



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL GUAVIARE
MUNICIPIO DE SAN JOSÉ DEL GUAVIARE



PLAN TERRITORIAL DE SALUD

SAN JOSÉ DEL GUAVIARE

2008 - 2011



Salud es vida y la vida un derecho de todos y todas



SAN JOSÉ DEL GUAVIARE, MAYO 2008





REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL GUAVIARE
MUNICIPIO DE SAN JOSÉ DEL GUAVIARE



PLAN TERRITORIAL DE SALUD

SAN JOSÉ DEL GUAVIARE

2008 - 2011



Salud es vida y la vida un derecho de todos y todas

PEDRO JOSÉ ARENAS GARCÍA
ALCALDE

HONORABLE CONCEJO MUNICIPAL
SAN JOSÉ DEL GUAVIARE

BERTHA SOFÍA DÍAZ QUEVEDO
SECRETARIA MUNICIPAL DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

ENRIQUE DUARTE VÁSQUEZ
ASESOR (AH) EPIDEMIOLOGÍA

EQUIPO INTERDISCIPLINARIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE LA PROTECCIÓN SOCIAL



SAN JOSÉ DEL GUAVIARE, MAYO 2008





TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO	i
ÍNDICE DE TABLAS	ii
ÍNDICE DE GRÁFICAS	ii
ÍNDICE DE MAPAS	i
INTRODUCCIÓN	iii
I. MARCO ESTRATÉGICO	1
1.1. Visión	1
1.2. Misión	1
1.3. Valores	1
1.4. Propósito	1
1.5. Objetivos	2
1.6. Conceptos	2
1.6.1. Marco Teórico	2
1.6.2. Proceso De Planeación	2
1.6.3. Enfoques	3
1.6.4. Marco Jurídico	3
1.7. Principios	4
1.8. Líneas de Política	5
II. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL Y ESTRUCTURAL	6
2.1. Caracterización del Municipio	6
2.1.1. Aspectos Geo—Políticos	6
2.1.2. Clima	7
2.2. Aspectos Sociopolíticos	7
2.2.1. Educación	7
2.3. Infraestructura De Comunicaciones, Transporte Y Accesibilidad	7
2.4. Servicios Básicos Sanitarios	8
2.5. Riesgos Por Amenaza Natural	8
2.6. Riesgos Por Amenaza De Origen Antrópico	8
III. ANÁLISIS DEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOLÓGICO	8
3.1. Perfil Demográfico	8
3.1.1. Población	8
3.1.2. Comportamiento Demográfico	8
3.1.3. Indicadores Demográficos	9
3.1.4. Esperanza De Vida Poblacional	10
3.1.5. Estructura Poblacional	10
3.1.6. Afiliación Al Sistema General De Seguridad Social	11
3.1.7. Población Vinculada y Población "SISBEN"	11
3.2. Perfil Epidemiológico	12
3.2.1. Mortalidad General	12
3.2.2. Perfil De La Morbilidad	12
3.1.1.1. Morbilidad General Por Consulta Externa	13
Morbilidad general por consulta de Urgencia.	13
Morbilidad general por egreso hospitalario.	14
Eventos de notificación obligatoria.	15
IV. CORRELACIÓN DE LA MORBILIDAD SENTIDA, SATISFECHA Y LAS CONDICIONES MEDIO— AMBIENTALES.	16
V. RED FÍSICA INSTALADA, TALENTO HUMANO Y PRODUCCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	16
5.1. Disponibilidad De Prestadores De Servicios De Salud En San José Del Guaviare	16
5.1.1. Entidades Administradoras de Planes de Beneficios	16
5.1.2. Instituciones prestadoras de servicios de salud.	17
5.1.3. Telemedicina.	17
VI. PLAN INDICATIVO EN SALUD	18





6.1.	Identificación de Necesidades.	18
6.1.1.	Enfoque por Indicadores de Salud	18
6.2.	Ejes Programáticos	19
6.2.1.	Eje de Aseguramiento.	19
6.2.2.	Eje Programático De Prestación Y Desarrollo De Los Servicios De Salud	22
6.2.3.	Eje de Salud Pública	22
6.2.4.	Eje Programático de Promoción social.	30
6.2.5.	Eje Programático Prevención, Vigilancia Y Control De Riesgos Profesionales	31
6.2.6.	Eje Programático Emergencias y Desastres	32
VII.	PLAN PLURIANUAL DE INVERSIONES EN SALUD	33
VIII.	EJECUCIÓN Y FINANCIACIÓN DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD-	33
8.1.	Ejecución del Plan	33
8.1.1.	Plan Operativo Anual	33
8.2.	Financiación del Plan Territorial de Salud.	33
8.2.1.	Eje de Aseguramiento	34
8.2.2.	Eje de Salud Pública	34
8.2.3.	Plan Plurianual de Inversiones.	34
8.3.	Contratación de Acciones.	34
8.4.	Instrumentos para el Seguimiento, Evaluación y Control del Plan de Salud Territorial.	35
8.5.	Cronograma del Plan Territorial de Salud Pública.	36
	DOCUMENTOS ADJUNTOS	38
A.	Concertaciones	38
B.	Anexos Técnicos	38
	Anexo I.Matriz Plan Indicativo En Salud (Anexo Técnico I de la Resolución 425/08)	38
	Anexo II. Matriz Planeación Plurianual de Inversiones en Salud Territorial (Anexo Técnico II de la Resolución 425/08)	38
	BIBLIOGRAFÍA	39
	ANEXO A	40
	INFORME CONCERTACIÓN PLAN DE SALUD TERRITORIAL DE SAN JOSÉ DEL GUAVIARE	40
	Anexo A: Instrumento De Trabajo Mesas De Trabajo De Concertacion Plan De Salud Territorial 2008-2001. San José Del Guaviare.	a
	Aseguramiento	a
	Prestación Y Desarrollo De Servicios De Salud	b
	Salud Pública	c
	Promoción Social	d
	Prevención, Vigilancia Y Control De Riesgos Profesionales	e
	Emergencias Y Desastres	f

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Marco Jurídico que soporta el PTS. San José del Guaviare 2008	3
Tabla 2.	Distribución territorial del Municipio de San José del Guaviare.	7
Tabla 3.	Distribución de Instituciones educativas y alumnos matriculados por zona. San José del Guaviare. 2007	7
Tabla 4.	Población por procedencia, Edad y Sexo. San José del Guaviare. 2007	9
Tabla 5.	Morbilidad General por Consulta Ambulatoria Externa. San José del Guaviare-2006	13
Tabla 6.	Morbilidad general por consulta de Urgencia. San José del Guaviare-2006	13
Tabla 7.	Morbilidad general por egreso hospitalario. San José del Guaviare-2006	14
Tabla 8.	Incidencia de eventos de notificación obligatoria. San José del Guaviare. 2006-2007 (*PI=Proporción de Incidencia Casos / 100.000 Habitantes)	15
Tabla 9.	Eventos de notificación obligatoria por género. San José. 2007	15
Tabla 10.	Disponibilidad General De IPS Públicas Y Privadas – 2007	17
Tabla 11.	IPS Públicas Disponibles En San José del Guaviare. 2007.	17
Tabla 12.	Camas Ofertadas Por La Red Pública- 2007	17
Tabla 13.	Prioridades Y Metas De Salud En El Plan De Salud Territorial. San José del Guaviare. 2008 -2011	28





INTRODUCCIÓN

San José del Guaviare es un Municipio que está en franco y acelerado proceso de integración al desarrollo social y económico del país y de las regiones orinocense y amazonense; en donde, desafortunadamente, la presencia del Estado no es suficiente y la calidad y cobertura de los servicios públicos es muy baja. El Plan de Salud Municipal tiene como marco de referencia el perfil epidemiológico del Municipio de San José del Guaviare e igualmente, es punto de partida para la consolidación de la Secretaría de Salud Municipal y su Plan de Desarrollo Institucional, ya que debe ser el ente rector de la salud en el territorio municipal.

La finalidad última de este Plan es contribuir a estimular, mejorar y orientar el desempeño social e institucional, público y privado, que permita mejorar las condiciones de salud de la población, en el marco de un creciente nivel de bienestar, tranquilidad y prosperidad general.

En cumplimiento de la normatividad pertinente, especialmente de lo estipulado por el decreto 3039 de 2007 y por la resolución 425 de 2009, el Plan Territorial de Salud (PTS) es esencialmente el resultado del análisis de los diferentes actores que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Municipio de San José del Guaviare, sobre la problemática del sector, planeando la inversión y manejo de los recursos disponibles para la salud según las necesidades y las prioridades identificadas.

El PTS se apoya directamente en los lineamientos generales de política Local establecidos como directrices globales en el Plan de Desarrollo Municipal "*Transformación con Equidad*", como un referente para determinar el impacto de los diferentes programas y proyectos a cargo de la responsabilidad que el ente municipal tiene en salud. La administración municipal a efectos de elaborar el PTS, adelantó las actividades pertinentes para obtener el diagnóstico del Sector Salud en el Municipio de San José del Guaviare, en la priorización de problemas identificados, en concertación con la comunidad, con las EPS e IPS, en concertación intersectorial

El documento se encuentra dividido en ocho partes a manera de capítulos, que contienen:

- a) Marco Estratégico que le permite a la gerencia en salud del municipio, tener un referente de control a mediano y largo plazo de los resultados de gestión, para consecuentemente guiar las acciones de el día a día y alinear todas las áreas de la organización en un mismo direccionamiento
- b) Un diagnóstico de la situación de salud que incluye las características generales del territorio, aspectos demográficos, socioeconómicos y de infraestructura; el perfil epidemiológico, que destaca los resultados de la vigilancia epidemiológica y de los riesgos sanitarios por probabilidad de ocurrencia e impacto; la situación de los servicios de salud que describe el estado y funcionamiento de la red física instalada, el talento humano y la producción de servicios.
- c) Visión o escenario posible, factible y deseado y Misión del Plan de Territorial.
- d) Descripción y priorización de los problemas y necesidades identificadas.
- e) Análisis y descripción de las principales causas y soluciones de los problemas y necesidades priorizadas.
- f) Descripción de los objetivos de acción por Eje programático, acordes con los hallazgos del diagnóstico. Metas de acción por cada eje programático (impacto o proceso), con su correspondiente línea de base y valor esperado al finalizar el cuatrienio.
- h) Descripción de las áreas subprogramáticas, con sus correspondientes objetivos e indicadores de producto para el cuatrienio.
- i) Estimación y proyección presupuestal de cada eje programático y área subprogramática en el cuatrienio, los Responsables de los ejes programáticos y áreas subprogramáticas. Se encuentran en el anexo I.

A partir del componente estratégico, se formula el proyecto de inversión plurianual en salud para el cuatrienio, utilizando el instrumento "Planeación Plurianual de Inversiones en Salud Territorial", el cual articula el componente estratégico del Plan de Salud Territorial con los recursos de inversión que se ejecutarán durante el cuatrienio, contenido en el Anexo Técnico No 2.





I. MARCO ESTRATÉGICO

El marco estratégico le permite a la gerencia en salud, tener un referente de control a mediano y largo plazo de los resultados de gestión, para consecuentemente guiar las acciones de el día a día y alinear todas las áreas de la organización en un mismo direccionamiento. Esto implica para el municipio de San José del Guaviare elaborar altos conceptos y preceptos tanto en lo visional como en lo misional, que son de plena identificación con las necesidades priorizadas de la comunidad e instituciones municipales y de alto compromiso para con todos y cada uno de los funcionarios de la administración municipal, en pro del logro del cumplimiento de unos objetivos organizacionales ya fijados.

1.1. Visión

La visión del Plan Territorial en Salud Pública, compete que para el año 2011, el Municipio de San José del Guaviare tendrá atendidas las necesidades priorizadas de salud de su población, alcanzando las metas establecidas por este Plan; buscando con esto ser el ente territorial líder en la dirección de los actores del sector dentro del departamento y su entorno amazónico, garantizando un alto grado de calidad, con la participación de todo su talento humano; una óptima distribución y utilización de sus recursos, en concordancia con la misión y las exigencias del medio.

San José del Guaviare será un municipio ágil, moderno, equitativo y eficiente, con una población íntegra, solidaria, emprendedora, Amable y respetuosa con el entorno y su diversidad. Un municipio que ofrece a sus habitantes bienestar y calidad de vida, con servicios públicos en óptimas condiciones, protección social y reducción continua de la inequidad y la pobreza.

1.2. Misión

La misión del Plan Territorial en Salud compete a hacer de San José del Guaviare un Municipio comprometido en la constitución y desarrollo colectivo de la calidad de vida de su población, a partir de planes, programas y proyectos; fomentando la cooperación entre lo público y lo

privado para incrementar la generación sostenible de prosperidad colectiva, garantizando el acceso a los servicios de salud, el aseguramiento, promoción, prevención, inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo que afectan la salud humana, dentro del marco de los principios de equidad, eficiencia y calidad de los actores del sistema; contando con talento humano comprometido, calificado, motivado con sus principios y valores y con la mejor tecnología disponible, arraigando culturalmente comportamientos de autocuidado de la salud, respeto y admiración por el ambiente, desestimulando los ambientes de riesgo y mejorando el acceso de las personas más vulnerables del municipio sin distinción de raza, credo y política a condiciones justas de nutrición y salud, con afecto y buen trato, con criterios de responsabilidad compartida e imparcialidad.

1.3. Valores

- a. Respeto por las personas, la ley y lo público.
- b. Vocación de servicio y participación.
- c. Pasión por el logro dentro de la consistencia.
- d. Honradez, transparencia y responsabilidad.
- e. Firmeza en la búsqueda de armonía entre la ley, la moral y la cultura.
- f. Equidad.
- g. Solidaridad, tolerancia y autoestima.
- h. Pertenencia, apropiación y amor por el municipio
- i. Ambiente sano.
- j. Respeto a la vida.
- k. Respeto a las diferencias.

1.4. Propósito

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





inequidades en salud de la población del municipio.

1.5. Objetivos

Los objetivos del Plan Territorial de Salud están acordes con la Política Nacional de Salud Pública. Esta se soporta sobre una plataforma de gestión de las “prioridades” nacionales en salud y que son consecuentes con las necesidades del municipio, así:

- a. Mejorar la salud infantil.
- b. Mejorar la salud sexual y reproductiva.
- c. Mejorar la salud oral.
- d. Mejorar la salud mental.
- e. Disminuir las enfermedades transmisibles y las zoonosis.
- f. Disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles y las discapacidades.
- g. Mejorar la situación nutricional.
- h. Mejorar la seguridad sanitaria y ambiental.
- i. Mejorar la seguridad en el trabajo y disminuir las enfermedades de origen laboral.
- j. Fortalecer la gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

1.6. Conceptos

1.6.1. Marco Teórico

Se reconoce que en la definición de políticas y en la planificación en salud pública convergen procesos técnicos y políticos y existen diferentes modelos metodológicos para hacerlo. El modelo racionalista, muy utilizado en las décadas del 60 y 70, sugiere seguir estrictamente etapas cronológicas y propone una práctica que no responde a solucionar situaciones complejas y de alternativas diversas que se requieren en el análisis.

El modelo incrementalista otorga todo el peso a la naturaleza política de la planificación y plantea que solo es posible realizar pequeños cambios para alcanzar los objetivos propuestos, los cuales dependen del contexto. De este modo, este modelo plantea las políticas, destacando el papel clave que juegan los grupos de interés.

El modelo mixto retoma elementos del modelo racionalista pero reduce las posibles alternativas a partir de criterios de priorización que permiten seleccionar áreas de acción. La definición de las “Prioridades en Salud” tiene como propósito identificar aquellas áreas en las que se focalizarán los mayores esfuerzos y recursos por parte de los actores involucrados, para lograr el mayor impacto en la situación en salud. Esta definición es el producto de una cuidadosa consulta a expertos y concertación con los representantes de los diferentes actores, ejercicio que otorga mayor legitimidad, transparencia y racionalidad a las metas y estrategias propuestas.

Así entonces el Plan Territorial de Salud, recoge los compromisos adquiridos por el país que favorecen la salud pública, en particular en la Iniciativa de Salud de las Américas, que incluye el desarrollo de las Funciones Esenciales de Salud Pública, la agenda de acuerdos entre los Ministros de Salud del Área Andina, los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el Reglamento Sanitario Internacional, así como otros compromisos internacionales en temas específicos, según lo detallado en el decreto 3039 de 2008.

La resolución 425 de 2008 en su artículo 2º define: “El plan de salud territorial es equivalente al plan sectorial de salud de los departamentos, distritos y municipios, por tanto, es parte integral de la dimensión social del plan de desarrollo territorial y se rige en lo pertinente, en materia de principios, procedimientos y mecanismos de elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control por la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo”

1.6.2. Proceso De Planeación

La planeación municipal de la Salud como proceso político de toma de decisiones, requiere que el Alcalde, la administración, y el órgano legislativo, estén convencidos de su utilidad, posibilita interpretar el futuro deseado para el bienestar y desarrollo del Municipio y debe servir para solucionar problemas cruciales del área de la salud especialmente, prever recursos, asignar responsabilidades para su ejecución y es una herramienta de seguimiento y control.





La planeación es además un proceso jurídico, por lo cual nos circunscribimos especialmente a la carta magna en su artículo 339 en el que estipula que la elaboración y adopción de Planes de desarrollo por los entes territoriales.

El Plan Territorial de Salud Pública inmerso en el Plan de Desarrollo Municipal es la guía para la organización del ente que cumplirá la función de Dirigir el Sistema de Salud; dicho organismo a su vez deberá trazar un proceso general que guíe el actuar institucional y dar así cumplimiento no sólo a las competencias de ley, sino contribuir con ello al Desarrollo Organizacional y por ende territorial. La persona en quien se deleguen las funciones, tiene un proceso administrativo a desarrollar, el cual en su descripción clásica incluye cinco etapas así:

- Planeación.
- Organización.
- Integración.
- Dirección.
- Evaluación y control.

1.6.3. Enfoques

La política nacional de salud pública 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 Territorial de Salud 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.

1.6.3.1. Enfoque Poblacional

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

1.6.3.2. Enfoque de Determinantes

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

1.6.3.3. Enfoque de Gestión Social del Riesgo

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

1.6.4. Marco Jurídico

Para espaciar el marco jurídico del Plan Territorial de Salud Pública, a continuación se relaciona la normatividad pertinente:

Tabla 1. Marco Jurídico que soporta el PTS. San José del Guaviare 2008

Nº	NORMA	CONCEPTO
1	Constitución Nacional	Artículos 48 y 49, la Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, al igual que la atención en salud y el saneamiento ambiental, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.
2	Ley 10 de 1990	Reorganiza el Sistema Nacional de Salud.
3	Ley 100 de 1993	Reforma el Sistema Nacional de Salud. Crea el Sistema de Seguridad Social





Nº	NORMA	CONCEPTO
4	Ley 152 del 15 de julio de 1994	Ley Orgánica del Plan de Desarrollo
5	Ley 715 de 2001.	Reforma la Ley 60 de 1993 – Establece la Distribución de competencias y recursos, incluyendo el sector salud
6	Ley 1151 de 2007	Plan Nacional de Desarrollo
7	Circular 018MSP-074SNS de 1998	Interventoría de contratos de administración de Régimen Subsidiado.
8	Circular No. 018 de 2004	Lineamientos para la formulación y ejecución de los Planes Estratégicos y Operativos del PAB 2004-2007 y de los recursos asignados para salud pública.
9	Ley 1122 de 2007	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
10	Decreto 3039 / 07	Por medio del cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública para el cuatrienio 2007-2010
11	Resolución 425 de 2008	Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan De Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de la entidades territoriales.
12	Decreto 028 de 2008	Determina las directrices de monitoreo del sistema general de participaciones

1.7. Principios

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

derecho a la salud y al acceso de los servicios integrales de promoción de la salud y la calidad de vida, prevención de los riesgos y recuperación de la salud con oportunidad, calidad y suficiencia.

1.7.1. 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.

1.7.5. Responsabilidad

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

1.7.2. 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.

1.7.6. Respeto por la diversidad cultural y étnica

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

1.7.3. Calidad

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

1.7.4. Eficiencia

Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros del Estado y los particulares para garantizar el

1.7.7. Participación social

Es la intervención de la comunidad en la planeación, gestión y control social y evaluación





del Plan, se deberá promover la vinculación efectiva de la población para garantizar que las prioridades en salud y bienestar territorial respondan a las necesidades sentidas de los grupos sociales, y que estas se concreten en los planes de salud territoriales.

1.7.8. Intersectorialidad

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

1.8. Líneas de Política

De conformidad con los lineamientos, que en este sentido, ha direccionado el Ministerio de la Protección Social, el Plan Territorial de Salud Pública ha definido igualmente las siguientes líneas para el desarrollo de la política en salud municipal y que a su vez exige una articulación efectiva de esfuerzos de todos los actores que componen el Sistema de Seguridad Social en Salud dentro del municipio:

1.8.1. Línea de Política N° 1. Promoción de la salud y la calidad de vida

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.

1.8.2. Línea de Política N° 2. Prevención de los riesgos

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.

1.8.3. Línea de Política N° 3. Recuperación y superación de los daños en la 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. 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.

1.8.4. Línea de Política N° 4. 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 la comunidad de San José del Guaviare.

➤ 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 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.

1.8.5. Línea de Política N° 5. Gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública

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

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

II. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL Y ESTRUCTURAL

2.1. Caracterización del Municipio

Código DANE 095001.

2.1.1 Aspectos Geo—Políticos

El municipio de San José del Guaviare se encuentra localizado al norte del Departamento (72° 38' - 2° 36') ocupando una franja que sigue el curso de los ríos Guayabero y Guaviare. Limita al norte con el Departamento del Meta, al occidente con el Departamento del Caquetá, al oriente con el Departamento del Guainía y al sur con los Municipios de Calamar y El Retorno. Ocupa un área aproximada de 1.660.900 Ha que corresponden al 30,3% del territorio departamental.

Mapa 1. San José del Guaviare.





Tabla 2. Distribución territorial del Municipio de San José del Guaviare.

Territorio	Área Total		Área Sustraída		Resguardos Indígenas		Protegidas		Reserva Forestal	
	Ha.	%	Ha.	%	Ha.	%	Ha.	%	Ha.	%
San José del Guaviare	1.660.900	30,28	263.750	16,0	1.036.290	62,4	10.500	0,63	360.860	21,76
Departamento	5.484.700	100	402.000	7,3	1.051.676	19,2	1.215.500	22,2	2.815.324	51,3

Fuente: Primaria, SINCHI. 2004, Secundaria Datos estadísticos del Guaviare, DAP-Gobernación del Guaviare. 2004. * Extensión en hectáreas (Ha)

2.1.2 Clima

El clima de la región, de acuerdo con la clasificación Koppen reportada por el IGAC se clasifica como "Afi", "tropical lluvioso, sin estacionalidad muy marcada de la precipitación durante todo el año".

- **Precipitación:** La precipitación media de la zona asciende a 2.550,6 mm./anuales.
- **Temperatura:** La temperatura promedio anual para el municipio es de 25,5 °C, con una temperatura mínima de 20,3 °C y máxima de 30,9 °C anuales.

- **Humedad Relativa, Brillo Solar y Evaporación:** La humedad relativa promedio es 84,2%. La evaporación total anual es de 1.082,99 mm.

2.2. Aspectos Sociopolíticos

En el año de 1976 en el Gobierno del Presidente Alfonso López Michelsen, mediante el Decreto Presidencial No. 1165 de junio 7 se crea el Municipio de San José del Guaviare como división política de la Comisaría del Guaviare.

2.2.1 Educación

Tabla 3. Distribución de Instituciones educativas y alumnos matriculados por zona. San José del Guaviare. 2007

Zona	Carácter	Instituciones	Sedes	Docentes	Alumnos
Urbana	Oficial	5	11	347	8.766
	Privada	7	7	21	516
	Subtotal	12	18	368	9.282
Rural	Oficial	17	123	192	5.178
Total		29	151	560	14.460

Fuente: Secretaría de salud Municipal San José del Guaviare 2007. Informe según Ley 115/94

2.2.1.1. Cobertura

En términos de cobertura bruta se calcula que de cada cien niños con edades entre 3 y 5 años sólo 25 reciben la formación inicial. Los niños con edades entre 6 y 10 años el 100% asisten al colegio y representa la máxima cobertura en el sistema educativo y los adolescentes entre 11 y 14 años, el 62% asisten a las aulas y los jóvenes entre 15 y 17 años solo 27 de cada cien culminan el bachillerato. Cabe resaltar que la mayor deficiencia se presenta en la oferta de educación secundaria y media en el sector rural. La situación más crítica en la retención de los jóvenes en el sistema educativo, se presenta en el paso de la secundaria a la media que se reduce considerablemente.

2.3. Infraestructura De Comunicaciones, Transporte Y Accesibilidad

Las principales vías de comunicación dentro del municipio son la Terrestre y la Fluvial. La vía aérea se utiliza como vía de comunicación rápida entre San José del Guaviare y el resto del departamento y la capital del Meta, además de Bogotá. Por vía terrestre desde Bogotá y el departamento del Meta se lleva a cabo por la vía Villavicencio—San José (278 Km.), se encuentra en proceso de pavimentación actualmente en un 90% de su tramo. Entre las cabeceras municipales de San José y Calamar, se encuentra el eje vial más importante del departamento (San José—Retorno—Calamar, 85 Km.) desde donde se desprenden los ramales de vías secundarias de conexión con los centros poblados ubicados en





tierra firme, con un total aproximado de 1.400 Km. no pavimentados, disminuyendo drásticamente su transitabilidad en época de lluvias. En el área urbana las vías alcanzan los 75 kms, de los cuales 25 Kms están pavimentadas en concreto rígido y flexible, el resto están en material de recebo o suelo natural, de estas, el 80% se encuentra en estado de deterioro, 15% regular y un 5% bueno.

2.4. Servicios Básicos Sanitarios

El comportamiento para lo urbano es el siguiente:

- Vivienda con conexión de agua por acueducto 40.03 %.
- Vivienda con conexión a red de alcantarillado 30.8%.
- Vivienda con servicios de recolección sanitaria de basuras 86.7%.
- Vivienda con servicios energético 94 %.
- Vivienda con agua por pozo artesanal o perforado como solución propia 44.9%.

- Vivienda con eliminación de excretas y de aguas por taza sanitarias campesinas y pozo sumidero como solución individual propia 60.1%.

En el área rural se observa:

- Vivienda rural con conexión de agua por acueducto 1,36%.
- Vivienda con eliminación de excretas por taza sanitaria 5.94%.

2.5. Riesgos Por Amenaza Natural

- *Por Inundación*
- *Por Remoción*

2.6. Riesgos Por Amenaza De Origen Antrópico

- *Por Contaminación Hídrica Y Superficial*
- *Por Contaminación Atmosférica*
- *Por Siembra y Tala Indiscriminada De Árboles*
- *Por Explosión*
- *Por Incendio*

III. ANÁLISIS DEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOLÓGICO

El comportamiento de los diferentes eventos y enfermedades a través del tiempo, permiten observar en forma rápida cual ha sido la tendencia del fenómeno en el municipio. El perfil es complementado con el estado de los servicios de salud, donde se presenta el diagnóstico de la red de las instituciones prestadores de servicios de salud.

3.1. Perfil Demográfico

3.1.1. Población

En los últimos años esta población ha registrado un crecimiento que supera todas las proyecciones que se han realizado para este departamento, debido en gran parte al aumento de los cultivos ilícitos y a la elevada tasa de fecundidad de 3,86 muy por encima del promedio nacional de 2,62 y una tasa General de Fecundidad (por mil mujeres) de 116,7 con un promedio nacional de 77,8, lo que implica que en la actualidad el crecimiento demográfico del departamento sea tres veces superior al del país.

En el municipio de San José del Guaviare para el año 2007 se proyectó una población de 56.132 habitantes.

3.1.2. Comportamiento Demográfico

La población calculada a mitad de periodo de 2007 para el Municipio de San José 56.132 habitantes, ocupando el primer lugar en el Departamento con el 49,4% de los habitantes. Así mismo, es el municipio con mas habitantes en su cabecera (67,55%) con una gran limitante en el acceso a los servicios públicos entre ellos los de salud, que se ofertan mayoritariamente en los núcleos urbanizados, mientras una gran proporción de su población es rural, flotante y dispersa. En el municipio la relación *hombre : mujer* es de 0,99 : 1,0 mientras que para el mismo periodo es de 0,92 : 1,0 en el país.

La razón de mujeres por niños, es de 13.8 niños menores de 1 año por cada 100 mujeres de 15 a 49 años, o sea, que por cada 7 mujeres en edad fértil hay 1 niño aproximadamente.





El desequilibrio por sexo es mayor a medida que avanza la edad de los habitantes, principalmente arriba de los 15 años de edad, en donde en muchos cohortes anuales se registra una población de 2 hombres por mujer, y en la distribución por grupos quinquenales se aprecia una relación de tres a dos hombres por mujer. Este comportamiento demográfico ha marcado la vida familiar, la estabilidad residencial, emocional, afectiva y sexual en el municipio.

3.1.2.1. Población indígena

La población indígena se encuentra asentada en 10 resguardos y un asentamiento indígena, y alcanza una población de 4.691 habitantes, de los cuales el 42% son hombres mayores de 15 años, el 32% son mujeres mayores de 15 años, y el 24% restante es población infantil y adolescente. La población indígena corresponde al 8,35% de la población municipal, sin incluir la del resguardo Nuckak-Makú, la cual se calcula en 800.

Tabla 4. Población por procedencia, Edad y Sexo. San José del Guaviare. 2007

EDAD	CABECERA			RESTO			TOTAL		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
0 a 4	2.629	2.496	5.126	1.493	1.205	2.698	4.011	3.731	7.742
5 a 9	2.346	2.491	4.837	1.268	1.240	2.509	3.555	3.737	7.292
10 a 14	2.501	2.449	4.949	1.019	999	2.019	3.669	3.594	7.263
15 a 19	1.662	1.918	3.580	814	758	1.572	2.488	2.806	5.294
20 a 24	1.312	1.608	2.920	731	739	1.470	1.996	2.389	4.385
25 a 29	1.303	1.446	2.750	822	679	1.501	2.018	2.155	4.172
30 a 34	1.225	1.309	2.534	798	660	1.458	1.906	1.966	3.872
35 a 39	1.036	1.177	2.213	806	561	1.367	1.659	1.756	3.415
40 a 44	1.101	1.130	2.231	664	367	1.031	1.693	1.625	3.318
45 a 49	819	787	1.606	537	312	849	1.276	1.152	2.428
50 a 54	748	661	1.409	403	320	723	1.133	989	2.122
55 a 59	486	458	944	332	142	474	762	656	1.417
60 a 64	370	350	720	257	142	399	582	513	1.095
65 a 69	328	318	646	190	99	288	502	456	957
70 a 74	264	250	514	111	59	170	389	352	740
75 a 79	134	144	278	103	32	134	214	201	416
80 a 84	30	50	80	8	20	28	43	73	116
85 a 89	22	15	37	36	8	43	41	23	64
90 a 94	11	3	14	4	4	8	16	6	21
95 a 99	0	1	1	0	0	0	0	1	1
100 a 104	0	1	1	0	0	0	0	1	1
TOTAL	18.329	19.062	37.391	10.394	8.347	18.741	27.952	28.180	56.132
Porcentaje	66,61%			33,39%			100%		

Fuente: Población Censo DANE 2005 ajustado a 2007

3.1.2.2. Población Desplazada

San José del Guaviare ha desplazado hacia otras regiones del país, principalmente Villavicencio y Bogotá a 20.506 personas y ha recibido 14.223 (datos a febrero 29 de 2008), aproximadamente el 52% son mujeres. En 2007 el promedio de desplazados por mes fue de 40 personas, según Acción Social, y el lo transcurrido de 2008 (Mayo) son cerca de 300 desplazados.

3.1.3. Indicadores Demográficos

La edad media: 22,63 años

Edad mediana: 20,6058 años.

Tasa Bruta de Natalidad: 24.32 RNV por cada mil habitantes, superior a la nacional (21.4 ‰) para e inferior a la Departamental de 29.28 ‰).

Tasa Bruta de Mortalidad (TBM): 2.41 fallecidos por mil habitantes (para el departamento 2,82 y el país la estimada en el 2007 es de 5,481). La TBM para el municipio está calculado en los certificados de defunción procesados, sin embargo es muy inferior a la tendencia de la mortalidad en el municipio donde esperaríamos 9,7 fallecidos por mil habitantes para el mismo periodo (estimado por proyecciones de mortalidad y crecimiento poblacional), lo que denota la falta de control y el subregistro en la certificación del registro vital.

¹ Ibid





Desnutrición Global: Para 2007 fue de 5,5 casos por 100 menores de cinco años (90 casos en menores de 1 año y 257 en niños de 1 a 4 años)

Tasa neta de migración es del 39,1 por mil habitantes¹³ (-5,4 a nivel nacional)². No menos del 40% de la población del municipio es población flotante, sin residencia específica³ producto de la actividad económica del municipio.

El porcentaje de la población menor de 15 años es de 38,75% y la proporción de la población anciana (60 u más años) asciende al 2.81%. Con el peso relativo de la población entre 15 y 60 años de 58,40% y su tendencia al aumento, mostraría que la presión demográfica para la creación de empleo por parte del aparato productivo, es importante y creciente.

San José del Guaviare es considerado en el rango de municipio pequeño urbano, caracterizado por su gran proporción de inmigrantes y con un porcentaje de niveles de pobreza y en miseria (72,4% y 48,2%). La proporción de personas en viviendas sin servicios básicos adecuados es del 75,2%.⁴

Para el municipio la Tasa de Fecundidad General (TFG) se estima en 112.8 hijos por cada 1.000 mujeres en edad fértil, similar a la Departamental (118.4) pero muy alta si lo comparamos con el nivel nacional (78.9 hijos por cada 1.000 mujeres en edad fértil). La Tasa Global de Fecundidad (TGF) se estima en 3.78 hijos por MEF, alta en comparación 2.62 hijos que tiene cada mujer del país. La demografía moderna ha demostrado que la relación entre fecundidad y pobreza es directa con tendencia a ser insoluble.

Se observa una relación de dependencia (Razón dada por la población de 0 a 14 años mas la de 65 y mayor, sobre la población de 15 a 64 años, por 100) es de 67.54% y que denota de mas de tres quintas partes de la población no aportan al crecimiento económico del municipio, con las

consecuentes implicaciones sociales y económicas que esto implica.

El comportamiento demográfico de la población de San José sugiere la necesidad de fortalecer y mantener una oferta de servicios de salud orientados a la población materna e infantil y a los adultos jóvenes.

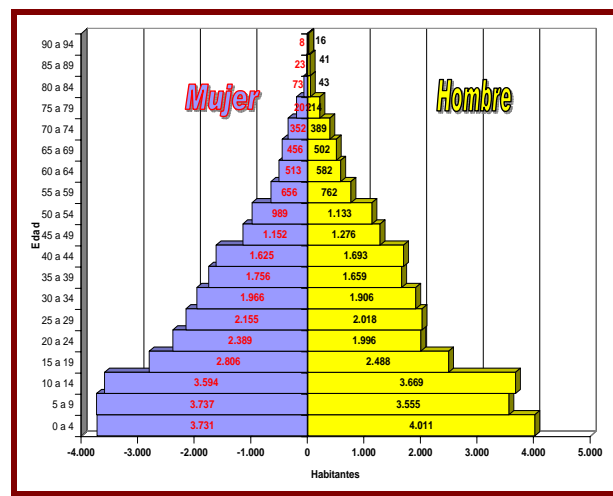
3.1.4. Esperanza De Vida Poblacional

La esperanza de vida al nacimiento estimada para el periodo 2002—2005 es de 74.64 años siendo para los hombres de 70,91 años y para las mujeres de 79.38 años; superior a las ponderadas nacional (general de 69,17 años, hombres 72,17años y mujeres 75,32 años), y departamental en que la general para el mismo periodo es de 67.39 años siendo de 63.43 años en los hombres y 71.55 años en las mujeres.

3.1.5. Estructura Poblacional

El perfil de la composición general de la población es bastante típica, correspondiente a una pirámide expansiva, típica de los países en vía de desarrollo. La base de la pirámide se presenta con una población en crecimiento. Si las políticas sobre control natal no sufren modificación la estructura poblacional permanecerá con tendencia al aumento de la base, incidiendo en la problemática de salud.

Gráfica 1. Estructura Poblacional. San José del Guaviare. 2007



Fuente: Censo Dane 2005 proyección a 2007

² Organización Internacional para las Migraciones –OIM– Misión Social. Departamento Administrativo de Seguridad DAS.

³ Duarte J.E. Estratificación del Riesgo en Malaria en el Guaviare. Universidad de Antioquia. Ministerio de Salud. Secretaría de Salud del Guaviare

⁴ DANE. La pobreza en Colombia. Proyección a 2007





3.1.6. Afiliación Al Sistema General De Seguridad Social

3.1.6.1. Población NBI

A partir del concepto de Seguridad Social en Salud, enfocado como el derecho de todas las personas a acceder a los servicios de Salud con calidad y oportunidad, se reglamenta la transformación de los recursos de oferta en demanda permitiendo garantizar el aseguramiento de la población más pobre y vulnerable. San José del Guaviare cuenta con un total de población de 56.132 habitantes, según proyección estadística DANE para el año 2007, de los cuales 28.485* corresponde a población con Necesidades Básicas Insatisfechas –NBI (38,04% y 76,10% de las poblaciones urbana y rural respectivamente) siendo 14.224 habitantes urbanos y 14.262 habitantes rurales los que tienen NBI. La población en bases de datos SISBEN ascienden a 61.924 (110% de la población)⁵

3.1.6.2. Régimen Contributivo

Según las proyecciones realizadas por el DANE para el 2007, la población potencial cotizante al régimen contributivo es de 9.672 personas, pero como se observa, sólo 7.152 (12,74% de la población) se encuentra afiliada al Régimen Contributivo, esto debido principalmente a los altos índices de evasión generado, entre otras razones, por la falta de oferta de EPS en el Municipio. Los afiliados al régimen Contributivo son básicamente empleados públicos y trabajadores independientes, principalmente profesionales vinculados con la administración. Para el 2.007 se registran en base de datos 7.152 personas entre cotizantes y beneficiarios (2.661 y 4.991 respectivamente) afiliadas al régimen contributivo (2.487 del régimen especial - Docentes, militares, policías). El régimen contributivo tiene mayor proporción en el área urbana, mientras que el régimen subsidiado se presenta con mayor proporción en el área.

⁵ El 42,69% de los 56.132 habitantes de San José del Guaviare en 2007 (23.963), es población con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), sin embargo es notorio el error de la información oficial DANE ya que reporta para el municipio este porcentaje de NBI, sin embargo por sumatoria de las personas con NBI por zona de procedencia de la misma fuente corresponderían a 28.485 (50,75%)

3.1.6.3. Régimen Subsidiado

A diciembre de 2007, la población afiliada al régimen subsidiado es de 38.332 personas.

Según los filtros de las bases de datos que reposan en la Secretaría de Salud Departamental, es considerable el número de personas que son afiliadas al régimen subsidiado como indígenas y que en realidad pertenecen a grupos étnicos diferentes, siendo comerciantes o agricultores en la mayoría de los casos. La gráfica 10 muestra como en los grupos de la tercera edad sobre todo, la afiliación de personas al Régimen subsidiado es mayor que el número de personas calculadas por proyección de la población DANE para San José del Guaviare, es así como hay un 40% mas de afiliados de 65 a 69 años que personas de esa edad en el municipio, lo cual corrobora lo indicado para las proyecciones DANE y se hace urgente revisar datos de afiliación, sisbenización y aplicación del Censo 2005-2006.

La afiliación por el área de residencia de la población muestra un porcentaje para el área urbana del 48.6% y para el área rural del 51.4%. La afiliación para el sexo femenino del área rural es mas frecuente (54%) con relación al hombre. Mientras que en el área urbana la frecuencia es del 50% aproximadamente para cada sexo.

3.1.7. Población Vinculada y Población "SISBEN"

La población beneficiaria de subsidios de salud mediante el régimen subsidiado es de 38.332 afiliados, lo que indicaría que el municipio a la fecha tendría un déficit con las coberturas del Régimen Subsidiado de 4.159 personas (21,7% de la población y que evidencia la contradicción con los datos DANE ya que según el índice de NBI ya estarían todos los habitantes con NBI cubiertos por régimen subsidiado) sin embargo en bases de datos la población SISBEN ascienden a 61.924 (110% de la población), de las cuales 48.524 y 10.354 son estratos I y II (potenciales afiliados al régimen subsidiado), lo que plantea mas dudas sobre la veracidad de datos DANE proyectados 2007 del censo 2005. Con esta población Sisben (más cercana a la realidad municipal), se calcula para 2008 un déficit de 23.592 (38,09%) personas en el Régimen





subsidiado, y que en la actualidad son atendidos como población vinculada.

3.2. Perfil Epidemiológico

3.2.1. Mortalidad General

La Tasa Bruta de Mortalidad es de 2.41 fallecidos por mil habitantes. La primera causa de mortalidad en el municipio en el año 2006 fueron, como en años anteriores, los homicidios, con una tasa de 57,54 casos por cien mil habitantes, seguida de las enfermedades isquémicas del corazón con 26,72 por cien mil. Al anterior esquema de mortalidad en que predomina la violencia junto con causas propias del desarrollo (isquemia coronaria) preocupantemente se suma las infecciones respiratorias agudas. Los análisis se realizan sobre las bases de mortalidad del DANE de 2006, preliminares publicados en la página Web de esta institución, siendo estas parciales, lo que imposibilita igualmente la comparación, es de anotar que la Secretaría de Salud departamental viene actualizando y digitando las bases.

El comportamiento de la mortalidad es desigual entre hombres y mujeres. En el año 2006 los hombres registraron un riesgo de morir 2.3 veces mayor que las mujeres con tasas de 433.6 y 186.7 por cien mil respectivamente. Esta diferencia es a causas de las agresiones (Homicidios) y los ahogamientos que afectan con mayor frecuencia a los hombres jóvenes.

3.2.1.1. Mortalidad infantil

El municipio de San José para el año 2006 presento 19 muertes, con una mortalidad infantil de 17.03 por cada mil nacidos vivos. Teniendo en cuenta que todas las muertes se encontraron en el grupo de enfermedades de muertes originadas en el periodo perinatal que reportan las muertes ocurridas entre las primeras 28 semanas de gestación y los primeros 7 días de vida, conocida como mortalidad perinatal, el cálculo para el año 2006 fue de 11,84 fallecidos posnatales por cada 1000 nacidos vivos.

3.2.1.2. Mortalidad Materna

Para 2006 el DANE calculó una TMM para Colombia de 104.9 por cien mil nacimientos

aunque algunas regiones presentaron cifras muy superiores al promedio. La Tasa Bruta de Mortalidad Femenina en San José del Guaviare fue de 266,14 muertes por 100.000 mujeres, correspondiendo el 3% de estas muertes a maternas.

La *Razón de Mortalidad Materna (RMM)* para San José del Guaviare en 2007 fue de 18,21 muertes por 1.000 RNV.

En revisión de historias clínicas de realizada por Gelves, Flores y Guzmán, entre los años en el Hospital San José del Guaviare, se encontraron 115 casos de paludismo en el embarazo de pacientes hospitalizados, encontrando como complicaciones principales: la anemia aguda y la amenaza de parto prematuro, con una mortalidad materna de 1.74% y fetal de 2.61%.

La tercera y cuarta causas de muertes maternas son la Hipertensión Inducida por el Embarazo y El Embarazo terminado en aborto por aborto séptico con 18,2% cada una. El promedio de edad de las maternas fallecidas es de 25,7 años, siendo la moda de 32 años, más alto el porcentaje en el grupo etáreo de 30 a 34 años (18,2%) y entre las edades de 20 a 29 años (30,4%).

3.2.2. Perfil De La Morbilidad

El perfil de la morbilidad se basa en el análisis de los registros individuales de prestación de servicios de salud (RIPS) de urgencias, consulta externa y hospitalización del año 2006, recolectados en la ESE Hospital San José del Guaviare (II Nivel) y en la ESE Red de Servicios de Salud del Primer Nivel de la Unidad Estratégica de Negocios San José del Guaviare. En menor proporción por las IPS particulares que prestan servicios de salud en consulta ambulatoria externa en la localidad, básicamente para afiliados al sistema contributivo y subsidiado del área urbana. La fidelidad de este perfil puede verse afectada, entre otras causas por subregistro de índices reales de cobertura, utilización de los servicios por parte de la comunidad, calidad del registro y tipos de demanda realizadas por la población del área de influencia.





3.1.1.1. Morbilidad General Por Consulta Externa

Tabla 5. Morbilidad General por Consulta Ambulatoria Externa. San José del Guaviare-2006

Nº	CAUSA	Hombre	Mujer	Total	Proporción
1	Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes	3.393	3.955	7.348	9,5%
2	Otras helmintiasis	2.664	2.806	5.470	7,1%
3	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	1.421	1.687	3.108	4,0%
4	Pesquisa prenatal y otra supervisión del embarazo	0	3.074	3.074	4,0%
5	Personas en contacto con los servicios de salud por otras razones	992	1.928	2.920	3,8%
6	Caries dental	1.223	1.515	2.738	3,5%
7	Fiebre de origen desconocido	1.291	1.386	2.677	3,5%
8	Otras enfermedades del sistema urinario	476	1.860	2.336	3,0%
9	Otras dorsopatías	1.005	1.144	2.149	2,8%
10	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	741	1.231	1.972	2,6%
11	Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	851	1.087	1.938	2,5%
12	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	917	946	1.863	2,4%
13	Otras enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos	0	1.621	1.621	2,1%
14	Hipertensión esencial (primaria)	575	1.023	1.598	2,1%
15	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	821	700	1.521	2,0%
16	Atención para la anticoncepción	24	1.327	1.351	1,7%
17	Gastritis y duodenitis	539	801	1.340	1,7%
18	Otras anemias	518	764	1.282	1,7%
19	Fracturas de otros huesos de los miembros	857	311	1.168	1,5%
20	Otras enfermedades del sistema respiratorio	544	538	1.082	1,4%
21	Resto de causas	12.020	16.689	28.709	37,2%
	Totales	30.872	46.393	77.265	100,0%

Fuente: RIPS Consulta ESE HSJG y ESE Red de Servicios de 1er Nivel. Procesados Oficina de Planeación. SSG

3.2.2.1. Morbilidad Por Consulta De Urgencias

Tabla 6. Morbilidad general por consulta de Urgencia. San José del Guaviare-2006

Nº	CAUSA	Hombre	Mujer	Total	Proporción
1	Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	1624	771	2395	12,7%
2	Otras complicaciones del embarazo y del parto	0	1406	1406	7,4%
3	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	467	490	957	5,1%
4	Otras enfermedades del sistema urinario	242	662	904	4,8%
5	Otra atención materna relacionada con el feto y con la cavidad amniótica, y con posibles problemas del parto	0	731	731	3,9%
6	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	285	353	638	3,4%
7	Fiebre de origen desconocido	287	320	607	3,2%
8	Otras fiebres virales transmitidas por artrópodos y fiebres hemorrágicas virales	293	286	579	3,1%
9	Otras enfermedades del sistema respiratorio	273	250	523	2,8%
10	Otras enfermedades virales	264	251	515	2,7%
11	Gastritis y duodenitis	159	322	481	2,5%
12	Fracturas de otros huesos de los miembros	336	118	454	2,4%
13	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	206	189	395	2,1%
14	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	242	153	395	2,1%
15	Complicaciones relacionadas principalmente con el puerperio y otras afecciones no clasificadas en otra parte obstétricas,	0	379	379	2,0%
16	Paludismo [malaria]	196	169	365	1,9%





Nº	CAUSA	Hombre	Mujer	Total	Proporción
17	Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	197	155	352	1,9%
18	Neumonía	183	167	350	1,8%
19	Asma	134	213	347	1,8%
20	Migraña y otros síndromes de cefalea	68	209	277	1,5%
21	Resto de causas	2601	3279	5880	31,1%
Totales		8057	10873	18930	100,0%

Fuente: RIPS Consulta ESE Hospital San José y ESE Red de Servicios de Primer nivel UEN San José 2006.

3.2.2.2. Morbilidad Por Egresos

Tabla 7. Morbilidad general por egreso hospitalario. San José del Guaviare-2006

Nº	CAUSA	Hombre	Mujer	Total	Proporción
1	Parto único espontáneo	0	1002	1002	16,1%
2	Otras complicaciones del embarazo y del parto	0	509	509	8,2%
3	Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	249	70	319	5,1%
4	Neumonía	167	132	299	4,8%
5	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	147	105	252	4,0%
6	Fracturas de otros huesos de los miembros	192	58	250	4,0%
7	Enfermedades del apéndice	115	108	223	3,6%
8	Otra atención materna relacionada con el feto y con la cavidad amniótica, y con posibles problemas del parto	0	218	218	3,5%
9	Otras enfermedades del sistema urinario	50	147	197	3,2%
10	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	98	94	192	3,1%
11	Otras fiebres virales transmitidas por artrópodos y fiebres hemorrágicas virales	67	75	142	2,3%
12	Complicaciones relacionadas principalmente con el puerperio y otras afecciones no clasificadas en otra parte obstétricas,	0	138	138	2,2%
13	Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	65	41	106	1,7%
14	Paludismo [malaria]	41	57	98	1,6%
15	Efectos tóxicos de sustancias de procedencia principalmente no medicinal	59	36	95	1,5%
16	Bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	57	30	87	1,4%
17	Colelitiasis y colecistitis	17	66	83	1,3%
18	Quemaduras y corrosiones	47	31	78	1,3%
19	Otras enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos	0	66	66	1,1%
20	Diabetes mellitus	32	33	65	1,0%
21	Resto de causas	861	954	1815	29,1%
Totales		2264	3970	6234	100,0%

Fuente: RIPS Consulta ESE HSJG y ESE Red de Servicios de 1er Nivel. Procesados Oficina de Planeación. SSG 2006.





3.2.2.3. Eventos De Notificación Obligatoria

La notificación es entendida como el procedimiento mediante el cual diferentes actores del sistema general de seguridad social en salud

comunican oficialmente la presencia o ausencia de los eventos definidos como de interés en salud pública y para los que se tiene establecida la obligatoriedad en su reporte.

Tabla 8. Incidencia de eventos de notificación obligatoria. San José del Guaviare. 2006-2007
(*PI=Proporción de Incidencia Casos / 100.000 Habitantes)

EVENTO	2005	PI*	2006	PI*	2007	PI*
Accidente Ofídico	9	16,39	54	96,70	25	44,54
Dengue Clásico	515	937,76	191	342,02	320	570,08
Dengue Hemorrágico	6	10,93	29	51,93	2	3,56
Exposición Rábica	4	7,28	4	7,16	50	89,08
Hepatitis A	9	16,39	100	179,07	11	19,60
Hepatitis B	12	21,85	24	42,98	28	49,88
Intoxicación Alimentaria	13	23,67	3	5,37	3	5,34
Leishmaniasis Mucosa	4	7,28	3	5,37	1	1,78
Leishmaniasis Cutánea	113	205,76	101	180,86	238	424,00
Lepra	2	3,64	1	1,79	1	1,78
Malaria Falciparum	744	1.354,75	787	1.409,28	708	1.261,31
Malaria Mixta	34	61,91	20	35,81	31	55,23
Malaria Vivax	1.080	1.966,4	951	1.702,9	1.210	2.155,6
Tuberculosis Pulmonar	20	36,42	34	60,88	33	58,79
Varicela Brote	8	14,57	30	53,72	2	3,56
VIH-SIDA	12	21,85	15	26,86	26	46,32

Fuente: Bases de datos SIVIGILA. Fuente: Sivigila Secretaría Municipal de Salud

Tabla 9. Eventos de notificación obligatoria por género. San José. 2007

EVENTOS	GÉNERO		TOTAL
	MASCULINO	FEMENINO	
Accidente ofídico	19	6	25
Chagas	25	9	34
Dengue Clásico	180	140	320
Dengue Hemorrágico	2	0	2
Exposición Rábica	25	25	50
Fiebre Amarilla	1	0	1
Hepatitis A	8	3	11
Hepatitis B	13	15	28
Intoxicación por alimentos o agua	1	2	3
Intoxicación por Fármacos		1	1
Intoxicación por otras sustancias químicas	3	2	5
Intoxicación por Plaguicidas		4	4
Leishmaniasis Cutánea	217	21	238
Leishmaniasis Mucosa	1	0	1
Lepra	1	0	1
Leptospirosis	46	29	75
Lesiones por pólvora	0	1	1
Malaria Asociada (Formas Mixtas)	23	8	31
Malaria Falciparum	449	259	708
Malaria Vivax	605	605	1.210
Mortalidad Materna		1	1
Mortalidad Perinatal	6	11	17
Mortalidad por IRA 0-4 Años	2	2	4
Parotiditis	1	0	1





Rabia Humana	0	0	0
Rubéola		1	1
Sífilis congénita	0	1	1
Sífilis Gestacional		10	10
Tuberculosis extrapulmonar	2	0	2
Tuberculosis Pulmonar	21	12	33
VIH/SIDA	15	11	26

Fuente: Bases de datos SIVIGILA. Secretaría Municipal de Salud

IV. CORRELACIÓN DE LA MORBILIDAD SENTIDA, SATISFECHA Y LAS CONDICIONES MEDIO—AMBIENTALES.

La morbilidad por consulta externa está estrechamente relacionada con el entorno, la salubridad y el grado de nutrición de la población. Es así como las Infección Respiratoria Aguda (IRA), Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), enfermedades de la piel y otras helmintiasis que afectan en alto grado a todos los grupos de edad, son un reflejo de la carencia de servicios públicos adecuados y de las malas condiciones nutricionales de la población.

Para el municipio de San José del Guaviare en el área urbana es muy alta la proporción de viviendas en que se almacena agua en depósitos sin tapa, al igual que la no limpieza del tanque del agua y la presencia de inservibles en los patios. También, se evidencia que en el 58% de las viviendas no se realiza control de insectos. Todos estos condicionantes favorecen la proliferación de vectores y minimiza o casi anula las acciones realizadas, para el control de las ETV, por los funcionarios del Programa Control de Vectores. La situación presentada en la zona rural del municipio demuestra que es aun mas precaria favoreciendo los criaderos ideales para los vectores

involucrados en las ETV. Además, se determinó que un porcentaje importante de los habitantes no toman medidas de prevención para evitar el contacto con los vectores, como es el uso de toldillos y el uso de insecticidas.

En síntesis, los datos arrojados indican que los factores de riesgo para la proliferación de mosquitos y otros vectores de interés en Salud Pública están dados, tanto en la zona urbana como en la rural. A esto se le suma, el hecho que los habitantes no se han introyectado que la herramienta o mecanismo más eficaz y eficiente para el control de vectores es la eliminación de criaderos naturales y artificiales, dentro de las viviendas y en zonas periféricas de su entorno.

Según lo anterior, puede deducirse que la estrategia a seguir es el fortalecimiento de la educación y participación comunitaria en salud para el control de las ETV, mediante acciones de control físico y reordenamiento del medio, de tal forma que las intervenciones que se realicen tengan resultados óptimos.

V. RED FÍSICA INSTALADA, TALENTO HUMANO Y PRODUCCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

5.1. Disponibilidad De Prestadores De Servicios De Salud En San José Del Guaviare

5.1.1. Entidades Administradoras de Planes de Beneficios

Régimen Subsidiado. En el municipio de San José del Guaviare se encuentran operando dos EPS Subsidiados: Ecoopsos y Caprecom EPS a través de la modalidad de subsidios plenos.

Régimen Contributivo. Se encuentran operando tres EPS: ISS, Saludcoop y Salud Total S.A.





5.1.2. Instituciones prestadoras de servicios de salud.

registro especial en San José del Guaviare son los siguientes:

De acuerdo con los registros del sistema único de Habilitación, los prestadores inscritos en el

Tabla 10. Disponibilidad General De IPS Públicas Y Privadas – 2007

Naturaleza Jurídica	Tipo	Nº	Total	Porcentaje
Publicas	Hospitales	1	36	80%
	Centros De Salud	0		
	Puestos De Salud	17		
	Micro Puestos	18		
Privadas	Sin Animo De Lucro	1	9	20%
	Con Animo De Lucro	8		
Total		45		100%

Fuente: Registro Especial De Prestadores De Servicios De Salud, Dic 2007, MPS

La prestación del servicio de salud se garantiza a través de instituciones públicas y privadas

Tabla 11. IPS Públicas Disponibles En San José del Guaviare. 2007.

IPS	Nº	Ubicación
Hospitales	1	Casco Urbano,
Centros De Salud	0	
Puestos De Salud	17	Cachicamo, Puerto Nuevo, La Carpa, La Granja, Divino Niño, El Capricho, Triunfo II, Guacamayas, Puerto Ospina, El Boquerón, Sabanas de la Fuga, Mocuare, Arawato, Tomachipán
Micropuestos De Salud	18	El Tigre, El Raudal, Puerto Arturo, Rosales, Caño Lajas, Picalojo, El Turpial, Nuevo Tolima, Caracol, Las Acacias, Florida II, Caño Blanco III, San Francisco, Corocoro, Santa Rosa, Monserrate, Cerro Azul, El Charcón, R.I El Refugio, Puerto Colombia, R.I Barrancón (guayabero), R.I Barrancón (Nukak), Cámbulos, El Edén, Puerto Nare, Caño Cumare, Pipiral, R.I Siare, Caño Makú, R.I La Fuga, Santa Rosa (Trocha Oriental), R.I Santa Rosa, Mirolindo, Las Brisas, R.I Morichal, R.I Santa Cruz, R.I Cerro Cocuy.

Fuente: registro especial de prestadores. Dic 2007. Secretaría Departamental de Salud.

(R.I. = Reserva Indígena). NOTA: Los Micropuestos aparecen como 37, pero realmente hay 18 y los otros registrados son ubicaciones de los PRS.

5.1.2.1. Camas Ofertadas por la Red Pública

En el área urbana solo la ESE HSJG oferta camas, y al no existir instituciones de baja complejidad con servicio de internación, esta

institución hospitaliza tanto pacientes de baja como de mediana complejidad. La ESE de 1er Nivel oferta camas en puestos de salud con hospitalización en el área rural que cuenta con Médico.

Tabla 12. Camas Ofertadas Por La Red Pública- 2007

IPS	Camas			
	Adultos	Obstetricia	Pediátrica	Total
Empresa Social Del Estado Hospital San José	47	10	24	81
Ese Red De Servicios De Salud De 1er Nivel	9		3	12
Total	56	10	27	93

Fuente: Registro especial de prestadores de servicios de salud – Dic 2007 –

5.1.3. Telemedicina.

Desde mayo de 2006 se ha implementando el servicio de Telemedicina con el Hospital San José del Guaviare y la facultad de Medicina de la





Universidad Nacional de Colombia, apoyado por las diversas especialidades que esta ofrece y orientado por el departamento de Telemedicina de dicha universidad. Este servicio ofrece por vía satelital consultas de Dermatología, Imagenología, Infectología, Patología, Cardiología, Urología, Subespecialidades de Medicina Interna, y asesoría para pacientes de Cuidado Intermedio, servicio este último proyectado iniciar en junio de 2008. Este servicio ha redundado notablemente

en la disminución de costos de remisión tanto a los entes territoriales como a las aseguradoras y disminución de costos sociales y económicos para los pacientes. Sin embargo su costo-beneficio aun no ha sido evaluado, al no tener el HSJG control de costos y Gastos en el Servicio ofertado. Es coordinado por un enfermero profesional y las inter consultas las realizan directamente los Médicos tratantes.

VI. PLAN INDICATIVO EN SALUD

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

De conformidad con el Plan Estratégico diseñado⁶, analizado y detallado el perfil epidemiológico del municipio y después de haber adelantado tres ejercicios comunitarios⁷ con el objeto de unificar las prioridades en salud de la comunidad Sanjosesana, la administración municipal, mediante el Plan Territorial de Salud, ha elaborado una bitácora de trabajo en salud para el siguiente cuatrenio, consignado en el siguiente Plan Indicativo en Salud, plan que para efectos de facilitar su estudio y consecuente aprobación por parte del Honorable Consejo Municipal, se detalla en el Anexo 1 del presente documento.

El Plan Indicativo en Salud de San José del Guaviare sigue y se soporta, tanto en las políticas, como en la metodología y prioridades en salud que el Gobierno Nacional ha fijado, especialmente mediante el Decreto 3039 del 2007 y la Resolución 425 del 2008 del Ministerio de la Protección Social.

6.1. Identificación de Necesidades.

El Plan Indicativo en Salud es, como se hace referencia, la ruta en salud del municipio, atendiendo las necesidades sentidas de la comunidad y que para tal efecto estas fueron identificadas mediante dos enfoques primordiales, enfoque por indicadores de salud y enfoque orientado a la búsqueda de consenso⁸.

6.1.1. Enfoque por Indicadores de Salud

Dado que las necesidades de atención se basan en el estado de salud de la población, los indicadores de salud también se pueden utilizar en la determinación de las necesidades. Dichos indicadores de salud, resultan del análisis de los datos de morbilidad, mortalidad y más recientemente de la discapacidad. Entre las fuentes de esta información están, los registros hospitalarios de atención y de egresos, notificación de enfermedades, estadísticas de atención por grupo de edad, atención materna, neonatal e infantil, y los registros de atención a la población vulnerable.

Dentro de estos indicadores también están los sociales y que son igualmente importantes, dado que se correlacionan con la atención en salud, los cuales son: estadísticas por edad, sexo, educación, antecedentes étnicos, vivienda, trabajo y consumo de alimentos.

⁶ Ver Capítulo I del presente documento

⁷ Con comunidad, EPS, IPS (Ver anexo concertaciones)

⁸ G. E. Alan Dever "Epidemiología y Administración de Servicios de Salud" pag 62





6.1.1.1. Enfoque Orientado a la Búsqueda de Consenso

Este enfoque se centra en los medios a través de los cuales se pueden evaluar las opiniones de los profesionales y no profesionales de la necesidad de atención en salud en discusiones participativas de grupo. En las reuniones con la comunidad se genera la expresión abierta de la comunidad sobre sus necesidades de atención en salud.

Así entonces, el *Plan Indicativo en Salud* es resultado de la aplicación de esta metodología de enfoques, pues por un lado se tuvo en cuenta todos y cada uno de los indicadores disponibles y, por otro lado, se adelantaron reuniones con representantes de la comunidad Aseguradoras, equipo de salud de la alcaldía y demás actores del municipio.

Como en la parte introductoria del presente documento, se debe resaltar la necesidad y el clamor popular de la comunidad referente a las precarias condiciones del Hospital San José del Guaviare, que no le permite atender las necesidades de la comunidad de San José con calidad y oportunidad; además es común en todas las mesas de trabajo la siguiente problemática, toda ella asociada a la prestación y desarrollo de los servicios de salud en el municipio: Deficiencia en la prestación del servicio, mala información, pésima atención y orientación a usuarios por parte del hospital y puesto de salud de la Granja, falta de responsabilidad de los funcionarios que atienden la comunidad, falta de interés de la comunidad para participar al desarrollo de esos programas, pérdida de confianza de la comunidad hacia las instituciones gubernamentales, ausencia de medicamentos (solo formulan acetaminofén e ibuprofeno), las citas medicas y de especialistas son muy distantes, remisiones demoradas en asignar citas, no se cuenta con una infraestructura adecuada para el acceso de población discapacitada y adulto mayor y la no prestación del servicio oportuno

6.2. Ejes Programáticos

El Plan Indicativo en Salud se estructura sobre 6 grandes ejes, así:

1. Aseguramiento.
2. Prestación y Desarrollo De Servicios De Salud
3. Salud Pública.
4. Promoción Social
5. Prevención, Vigilancia y Control de Riesgos Profesionales.
6. Emergencias y desastres.

Cada uno de los cuales con sus objetivos, metas y subprogramas como estrategias diseñadas para el logro de los objetivos.

6.2.1. Eje de Aseguramiento.

Se entiende el aseguramiento como, un conjunto de acciones que buscan garantizar de manera equitativa el acceso a los servicios de salud en los diferentes regímenes de protección en salud.

➤ Objetivo

Garantizar el aseguramiento de la población del municipio de San José del Guaviare al Sistema General de Seguridad Social en Salud, procurando el acceso equitativo a los subsidios de salud y controlando la evasión y elusión de aportes al sistema.





Metas Resultado Cuatrienio	Indicador resultado	Valor Actual	Valor esperado al 4º año	Áreas Subprogramáticas	Meta de producto Cuantitativa	Indicador Producto	Valor esperado
Garantizar el aseguramiento del 80% de la población del municipio de San José del Guaviare al SGSSS, procurando el acceso equitativo a los subsidios de salud y controlando la evasión y elusión de aportes al sistema.	Cobertura de aseguramiento	<ul style="list-style-type: none"> • Régimen Contributivo 12,74% • Régimen Subsidiado 62,% 	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento de la cobertura de aseguramiento al 80% (aumentar en 18.000 hab. asegurados) en Régimen Subsidiado • Incremento de cotizantes al RC en 2% de población total 	Promoción de la afiliación al SGSSS	Desarrollo de una estrategia de promoción de afiliación en cupos nuevos y liberados	Estrategia de Promoción	Estrategia de Promoción implementada
				Identificación y priorización de la población a afiliar	Identificar y priorizar los potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado	porcentaje de afiliados del RS que cumplen con los criterios de identificación y priorización	100% de afiliados al RS que cumplen con los criterios de identificación y aprobación
				Gestión y utilización eficiente de los cupos del RS	Identificación y verificación de la afiliación efectiva al RS	Depuración de los registros del RS	100% de los registros depurados
				Adecuación tecnológica y recurso humano para la administración de la afiliación en el municipio.	Elaborar un diagnóstico de necesidades tecnológicas, técnicas y humanas, para garantizar la eficiencia en la gestión de aseguramiento del municipio	Diagnóstico de necesidades	Un documento
				Celebración de contratos de aseguramiento	Elaborar un plan de mejoramiento de la oficina de aseguramiento del municipio	Plan de funcionamiento	Oficina dotada y en funcionamiento
				Administración de base de datos de afiliados	Revisar y validar la contratación Municipal en los términos establecidos por la ley	Nº de contratos validados	100% de contratos validados
					Base de datos depurada en un 100%	Base depurada	100%





Metas Resultado Cuatrienio	Indicador resultado	Valor Actual	Valor esperado al 4º año	Áreas Subprogramáticas	Meta de producto Cuantitativa	Indicador Producto	Valor esperado
				Gestión financiera del giro de los recursos	Oportunidad en el pago del 100% de las de las obligaciones contractuales del régimen subsidiado	Oportunidad entre el giro de los recursos y el tiempo pactado.	100% de recursos girados para funcionamiento de RS
				Interventoría de los contratos del Régimen Subsidiado.	Convocatoria y selección de una firma de Interventoría	Cobertura de interventoría en contratos del RS	100% de los contratos del RS con seguimiento e de Interventoría
				Vigilancia y control del aseguramiento	Vigilar y controlar en un 100% el aseguramiento en el municipio procurando el acceso equitativo a los subsidios de salud y controlando la evasión y elusión de aportes al sistema	Cobertura de seguimiento a las acciones de aseguramiento del municipio de San José del Guaviare.	100% de acciones de aseguramiento vigiladas





6.2.2. Eje Programático De Prestación Y Desarrollo De Los Servicios De Salud

➤ Objetivo

Contribuir en la articulación de acciones desde el nivel local con los niveles departamental y nacional frente a la prestación y desarrollo de los servicios de salud en el municipio de San José del Guaviare.

Metas Resultado Cuatrienio	Indicador resultado	Valor Actual	Valor esperado al 4º año	Áreas Subprogramáticas	Meta de producto Cuantitativa	Indicador Producto Cuatrienio	Valor esperado al 4º año
Mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud.	Porcentaje de EPSs que operan en el municipio que garantizan calidad en atención en los servicios de salud de la población asegurada	0	75% de EPSs que operan en el municipio garantizan calidad en atención en los servicios de salud	Mejoramiento de la accesibilidad a los servicios salud	Concertar con las EPS del régimen subsidiado, en el contrato de aseguramiento estrategias que garanticen la accesibilidad de los usuarios a la prestación de los servicios de salud especialmente del área rural.	% de concertaciones por EPS y por Contrato	100%
				Mejoramiento de la calidad en la atención en salud.	Adelantar gestión con el departamento para capacitación en el tema de calidad con los funcionarios responsables de la prestación de los servicios de salud y líderes comunitarios.	Cobertura de Instituciones con personal capacitado	100%
				Mejoramiento de la eficiencia en la prestación de los servicios de salud y sostenibilidad financiera de la IPS públicas	No competencia del municipio		

6.2.3. Eje de Salud Pública

Conjunto de intervenciones, procedimientos y actividades a cargo del Estado, dirigidas a promover la salud y calidad de vida, la prevención y control de los riesgos y daños en salud para alcanzar las metas prioritarias en salud definidas en el Plan Nacional de Salud Pública.

➤ Objetivo

Fortalecimiento de las acciones colectivas para el mejoramiento de las condiciones en salud de la comunidad desarrollando las competencias que por Ley tiene definido el municipio





Metas Resultado Cuatrienio	Indicador resultado	Valor Actual	Valor esperado al 4° año	Áreas Sub programáticas	Meta de producto Cuantitativa	Indicador Producto Cuatrienio	Valor esperado al 4° año
Mantener por debajo de 4 por 10,000 la prevalencia de infección por VIH en población de 15 a 49 años	Prevalencia de VIH en población de 15 a 49 años	5,57 por 10,000	Menor de 4 por 10,000	Promoción de la salud y calidad de vida	Estrategia IEC para promoción del uso del preservativo en el municipio	Estrategia Implementada anualmente	100%
					Estrategias de IEC por medios masivos y alternativos para la promoción de los servicios de asesoría pre y pos prueba voluntaria para VIH en población general y gestantes	Estrategia Implementada anualmente	100%
Reducir por debajo de 145 por cien mil nacidos vivos la Razón de mortalidad materna	Razón de mortalidad materna	182,14 por 100.000 NV	Menor de 114 por 100.000 NV		Capacitación en la norma técnica y guía de atención integral de mortalidad evitable	Cobertura IPS capacitadas	100%
Lograr reducir y mantener por debajo de 3,8 hijos por mujer, la fecundidad global en mujeres entre 15 a 49 años	Tasa de fecundidad global	3,8 hijos por mujer en edad de 15 a 49 años	Menor de 3,8 hijos por mujer en edad de 15 a 49 años		Capacitación en la norma técnica y guía de atención integral de planificación familiar	No. de funcionarios capacitados	100%
					Implementación de la norma técnica y guía de atención integral de planificación familiar	Norma técnica y guía de atención implementada	100%
Reducir en 50% la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino	Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino	20,16 por 100.000 mujeres	Menor de 10,8 por 100.000 mujeres		Vigilar la Implementación de la norma técnica y guía de atención integral de Ca. De cérvix y mama en las IPS	Cobertura de IPS que Implementan la norma Técnica	100%
Implementación de una estrategia IEC y movilización social para promover el ejercicio responsable de la sexualidad y los derechos y deberes en salud sexual y reproductiva	Estrategia implementada	Levantar línea de base	Estrategia implementada y funcionando		Implementación de una estrategia IEC para promover el ejercicio responsable de la sexualidad y los derechos y deberes en salud sexual y reproductiva	Estrategia construida e implementada	100%
Implementación de una estrategia IEC y movilización social para la promoción del buen trato y la prevención integral en salud a víctimas de la violencia y abuso sexual	Estrategia implementada	Levantar línea de base	Estrategia implementada y funcionando		Implementación de una estrategia IEC, para la promoción del buen trato y la prevención integral en salud a víctimas de la violencia y abuso sexual	Estrategia construida e implementada	100%





Metas Resultado Cuatrienio	Indicador resultado	Valor Actual	Valor esperado al 4° año	Áreas Sub programáticas	Meta de producto Cuantitativa	Indicador Producto Cuatrienio	Valor esperado al 4° año
Reducir la tasa de mortalidad en niños de cero (0) a 5 años	Tasa mortalidad en menores de cinco años	Tasa de Mortalidad en menores de 5 años 20,95 por 1,000 NV	18,85		<p>Elaboración de Diagnóstico de salud de la infancia en el Municipio.</p> <p>Formulación y construcción el Plan local de salud infantil en el municipio.</p> <p>Diseñar e implementar una estrategia de comunicación y movilización por la primera infancia con enfoque etnocultural.</p> <p>Diseñar e implementar una estrategia de comunicación y movilización para que las gestantes asistan al CPN desde el primer trimestre de la gestación.</p> <p>Diseñar e implementar una estrategia de comunicación y movilización para el programa ampliado de inmunizaciones.</p> <p>Formular e implementar el Plan municipal de Seguridad Alimentaria y Nutricional, acorde a los planes nacional y departamental.</p> <p>Desarrollar estrategia de IEC y movilización social para promoción de estilos de vida saludable, patrones alimentarios adecuados, fomento y protección de la lactancia materna</p> <p>Reactivación del comité de coordinación y articulación local intersectorial de acciones en salud infantil (Comité de la Infancia).</p> <p>Implementación de la estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia - IAMI en IPS del Municipio (Linea base 0%)</p>	<p>Dx de Salud de la infancia actualizado bianualmente</p> <p>Plan municipal de infancia formulado</p> <p>Diseño e Implementación de una estrategia de comunicación y movilización de primera infancia.</p> <p>Estrategia implementada</p> <p>Implementación de la estrategia .</p> <p>Plan elaborado e implementado</p> <p>Implementación de la estrategia.</p> <p>Comité intersectorial de salud infantil operando.</p> <p>Porcentaje de instituciones públicas con IAMI implementada</p>	<p>Diagnóstico actualizado</p> <p>Plan Implementado</p> <p>Estrategia funcionando</p> <p>Estrategia funcionando</p> <p>Estrategia funcionando</p> <p>Plan Implementado</p> <p>Estrategia funcionando</p> <p>Comité implementado y operando</p> <p>70% de las instituciones públicas con IAMI implementada</p>





Metas Resultado Cuatrienio	Indicador resultado	Valor Actual	Valor esperado al 4° año	Áreas Sub programáticas	Meta de producto Cuantitativa	Indicador Producto Cuatrienio	Valor esperado al 4° año
Mantener por debajo de 4 por 10,000 la prevalencia de infección por VIH en población de 15 a 49 años	Prevalencia de VIH en población de 15 a 49	5,57 por 10,000	Menor de 4 por 10,000	Prevención de los riesgos y recuperación de los daños	Implementación de la estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI Clínico y Neonatal en IPS del Municipio (línea base 12,5%)	% de IPS públicas con AIEPI Clínico y Neonatal implementada	70% de las instituciones públicas con AIEPI Clínico y Neonatal implementada
					Implementación del modelo de gestión programática de VIH y la guía para el manejo sin barreras y con calidad de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA en las IPS del Municipio	Modelo implementado	100%
					Desarrollo e implementación del plan de respuesta intersectorial en VIH/SIDA	Plan implementado	100%
					Auditoría al suministro de tratamiento ARV a mujeres embarazadas y fórmula láctea a los recién nacidos para reducción de la transmisión del VIH perinatal del VIH a cargo de las EPS y mujeres no afiliadas.	Cobertura de EPS que cumplen	100%
Lograr cobertura universal de terapia antirretroviral para VIH positivos.	% de cobertura con ARV para VIH	70% de cobertura con ARV	Cobertura con ARV mayor o igual a 100%		Vigilar que al menos 80% de los pacientes positivos para VIH/SIDA tengan tratamiento antirretroviral	% de pacientes con tratamiento ARV	80%
Reducir por debajo de 145 por cien mil nacidos vivos la Razón de mortalidad materna	Razón de mortalidad materna	182,14 por 100.000 NV	Menor de 114 por 100.000 NV		Reactivar Comité de mortalidad materna funcional	1 comité constituido y funcionando	100%
Reducir en 50% la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino	Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino	20,16 por 100.000 mujeres	Menor de 10,8 por 100.000 mujeres		Implementación del Plan de reducción de la mortalidad materna	Plan Implementado	100%
Mantener por debajo de 0.5 x 1.000 RNV la proporción de incidencia de infección por sífilis congénita	Proporción de incidencia de sífilis congénita	0.65 x 1.000 RNV	Menos de 0.5 por 1.000 RNV		Implementar estrategia IEC para canalizar hacia el servicio de tamizaje de la CCV	Estrategia implementada	100%
					Seguimiento de IPS en implementación de norma técnica y guía de atención integral de la sífilis gestacional y congénita	Cobertura IPS que siguen y cumplen norma técnica	100%





Metas Resultado Cuatrienio	Indicador resultado	Valor Actual	Valor esperado al 4° año	Áreas Sub programáticas	Meta de producto Cuantitativa	Indicador Producto Cuatrienio	Valor esperado al 4° año
Implementación del modelo de servicios amigables para atención en SSR para adolescentes	Servicio amigable implementado	0	servicio amigable constituido y funcionando		Implementación del modelo de servicios amigables para atención en SSR para adolescentes	1 servicio amigable constituido y funcionando	100%
					Implementación de la estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI comunitario (Incluyen UROCs y UAIRACs)	Estrategia implementada	Estrategia implementada y operando
					Estrategia de Promoción de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses	Proporción de meses de lactancia exclusiva en niños hasta los seis meses	80% de niños con lactancia exclusiva hasta los seis meses
					Implementar Protocolos de complementación en menores de tres años	Cobertura de complementación en menores de tres años niveles I y II Sisben	100% de menores en el programa
					Desparasitación y suplementación con micronutrientes a menores de cinco años	Cobertura de Desparasitación y suplementación con micronutrientes a menores de cinco años	100% de menores en el programa
					Implementar acciones de fomento, protección y apoyo a la lactancia materna	Cobertura de gestantes beneficiarias en el programa	100% de gestantes incluidas en el programa
					Promover en los espacios laborales, educativos y comunitarios estrategias de recuperación y preparación de alimentos sanos tradicionales en la dieta cotidiana	No de beneficiarias en el programa	Estrategia implementada y operando
					Implementación de la estrategia "vacunación sin barreras"	Estrategia implementada	Estrategia implementada y operando
					Lograr cobertura de vacunación del 95 % en menores de 1 año.	Porcentaje < de 1 año con todos los biológicos	95% de cobertura
Reducir la tasa de mortalidad en niños de cero (0) a 5 años	Tasa mortalidad en menores de cinco años	Tasa de Mortalidad en menores de 5 años 20,95 por 1,000 NV	18,85				
Cobertura de vacunación de todos los biológicos en menores de 1 año	Cobertura de vacunación menores de un año	0,896	0,95				





Metas Resultado Cuatrienio	Indicador resultado	Valor Actual	Valor esperado al 4° año	Áreas Sub programáticas	Meta de producto Cuantitativa	Indicador Producto Cuatrienio	Valor esperado al 4° año
Actualizar Diagnóstico de Salud mental e Implementar un modelo de atención primaria en salud mental en el municipio Reactivar la Red del Buen trato (sobre violencia intrafamiliar, promoción del diálogo y la tolerancia)	Prevalencia de enfermedades de Salud mental del municipio	Por Levantar	Disminuir un 5% la prevalencia encontrada el primer año	Vigilancia en salud y gestión del conocimiento	Diagnóstico actualizado y Modelo implementado	modelo implementado y funcionando	Un modelo implementado y funcionando
	Cobertura de embarazo en adolescentes y violencia contra las mujeres	Por Levantar	Disminuir un 5% la prevalencia encontrada el primer año		Red del buen trato funcionando	Red del buen trato activa	Red activa y funcional
	Cobertura de violencia intrafamiliar	20%	17%		Fortalecimiento de la oferta institucional y/o servicios municipales para denuncias, atención, ayuda o información a víctimas de violencia intrafamiliar y maltrato infantil	Modelo implementado y funcional	Un modelo implementado y funcionando
	Sistema de Vigilancia en Salud	Funcionamiento del sistema en un 60%	100%		Implementación del Sistema de Vigilancia en salud infantil	Porcentaje de funcionamiento del Sistema	100%
Implementar el modelo de servicios amigables para atención en SSR de adolescentes y Salud Mental (Violencia intrafamiliar, doméstica y contra la mujer)	Sistema de Vigilancia en Salud	Funcionamiento del sistema en un 60%	100%	Gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del plan	Implementación del Sistema de Vigilancia en Riesgos y determinantes en salud Sexual y reproductiva	Porcentaje de funcionamiento del Sistema	100%
					Implementación del Sistema de Salud mental	Porcentaje de funcionamiento del Sistema	80%
					Elaboración del perfil epidemiológico	Un documento por año	4 documentos
					Implementación del Sistema de Vigilancia del estado nutricional de la población	Porcentaje de funcionamiento del Sistema	100%
Desarrollo de las acciones del plan de salud pública.	Porcentaje de acciones adelantadas (Realizadas Vs. Programadas)	no existe	100%	Gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del plan	Notificación e investigación de eventos objeto del SIVIGILA	Porcentaje de notificación	100% de eventos notificados e investigados
					Estrategia implementada de participación comunitaria en la formulación, vigilancia y seguimiento de las acciones del plan territorial de salud pública.	Estrategia Implementada	100% Estrategia Implementada
					Actores sociales, institucionales y comunitarios	Cobertura de actores, instituciones y	100% socializados





Metas Resultado Cuatrienio	Indicador resultado	Valor Actual	Valor esperado al 4° año	Áreas Sub programáticas	Meta de producto Cuantitativa	Indicador Producto Cuatrienio	Valor esperado al 4° año
					socializados en el plan de salud municipal	comunitarios que conocen el Plan	
					Adquisición de herramienta (Software) evaluadora de las acciones de SP	Herramienta evaluadora	Software actualizado
					Evaluación a las acciones de P y P del POS'C y POS'S a las EPS'C y S	Evaluación de acciones de P y P	100% de EPS evaluadas

➤ Metas

Tabla 13. Prioridades Y Metas De Salud En El Plan De Salud Territorial. San José del Guaviare. 2008 -2011

Objetivos Específicos	Indicador	Tasa (Indicador) Base	Tasa (Indicador) META
	Tasa de mortalidad < 1 año x 1.000 N.V.	11,84	10,66
Objetivo 1. Mejorar la salud infantil	Tasa mortalidad en menores 5 años por 1000 NV	20,95	18,85
	Cobertura de vacunación de todos los biológicos en menores de 1 año	89,60	95,00
	Razón de mortalidad materna x cien mil N.V	182,14	145,00
Objetivo 2. Salud sexual y salud reproductiva	Tasa de fecundidad global en mujeres de 15 a 49 años	3,78	2,40
	Tasa de mortalidad cáncer de cuello uterino x cien mil	20,16	10,08
	Cobertura universal terapia VIH	70,00	100,00
Objetivo 3. Mejorar la salud oral	Porcentaje de cumplimiento del POS en el control de placa calcificada y blanda en población mayor de 12 años	Indicador por establecer	Lograr y mantener el porcentaje de cumplimiento de metas igual o superior al 50%
	Porcentaje de cumplimiento del POS en el control de placa bacteriana en población mayor de 2 años	Indicador por establecer	Lograr y mantener el porcentaje de cumplimiento de metas igual o superior al 50%
Objetivo 4. Mejorar la Salud mental	Plan municipal de salud mental implementado y operando	Se cuenta con Plan Municipal de Salud Mental	Implementar Plan Salud Mental Municipal y Lograr que se tenga en funcionamiento la red comunitaria de prevención en salud mental y del uso y abuso de sustancia psicoactivas
	Conformar Red Comunitaria en salud mental prevención de trastornos mentales y del consumo de sustancias psicoactivas	Se cuenta con Plan Municipal de Salud Mental y Red de Buen Trato	Conformar la red comunitaria en salud mental y prevención de trastornos mentales y del consumo de sustancias psicoactivas.
Objetivo 5. Enfermedades transmisibles y zoonosis	Porcentaje de detección de casos de TB pulmonar	62,00	76,20
	Porcentaje de curación TB pulmonar baciloscopia positiva	54,30	68,36
	Municipio que cumple la meta de eliminación de lepra	Implementar Estrategias Nacionales de Eliminación de	Implementar el 100% de Estrategias Nacionales de Eliminación de lepra





		lepra	
	Cobertura de vacunación antirrábica canina	88,68	100,00
	Porcentaje de criaderos controlados en municipios de alto riesgo de transmisión de vectores	Complementar al Departamento	Lograr y mantener un porcentaje superior o igual al 50% (Competencia Departamental)
	Número de casos de rabia humana transmitida por perros	0,00	Tolerancia cero (Competencia Departamental)
	Número de casos de mortalidad por malaria	3,56	2,54
	Número de casos de mortalidad por dengue	1,78	0,00
	Nº de proyectos de promoción de la actividad física en ámbitos cotidianos implementado en el municipio por año	Por establecer	Proyectos de promoción de la actividad física en ámbitos cotidianos implementado y desarrollado. Aumentar por encima de 26% la actividad física global en adolescentes y 42,6% en adultos entre 18 y 64%
Objetivo 6. Enfermedades no transmisibles y discapacidades visuales, motoras, auditivas y cognitivas	Porcentaje anual de Instituciones que desarrollan la "Estrategia Institución Libre de Humo"	30,00	100% de instituciones que siguen la Estrategia de Instituciones Libres de Humo
	Cobertura de tamizaje TSH neonatal	77,78	90,00
	Cobertura de tamizaje visual en adultos mayores de 50 años no afiliados el SGSSS	menor a 40 %	Superior a 40%
	Porcentaje desnutrición global en niños menores 5 años	5.5%	Reducir en un 30% la DNT global en niños menores de 5 años
Objetivo 7. Mejorar la situación en nutrición	Reducir la tasa de mortalidad por desnutrición crónica en menores de 5 años	26,67	13,30
	Porcentaje de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el municipio con estrategia AIEPI y IAMI funcionando	12,50	70,00
Objetivo 8. Mejorar la seguridad sanitaria y ambiental	Implementación y desarrollo de la Estrategia de Entornos Saludables en el municipio (Coordinación con Aseguradoras e IPS, sector educativo, cultura, deporte y otros)	0,00	30,00
	Cobertura de vigilancia calidad de agua municipios 4,5 y 6	Vigilancia de calidad de agua con poca cobertura y concentración. Competencia de Lab Departamental de Salud Pública	Lograr y mantener cobertura de vigilancia de la calidad de agua en acueductos y fuentes de agua del municipio complementando la competencia del departamento (Municipio categoría 5)
Objetivo 9. Mejorar la seguridad en el trabajo	Tasa de mortalidad por enfermedad profesional	Línea base por establecer con oficina trabajo del MPS en el Guaviare	Reducir en 17,5% a 4 años
	Tasa de accidentes ocupacionales por cien mil	Línea base por establecer con oficina trabajo del MPS en el Guaviare	Reducir en 13,5% a 4 años
	Porcentaje anual municipios con eficiencia y eficacia en la gestión del plan de salud territorial	Por Establecer No Competencia municipal	100%
Objetivo 10. Fortalecer la gestión operativo y funcional	Cobertura de afiliación a la seguridad social en salud	Subsidiado (80%) y 10% Contributivo y especial	100% incluyendo regimen subsidiado, aumentar en 2% contributivo y especial
	Porcentaje de aseguradores e instituciones habilitadas que reportan la información del SOGCS	30%	Aseguradoras informan 100% SOGCS al Departamento (Competencia Departamental)





6.2.4. Eje Programático de Promoción social.

Las acciones del componente de Promoción Social, comprenden acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos, educación no formal y atención a poblaciones especiales como desplazados, discapacitados, adultos mayores, mujeres gestantes, población indígena, población infantil, adolescente y joven.

➤ **OBJETIVO:** Garantizar que las poblaciones especiales cuenten con servicios de promoción, prevención y atención en salud.

➤ **META**

Lograr el mejoramiento de la cobertura en la prestación de las acciones de promoción de la salud, prevención de los riesgos y atención de las poblaciones especiales en por lo menos el 70% de la población vulnerable

Metas Resultado Cuatrienio	Indicador resultado	Valor Actual	Valor esperado al 4º año	Áreas Subprogramáticas	Meta de producto Cuantitativa	Indicador Producto Cuatrienio	Valor esperado al 4º año
Población vulnerable con servicios de educación, promoción, prevención y atención en salud	Población vulnerable atendida	Línea por establecer	70% de la Población vulnerable atendida	Promoción de la salud, prevención de riesgos y atención de las poblaciones especiales	Procedimientos del POS garantizados a la población en situación de desplazamiento no asegurada y la complementariedad del POSS.	No de procedimientos de POS garantizados	100% de procedimientos garantizados
					Implementación de una estrategia IEC para la divulgación de los deberes y derechos de la población desplazada y las rutas de atención integral en salud.	No de acciones IEC implementadas	Estrategia implementada
					Establecer la situación de salud de la población desplazada del Municipio.	Diagnóstico de salud de la PD elaborado	Un documento
					Elaborar el Plan Integral Único de atención a la población desplazada.	PIU elaborado	Un documento
					Elaborar un diagnóstico de la situación en salud de la población "adulto mayor" en el municipio.	Diagnóstico, con plan de acción.	Un documento con el diagnóstico y con plan de acción.
					Concertación de acciones en Salud Pública para comunidades indígenas	Acciones concertadas	100% de acciones concertadas ejecutadas





Metas Resultado Cuatrienio	Indicador resultado	Valor Actual	Valor esperado al 4º año	Áreas Subprogramáticas	Meta de producto Cuantitativa	Indicador Producto Cuatrienio	Valor esperado al 4º año
				Acciones en salud en la "Red para la Superación de la Pobreza Extrema - Red Juntos".	Elaborar un diagnóstico de la situación en salud de la población "discapacitada" en el municipio	Diagnóstico, con plan de acción.	Un documento con el diagnóstico y con plan de acción.
				Acciones educativas de carácter no formal dirigido a técnicos, profesionales y líderes comunitarios sobre aspectos de la promoción social.	Implementar la estrategia "Red Juntos", para mejorar las condiciones de vida de las familias en situación de pobreza extrema y en condición de desplazamiento a través del fortalecimiento y la construcción de capacidades para promover su propio desarrollo	No de familias vinculadas	100% de las familias vinculadas a la estrategia "Red Juntos" con conocimiento en deberes y derechos en salud
					Coordinar acciones de capacitación en; entornos saludables, participación social, discapacidad, desplazamiento, adulto mayor, constitución de redes, formación para el trabajo, desarrollo de modelos de atención a población indígena.	No de acciones de capacitación homologadas y coordinadas	100% de las acciones de Promoción Social con una estrategia homologada para intervenciones con la comunidad de IEC e implementadas.

6.2.5. Eje Programático Prevención, Vigilancia Y Control De Riesgos Profesionales

➤ **OBJETIVO:** Lograr la adhesión a los programas de riesgos profesionales en las empresas e instituciones del municipio.

Metas Resultado Cuatrienio	Indicador resultado	Valor Actual	Valor esperado al 4º año	Áreas Subprogramáticas	Meta de producto Cuantitativa	Indicador Producto Cuatrienio	Valor esperado al 4º año
Guaviare, de los efectos de las enfermedades y los accidentes	Población trabajadora atendida	Desconocido	Aumentar en 20% la 100% de la población la población trabajadora atendida	Promoción de la salud y calidad de vida en ámbitos laborales.	Diseño de una estrategia de promoción de entornos saludables en espacios laborales	Diseño de estrategia	Estrategia implementada





				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.	Elaborar el censo y diagnóstico de la población trabajadora	Documento con el censo y el diagnóstico	Documento elaborado
				Acciones de sensibilización para la reincorporación y la inclusión del discapacitado en el sector productivo.	Conformar el comité municipal de Salud Ocupacional	Conformación del CSO	CSO conformado
				Seguimiento, evaluación y difusión de resultados de la vigilancia en salud en el entorno laboral.	Diseñar e implementar un programa capacitación continuada de carácter productivo a población discapacitada.	No de personas en el programa	Programa diseñado e implementado
					Elaborar un perfil de la moviaccidental de la población trabajadora	Perfil elaborado	Un documento
					Implementación de un sistema de vigilancia de la moviaccidentalidad en trabajadores	Implementación del sistema de vigilancia	Sistema funcionando

6.2.6. Eje Programático Emergencias y Desastres

➤ **OBJETIVO:** Plan territorial de emergencias y desastres del municipio del San José del Guaviare implementado y articulado con el plan de emergencias del sector salud.

Metas Resultado Cuatrienio	Indicador resultado	Valor Actual	Valor esperado al 4º año	Áreas Subprogramáticas	Meta de producto Cuantitativa	Indicador Producto Cuatrienio	Valor esperado al 4º año
calidad de vida de la población, reduciendo el impacto de los desastres naturales y antrópicos en el Municipio de San José del	Población con plan de emergencias y desastres	0	Plan de atención elaborado	Gestión para la identificación y priorización de los riesgos de emergencias y desastres.	Elaborar el diagnóstico de vulnerabilidad y amenazas que afecten la salud de la población del municipio en caso de emergencia y desastres, con su plan de acción.	Un documento con el diagnóstico	Documento elaborado





				Acciones de articulación intersectorial para el desarrollo de los planes preventivos, de mitigación y superación de las emergencias y desastres.	Implementación del plan de acción de emergencias y desastres. Fortalecer la Red de emergencias y desastres para su oportuna intervención en caso de necesidad.	Implementación del plan Elaboración y socialización del Plan de acción interinstitucional	100% de las acciones implementadas Un documento
--	--	--	--	--	---	--	--

Ver Anexo II que condensa el desarrollo del Plan Indicativo del PTS del San José del Guaviare.

VII. PLAN PLURIANUAL DE INVERSIONES EN SALUD

A partir del componente estratégico, se formula el proyecto de inversión plurianual en salud para el cuatrienio, utilizando el instrumento "Planeación Plurianual de Inversiones en Salud Territorial", el cual articula el componente estratégico del Plan

de Salud Territorial con los recursos de inversión que se ejecutarán durante el cuatrienio y que se encuentra contenido en el Anexo Técnico No. 2 de este documento y es parte integral de la resolución 425 de febrero 28 de 2008.

VIII. EJECUCIÓN Y FINANCIACIÓN DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD-

8.1. Ejecución del Plan

La ejecución del plan, tiene por objeto articular el Marco Estratégico con el Plan Indicativo en Salud y las competencias de los diferentes actores del sistema de salud del municipio con las líneas de acción década uno de los proyectos programados en cada vigencia, de tal manera que cada del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pueda orientar e integrara sus recursos y procesos internos hacia el logro de las metas anuales establecida en el Plan de Salud Territorial.

coordinación con los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en articulación con otros sectores (Educación, comercio, etc.).

De conformidad con lo normado en los artículos 8, 7 y 9 de la Resolución 425/08 del Ministerio de la Protección Social, el proceso de elaboración y aprobación del Plan Operativo Anual en Salud vigencia 2008, se debe iniciar una vez ha sido aprobado por parte del Consejo Municipal, el Plan de Salud Territorial 2008 – 2011, el presupuesto requerido para el cuatrienio y su inclusión en el Plan de Desarrollo⁹

8.1.1. Plan Operativo Anual

La Ejecución del Plan tiene inicio a partir de la aprobación del Plan Operativo Anual, el cual se efectuará bajo el direccionamiento de la Coordinación de Salud del Municipio en

8.2. Financiación del Plan Territorial de Salud.

⁹ Carta Circular No 001 del 2008 de Mayo 16/08





8.2.1. Eje de Aseguramiento

De conformidad con lo normado por la Resolución 425/08, a excepción del Eje de Salud Pública, los demás ejes deben ser financiados con recursos propios de la entidad territorial, para tal efecto el único subprograma que cuenta con recursos para este eje es, el detallado para acciones de Interventoría de los contratos de aseguramiento de Régimen Subsidiado, fruto de los rendimientos financieros de los recursos del Régimen Subsidiado –Eje programático de Aseguramiento– así: (Ver Anexos Técnicos I y II.

Área Subprogramática	2008	2009	2010	2011	Recursos Cuatrienio
Promoción de la afiliación al SGSSS	12.062	16.305	17.831	20.004	66.202
Interventoría de los contratos del Régimen Subsidiado.	48	65	71	80	263
Total	12.110	16.370	17.902	20.084	66.465

8.2.2. Eje de Salud Pública

De la financiación de las acciones incluidas en el Eje subprogramático de Salud Pública, incluidas en el presente plan, se ejecutaran con los recursos que hacen parte de la subcuenta de Salud Pública del Fondo Local de Salud y de conformidad con lo normado por la Resolución 3042 del 2008.

Así entonces para la vigencia 2008, el Plan Territorial de Salud en su Eje Programático de Salud Pública dispone del siguiente recurso, proyectado a su vez para cada una de las vigencias del cuatrienio 2008 – 2011:

2008	2009	2010	2011	Recursos Cuatrienio
59	61	62	64	246

De conformidad con lo normado por el numeral 1 del artículo 18 de la Resolución 425/08, el Municipio deberá destinar el 100% de estos recursos para financiar el Plan de Salud de Intervenciones Colectivas en los componentes de:

- Promoción de la salud y calidad de vida

- Acciones de prevención de los riesgos en salud.

(Ver distribución de tallada en el Anexo No 1)

Dentro de este mismo eje están los subprogramas de Acciones de vigilancia en salud y gestión del conocimiento y de Acciones de gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Territorial en Salud Pública, la cuales se deben gestionar con recursos propios.

De igual manera; los ejes de Promoción Social y de Prevención, Vigilancia y Control de Riesgos Profesionales y, de Emergencias y Desastres deben gestionarse con recursos propios, a lo cual de conformidad con lo aclarado en el Plan de Desarrollo 2008 – 2011, las matrices correspondientes se dejan sin techos presupuestales hasta tanto la gestión municipal no genere los recursos pertinentes para estas acciones del Plan Territorial de Salud Pública

8.2.3. Plan Plurianual de Inversiones.

El Plan Plurianual de Inversiones del Plan Territorial de Salud, se detalla en el Anexo Técnico II, el cual identifica la ejecución de la disponibilidad de los recursos para el cuatrienio 2008 – 2011.

8.3. Contratación de Acciones.

La contratación de las acciones extramurales de promoción de la salud y calidad de vida y prevención de los riesgos que hacen parte del Plan de Intervenciones colectivas 2008 – 2011, se debe realizar con la red pública siempre que esta tenga capacidad de respuesta (técnicas y operativas) a las necesidades contempladas en el Plan Territorial de Salud del Municipio y que cumpla con las condiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del SGSSS, establecido en el decreto 1011 del 2006 y la Resolución 1043 del 2006, caso contrario la Alcaldía Municipal deberá solicitar la autorización a la Secretaría Departamental de Salud del Guaviare, para contratar con terceros, las acciones extramurales de promoción de la salud y calidad de vida y





prevención de los riesgos, mediante las formas de contratación a que hubiere lugar, según lo establecido en la Ley 80 de 1993; Ley 1150 del 2007, Decreto 066 del 2008 y Resolución 3042 del 2008.

Por su parte la contratación de las acciones de vigilancia en salud y gestión del conocimiento y las acciones de gestión integral y operativa de Salud Pública, no pueden ser contratadas con terceros, por su carácter indelegable. Para ello, según lo normado por la Resolución 425/08¹⁰, “la entidad territorial en salud deberá adecuar y orientar su estructura administrativa, técnica y de gestión para su cabal cumplimiento”, con el objeto de lograr al cabo del año 2011 las metas de fortalecimiento como autoridad sanitaria, sostenibilidad y continuidad de las funciones de vigilancia en salud, gestión del conocimiento y gestión operativa y funcional del Plan Territorial de Salud Pública con personal operativo idóneo.¹¹

En tal sentido, la entidad territorial en salud debe realizar los análisis y soportes técnicos y financieros para la adecuación de sus plantas de personal en el marco de lo establecido en el numeral 2 del artículo 17 de la Ley 909 del 2004, sus normas reglamentarias en especial el Decreto 1227 del 2005 capítulo 7 en sus artículos 95, 96 y 97, la Ley 715 del 2001 artículo 55.1 y el Decreto 785 del 2005 y la Guía de Modernización de las Entidades Públicas. Se precisa, así entonces, que la Alcaldía Municipal deberá adelantar las gestiones pertinentes ante la Comisión Nacional del Servicio Civil y solicitar asesoría que considere necesaria al Departamento Nacional de la función Pública.

8.4. Instrumentos para el Seguimiento, Evaluación y Control del Plan de Salud Territorial.

De conformidad con el Marco Estratégico¹² del Plan Territorial de Salud Pública, la evaluación y el control es el proceso para determinar lo que se está llevando a cabo, estableciendo mediciones y si es necesario aplicando medidas correctivas, de

manera que la ejecución se lleve de acuerdo a lo planeado. La labor de Evaluación y control consiste en asegurar que los planes tengan éxito por medio de la detección de las desviaciones a través de la inspección, verificación y retroalimentación de los planes.

El seguimiento, evaluación y control que en su oportunidad debe adelantarse a todas y cada una de las acciones del plan, se soportará en lo descrito en el artículo 1r de la resolución 425/08, es decir, se diligenciará del Anexo 5 de dicha resolución. A su vez la Alcaldía Municipal, como mínimo dos veces al año utilizará el sistema de rendición de cuentas.

Como herramienta de control permanente, el ente municipal procurará actualizar la herramienta de evaluación de actividades Colectivas, software que se diseñó teniendo en cuenta lo normado por la circular 018 del 2004 y que facilitará el control al cumplimiento de las metas anuales del Plan Territorial de Salud Pública. Igualmente; es importante se adopte el formato de “Liquidación de Acciones PTSP” (Ver anexo “formato de liquidación de acciones PTSP”), como parte integra en la liquidación de acciones y/o contratos que se ejecuten en los diferentes subprogramas del Plan Territorial de Salud Pública, para facilitar, a su vez, la digitación de acciones como soporte para la obtención de los indicadores de gestión

¹⁰ Artículo 19 Resolución 425/08

¹¹ Decreto 3039/07 Capítulo III, Línea de Política No 4. Vigilancia en salud y gestión del conocimiento y Línea de Política No 5. Gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del PTSP.

¹² Capítulo I del presente documento.





8.5. Cronograma del Plan Territorial de Salud Pública.

De conformidad con la directiva que para tal efecto ha direccionado el Ministerio de la Protección Social, el siguiente es el cronograma de ejecución y control del Plan Territorial de Salud Pública: MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

CRONOGRAMA INFORMES DE GESTIÓN DE LOS PLANES DE SALUD TERRITORIAL

TIPO DE INFORME	FLUJO DE INFORMACIÓN				FECHA LIMITE ULTIMO DIA HABIL	OBJETIVO DE INFORME
	MUNICIPIOS Recibe de:	DISTRITOS Recibe de:	DEPARTAMENTOS Recibe de:	MINISTERIO Recibe de:		
Plan de desarrollo 2008 - 2011, plan indicativo de salud territorial 2008 - 2011, plan plurianual de inversiones en salud territorial 2008 - 2011, plan de acción en salud, plan operativo de inversiones en salud vigencia 2008, Acta de aprobación CTSSS			Municipios		Junio 15 de 2008	Evaluar la coherencia, pertinencia, consistencia, claridad y orientación a resultados de los planes territoriales de salud
				Departamentos Distritos	Julio 30 de 2008	
Retroalimentación del proceso de formulación de planes de salud territoriales 2008 - 2011	Departamento	Ministerio de Protección Social	Ministerio de Protección Social	Entidades de Control	Agosto 30 de 2008	Incorporar acciones correctivas y de mejoramiento en el proceso de formulación de los planes de salud territorial para disponer en todos las entidades territoriales del país de planes de salud coherentes, pertinentes, consistentes, claros y orientados a resultados.
Informe de Gestión plan de salud territorial II semestre y año 2008			Municipios		Diciembre 15 de 2008	Seguimiento al II semestre ejecución y evaluación del año 2008 de los planes de salud territorial
				Departamentos Distritos	Diciembre 15 de 2008 Diciembre 15 de 2008	
Retroalimentación Informe de gestión plan de salud territorial II semestre y Evaluación del año 2008	Departamento	Ministerio de Protección Social	Ministerio de Protección Social	Entidades de Control	Enero 15 de 2009	Incorporar acciones correctivas y de mejoramiento en el proceso de formulación de los planes de salud territorial de la vigencia 2009 Disponer en todos las entidades territoriales del país de planes operativos en salud vigencia 2009, coherentes, pertinentes, consistentes, claros y orientados a los resultados del plan indicativo en salud del cuatrienio.
			Ministerio de Protección Social	Entidades de Control	Enero de 2009	
Acta de aprobación y plan de acción en salud, plan operativo de inversiones en salud vigencia 2009	Departamento	Ministerio de Protección Social	Ministerio de Protección Social		Enero 30 de 2009	Seguimiento al I semestre ejecución y evaluación del año 2009 de los planes de salud territorial
			Municipios	Departamentos Distritos	Julio de 2009 Julio de 2009	
Informe de gestión plan de salud territorial del I semestre año 2009		Ministerio de Protección Social	Ministerio de Protección Social	Entidades de Control	Agosto de 2009	
Retroalimentación Informe de gestión plan de salud territorial I semestre año 2009	Departamento	Ministerio de Protección Social	Ministerio de Protección Social	Entidades de Control	Septiembre de 2009	Incorporar acciones correctivas y de mejoramiento en el proceso de formulación de los planes de salud territorial II Semestre de





						la vigencia 2009
Informe de gestión plan de salud territorial del II semestre año 2009			Municipios	Departamentos Distritos Entidades de Control	Diciembre 15 de 2009 Diciembre 15 de 2009 Diciembre 15 de 2009 Enero 15 de 2010	Seguimiento al II semestre ejecución y evaluación del año 2009 de los planes de salud territorial
Retroalimentación Informe de gestión plan de salud territorial II semestre y evaluación año 2010	Departamento	Ministerio de Protección Social	Ministerio de Protección Social		Enero de 2010	Incorporar acciones correctivas y de mejoramiento en el proceso de formulación de los planes de salud territorial de la vigencia 2010
Acta de aprobación y plan de acción en salud, plan operativo de inversiones en salud vigencia 2010	Departamento	Ministerio de Protección Social	Ministerio de Protección Social		Enero 30 de 2010	Disponer en todos las entidades territoriales del país de planes operativos en salud vigencia 2010, coherentes, pertinentes, consistentes, claros y orientados a los resultados del plan indicativo en salud del cuatrienio.
Informe de gestión plan de salud territorial del I semestre año 2010			Municipios	Departamentos Distritos Entidades de Control	Julio de 2010 Julio de 2010 Julio de 2010 Agosto de 2010	Seguimiento al I semestre ejecución y evaluación del año 2010 de los planes de salud territorial
Retroalimentación informe de gestión plan de salud territorial I semestre año 2010	Departamento	Ministerio de Protección Social	Ministerio de Protección Social	Entidades de Control	Septiembre de 2010	Emprender las acciones correctivas necesarias durante el segundo semestre 2010
Informe de gestión plan de salud territorial del II semestre año 2010			Municipios	Departamentos Distritos Entidades de Control	Diciembre 15 de 2010 Diciembre 15 de 2010 Diciembre 15 de 2010 Enero 15 de 2011	Seguimiento al II semestre ejecución y evaluación del año 2010 de los planes de salud territorial
Retroalimentación informe de gestión plan de salud territorial II semestre y evaluación año 2010	Departamento	Ministerio de Protección Social	Ministerio de Protección Social	Entidades de Control	Enero de 2011	Incorporar acciones correctivas y de mejoramiento en el proceso de formulación de los planes de salud territorial de la vigencia 2011
Acta de aprobación y plan de acción en salud, plan operativo de inversiones en salud vigencia 2011	Departamento	Ministerio de Protección Social	Ministerio de Protección Social		Enero 30 de 2011	Disponer en todas las entidades territoriales del país de planes operativos en salud vigencia 2011, coherentes, pertinentes, consistentes, claros y orientados a los resultados del plan indicativo en salud del cuatrienio.
Informe de gestión plan de salud territorial del I semestre año 2011			Municipios	Departamentos Distritos Entidades de Control	Julio de 2011 Julio de 2011 Julio de 2011 Agosto de 2011	Seguimiento al I semestre ejecución y evaluación del año 2011 de los planes de salud territorial





Retroalimentación informe de gestión plan de salud territorial I semestre año 2011	Departamento	Ministerio de Protección Social	Ministerio de Protección Social	Entidades de Control	Septiembre de 2011	Emprender las acciones correctivas necesarias durante el segundo semestre 2011
Informe de gestión plan de salud territorial del II semestre año 2011			Municipios	Departamentos	Noviembre 15 de 2011	Seguimiento al II semestre ejecución y evaluación del año 2011 de los planes de salud territorial
				Distritos	Noviembre 30 de 2011	
					Noviembre 30 de 2011	
Retroalimentación Informe de gestión plan de salud territorial II semestre y evaluación año 2011	Departamento	Ministerio de Protección Social	Ministerio de Protección Social	Entidades de Control	Diciembre 14 de 2011 - Art. 112 PND	Facilitar la formulación en las entidades territoriales de planes de desarrollo y planes de salud territorial 2012 - 2015.

DOCUMENTOS ADJUNTOS

A. Concertaciones

B. Anexos Técnicos

Anexo I. Matriz Plan Indicativo En Salud (Anexo Técnico I de la Resolución 425/08)

Anexo II. Matriz Planeación Plurianual de Inversiones en Salud Territorial (Anexo Técnico II de la Resolución 425/08)





BIBLIOGRAFÍA

1. DANE. Dirección Censos y Demografía. Estadísticas Vitales. Archivo Nacidos Vivos y Defunciones 2005-2006.
2. DANE. Dirección Censos y Demografía. Proyecciones censo DANE 2005. NBI e Indicadores socio demográficos. www.dane.gov.co
3. DANE. Dirección Censos y Demografía. Colombia. Estimaciones 1985-2005 y Proyecciones 2006-2020 anualizadas por Sexo y Edad. . www.dane.gov.co
4. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SEGURIDAD – DAS- Policía Nacional. Organización Internacional Para Las Migraciones –OIM– Misión Social.
5. DUARTE J.E. Análisis de la situación de salud del Guaviare, San José del Guaviare 2002. Documento Secretaría Departamental de Salud.
6. DUARTE J.E. Diagnóstico de salud Sexual y Reproductiva. Departamento del Guaviare 2004-2005. SSG. Documento Secretaría Departamental de Salud.
7. DUARTE J.E. Perfil Epidemiológico del Guaviare. Secretaría de Salud del Guaviare 2002.
8. DUARTE J.E. Perfil Epidemiológico de San José del Guaviare 2006 y 2007 Guaviare. Secretaría de la protección Social En Salud. San José del Guaviare 2007-2008.
9. DUARTE J.E. Prevención Y Detección Precoz del Cáncer de Cuello Uterino e ITS en Mujeres en Edad Fértil de San José del Guaviare. PAB municipal. Programa de atención a madre-hijo. 2002
10. MOCKUS A, CORZO J. Cumplir para convivir. Factores de convivencia su relación con normas y acuerdos. Universidad Nacional de Colombia, Conciencias, 2003.
11. MINISTERIO DE SALUD. INS, OPS; Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos 2002-2003-2004-2005-2006
12. PAB MUNICIPAL. Informe de actividades 2005. Municipio de San José del Guaviare, Oficina de Salud Pública. Secretaría de Salud Departamental.
13. PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. SENDS 2005. Bogotá.
14. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Ley 10 de 1990, Ley 100 de 1993, Ley 715 de 2001, Circular No. 018 de 2004, Decreto 3039 de 2007, Resolución 425 de 2008, Decreto 028 de 2008





ANEXO A

INFORME CONCERTACIÓN PLAN DE SALUD TERRITORIAL DE SAN JOSÉ DEL GUAVIARE

En cumplimiento de lo planteado en el decreto 3039 de 2007 y la resolución 425 de 2008 y atendiendo el principio de participación comunitaria de la administración municipal, la Secretaría Municipal de salud convocó la comunidad a través de los presidentes de los interveredales, las juntas de acción comunal del área urbana, los líderes de las organizaciones como indígenas, discapacitados, cuerpo de bomberos, defensa civil, cruz roja entre otras. De igual forma se convocó los representantes de las aseguradoras y prestadores públicas y privadas que hacen presencia en el municipio.

La concertación se trabajó en tres sesiones una con los líderes del área rural, otra con los líderes del rea urbana y las organizaciones mencionadas y una final con las aseguradoras y prestadores; cada sesión tuvo una duración de nueve (9) horas y fue instalada con la presencia del alcalde; El evento contó con la participación activa de más del 95% de la población convocada

Metodología utilizada:

Se inició con una introducción haciendo énfasis en la importancia de la participación de la comunidad, y las ventajas de la articulación de las acciones del Plan de Salud Pública de Acciones Colectivas con las acciones del POS contributivo y subsidiado en la construcción del plan de salud territorial del próximo cuatrienio. Posteriormente se hizo una presentación con los siguientes aspectos: Reseña Histórica del Municipio, Organización Territorial, Población por grupos etáreos y procedencia; Principales Problemas de Salud que afectan la comunidad según perfil epidemiológico y morbilidad sentida y la definición de Plan Territorial en Salud con las líneas de política, las estrategias, los ejes programáticos, los indicadores y los actores responsables.

Para la concertación comunitaria se conformaron mesas de trabajo con los representantes de la comunidad, de las organizaciones y la coordinación de un profesional de salud donde desarrollaron la metodología de priorización por eje de intervención de acuerdo a un listado de

problemas entregado en cada mesa con anterioridad y la exposición hecha al comienzo de la jornada de trabajo.

Al finalizar la jornada se hace una plenaria donde cada moderador presenta los problemas priorizados y las alternativas de solución previstas desde la perspectiva comunitaria. **LOS RESULTADOS DE ESTA CONCERTACIÓN SE EVIDENCIAN EN EL DOCUMENTO ADJUNTO "A"**

La tercera sesión se desarrolló con las aseguradoras y prestadoras donde se analizó la línea de base de cada uno de los indicadores y se evaluó la información contenida en el formato *"Estrategias Por Líneas Para El Desarrollo De Las Políticas En Salud"* a cargo de las entidades promotoras de salud - EPS, administradoras de riesgos profesionales - ARP e instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS"

A esta sesión asistieron las siguientes instituciones y sus respectivos representantes

➤ Natalia Achury	Salucoop
➤ Claudia Patricia Cubillos	Salucoop
➤ Germán Zamudio Anzola	Caprecom
➤ Rafael Gómez Parra	Ese De Ier N
➤ Eliana Ivonne Cruz	Ecoopsos
➤ Liliana Serrano Lemus	Ecoopsos
➤ Marcencio Vasconcelo	Ecoopsos
➤ Katia Orozco	Salud Total
➤ Kitty Beltran Mejia	Salud Total
➤ Monica Jaque	Ese De Ier N

Se realizó una mesa de trabajo donde se buscó definir los compromisos y acciones a desarrollar para cumplir con las metas propuestas en el Plan Nacional de Salud Pública, la discusión se inició con base en la información solicitada con anterioridad donde se refleja que las IPS no brindan la información oportuna y adecuada generando desinformación de la población, pérdida de oportunidades y mal concepto del servicio por parte de los usuarios.





De igual forma los aseguradores manifiestan que la comunidad es poco participativa en los mecanismos designados para ello, en tanto que la comunidad expresa que existe deficiente información sobre deberes y derechos de los usuarios en el sistema de seguridad social en salud.

Los representantes de Salud total informan que ubicaran un asesor de servicio al cliente en el Hospital San José para orientar los usuarios adecuadamente, en tanto que Caprecom posee un gestor de vida sana que se reúne con los usuarios y los capacita desde las alianzas de usuarios, se piensa implementar un programa radial para orientar sobre derechos y deberes. De otra parte la ESE de primer Nivel: manifiesta uno de los problemas que enfrenta es que muchos usuarios No están carnetizados o no aparecen en la base Datos y no se reconoce los usuarios que tienen este tipo de novedades por lo tanto el Municipio desde la interventoría del Régimen Subsidiado Verificará cuanta población esta carnetizada por aseguradora y por procedencia (rural urbana) para mejorar la accesibilidad de la población a los servicios de salud

Frente a la atención de la población vinculada y la complementariedad del POS se dejó de manifiesto la preocupación por la falta de la contratación completa en los primeros cuatro meses, generando traumatismos en la atención de la población .teniendo en cuenta que la población manifiesta la perdida de la credibilidad en las instituciones, se hace necesario recuperar dicha credibilidad a través del mejoramiento de la calidad y oportunidad en la tención en salud a la comunidad ; por ello se hace necesario que la Secretaría Departamental haga un seguimiento continuo al cumplimiento del SOGC

El mejoramiento del sistema de información y orientación a los usuarios no puede seguir esperando, porque la resolución oportuna de las dudas del usuario agiliza al flujo de información del sistema.

Para mejorar el acceso a los servicios de salud de Promoción y prevención la alcaldía propone las brigadas de salud en el área rural con atención de odontología, médica, registraduría, entre, capacitación sobre promoción de deberes y derechos por parte de las aseguradores.

En relación con la prevención de enfermedades crónicas se propuso realizar actividades deportivas y de capacitación para promover los estilos de vida saludable; con los adultos mayores se trabajara con los programas de las EPS públicas y privadas y los adultos mayores del área urbana mediante los ejercicios pasivos

En relación con salud sexual se acordó la Creación centro amigable para la atención a la población adolescente en salud sexual reproductiva y violencia (prevenir embarazos en adolescentes, orientación sobre violencia, la prevención de consumos de sustancias psicoactivas se debe hacer una orientación hacia los servicios de salud de promoción y prevención conforme lo plantea el Ministerio de la Protección Social.

Para mejorar la salud Infantil se considera la implementación de la estrategia AIEPI IAMI en las IPS del Municipio y para finalizar se acordó hacer seguimiento a las acciones propuestas, hacer seguimiento de las brigadas de salud hechas para evaluar impacto, Programar las evaluaciones y la proyección de centros en el área rural.

Para finalizar la reunión se hicieron los siguientes compromisos parciales:

- Hacer costeo de una brigada de salud trimestral cubriendo área rural
- EPS definirán la población por sector, por cada interveredal y estado de carnetización
- Municipio tiene prioridad en promoción y prevención
- Programar una reunión decisoria el martes 13 de mayo en sala de juntas
- Gestionar la construcción de parques y centros recreativos y actividades lúdicas para los niños y población general.





ANEXO A: INSTRUMENTO DE TRABAJO MESAS DE TRABAJO DE CONCERTACION PLAN DE SALUD TERRITORIAL 2008-2001. SAN JOSÉ DEL GUAVIARE.

EJE PROGRAMATICO	ÁREAS SUBPROGRAMÁTICAS	PROBLEMAS	SOLUCIÓN	RESPONSABLE
ASEGURAMIENTO	Promoción de la afiliación al SGSSS	Falta de conocimiento de la población del SGSSS	Difundir de manera masiva la información sobre funcionamiento del SGSSS	Almadía, EPS
		Conocimiento parcial de los derechos en salud de la población	Difundir de manera masiva (medios de comunicación) y JAC la información sobre los deberes y derechos de los usuarios	Alcaldía, EPS
	Identificación y priorización de la población a afiliar	Existencia en la base de datos subsidiados de personas con capacidad de pago	Hacer buena depuración de la base de datos para generar mas cupos	Alcaldía JAC
		Se colocan muchas trabas a la hora de afiliarse al régimen subsidiado en las oficinas de las EPS y aseguramiento	Establecer mecanismos para facilitar la afiliación al régimen subsidiado especialmente a las JAC	Alcaldía EPS
		Manejo político que se le a dado al SISBEN y aseguramiento	Que el personal que trabaja en el SISBEN y aseguramiento tenga un alto sentido social y comunitario	Alcaldía
	Gestión y utilización eficiente de los cupos del régimen subsidiado		Con la aplicación de los ítems anteriores, se puede corregir cualquier problema al respecto	
	Celebración de los contratos de aseguramiento	Los usuarios desconocen el proceso de contratación con las EPS	Que se de información trimestral a las alianzas de usuarios de la gestión realizada por parte de las EPS Y ALCALDIA	Alcaldías EPS
	Administración de base de datos de afiliados			
	Gestión financiera del giro de los recursos	No aplicación de sanciones cuando se presentan los errores por parte de las EPS	Exigir el cumplimiento de compromisos para realizar los pagos a las EPS	Alcaldía , alianza de usuarios, veedurías
	Interventoria de los contratos del régimen subsidiado	Ineficiencia de las interventorías del régimen subsidiado	Real eficiencia de las interventoras y acompañamiento de las veedurías y asociaciones de usuarios	Alcaldía, alianza de usuarios, veedurías
	Vigilancia y control de aseguramiento	No se le a dado participación real a las asociaciones de usuarios, copacos y veedurías capacitación de baja calidad	Ampliar los espacios de todos los entes de participación comunitaria, garantizando su efectividad a través de capacitación de calidad	Alcaldía, EPS





EJE PROGRAMÁTICO	ÁREAS SUBPROGRAMÁTICAS	PROBLEMAS	SOLUCIÓN	RESPONSABLE
PRESTACIÓN Y DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Mejoramiento de la accesibilidad a los servicios de salud	Deficiencia en la prestación del servicio	Ampliar y mejorar la planta física	ESE primer nivel. EPS, Alcaldía
		Mala información, atención y orientación usuarios	Personal capacitado para dar la información en las IPS publicas	IPS publicas
		Falta de responsabilidad de los funcionarios que atienden la comunidad	Personal con ética profesional	IPS
		Falta de interés de la comunidad para participar al desarrollo de esos programas	Motivar y generar espacios de participación comunitaria	Alcaldía, secretaría de salud municipal
		Perdida de confianza de la comunidad hacia las instituciones gubernamentales	Dar cumplimiento a los programas por parte de las instituciones	Alcaldía Inst. de salud
		Ausencia de medicamentos (solo formulan ACTM e ibuprofeno)	Cumplir con los medicamentos y garantizar su calidad	EPS, IPS
		Las citas medicas y de especialistas son muy distantes	Las citas sean máximo a los 3 días	EPS, IPS
		Remisiones demoradas en asignar citas	Remisiones oportunas de acuerdo a la necesidad	EPS, IPS
	Mejoramiento de la eficiencia en la prestación de servicios de salud y sostenibilidad financiera de las IPS pública	No se cuenta con una infraestructura adecuada para el acceso de población discapacitada y adulto mayor	Proyectar la reubicación de la secretaria de salud municipal	alcaldía
		La no prestación del servicio oportuno	Ampliar horario de atención	IPS, EPS





EJE PROGRAMATICO	ÁREAS SUBPROGRAMÁTICAS	PROBLEMAS	SOLUCIÓN	RESPONSABLE
SALUD PÚBLICA	Acciones de promoción de la salud y calidad de vida	Desconocimiento de la comunidad de la existencia de estos programas	Generar estrategias para llegar a la comunidad	Alcaldía, comunidad, instituciones de salud
	Acciones de prevención de los riesgos (biológicos, sociales, ambientales y sanitarios)	Falta de servicios públicos que respondan adecuadamente a la necesidad de la población	Construir y habilitar el alcantarillado según lo demanda	alcaldía
	Acciones de vigilancia y salud y gestión del conocimiento	La deficiencia en la captación de la información de los eventos de salud que presta la institución	Mejorar el sistema de información y hacer mejor seguimiento a la institución de salud	alcaldía
	Acciones de gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del plan nacional de salud públicas	No se establece un seguimiento a las acciones realizadas	Establecer un seguimiento por parte de las comunidades y de las instituciones a las acciones de promoción realizadas	alcaldía





EJE PROGRAMÁTICO	ÁREAS SUBPROGRAMÁTICAS	PROBLEMAS	SOLUCIÓN	RESPONSABLE
PROMOCIÓN SOCIAL	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, infantil, adolescente y joven.	Educación ,salud, desnutrición, vivienda, abandono, engaño	Ampliar la planta al usuario, las remisiones sin tanta tramitología. Vivienda, salud que sea un compromiso para no ser mas engañados	Hospital, EPS, ESE primer nivel, gobernación, alcaldía, gestión social,
	Acciones de salud en la “Red para la superación de la pobreza extrema” – Red JUNTOS	Empleo, salud, vivienda	Tener en cuenta a la tercera edad, desplazados, indígenas vulnerables	Gobernación, alcaldía, comunidad
	Acciones educativas de carácter no formal dirigido a técnicos, profesionales y líderes comunitarios sobre diferentes aspectos de la promoción social, tales como, entornos saludables, participación social, discapacidad, desplazamiento, adulto mayor, constitución de redes, formación para el trabajo, desarrollo de los modelos de atención a población indígena.	Empleo, educación	Tener en cuenta a todos los profesionales del departamento para todas las obras	Gobernación, alcaldía





EJE PROGRAMÁTICO	ÁREAS SUBPROGRAMÁTICAS	PROBLEMAS	SOLUCIÓN	RESPONSABLE
PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE RIESGOS PROFESIONALES	Acciones de promoción de la salud y calidad de vida en ámbito laborales	Desconocimiento, negligencia del empleador frente a la responsabilidad de sus obligaciones	Capacitar al empleado y empleador	alcaldía
		Del empleado de sus derechos y deberes en SS	Capacitación y acompañamiento	Alcaldía, gobernación
	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.	Desinterés o desconocimiento de los riesgos laborales	Sensibilización y dotación	Patrono y empleado, oficina representación ministerio de la protección social
	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	Falta de control y vigilancia de empresas publicas y privadas	Vigilancia y control inmediata en todos los rangos laborales	Alcaldía, saneamiento ambiental, oficina representación ministerio de la protección social
	Acciones de sensibilización para la reincorporación e inclusión del discapacitado en el sector productivo	No hay accesibilidad en ámbitos laborales	Disminución de barreras arquitectónicas	Alcaldía, departamento
	Acciones de seguimiento, evaluación y difusión de resultados de vigilancia en salud en el entorno laboral	Violación de los derechos en el ámbito laboral	Seguimiento, evaluación y difusión de resultados	Alcaldía y a quien le compete





EJE PROGRAMATICO	ÁREAS SUBPROGRAMÁTICAS	PROBLEMAS	SOLUCIÓN	RESPONSABLE
EMERGENCIAS Y DESASTRES	Gestión para la identificación y priorización de los riesgos de emergencias y desastres	Incendios, inundaciones, vendavales	Canalización de aguas lluvias, arborización, diques, promoción y prevención	CLOPAD, CREPAD, UMATA
	Acciones de articulación intersectorial para el desarrollo de los planes preventivos, de mitigación y superación de las emergencias y desastres	Bajo conocimiento de la comunidad en prevención, antes, durante, y después	Capacitación en acciones preventivas	Secretaría de plantación, agricultura, Umata, ICBF, secretaria de gobierno, hospital
	Acciones de fortalecimiento de la red de urgencias	Deficiencia en la dotación de equipos de reacción inmediata como son :	Fortalecimiento institucional a los cuerpos de socorro	Alcaldía, gobernación
		Comunicación, combustible, transporte, equipos de rescate vehicular, ambulancia para la defensa civil, equipos de rescate acuático.	Asignando los recursos necesarios para su funcionamiento	Oficina de prevención y atención de desastres
		Falta de: capacitación a las instituciones educativas, comunidad en general, dependencias administrativas	Informar a la comunidad en la prevención de emergencias en ANTES, DURANTE Y DESPUES.	
		Capacidad de respuesta ante una emergencia	Las instituciones se capaciten en reacción. Fortalecimiento de plan familiar de auto protección para emergencia	Alcaldía, defensa civil, bomberos, gobernación

