el producto de la movilización social de actores y la concertación y articulación de las acciones sectoriales e intersectoriales.

Para ello se articulan los siguientes enfoques, con el propósito de reducir la carga de la enfermedad y crear las condiciones para modificar la carga futura en la población.

Enfoque poblacional.

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

Enfoque de determinantes

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

Enfoque de gestión social del riesgo

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

PRINCIPIOS.



Los principios que guían el Plan de Salud Territorial son los siguientes:

Universalidad.

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

Equidad.

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

Calidad.

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

Eficiencia

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

Responsabilidad

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



Respeto por la diversidad cultural y étnica

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

Participación social

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

Intersectorialidad

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

LINEAMIENTOS DE POLÍTICA DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL

El Ministerio de la Salud y Protección Social, como principal responsable y gestor de las acciones dirigidas a mejorar las condiciones de salud en la población, define las siguientes líneas para el desarrollo de la política en salud y a la vez esta serán tomadas como lineamientos de políticas del Plan de Salud Territorial:

- La promoción de la salud y la calidad de vida.



- La prevención de los riesgos.
- La recuperación y superación de los daños en la salud.
- La vigilancia en salud y gestión del conocimiento.
- La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

Estas líneas buscan armonizar y articular el Sistema de Protección Social para el logro de las metas y especialmente para reducir las brechas en salud existentes entre regiones y grupos poblacionales. Esto exige una articulación efectiva de esfuerzos del sector, entre la Nación, las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud - EPS, las administradoras de riesgos profesionales - ARP, los prestadores de servicios de salud -IPS, la sociedad civil organizada, las sociedades científicas, las instituciones formadoras del talento humano en salud, los otros sectores de la sociedad y las entidades de cooperación técnica internacional.

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA.

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

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



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

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

PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS

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)¹, 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.

RECUPERACIÓN Y SUPERACIÓN DE LOS DAÑOS EN SALUD

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.

¹ OMS. Código de Clasificación Internacional Enfermedades - CIE X.



VIGILANCIA EN SALUD Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

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

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

Vigilancia en salud pública.

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

Vigilancia en salud en el entorno laboral.

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

Vigilancia sanitaria.

La vigilancia sanitaria vigila los riesgos relacionados con los alimentos, medicamentos, tecnologías en salud, productos de uso doméstico, establecimientos públicos y las cadenas productivas. Para ello emplea la



vigilancia activa haciendo uso entre otros de la metodología de buenas prácticas, y de la investigación. Este proceso es liderado por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima.

GESTIÓN INTEGRAL PARA EL DESARROLLO OPERATIVO Y FUNCIONAL DEL PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA Y CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL MILENIO PARA SALUD.

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

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

Mediante estas acciones de gestión se identifican las necesidades locales y se articulan las respuestas en los espacios cotidianos donde transcurre la vida de las personas, con el fin de promover el ejercicio del poder por parte de los sujetos para transformar las prácticas de vida y potenciar el desarrollo de autonomía que conduzca al mejoramiento de la calidad de vida y el ejercicio pleno de los derechos.



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

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

ESTRATEGIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS EN SALUD

Para el desarrollo de esta política se definen las siguientes estrategias:

a. 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.

A cargo de las Entidades Promotoras de Salud, EPS, Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP, e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS:

- a. Promoción del conocimiento de los derechos y deberes dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, en la población a su cargo;
- b. Promoción de entornos saludables en la población a su cargo y en el ámbito de los servicios de salud;
- c. Promoción del desarrollo individual integral por ciclo vital y de la adopción de estilos de vida saludable;
- d. Promoción de la salud mental con énfasis en el ámbito intrafamiliar;
- e. Promoción del uso racional, adecuado y oportuno de los servicios en salud;
- f. Promoción de la conformación de redes sociales de apoyo y de usuarios que faciliten los procesos de mejoramiento de la salud y calidad de vida.

b. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS

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

Esta línea de política abarca las medidas destinadas no solamente a evitar la aparición de la enfermedad, la prevención primaria, sino también a gestionar el



riesgo para detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida, la prevención secundaria.

Estrategias de la prevención de los riesgos

Para el desarrollo de esta política se definen las siguientes estrategias:

A cargo de las entidades territoriales:

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

A cargo de las Entidades Promotoras de Salud, EPS, las Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP, y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS:



- a. Desarrollo por ciclo vital a nivel individual y familiar de las acciones de prevención específica y detección temprana incluidas en el Plan Obligatorio de Salud, POS, de los regímenes contributivo y subsidiado;
- b. Desarrollo de su red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, y del sistema de referencia y contra referencia;
- c. Cumplimiento de los estándares definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, SOGCS;
- d. Mejoramiento continuo de las competencias del talento humano y capacitación en salud pública;
- e. Evaluación de la percepción del riesgo y satisfacción de los servicios desde la perspectiva de los usuarios

ESTRATEGIAS DE RECUPERACIÓN Y SUPERACIÓN DE LOS DAÑOS EN SALUD

Es el conjunto de acciones individuales del Plan Obligatorio de Salud, POS, de los regímenes contributivo y subsidiado, que busca recuperar la salud y superar los daños ocurridos en los individuos y las poblaciones, mediante el acceso oportuno y con calidad a los servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y a los programas y redes de protección social. Involucra acciones de prevención secundaria y terciaria que se realizan en todos los niveles de atención y grados de complejidad con el objeto de detener o reducir el daño que pueda producir la enfermedad ya presente, el establecimiento de la cronicidad, sus recidivas o sus secuelas.

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

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 extra sectorial para la formulación y ejecución de las estrategias de recuperación y superación de los daños en la salud, en su jurisdicción;
- f. Desarrollo de la redes de urgencias y de los sistemas de referencia y contra referencia, en su jurisdicción;
- g. 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.
- h. Vigilancia y fomento del desarrollo de servicios diferenciales por ciclo vital para la atención y rehabilitación de las discapacidades.
- i. Fomento de la telemedicina.

A cargo de las Entidades Promotoras de Salud, EPS, las Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP, y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS:

- a. Desarrollo de las redes de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, y del sistema de referencia y contra referencia.
- b. Cumplimiento de los estándares definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, SOGCS, en sus competencias.
- c. Mejoramiento continuo de las competencias del talento humano y capacitación en salud pública.
- d. Desarrollo por ciclo vital a nivel individual y familiar de las acciones de protección específica y atención en salud en el Plan Obligatorio de Salud, POS, de los regímenes contributivo y subsidiado.
- e. Fomento y desarrollo de la telemedicina.



ESTRATEGIAS DE VIGILANCIA EN SALUD Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

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

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

Vigilancia en salud pública

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

Vigilancia en salud en el entorno laboral

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

Vigilancia sanitaria



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

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

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

La vigilancia en salud, aplicando todos sus procesos y componentes generará el conocimiento sobre la situación de salud de la población Colombiana, la cual permitirá al Ministerio de la Protección Social junto con el modelo de desarrollo general ajustar el Plan Nacional de Salud Pública.

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

La generación de conocimiento estará apoyada en el sistema de información de salud y en la investigación, procesos fundamentales en el Plan Nacional de Salud Pública, y tiene como objetivo la identificación de las necesidades de salud de la población y sus determinantes.



La evaluación de resultados tiene como objetivo monitorear el grado de apropiación, ejecución y mejoramiento continuo de las políticas sectoriales y extra sectoriales definidas en el Plan Nacional de Salud Pública y su impacto en la salud individual y colectiva. Incluye la verificación de cumplimiento de los indicadores de gestión, los resultados y los recursos programados, conforme a lo establecido en el sistema de evaluación que el Ministerio de la Protección Social define en cumplimiento del artículo 2° de la Ley 1122 de 2007.

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;

A cargo de las Entidades Promotoras de Salud-EPS, las Administradoras de Riesgos Profesionales - ARP y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS:

- a. Desarrollo del sistema de vigilancia en salud en sus competencias;
- b. Diseño, desarrollo, seguimiento y evaluación de la situación de salud de sus afiliados y usuarios;
- c. Generación de la información requerida por el sistema de información de salud.



ESTRATEGIAS DE GESTIÓN INTEGRAL PARA EL DESARROLLO DEL PLAN

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

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

Mediante estas acciones de gestión se identifican las necesidades locales y se articulan las respuestas en los espacios cotidianos donde transcurre la vida de las personas, con el fin de promover el ejercicio del poder por parte de los sujetos para transformar las prácticas de vida y potenciar el desarrollo de autonomía que conduzca al mejoramiento de la calidad de vida y el ejercicio pleno de los derechos.

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



riesgo, generar redes de protección social, lograr equidad y aumentar la calidad de vida en la población colombiana.

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

Para el desarrollo de esta política se definen las siguientes estrategias:

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.



A cargo de las Entidades Promotoras de Salud, EPS; las Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP, y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS:

- a. Generación de la información que permita vigilar, monitorear y evaluar el uso y calidad de los servicios de salud, la percepción de los usuarios, los resultados en salud y proveer la información necesaria para ajustar los planes de beneficios;
- b. Evaluación y mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud a su cargo;
- c. Desarrollo e implementación de los modelos de atención en salud que respondan mejor a las necesidades de salud de la población a su cargo, teniendo en cuenta sus diferencias étnicas, socioculturales, de género y de ciclo vital;
- d. Fomento del mejoramiento continuo de las competencias del talento humano y capacitación en áreas de interés en salud pública;
- e. Desarrollo de balance social y rendición de cuentas

PRIORIDADES Y METAS NACIONALES

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.

Las prioridades nacionales en salud son:

- La salud infantil.
- La salud sexual y reproductiva.
- La salud oral.
- La salud mental y las lesiones violentas evitables.



- Las enfermedades transmisibles y las zoonosis.
- Las enfermedades crónicas no transmisibles.
- La nutrición.
- La seguridad sanitaria y del ambiente.
- La seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral.
- La gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

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

Las estrategias de salud pública se han seleccionado con base en evidencia y en la investigación, para garantizar su idoneidad y efectividad. Se elaboraron y siguieron marcos lógicos de intervención, adecuados a cada prioridad. De la misma manera, se evaluará y difundirá de forma periódica el resultado de las intervenciones y acciones en salud pública. El conocimiento y la experiencia aprendida se incorporarán de forma sistemática para los ajustes sucesivos del Plan Nacional de Salud Pública.

ACCIONES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO EN LOS EJES PROGRAMÁTICOS DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL

Las acciones incluidas en cada uno de los ejes programáticos del Plan de Salud Territorial, en el ámbito de sus competencias, se desarrollan a través de las siguientes áreas sub programáticas de obligatorio cumplimiento:

Aseguramiento

Este incluye las siguientes áreas sub programáticas de gestión:

- a. Promoción de la afiliación al SGSSS
- b. Identificación y priorización de la población a afiliar.



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

Prestación y Desarrollo de los Servicios de Salud

Incluye las siguientes áreas sub programáticas, 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.

Salud Pública

Define las siguientes áreas sub programáticas 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.

Promoción Social

Define las siguientes áreas sub programáticas:



- 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 dirigidos 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.

Prevención, Vigilancia y Control de Riesgos Profesionales

Define las siguientes áreas sub programáticas:

- 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.

Emergencias y Desastres

Define las siguientes áreas sub programáticas:



- 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

DESCRIPCIÓN Y PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES IDENTIFICADAS EN EL MUNICIPIO DE BUENAVISTA.

El Plan de Salud Territorial del Municipio de Buenavista tiene identificada las problemáticas y necesidades como está establecido en el perfil epidemiológico, priorizando las que tengan que ver con promoción de la salud y la calidad de vida, la recuperación y superación de los daños en la salud, vigilancia en salud y gestión del conocimiento, y prevención de los riesgos, además de las dispuestas en el Plan Nacional de Salud Pública como prioridades nacionales.

ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS PRINCIPALES CAUSAS Y SOLUCIONES DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES PRIORIZADAS.

Este análisis se basará en los mayores grupos de población y sus respectivos problemas de salud.

Población Infantil y Jóvenes (0 a 19 años)

Este segmento poblacional representa el 45% del total de la población en el Municipio, se enfrenta a muchos riesgos biológicos y del comportamiento desde su gestación y parto hasta la potencialidad de concebir en jóvenes. En la infancia la demanda de cuidados y de evitar la aparición y consecuencias de enfermedades es bastante alta dada su dependencia y el riesgo de



enfermedades con alta prevalencia por diferentes factores y determinantes de la salud. Sin embargo, tienen un alto potencial de desarrollo si se logran atenuar las enfermedades prevenibles y se apoya adecuadamente en su desarrollo integral.

Como se vio en el análisis del perfil epidemiológico, en la infancia se presentan enfermedades como la Infección Respiratoria Aguda y la Enfermedad Diarreica Aguda que tienen gran peso en la morbilidad y mortalidad. La accidentalidad especialmente en vías públicas y el hogar es significativo. La calidad y oportunidad de los cuidados es determinante tanto para su salud física, social y psicológica como para el desarrollo de sus potencialidades. Es tan significativo este periodo de la vida que Canadá lo considera particularmente como uno de los determinantes de la salud.

El Plan Nacional de Salud Pública también lo prioriza como primer objetivo estratégico. El Municipio de Buenavista tanto por su peso poblacional como por sus riesgos también lo prioriza en su jurisdicción.

Salud afectiva, sexual y reproductiva

Este componente tiene una vital importancia en todas las etapas de la vida. En la infancia es determinante tanto por sus búsquedas y exploraciones como por el riesgo de convertirse en objeto o testigo de diferentes tipos de abuso y violencia. En el grupo de jóvenes el ejercicio de la sexualidad implica riesgos y oportunidades de consolidación y crecimiento. Dentro de los riesgos están las infecciones de transmisión sexual, los embarazos no deseados o complicados, los abortos con sus diferentes consecuencias, las paternidades no elegidas y no prevenidas. Todas ellas tienen su peso tanto en la morbilidad como en la mortalidad. Desde las oportunidades significa un ejercicio de la afectividad



como habilidad relacional sin llegar a consecuencias no deseadas o compartidas. Implica asumir responsabilidades y compromisos por sus actos y buscar oportunidades para su desarrollo productivo. El ejercicio responsable, seguro, placentero de la sexualidad es una habilidad que es necesario fomentar tanto para el desarrollo integral como para evitar y/o atenuar consecuencias en salud.

Nutrición Infantil

Este es un componente muy asociado a las condiciones socioeconómicas en donde el comportamiento tiene mucho menos peso, excepto cuando se trata de trastornos alimentarios. La población infantil está muy en riesgo de desnutrición cuando no se satisfacen los requerimientos nutricionales mínimos. Hay un segmento de esta población que no los cumple y se considera una tarea prioritaria del Estado concurrir con ello. En el Municipio, aun cuando no está suficientemente cuantificada, se hace perentoria la obligación de apoyar con alimentación adecuada a todos los niños y particularmente a quienes acuden a las escuelas con el fin de estimular su formación básica. En el adulto mayor también es pertinente trabajar este componente especialmente en los de mayores condiciones de desvalimiento.

Salud Mental

Este es un componente que no se ha trabajado o valorado suficientemente dado que estamos sometidos a muchos riesgos del comportamiento determinados por diferentes factores, entre ellos la genética, la cultura, la ignorancia y la falta de servicios adecuados de promoción, prevención y atención. Así, la inequidad de género; las diferentes formas de violencia, particularmente la intrafamiliar e interpersonal; la falta de oportunidades; el



consumo incluidos el alcohol y otras drogas y medicamentos; la presión de pares; las conductas temerarias; la vinculación con grupos de “trabajo sucio” o las formas de “ganar y utilizar el dinero” son algunas de las condiciones y situaciones que inciden en los patrones de comportamiento y enfrentamiento que es necesario intervenir con el fin de mejorar las habilidades y competencias para un desarrollo gratificante y pro social.

Enfermedades transmitidas por Vectores (ETV)

La alta incidencia de enfermedades de transmisión por vectores representa un grave problema de salud pública. El trópico y su clima, además de la vegetación abundante favorecen la reproducción de los vectores, particularmente del *Aedes Egypti* único transmisor reconocido, para dengue clásico, hemorrágico y fiebre amarilla. Lo mismo ocurre con la malaria por vivax, la de mayor incidencia y por falciparum. La mayoría es no autóctona ya que provienen de zonas de alta incidencia. La falta de cobertura con fumigaciones en el primer semestre y de capacitación para eliminar los factores de reproducción de vectores ha sido determinante en su tendencia al incremento, especialmente en la temporada de invierno.

Estos problemas y necesidades se dan a nivel nacional y por ello coinciden con las prioridades y objetivos estratégicos que propone el Plan Nacional de Salud Pública (Decreto 3039 de 2007)

DESCRIPCIÓN DE LOS OBJETIVOS DE ACCIÓN POR EJE PROGRAMÁTICO A MEDIANO Y LARGO PLAZO.



ASEGURAMIENTO.

Mejorar la Cobertura dirigida al aseguramiento universal de la población de los niveles 1 y 2 del SISBEN hacia un 100% de la población del Municipio de Buenavista Córdoba.

PRESTACIÓN Y DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD.

Integrar y optimizar la red de prestadores de servicios de salud a nivel municipal a través de actas de coordinación y compromiso intersectorial.

Implementar y monitorear la aplicación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención en salud en todas las IPS públicas y privadas en el municipio.

SALUD PÚBLICA.

Mejorar la salud infantil del municipio, mediante acciones de promoción de la salud y calidad de vida y acciones de prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños durante la vigencia 2012 – 2015

Mejorar los indicadores negativos en salud sexual y reproductiva del municipio, mediante acciones de promoción de la salud y calidad de vida y acciones de prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños durante la vigencia 2012 - 2015.

Mejorar la situación nutricional de la población infantil y gestantes del municipio, mediante acciones de promoción de la salud y calidad de vida y acciones de prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños durante la vigencia 2012 - 2015.

Mejorar la cobertura de atención en el primer nivel de atención de trastornos mentales y del comportamiento y las competencias interpersonales, y de ciudadanía y con el entorno (habilidades para la vida) para enfrentar los diferentes riesgos para la salud física, psicológica y social, mediante acciones



de promoción de la salud y calidad de vida y acciones de prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños durante la vigencia 2012 – 2015.

PROMOCIÓN SOCIAL.

Fomentar las redes sociales y grupos para las acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y apoyo social en la población de mayor vulnerabilidad incrementando la participación de los individuos y grupos de la comunidad.

Aumentar la cobertura de beneficiarios de la RED UNIDOS en el Municipio de Buenavista.

Desarrollar actividades de IEC para la participación social en el Municipio de Buenavista.

PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS RIESGOS PROFESIONALES.

Implementar programas de capacitación y monitoreo de actividades de Prevención, Vigilancia y Control de Riesgos Profesionales en las diferentes Entidades y Empresas del Municipio de Buenavista Córdoba.

EMERGENCIAS Y DESASTRES.

Garantizar respuestas a las emergencias presentadas en el municipio de acuerdo con la identificación de los riesgos (Biológico, Social o Ambiental) y la preparación de la red hospitalaria y/o de prestadores para atenderlas.



METAS DE ACCIÓN POR EJES PROGRAMÁTICOS.

ASEGURAMIENTO.

Cobertura del 100% en aseguramiento.

PRESTACIÓN Y DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD.

Integrar y poner en funcionamiento el 100% de la red de prestadores de servicios de salud a nivel municipal según competencias.

Implementar el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención en salud en el 100% de todas las IPS públicas y privadas en el municipio.

Lograr el equilibrio financiero y operacional de la red pública.

SALUD PÚBLICA.

Disminuir los indicadores de consecuencias biológicas negativas respecto al ejercicio de la sexualidad y la salud sexual y reproductiva en los habitantes del municipio de Buenavista.

Mejorar los indicadores de la situación nutricional de la población infantil del municipio de Buenavista.

Disminuir los indicadores de consecuencias producidas por lesiones violentas evitables.

Mejorar capacidad de detección y de apoyo social en trastornos mentales y del comportamiento y del fortalecimiento de las competencias interpersonales, y de ciudadanía y entorno (habilidades para la vida) para enfrentar riesgos para la salud física, psicológica y social dentro del contexto del Municipio.

Mantener o reducir a 1.0 la tasa de mortalidad en menores de un año, y en menores de 5 años por debajo de 0.4 por 1000 y 1000 nacidos vivos respectivamente en el municipio de Buenavista.



PROMOCIÓN SOCIAL.

Porcentaje de población en condiciones de mayor vulnerabilidad que reciben acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos.

Cobertura de beneficiarios de la RED UNIDOS en el municipio.

Tipo y Número de Actividades de Información, Educación y Comunicación para la participación y el control social.

PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS RIESGOS PROFESIONALES.

Conocer Programas y Tipo y Número de actividades dirigidas a la disminución de las consecuencias por la acción intersectorial en la Prevención, Vigilancia y Control de Riesgos Profesionales.

EMERGENCIAS Y DESASTRES.

Tener Planes de Identificación de Riesgos y de Preparación para las Emergencias en el 100% de los prestadores de servicios de salud (independiente del tipo de riesgo: Biológico, Social o Ambiental).



PLAN DE MEJORAMIENTO

PROCESOS A MEJORAR	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	TIEMPO PARA LA ACCION	RESPONSABLES	RECURSOS REQUERIDOS
Fortalecimiento de la Política pública de primera infancia, de infancia y adolescencia	Evaluación y ajustes al proceso de ejecución de la política con participación ciudadana y definición de contenido por consenso social.	2012 - 2015	Alcaldía Municipal	Administrativos, logísticos, financieros
Implementación de la Política de primera infancia	Articular en el plan de Salud Territorial con diferentes actores del sistema	2012 - 2015	Alcaldía Municipal	Administrativos, logísticos, financieros
Fortalecimiento de la atención integral a la gestante	<ul style="list-style-type: none">- Actividades de capacitación al recurso humano de las IPS, EPS- Fortalecimiento de los procesos de vigilancia epidemiológica.- Notificación a los organismos de control de las fallas en la atención integral a la gestantes	2012-2015	Alcaldía Secretaría de Salud, CAMU	Financieros, Administrativos.
	<ul style="list-style-type: none">- Articulación de actividades de			



<p>Empoderamiento del auto cuidado de las mujeres durante su etapa reproductiva como mecanismo para promover la salud materna y perinatal.</p>	<p>capacitación con EPS e IPS. - Desarrollo de Planes de demanda inducida. - Seguimiento a las IPS, EPS. - Notificación a organismos de control del incumplimiento. - Fortalecimiento de las acciones de Salud Sexual y Reproductiva.</p>	<p>2012 - 2015</p>	<p>Alcaldía Secretaría de Salud, CAMU</p>	<p>Administrativos Financieros.</p>
<p>Implementación de las estrategias AIEPI – IAMI en las Instituciones del salud del departamento</p>	<p>- Capacitación y seguimiento a las IPS, EPS –DLS - Visitas de asistencia técnica. - Notificación a los organismos de control de las instituciones que no cumplen con la estrategia.</p>	<p>2012 – 2015</p>	<p>Alcaldía Secretaría de Salud, CAMU</p>	<p>Administrativos, Normatividad, Financieros</p>
<p>Implementación de los servicios amigables para adolescentes en las IPS del departamento</p>	<p>- Seguimiento a procesos de sensibilización y las capacitaciones realizadas. - Asistencia técnica a las IPS. - Notificación a los organismos de control por el incumplimiento a la normatividad vigente - Elaborar y lograr los compromisos de los</p>	<p>2012 – 2015</p>	<p>Alcaldía Secretaría de Salud, CAMU</p>	<p>Administrativos, Normatividad, Financieros</p>



	aseguradores y prestadores en la implementación, desarrollo, seguimiento y evaluación del Modelo de Atención de servicios amigables.			
Diseño e implementación de campañas masivas para prevención de la violencia intrafamiliar	Fortalecimiento de los Programas de Prevención de la Violencia Intrafamiliar y el Maltrato.	2012-2015	Alcaldía Secretaría de Salud, CAMU	Administrativos Financieros
Implementación de la política pública de comunidades étnicas y afrocolombianas	Adopción de la política pública de comunidades étnicas y afrocolombianas a través del diseño, implementación y evaluación de un plan de acción concertado con las comunidades étnicas y afrocolombianas	2015-2015	Alcaldía	Administrativos Financieros.
Fortalecimiento de la Recuperación Nutricional	Coordinación y Articulación con ICBF, Alcaldías, Gobernación.	2012 - 2015	Municipio, CAMU	Administrativos Financieros.
Atención a población víctima de	Realizar y coordinar un plan de acción en el marco del Comité	2012-2015	Alcaldía	Administrativos



desplazamiento forzado	Departamental de Atención a Población Víctima de Desplazamiento Forzado			Financieros
Atención a población víctima de desplazamiento forzado	Fortalecer la estabilización socioeconómica de las familias víctimas de desplazamiento forzado.	2012-2015	Alcaldía	Administrativos Financieros
Seguimiento a los indicadores trazadores	Cinco primeras causas de morbilidad en menores de 5 años	2012-2015	CAMU	Administrativos Financieros
Seguimiento a los indicadores trazadores	Porcentaje de niños, niñas entre 0 – 6 meses que asisten a controles de crecimiento y desarrollo y que reciben lactancia materna exclusiva.	2012-2014	CAMU	Administrativos Financieros
Seguimiento a los indicadores trazadores y gestión	Seguimiento a Madres gestantes infectadas con VIH y su producto.	2012-2015	CAMU	Administrativos Financieros
Seguimiento a los indicadores trazadores y	Seguimiento a gestantes con diagnóstico de sífilis gestacional y su producto con	2012-	CAMU	Administrativ



gestión	diagnóstico de sífilis perinatal.	2015		os Financieros
Seguimiento a los indicadores trazadores	Seguimiento a gestantes con diagnóstico de sífilis gestacional y tratadas antes de la semana 17.	2012-2015	CAMU	Administrativos Financieros
Seguimiento a los indicadores trazadores	Seguimiento a gestantes adolescentes por grupos etarios.	2012-2015	CAMU	Administrativos Financieros