



Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

Plan Territorial de Salud 2016-2019 Formulado bajo

Metodología **PASE** a La Equidad En Salud

Departamento Norte de Santander

Fecha: Mayo de 2016



Plan Territorial de Salud Pública **PTSP 2016-2019**

Metodología **PASE** a La Equidad En Salud

SALUD PARA LA PRODUCTIVIDAD

Gobernador de Norte de Santander

WILLIAM VILLAMIZAR LAGUADO

Director Instituto Departamental de Salud

JUAN ALBERTO BITAR MEJIA



COMITÉ TECNICO INTERSECTORIAL.

Secretaría de Planeación y Desarrollo Territorial

Julio César Silva Rincón

Secretaría de Atención Integral a Víctimas

Luis Fernando Niño López

Secretaría de Tecnologías de la Información y Comunicaciones

Marina Lozano Roperó

Secretaría General

Sonia Arango Medina

Secretaría Privada

Víctor Oliverio Peña Maldonado

Secretaría de Agua Potable y Saneamiento Básico

Francisco Alberto Bermont Galvis

Secretaría de Cultura

César Ricardo Rojas Ramírez

Secretaría de Desarrollo Económico

Leonel Rodríguez Pinzón

Secretaría de Desarrollo Social

Ruby Alejandra Chacón Camargo

Secretaría de Educación

María Fabiola Cáceres Peña

Secretaría de Fronteras y Cooperación Internacional

Juan Carlos Cortés Arias



Secretaría de Gobierno

Yebrail Andrés Haddad Linero

Secretaría de Hacienda

Martín Alfonso Martínez Valero

Secretaría de Infraestructura

Rafael Segundo Ramírez Marín

Secretaría de la Mujer

María Eugenia Riascos Rodríguez

Secretaría de Minas y Energía

Fabio Enrique Araque Sánchez

Secretaría de Tránsito

Diomar Alonso Velásquez Bastos

Secretaría de Vivienda y Medio Ambiente

Juan Carlos Uribe Sandoval

Secretaría Jurídica

Victoria Margarita Sánchez Ayala



Director Instituto Departamental de Salud

Juan Alberto Bitar Mejía

María Victoria Giraldo

Jefe de Planeación

María Victoria Bermonth Galvis

Coordinadora Grupo de Atención en Salud

Nohora Erlinda Cadena

Coordinadora de Salud Pública

Equipos territoriales planeación integral en salud

María Victoria Bermonth Galvis

Coordinadora Grupo de Atención en Salud

Gloria Inés Montaña

Responsable de Vigilancia y Control

José Antonio Gutiérrez

Responsable de Aseguramiento

Ernesto Sánchez

Responsable de Prestación de Servicios

Luis Jesús Grass Garcia

Responsable Salud pública en emergencias y desastres

Maria Victoria Giraldo Ruiz

Responsable Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables



Grupo de Salud Pública

Nohora Erlinda Cadena

Coordinadora de Salud Pública

Sandra Milena Corredor

Responsable de Vigilancia Salud Pública

Astrid Araque

Responsable del Laboratorio de Salud Pública

José Trinidad Uribe

Responsable de Sanidad Ambiental y Ámbito Laboral

Sandra Ferreira y Cesar Augusto Peña

Responsable de Vida saludable y condiciones no Transmisibles

Alix Karine Pérez

Responsable de Convivencia Social y Salud Mental

Mery Elvira Santos

Responsable de Seguridad Alimentaria y nutricional

Cecilia Navarro

Responsable de Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

Matilde Ilanos, Johanna Yáñez, Mauricio Sepúlveda

Responsable de Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles

Profesionales que apoyaron el Proceso

Hensy Ricardo Bermúdez

Profesional de ETV

William Eduardo Atehortua Alarcón

Profesional de Vigilancia en Salud

Larha Badillo

Profesional de Vigilancia en Salud



Richard Jaimes

Profesional oficina de Planeación

Maricela Villegas

Responsable oficina de Sistemas de información

Carlos Armando Bastos Fernnandez

Asesor metodológico

Tabla de contenido

1. FICHA TECNICA.....	9
2. INTRODUCCIÓN	11
3. ANTECEDENTES	12
4. MARCO NORMATIVO.....	16
5. ANALISIS DE SITUACIÓN DE SALUD	18
6. RESULTADOS DE LA PRIORIZACIÓN DE LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN AFILIADA A LAS EPS, DEMÁS EAPB Y ARL.....	29
7. CONFIGURACIÓN ACTUAL.....	33
8. CONFIGURACIÓN Y PRIORIZACIÓN EN SALUD	38
8.1. CONFIGURACION DESEADA	38
8.1.1.METÁFORA DESEADA.....	39
8.1.2.TEXTO DE LA METÁFORA DESEADA.....	40
8.1.3.EJES ESTRUCTURANTES DESEADOS (DESAFÍOS/PRIORIDADES).....	41
8.1.4.TRANSFORMACIONES + CALIFICACIÓN	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
8.2. VENTAJAS Y OPORTUNIDADES	43
9. COMPONENTE ESTRATEGICO DE MEDIANO PLAZO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	45
9.1. VISION.....	45
9.2. OBJETIVOS ESTRATEGICOS (DESAFÍOS/PRIORIDADES)	46
9.2.1.OBJETIVOS ESTRATEGICOS PDSP	46
9.2.2.OBJETIVOS ESTRATEGICOS PTS.....	46
9.3. RESULTADOS (METAS SANITARIAS DE DIMENSIÓN O RESULTADO).....	47
10. COMPONENTE OPERATIVO Y DE INVERSIÓN PLURIANUAL DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	50
11. ANEXOS	50

1. FICHA TECNICA

DEPARTAMENTO: NORTE DE SANTANDER	
ENTIDAD TERRITORIAL:	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER
NIT:	
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER	
NOMBRES Y APELLIDOS:	JUAN ALBERTO BITAR MEJIA
DEPENDENCIA/CARGO:	DIRECCION / DIRECTOR
DIRECCIÓN:	CALLE 10 AV. 0 TERCER PISO EDIF ROSETAL
TELÉFONO:	
APROBACIÓN	
NOMBRE Y APELLIDOS DEL GOBERNADOR:	WILLIAM VILLAMIZAR LAGUADO
APROBADO POR:	Acuerdo
NÚMERO DE APROBACIÓN:	010
FECHA DE APROBACIÓN:	2 de Junio de 2016
VISIÓN	
El departamento Norte de Santander a 2019, a través de la acción transectorial e integral de la salud y la participación ciudadana logra altos niveles de confiabilidad por parte de los usuarios del SGSSS como resultado del abordaje de los determinantes sociales de la salud, garantizando no solo la atención de la enfermedad, sino la intervención de las causas primarias del desequilibrio físico, social y mental de los individuos, familias y comunidades; la implementación y desarrollo del modelo integral de atención en salud en la red prestadora de servicios, la definición de rutas integrales de atención en salud y la puesta en marcha de la gestión integral del riesgo en salud permitirán al usuario acceder a un servicio más humano, oportuno, eficaz y eficiente que transforme patrones culturales, fomente el autocuidado de los individuos y garantice estilos de vida más saludables, como plataforma para alcanzar “salud para la productividad” y el goce efectivo del derecho a la salud .	



OBJETIVOS ESTRATEGICOS DEL PTS

Fortalecer en las áreas periféricas de los centros urbanos y en el sector rural del departamento de Norte de Santander la infraestructura de servicios públicos, lo cual repercute de manera positiva en la reducción significativa y sostenible de enfermedades sanitarias, enfermedades transmisibles y de origen hídrico.

Fortalecer en el departamento de Norte de Santander con énfasis en las regiones occidental, norte y suroriental la presencia institucional y actividades de gobernabilidad, controlando la producción de estupefacientes y generando oportunidades de desarrollo laboral, económico, social y cultural, para dar respuesta y protección frente al restablecimiento de derechos de las víctimas del conflicto armado y atención integral en salud; y promoción de nuevas fuentes de ingresos de las familias, situación que favorece las condiciones de convivencia pacífica, reducción de homicidios y desplazamientos forzados (hechos victimizantes) y reducción de la carga de enfermedades asociadas a problemas de convivencia, salud mental, afectación psicosocial, TB e ITS

Propiciar el aumento gradual en la generación de una economía formal, así como el desarrollo y fortalecimiento de procesos formativos de competencias ciudadanas saludables y una adecuada, oportuna y pertinente articulación coordinación y dinámica sectorial y transectorial con mayor oferta de servicios sociales y sanitarios de calidad y oportunidad lo cual repercute en la salud laboral y la recuperación de la capacidad de auto abastecerse con productos de la canasta básica de alimentos, observándose indicadores positivos en la convivencia social y salud mental, así como el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, la reducción del consumo y control de la comercialización de alucinógenos

Mejorar la movilidad y acceso oportuno a los servicios sociales y de salud a través de la superación de barreras relacionadas con condiciones geográficas lo cual permite el desarrollo económico del departamento y el control de la red vial, la apertura de nuevos mercados y nuevas fuentes de ingresos reflejado en el mejoramiento de las condiciones de vida de las familias y la reducción de la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitable

Implementar el modelo integral de atención en Salud en red prestadora de servicios, la definición de rutas integrales de atención y la gestión integral del riesgo permitirá la garantía del goce efectivo del derecho a la salud de la población del Departamento de Norte de Santander.

2. INTRODUCCIÓN

Norte de Santander es, ha sido y será tierra de oportunidades, en ello se fundamenta el Plan Territorial de Salud 2016-2019 “**Salud para la productividad**” pues es innegable que como región nuestro compromiso debe ser el potenciar nuestras fortalezas y minimizar nuestras debilidades en todos los ámbitos, para ello se requiere no solamente de la voluntad popular, pues no solo se debe pedir cambio en la forma de gobernar sino promover y facilitar alternativas a quienes quieren salir de la indiferencia y participar activamente en la construcción articulada de políticas públicas, para buscar juntos el futuro que merecemos.

El fortalecimiento de la rectoría de la autoridad sanitaria permitirá reducir las inequidades en salud este liderazgo es un factor de desarrollo que debemos recuperar pues en esencia en el departamento existen muchas falencias que son factibles de mejorar y para ello se requiere no solamente de la voluntad político administrativa si no de una hoja de ruta que desde el Plan decenal de salud adoptado mediante Resolución 1841 de 2013 emanada del Ministerio de Salud y Protección Social, permita la aplicación de una política de salud pública que le impone a las entidades territoriales conocer su realidad y proponer soluciones a nivel regional en la búsqueda de la equidad en la salud, del ejercicio de esta actividad depende en gran parte el mejoramiento de la calidad de vida de nuestros conciudadanos pues al ser la salud un eje transectorial permita articular acciones en la búsqueda de grandes programas que generen un impacto positivo en nuestra comunidad y promueva estabilidad económica al núcleo familiar, el mejoramiento en los entornos y estilos de vida saludable, la promoción del autocuidado y adicionalmente sea el motor que dinamice la economía regional para hacer de nuestro slogan una realidad “**Salud para la Productividad**”

El Modelo de Desarrollo regional debe ser impactado por una lluvia de nuevas ideas que en esencia permitan construir una estructura social, económica y administrativa sólida y abierta a adaptarse a la dinámica fronteriza que nos afecta de manera permanente, al igual que al impacto de las políticas públicas Nacionales y regionales expresadas en los planes de desarrollo nacional y departamental. Todo ello se define en el plan departamental de desarrollo “**UN NORTE PRODUCTIVO PARA TODOS**” 2016-2019 y se hace posible a partir de la transformación de nuestra visión de la salud y su transectorialidad que debe quedar enmarcada en el imaginario colectivo de la participación y la concertación de los procesos que permitan la revolución y renovación de las prácticas de buen gobierno.

Para ello se deben diseñar estrategias que permitan el fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud, con el objetivo de visualizarla más allá de la ausencia de la enfermedad, si no de la intervención organizada de la sociedad para promover y prolongar la vida interviniendo de manera organizada y articulada las determinantes



sociales y económicos de la salud, esto depende de desarrollar y ejercer la capacidad como planificadores e integradores de las acciones relacionadas con la economía, la producción, el hábitat, el desarrollo social y la conservación ambiental, por estas razones pongo a su consideración el Plan Territorial de Salud “ **Salud para la Productividad” 2016-2019.**

ANTECEDENTES

El Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021 como respuesta gubernamental a lo establecido en la Ley 1438 de 2011 busca alcanzar mayor equidad en Salud y desarrollo humano sostenible, construir capital humano y disminuirla vulnerabilidad social. Para ello se definieron los enfoques, las orientaciones y las estrategias metodológicas necesarias para intervenir las determinantes sociales en los procesos de planeación integral en salud.

El Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander se presenta como caso especial por ser junto con el IDS del Departamento de Nariño entidades descentralizadas del orden departamental con autonomía administrativa y financiera motivo por el cual el proceso de trámite y aprobación plantea algunas variantes a la ruta lógica planteada en los lineamientos metodológicos y técnicos,

La resolución 1841 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social adoptó el plan decenal de salud pública 2012-2021 la cual se constituye la política sectorial, transectorial y comunitaria de salud pública, momento en el cual se inició el proceso de difusión y divulgación a través de lanzamientos regionales y locales. A partir del lanzamiento regional, realizado el 12 de Noviembre de 2013, el Plan Decenal de Salud Pública es una realidad en Norte de Santander estableciendo la hoja de ruta para la gestión pública, a partir de orientaciones técnicas basadas en Atención Primaria en Salud; Participación Social; Consulta Previa a Grupos Étnicos; Redes intersectoriales a favor de la salud pública; Gestión social del riesgo y Unidad metodológica y flexibilidad para la diferencia que retoma los desafíos de las dinámicas Poblacionales, Ambientales, Sociales y Económicas de la Estrategia PASE A LA EQUIDAD EN SALUD.

La experiencia fue transferida a los municipios durante un ciclo de lanzamientos municipales encabezados por el Alcalde que movilizó la institucionalidad pública y confirmó la voluntad política para la fase de aprestamiento en 36 entidades territoriales tal como se indica:

MUNICIPIO	FECHA LANZAMIENTO	MUNICIPIO	FECHA LANZAMIENTO
Abrego	Julio 8 de 2014	Labateca	Agosto 25 de 2014
Arboledas	Agosto 9 de 2014	Los Patios	Junio 27 de 2014
BOCHALEMA	Septiembre 1 de 2014	Lourdes	Agosto 30 de 2014

Bucarasica	Agosto 23 de 2014	MUTISCUA	Agosto 4 de 2014
Cáchira	Agosto 5 de 2014	Ocaña	Agosto 12 de 2014
CACOTA	Julio 25 de 2014	PAMPLONA	Agosto 14 de 2014
CHINACOTA	Septiembre 5 de 2014	PAMPLONITA	Agosto 2 de 2014
Chitagá	Julio 23 de 2014	Puerto Santander	
Convención	Septiembre 3 de 2014	Ragonvalia	Agosto 8 de 2014
Cúcuta	Abril 28 de 2014	SALAZAR	Septiembre 7 de 2014
Cucutilla	Agosto 14 de 2014	San Calixto	
Durania	Septiembre 6 de 2014	SAN CAYETANO	Agosto 15 de 2014
El Carmen		SANTIAGO	Septiembre 12 de 2014
El Tarra	Agosto 6 de 2014	Sardinata	
El Zulia	Julio 3 de 2014	SILOS	Agosto 5 de 2016
Gramalote	Agosto 1 de 2014	Teorama	
Hacarí		Tibú	Agosto 11 de 2014
Herrán	Agosto 2 de 2014	Toledo	Agosto 24 de 2016
La Esperanza	Agosto 13 de 2014	Villa del Rosario	Septiembre 14 de 2014
La Playa	Septiembre 13 de 2014	Villacaro.	Julio 29 de 2014

Mediante Resolución 0545 de noviembre 27 de 2014 el Gobierno Departamental constituyo el Comité Técnico Intersectorial para la formulación, implementación, monitoreo y evaluación del Plan Territorial de Salud Pública de Norte de Santander. Resolución que está vigente a la fecha y que permitió la articulación intersectorial de los actores allí convocados tal como se relacionan a continuación:

Secretaria General o su delegado	Secretaria de Gobierno o su delegado.
Secretaria Privada o su delegado	Secretaria de Hacienda o su delegado.
Secretaria Privada o su delegado	Secretaria de Vías e Infraestructura o su delegado.
Secretaria de Planeación y Desarrollo Territorial o su delegado	Secretaria de Equidad de la Mujer o su delegado.



Secretaria de Atención Integral a las Víctimas o su delegado	Secretaria de Minas y Energía o su delegado.
Secretaria de tecnologías de la información y Comunicaciones o su delegado	Secretaria de Transito o su delegado.
Secretaria de Agua potable y Saneamiento Básico o su delegado	Secretaria de Vivienda y Medio Ambiente o su delegado
Secretaria de Cultura o su delegado	Secretaria Jurídica o su Delegado
Secretaria de Desarrollo Económico o su delegado.	Instituto Departamental de Salud quien presidirá.
Secretaria de Desarrollo Social o su delegado.	Instituto de Deportes de Norte de Santander INDENORTE o su delegado.
Secretaria de Educación o su delegado	Instituto Financiero de Norte de Santander IFINORTE o su delegado
Secretaria de Fronteras y Cooperación Internacional o su delegado	

De igual manera mediante Resolución 003022 del 29 de agosto el Director del Instituto Departamental de Salud conformo el Equipo Técnico Coordinador Departamental para el Plan Territorial de Salud y se asignan los funcionarios responsables por dimensión y los equipos para la asistencia técnica a los municipios, lo cual permitió hacer la abogacía ante los mandatarios y equipos de las administraciones locales y responsables del sector salud donde se dio a conocer la metodología PASE y la forma de hacer el análisis de las determinantes sociales en salud que concurren al desarrollo y cumplimiento de los objetivos, metas y acciones del Plan Decenal de Salud.

Con el apoyo de estos equipos en el mes de enero de 2016 se dio inicio al proceso de construcción del PTS Departamental tomando como Insumo base el Plan Territorial elaborado en la anterior administración y las recomendaciones hechas por el Ministerio en cuanto al mejoramiento de ese documento. Dado que mediante la Resolución 1536 de 2015 El Ministerio de Salud y Protección Social adopto la metodología PASE a la Equidad y dio a conocer los lineamientos metodológicos, técnicos y operativos los cuales fueron aplicados con rigor en el proceso de construcción colectiva del PTS Departamental.

Por tal razón se planteó el proceso de Articulación interinstitucional con la Secretaria de Planeación Departamental para desarrollar de manera unificada la concertación del Plan de Desarrollo Departamental y del Plan Territorial de Salud del Departamento objetivo que finalmente se logró, el 12 de enero Reunión programada por Planeación Departamental para la coordinación de acciones, taller de inducción para la elaboración del Plan de desarrollo y su articulación con el Plan Territorial de Salud y definición de cronograma de concertación.

MES DE ENERO	MUNICIPIO
25	CUCUTA
27	CHINACOTA
28	CHINACOTA
29	TIBU
30	TIBU
MES DE FEBRERO	MUNICIPIO
1	SALAZAR
2	SALAZAR
3	PAMPLONA
4	PAMPLONA
5	OCAÑA
6	OCAÑA
15	EL ZULIA
16	EL ZULIA
17	VILLA DEL ROSARIO
18	VILLA DEL ROSARIO
19	LOS PATIOS
20	LOS PATIOS

De forma paralela el Instituto Departamental hace el aprestamiento institucional y asesoría a los 40 municipios para la construcción del PTS a fin de que se articulen con los Planes de Desarrollo y se familiaricen con el manejo de la metodología PASE en las fechas y lugares que a continuación relaciono:

Fecha/Hora	Subregión /Municipios
Viernes 26 de febrero 8:00 am – 5:00 p.m.	Occidental: Ocaña, Abrego, Convención, El Carmen, San Calixto, Hacaré, Teorama, La Playa, Cáchira y La Esperanza
Sábado 27 de febrero 8:00 am – 5:00 p.m.	Sur Oriental: Chinacota, Herrán, Durania, Toledo, Labateca, Bochalema y Ragonvalia

Lunes 29 de febrero 8:00 a.m. – 5:00 p.m.	Sur Occidental: Pamplona, Mutiscua, Pamplonita, Chitagá, Silos y Cacota
Martes 1 de marzo 8:00 a.m. – 5:00 p.m.	Subregional Norte: Bucarasica, Sardinata, El Tarra y Tibú Subregional Oriental: Puerto Santander, Cúcuta, Los Patios, El Zulia, Villa del Rosario y San Cayetano.
Martes 2 de marzo 8:00 a.m. – 5:00 p.m.	Subregional Centro: Lourdes, Villa caro, Arboledas, Cucutilla, Santiago, Salazar y Gramalote.

Luego del proceso de concertación se inició el desarrollo de la ruta lógica para la formulación del plan el cual Finalmente fue socializado ante los funcionarios del Instituto Departamental de Salud el día 29 de abril y el día 5 de mayo finalmente se presentó ante el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, luego de los ajustes pertinentes el Plan Territorial de Salud.

Surtidos todos estos trámites se presentó a consideración del Consejo Directivo del Instituto Departamental de Salud dada su condición de entidad descentralizada del orden Departamental con autonomía administrativa y financiera siendo este aprobado por La Junta Directiva del instituto mediante ACUERDO 010 de 2 de junio de 2016” Por medio del cual se aprueba y adopta el Plan Territorial de Salud del Departamento Norte de Santander SALUD PARA LA PROSPERIDAD”.

3. MARCO NORMATIVO

LEY 10 DE 1990” Por la cual se organiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones”

LEY 60 DE 1993 “Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias”

LEY 100 DE 1993 “Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones”

LEY 136 DE 1994 “Por la cual se dictan normas tendientes a modernizar la organización y el funcionamiento de los municipios

LEY 152 DE 1994 “Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo”

LEY 629 DE 2000 “Por medio del cual se aprueba el protocolo de Kioto de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el cambio climático”

LEY 691 DE 2001 “Mediante la cual se reglamenta la participación de los grupos étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia”

LEY 715 DE 2001 “Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud entre otros

COMPES 3375 E 2005 “Política Nacional de sanidad Agropecuaria e inocuidad de alimentos para el sistema de medidas sanitarias y fitosanitarias”

LEY 1098 DE 2006 “Por la cual se expide el Código e Infancia y Adolescencia”

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”

DECRETO 3039 DE 2009 “Plan Nacional de Salud Pública “2007- 2010 Ministerio de Salud y Protección social.

RESOLUCION 425 DE 2008 Guía metodológica para la elaboración del “Plan Nacional de Salud Pública “2007-2010

COMPES 3550 DE 2008 “Lineamientos para la formulación de la política integral de salud ambiental con énfasis en los componentes de calidad del aire, calidad del agua y seguridad química.”

LEY 1384 DE 2010 “por medio de la cual se establecen acciones para la atención integral del cáncer”.

LEY 1392 DE 2010 “De enfermedades Huérfanas”.

LEY 1438 DE 2011 “Por la cual se reforma el SGSSS y se dictan otras disposiciones.

LEY 1448 DE 2011 “**Artículo 6** determina al Ministerio de Salud y Protección Social la obligatoriedad de elaborar un Plan Decenal de Salud”.

LEY 1523 DE 2012 “Por la cual se adopta la política nacional de gestión del riesgo de desastres”

LEY 1562 DE 2012 “Riesgos laborales”.

LEY 1616 DE 2013 “Por la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones”.

LEY 1618 DE 2013 “Por la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad”.

RESOLUCION 1841 DE 2013 “Por medio de la cual se adopta El Plan Decenal de Salud Publica 2012-2021.

LEY 1751 DE 2015 “Por la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”.

RESOLUCION 1536 DE 2015 “Por medio de la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral en salud”.

4. ANALISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

Indicadores de Estructura Demográfica en el Departamento Norte de Santander, Años 2010, 2015, 2020.

Índice Demográfico	Año		
	2010	2015	2020
Población total	1.297.951	1.355.787	1.413.837
Población Masculina	643.893	671.970	700.087
Población femenina	654.058	683.817	713.750
Relación hombres:mujer	98,45	98,27	98
Razón niños:mujer	38	36	35
Índice de infancia	31	28	27
Índice de juventud	27	27	27
Índice de vejez	9	10	12
Índice de envejecimiento	30	37	44
Índice demográfico de dependencia	59,50	54,43	52,41
Índice de dependencia infantil	49,25	43,56	40,39
Índice de dependencia mayores	10,25	10,86	12,02
Índice de Friz	165,75	155,17	141,35

DIMENSIÓN DE SALUD AMBIENTAL

35 Municipios del departamento con presencia del vector *aedes aegypti*, evidenciando municipios Hiperendémicos como Cúcuta, Los Patios y Villa del Rosario, Mesoendémicos los municipios de Ocaña y Tibú, tasa de incidencia acumulada para Dengue en el año 2012 de 403.8 por 100000 habitantes, la letalidad por dengue grave para el Departamento Norte de Santander es de 6.8 % afectando principalmente la población infantil y adulto mayor.

Incremento de las enfermedades de interés en Salud Pública principalmente Enfermedad Diarreica Aguda, el reporte de casos en el Departamento para el año 2013 notificados al SIVIGILA de forma colectiva es de 5.328 reportes y en la notificación individual se reportaron 64.356 casos procedentes principalmente de los municipios de Cúcuta con 68.5%, seguido en un menor porcentaje de Villa del Rosario, Pamplona, Ocaña, Los Patios, Tibú, El Zulia, Convención, Abrego y La Esperanza.

Para el año 2.010 se presentó una tasa de accidentalidad de 16.03 por 100.000 habitantes con 208 muertes registradas y para el año 2012 se reporta una mortalidad de 205 casos, con discapacidad para 516 casos, ubicando los accidentes de tránsito en cuarto lugar como causa externa de Mortalidad, Accidentes de tránsito una de las principales causas externa de Mortalidad. Afectando principalmente en los municipios de Cúcuta, Villa Rosario, Los Patios, Pamplona y Ocaña (fuente ASIS).

El desplazamiento de población principalmente hacia los municipios de Cúcuta, Ocaña, San Calixto, Tibú, Teorama, El Tarra y Sardinata, causa una problemática de Salud Pública ocasionan enfermedades de origen sanitario y ambiental como la enfermedad diarreica aguda, el poli parasitismo, enfermedades transmitidas por alimentos, enfermedades de transmisión vectorial (dengue, Chagas, leishmania, malaria), enfermedades zoonóticas, enfermedades de la piel, respiratorias agudas, entre otras, que afectan principalmente a la población infantil y adultos mayores de 65 años.

Alto Riesgo para la presencia de enfermedad de rabia urbana y silvestre especialmente en los municipios de Cúcuta, área metropolitana, Tibú, Sardinata y Toledo, en razón a que ha tenido un histórico de más de diez años del 20% de su población canina y felina sin vacunar equivalente a 30000 perros y gatos/año,

Intoxicación por plaguicidas en las actividades agrícolas en el sector rural, presentándose una tasa de incidencia de 34,45 por 100000 habitantes (455 casos), principalmente en los municipios de Cúcuta, Ocaña, Hacarí, El Tarra, Abrego, Convención, La Playa, Tibú y Pamplona.

La morbilidad por enfermedades infecciosas y parasitarias en todos los grupos poblacionales con mayor incidencia en niños y niñas menores de cinco años. (Tasa de incidencia de enfermedades infecciosas y parasitarias año 2011: Mayores de 5 años: 11,78%; entre 1 y 4 años: 4,92%; menor a 1 año: 38,93 %) presentándose mayor incidencia de casos en los municipios de Abrego, El Zulia, La Esperanza, Los Patios, Ocaña, Pamplona, Sardinata, Tibú y Villa del Rosario según datos del ASIS.

DIMENSIÓN DE VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES

En el departamento Norte de Santander debido a las malas prácticas de autocuidado, generadas por la falta de educación, inadecuado automanejo de la enfermedad y el bajo acceso a los Alimentos con alto valor nutricional, hace que predominen hábitos de estilos de vida saludables poco favorables, Lo que explica que aumentara la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, 169.5 muertes x 100.000 habitantes, prevalencia de Hipertensión arterial 3.6 en cada 100.000 habitantes y Diabetes Mellitus 1.2 por cada 100.000 habitantes en el año 2013 en los municipios de Cúcuta (917 casos), Ocaña (121), Pamplona (79 casos) villa del rosario (74 casos) y Tibú (63 casos), en el año 2,012., Situación que es agravada por la presencia de los siguiente factores: el sedentarismo influenciado por el uso indiscriminado de la tecnología, obesidad, uso inadecuado del

tiempo libre, deficiente infraestructura de escenarios deportivos, consumo de spa lícito, alto consumo de alimentos calóricos, bajo impacto de los programas de promoción y prevención, factores hereditarios, barreras de accesibilidad y oportunidad en la atención.

Las inadecuadas pautas de crianza frente a prácticas de autocuidado asociados al bajo nivel educativo de la población de estratos bajos y zona rural, hace que se presenten hábitos de higiene oral poco prácticos lo cual aumenta la acumulación de restos alimenticios en las superficies de los dientes, todo ello explica que la caries dental tenga una alta incidencia y prevalencia en menores de 12 años, siendo la 2 y 3 causa de consulta externa con un índice COP de 3.2 para el departamento. Situación que es agravada por la presencia de factores como: inadecuada alimentación con alto contenido de azúcar, deficiente rutina y técnica de higiene bucal, uso de biberones, bajo acceso a los servicios de salud, demanda de servicios de manera tardía, bajo nivel educativo, deficiente intervención de cuidadores y padres de familia en los primeros años de vida de sus hijos.

DIMENSIÓN CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL

En el año 2015 se presentaron intoxicaciones por el uso de sustancias psicoactivas, donde se reportaron 1.275 eventos, con una tasa de consumo en el departamento de 94.04 por 100.000 habitantes (fuente: SIVIGILA 2015) y un estimado de número de personas con abuso dependencia de cualquier sustancia ilícita (marihuana, cocaína y bazuco) de 9.009 representando el 1.28% de la población total del departamento (según el estudio nacional de consumo de la población), dato no cuantificado por municipio, esta situación se presenta en el departamento, pero los eventos se concentran principalmente en: los Municipios de Ocaña, El Tarra, La Playa, Mutiscua, Convención, El Carmen, Sardinata, Silos, San Calixto y Cúcuta (fuente SIVIGILA 2015).

En el departamento Norte de Santander, se presentan diferentes formas de violencia así: Violencia Intrafamiliar 2.567 casos, Fuente: SIVIGILA 2015, con una tasa de 189,3 x100000 habitantes, de igual forma las víctimas por conflicto armado ascienden a 243.643 personas (fuente: RNI Unidad De Víctimas, corte a 1/03/ 2016), finalmente por homicidios se presenta una tasa de 7.5 x100000 hombres (Fuente: ASIS departamental año 2013. Esta situación afecta principalmente a: mujeres y niños en casos de violencia intrafamiliar y víctimas de conflicto armado y en hombres en casos de homicidio, la situación es similar para todo el departamento, pero los eventos se concentran principalmente en: violencia intrafamiliar los municipios de: Ocaña, Bochalema, La Playa, La Esperanza, El Carmen, Lourdes, Pamplona, Cúcuta y Villa del Rosario. (Fuente: SIVIGILA 2015) Para Víctimas de Conflicto Armado: Cúcuta, Tibú, El Tarra, Convención, Teorama, San Calixto y Sardinata (fuente: RNI Unidad De Víctimas, corte a 1/03/ 2016); Homicidio en los municipios de Cúcuta, Área Metropolitana, Ocaña, Tibú fuente: ASIS Departamental 2013.

DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

La prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años en el departamento es de 11% mayor en el género masculino, en donde el grupo más afectado es de 12 a 23 meses (12%), de 48 a 59 meses presentan los mayores índices de riesgo de talla baja con un 24 % y los grupos de edad de 0 a 11, 36-47 y 48-59 meses presentan la menor prevalencia de desnutrición crónica o talla baja para la edad, con un 10%. La afectación en este indicador es la manifestación de períodos prolongados de inanición y dieta insuficiente. Por zona geográfica se identifica que el área rural (11 %) presenta mayor prevalencia, que en el área urbana (10%). La prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años se presenta en todos los municipios del Departamento; con índices superiores o iguales al 10% están (Labateca, Ocaña, Lourdes, Cáchira, Cácuta, Cúcuta, Herrán, Mutiscua, San Cayetano, San Calixto, Villa del Rosario, El Zulia, Gramalote, Pamplona, , Toledo, Villacaro, Bucarasica, Pamplona. Los mayores índices se presentan en los municipios de Bucarasica con 17% y Pamplona con 21%.

Malnutrición obesidad: 10%; sobrepeso 15% para un total de exceso de peso 25%, con incremento de la morbilidad y mortalidad de las enfermedades del sistema circulatorio y metabólico en todos los grupos poblacionales.

Problemática sanitaria relacionada con la producción y comercialización de alimentos en el Departamento, además del ingreso de alimentos de alto riesgo y bebidas de contrabando procedentes de Venezuela sin condiciones adecuadas de transporte, situación presentada históricamente hace que ponga en riesgo la salud de los consumidores.

DIMENSIÓN SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Alta tasa de Mortalidad materna del 51.6 muertes por cada 100000 nacidos vivos en el 2011, principalmente en los municipios de Teorama, La Esperanza, Chitagá, San Calixto, La Playa, Toledo, con tasas que oscilan entre 465 y 1047 muertes por cada 100000 nacidos vivos, de igual forma los municipios Cúcuta, Pamplona y Ocaña registran el mayor número de casos (tasas entre 17 y 133 muertes por cada 100000 nacidos vivos).

En el departamento, existen deficiente prestación de servicios integrales en salud sexual y reproductiva hacia la población de adolescentes y jóvenes, situación que hace que se dé inicio temprano a las relaciones sexuales sin métodos de Planificación Familiar, con seguimiento de patrones culturales del ámbito familiar, lo cual se agrava con la presencia de necesidades básicas insatisfechas y la influencia negativa de medios de comunicación, generando incremento en los embarazos no deseados en adolescentes, que para el año 2013 fue de 23,6%, (Fuente: RUAF-DANE) encontrándose por encima de la meta departamental, la cual es contener en 22.6% la proporción de embarazos en adolescentes; generándose la morbi-mortalidad en adolescentes y jóvenes por su alto riesgo obstétrico. Situación que es agravada por la presencia de los siguientes factores: débil promoción y sensibilización en proyectos de vida con articulación intersectorial (educación, cultura, deporte), toma de decisiones no asertivas, poca adherencia a los programas de promoción y prevención, resistencia a conductas protectoras, alcoholismo y drogadicción.

Incremento de Enfermedades de Transmisión Sexual VIH-Sida y Embarazos en adolescentes en el 2011, principalmente en los municipios de Cúcuta, Abrego, Convención, El Tarra, El Zulia, Los Patios, Ocaña, Pamplona, Puerto Santander, Sardinata, Teorama, Tibú y Villa del Rosario, observando indicadores de indicadores de un 45% de casos de sífilis gestacional diagnosticados y tratados antes de la semana 15, una Tasa de Incidencia de sífilis congénita de $1.7 \times 1000 \text{ NV}$, una Prevalencia de VIH-Sida de $14,3 \times 100.000$ habitantes, no cuantificada las demás ITS, Un 6% en Transmisión materno infantil VIH-Sida, un 4,8% de mujeres gestantes que asistieron al control prenatal y que se practicaron la prueba de VIH y un 24% de embarazos en adolescentes.

DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Se Presenta alta prevalencia en el departamento de Lepra con una tasa de 0.39 por 10.000 habitantes en los Municipios de la Playa (2,35) y Tibú (1,1)

Bajas coberturas de vacunación en 12 municipios del Departamento, de forma acentuada en la regional lo que implica un debilitamiento en los resultados en las políticas de Vacunación. Las deficiencias de la autoridad sanitaria frente a la vigilancia del cumplimiento de coberturas de vacunación de las EAPB y la deficiente oferta institucional relacionada con las intervenciones preventivas, explica que exista población rural en riesgo para los eventos inmunoprevenibles Situación que se agrava por la difícil accesibilidad geográfica, el bajo compromiso intersectorial y baja concienciación de la población

El permanente hacinamiento presentado en la población privada de la libertad que en el departamento hace un 60%, percibiendo el aumento en las tasas de morbilidad por Tuberculosis y Varicela, según registro SIVIGILA para el año 2012 se presentaron 8 casos de Tuberculosis y 13 casos de Varicela, en el centro penitenciario de la ciudad de Cúcuta como principal centro, la situación se ve reforzada por la insuficiente capacidad instalada, y de disponibilidad de centros carcelarios así como la valoración médica no continua de los que ingresan poniendo en alto riesgo de contagio al personal administrativo, población visitante y la comunidad en general. No obstante, la población carcelaria cuenta con un deficiente sistema de salud.

En el departamento de Norte de Santander, la ausencia de política de obligatoriedad de vacunación antirrábica en otras especies animales diferentes a perro y gato, hace que no haya cobertura de vacunación antirrábica en otras especies, lo que explica que la Población del departamento esté en riesgo para rabia por circulación viral y presencia del vector transmisor, principalmente en Toledo, Sardinata, Tibú y Arboledas

DIMENSIÓN DE SALUD PÚBLICA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

El departamento Norte de Santander por encontrarse en el sistema de fallas de la cordillera oriental se ubica en alto grado de la ocurrencia permanente de eventos sísmicos, y de

fenómenos de remoción en masa, lo cual trae consigo la potencial destrucción de infraestructura de bienes y servicios, causando riesgo de morbilidad, mortalidad de toda la población del departamento; los municipios que presentan más riesgo son Herrán, Labateca, Toledo, Cúcuta, Villa del Rosario, El Zulia, Gramalote y Puerto Santander.

En el Departamento existe deficiente disponibilidad de hemocomponentes que permitan para garantizar el suministro seguro, oportuno y suficiente en la atención de la morbilidad asociada y en emergencias, lo cual aumenta la mortalidad en los municipios de mayor densidad poblacional donde están ubicados los bancos de sangre y servicios transfusionales (Cúcuta, Pamplona y Ocaña).

Mortalidad por eventos de alta complejidad asociado a la baja calidad en la atención (acceso, oportunidad, pertinencia, coherencia) debido a la deficiente capacidad de Respuesta de la Red de Prestadores de Servicios de salud del Departamento (baja complejidad: Mediana Complejidad: Alta Complejidad: , asociado al atraso industrial y bajo desarrollo empresarial del departamento, lo que afecta la esperanza de vida de la población y aumenta los costos en salud (Traslado de usuarios a otros departamentos, situación que requiere alianzas estratégicas que garanticen el fortalecimiento de la Red actual como su modernización y la accesibilidad geográfica de la población hacia las misma (mejoramiento de la Red de Vías Terciarias y Secundarias, inversión en Traslado de pacientes a nivel intermunicipal).

DIMENSIÓN SALUD Y ÁMBITO LABORAL

En el Departamento la mayor proporción de población en edad productiva y vulnerable está dedicada a la actividad económica informal, principalmente en las zonas urbana de los Municipios de Cúcuta, Villa del Rosario, Los Patios y Ocaña y en toda la zona rural del Departamento, debido a la baja oferta de empleo como consecuencia de poco desarrollo industrial en la región y su condición fronteriza con Venezuela, reportando el sistema general de riesgos laborales en el año 2015 un total de 10.922 empresas con un total de 139.320 trabajadores vinculados como dependientes y 9.374 como independientes, y una tasa de informalidad de 69.1 % para Cúcuta y área metropolitana.

La falta de organización por actividades de los trabajadores informales, la poca cultura de autocuidado y bajos ingresos, unido a la débil capacidad institucional para llevar acciones de promoción y prevención de riesgos en el entorno laboral a esta población, ha incidido en el deterioro de la salud de estos trabajadores, especialmente por enfermedades de origen laboral y por accidentes de trabajo, que para el departamento representa los mayores índices, las actividades de agricultura, minería ilegal, construcción y manufactura, bajo la premisa de que existe un muy bajo reporte en este grupo de población al no ser atendidos por el sistema general de riesgos laborales. Esta situación se ha venido incrementando en los últimos años paralelamente al incremento de la actividad laboral informal en el departamento, principalmente por la situación política y social de Venezuela y la falta de políticas de empleo.

En el sector rural, los trabajadores, además, tienen restricciones de acceso real a los servicios de salud y por otra parte las condiciones en las que se desarrolla la labor agropecuaria informal, imponen la exposición a múltiples factores de riesgo.

En el sector formal de la economía, los mayores índices de accidentalidad, se presentan en la actividad Económica de la construcción y seguido del sector inmobiliario con un total de 1.018 accidentes laborales calificados, 18 Enfermedades Calificadas como Profesionales de 29 reportadas y 2 muertes por accidentes de trabajo calificadas como profesional de 4 reportadas. Para el sector informal se está implementando en el departamento el reporte a través del SIVIGILA, teniéndose como meta la construcción de la línea base. La ocurrencia de estos eventos están relacionados con trabajo en condiciones laborales y actos inseguros, la falta de seguimiento a los planes de promoción en las empresas, asociado a la debilidad institucional para el seguimiento programas de higiene y seguridad industrial. Se suma a ello, la ausencia de sistemas efectivos de diagnósticos, registros y seguimientos a los accidentes de trabajo y las enfermedades laborales.

DIMENSIÓN TRANSVERSAL GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES

NIÑEZ Y JUVENTUD

En el departamento de Norte de Santander existen ciento cincuenta y un mil trescientos noventa y uno (151.391) niños niñas y niños entre 0 y 5 años, que corresponden al 11,06% de la población total de la entidad territorial (1.367.708), frente a la duración mediana de la lactancia materna total es de 15,5 meses, siendo exclusiva 0,7 meses. Según datos de la RPC, para el año 2014 la duración media de la lactancia materna exclusiva en meses es de 3,10. En el departamento, el porcentaje de los niños y niñas que asisten a programas de atención en la primera infancia es de 29,8%; De ellos, 12,7% van a un hogar comunitario de bienestar, 5,7% a un hogar FAMI; 48,9% a un hogar infantil; 9,7% a un jardín o preescolar oficial; 21,5% a un jardín privado y 1,5% a otros programas.

Actualmente en el departamento de Norte de Santander habitan 374.062 jóvenes, y de ellos 191.126 son Hombres y 182.936 mujeres. Muchos de estos jóvenes están organizados en diversas iniciativas y expresiones de índole cultural, recreativa, ambiental, académica e incluso económica, no obstante, hay varias problemáticas que afectan su sano desarrollo y restringen las opciones de participación real y efectiva la baja participación de los jóvenes en espacios sociales, la cual es generada por el desconocimiento de los lineamientos de la política pública de juventud nacional y departamental en los municipios, el desinterés por parte de un porcentaje de jóvenes para participar en procesos sociales, políticos y la falta de garantías a los jóvenes para el ejercicio pleno de la ciudadanía juvenil en los ámbitos civil, personal, social y público han conllevado al aumento en el consumo de sustancias psicoactivas y conductas delincuenciales en jóvenes del departamento, propiciadas por el uso inadecuado del tiempo libre, el déficit en la construcción de un proyecto de vida por parte de los jóvenes, baja oferta de recreativa y cultural para jóvenes en el departamento, débil orientación y acompañamiento familiar y violencia intrafamiliar Para el caso de Norte de Santander en el 2013, 4.521 adolescentes (15 a 19 años) fueron madres. Ello corresponde al 22,48% del total de 20.108 mujeres que fueron madres en ese año. Esta tasa de embarazo en adolescente 22,48% se encuentra por encima de la nacional 19,5%.

PERSONAS CON DISCAPACIDAD

En el Departamento existen según el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad del DANE, durante los años 2009 a 2014 se han registrado 26688 personas en situación de discapacidad con algún tipo de alteración permanente, de las cuales el 50,2% corresponde a hombres y el 49,7% a mujeres; La alteración permanente más representativa es aquella relacionada con el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas (43,8%), seguida por alteraciones del sistema nervioso (40,1%) y la ceguera parcial

o total (40.6%). La mayoría de los casos corresponden a población perteneciente a los estratos uno y dos, principalmente con ningún nivel educativo o apenas con algún grado de primaria. El 45% de las personas con discapacidad en el Departamento participan rara vez o nunca en actividades de tiempo libre con la familia y de tipo comunal. El 26.7% participan en algún tipo de organización. El 63% de los hombres y el 71% de las mujeres con discapacidad requieren ayuda para sus actividades de la vida diaria, estas dificultades para participar son debidas a barreras actitudinales, de información y comunicación, urbanísticas, arquitectónicas y de transporte y servicios de educación, salud, laboral que aseguren la calidad y disponibilidad de estos servicios. Todas estas barreras impiden potenciar la capacidad creadora, artística e intelectual y que esta población exhiba el desarrollo de su potencial. Lo anterior obedece a una débil gestión del Estado, dado que existe la política pública en discapacidad con incipiente aplicación en el territorio. Los municipios con mayor número de personas caracterizadas en Registro de Localización y caracterización de Personas con Discapacidad son Cúcuta, Ocaña, Tibú, Pamplona, Villa del Rosario, Los Patios, Abrego, Toledo, Chinacota, Cáchira y El Carmen **Fuente:** RLCPD CUBO DE DISCAPACIDAD – MSPS

VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO

El desplazamiento forzado interno constituye en una determinante social que afecta no solo las regiones del Catatumbo y zona Sur del Departamento sino el desarrollo económico y social al igual que a la comunidad en general que ve en ello una violación de los Derechos Humanos, al Derecho Internacional, los derechos constitucionales y legales, pero especialmente a su dignidad. En norte de Santander a 2015 se han registrado un total de 237134 personas en situación de desplazamiento, de las cuales el 50.76% son mujeres; El 24.2% de la población desplazada es menor de 15 años y el 4.2% es población adulta de 65 o más años. El resto de población está en edad productiva lo cual incide directamente en la capacidad laboral y el sostenimiento de los hogares de los cuales son responsables, siendo un factor que sin duda viene contribuyendo al aumento del desempleo en el departamento, la principal causa de desplazamiento en el departamento es el conflicto armado y la usurpación ilegal de predios por parte de los grupos armados para cultivos ilegales. Los municipios receptores de población desplazada principalmente son Cúcuta y su área metropolitana, Tibú, Ocaña, San Calixto y Teorama, entre otros.

ADULTO MAYOR

El Departamento cuenta con 141.057 personas mayores de 60 años, grupo poblacional que en el período 2005 – 2015 registra tendencia en aumento, de los cuales 65.383 son hombres que corresponde al 46,35% y 75.674 mujeres correspondiente al 53,65% del total de la población, predominando la población femenina. Esta situación refleja en el índice de envejecimiento para el 2015 se proyecta un crecimiento de la población mayor en un 3.51% y del 3.76% para el 2020 (Fuente: DANE- Estimaciones conciliación censal 1985-2005 y Proyecciones 2005-2020). En el Departamento Norte de Santander y el país, el envejecimiento demográfico se debe en gran parte al desarrollo científico y tecnológico, al mejoramiento del saneamiento básico de las condiciones de salud de la población, que se

evidencian en aumentos importantes en la esperanza de vida al nacer y por ende en la sobrevivencia de la población mayor de 60 años. Es así como para el periodo, comprendido entre el 2010 y el 2015 es de 75 años para ambos sexos, siendo para los hombres de 72.1 años y para las mujeres de 78.5. Igualmente el índice de dependencia es de 17.76%; la proporción de la población mayor de 60 años para el año 2015 es del 10.40%. En la actualidad las EAPB, las ESES y las IPS, no cuentan con un modelo de atención integral al anciano, las tres primeras causas de morbilidad que más afectan la población adulta son condiciones transmisibles y nutricionales, enfermedades no transmisibles y con respecto a las tres primeras causas de mortalidad que se tienen son la enfermedad isquémica del corazón, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y enfermedades cerebrovasculares **Fuente:** DANE: REGISTRO DE ESTADÍSTICAS VITALES – ASIS IDS en el Departamento solo el 48% de la población adulta mayor accede a pensión, lo cual los lleva a la necesidad de tener que continuar laborando pese a haber cumplido la edad, enfrentándose a un aumento de exclusión laboral y social en esta etapa de la vida, por tanto se hace evidente el alto nivel de vulnerabilidades de este grupo poblacional

GENERO.

Llama la atención que en Norte de Santander se presentan diferentes tipos de violencias contra las mujeres y comunidad LGTBI, tales como las violencias contra las mujeres víctimas del conflicto armado que se vive en el país y contra las mujeres líderes que luchan por el reconocimiento de los derechos de las víctimas que ha dejado el conflicto en nuestro Departamento. De igual manera se presentan situaciones preocupantes en torno al aumento de los casos de violencia callejera contra las mujeres en el Área Metropolitana de Cúcuta, los efectos que produce la violencia económica o patrimonial contra las mujeres; así como los datos preocupantes de violencia intrafamiliar, conyugal y sexual que ellas padecen de manera cotidiana. Según datos de la Dirección Seccional de Fiscalías de Norte de Santander, en el Departamento se pasó de tener 935 casos denunciados de violencia hacia la mujer en el año 2011 a 1708 casos denunciados en el año 2015. De igual manera, se

ETNIAS

En el área rural de los municipios de Toledo y Chitaga se ubica la Etnia de los Uwas con una población 1070 correspondiente al 27.7%, Toledo con una población de 635 personas equivalente al (20.71%) y Chitagá con una población de 435 personas equivalente al (6.9%) Administrativamente está organizado por ASOCIACIÓN DE AUTORIDADES TRADICIONALES Y CABILDOS U'WA (ASOU'WA) la representación político-administrativo de 7 comunidades indígenas pertenecientes del departamento Norte de Santander que conforma actual Resguardo Indígena Unido U'wa con una extensión aproximada de 220.275 hectáreas. La comunidad Barí está organizada en dos resguardos: el Motilón-Barí del que hacen parte 18 comunidades en los municipios de El Carmen, Convención y Teorama y el resguardo Catalaura en los municipios de El Tarra y Tibú con cinco comunidades. Se estima una población cercana a los 1400 indígenas. Donde el común denominador son las barreras de acceso a los servicios de salud, dado que no cuentan con un modelo intercultural de atención en salud, además existen barreras de

accesibilidad geográficas generadas por falta de vías terrestres y fluviales, limitaciones de acceso a servicios básicos, falta de agua potable, condiciones de hábitat y entornos saludables poco eficientes y constantes conflictos por la tenencia de tierras para el cultivo de alimentos. Todo lo anterior obedece a la poca gestión y presencia del estado en el área de los resguardos que generalmente es rural, lo cual se ve reflejado en el aumento de la morbilidad y discapacidad evitable, los eventos de interés de salud pública más usuales son : complicaciones relacionadas con el embarazo, condiciones precarias en las viviendas y deficiencias alimenticias (desnutrición); desnutrición infantil, el embarazo terminado en aborto provocado por falta de educación para la prevención de la maternidad; neumonías, bronconeumonías y asma; infecciones intestinales e insuficiencia cardíaca, aumento de los índices de mortalidad infantil (8,3%) , incremento en la incidencia de TBC, mortalidad materna, el consumo cultural de SPA el cual incrementa los casos de violencia sexual violencia de género, maltrato infantil (Las principales causas de mortalidad en esta comunidad se presenta por Enfermedades Transmisibles, Neoplasias, Enfermedades del Sistema Circulatorio, Infecciones Originadas en el Período Perinatal y Causas Externas)

Fuente: DANE – Estadísticas Vitales.

EL pueblo Room tiene una escasa participación en proyectos productivos y no se valora y fomenta el trabajo tradicional, se hace necesario el fortalecimiento organizacional, con la realización de un censo y una caracterización que permita determinar cuáles son sus necesidades y expectativas reales para lo cual han conformado la creación de una Kumpania para su representación a nivel gubernamental

DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD

El Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander como entidad descentralizada con autonomía administrativa y financiera del orden departamental creado mediante Ordenanza Nro. 018 del 18 de Julio de 2003 viene contribuyendo a crear condiciones de acceso de la población a los servicios de salud, como un derecho a cargo del estado y a mejorar y mantener la calidad de vida de los habitantes del Departamento, mediante la dirección, coordinación, asesoría, vigilancia y control de los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud, de tal forma que los servicios se presten con criterios de equidad, integridad, participación, eficiencia, oportunidad, calidad y acoge los lineamientos nacionales y en su carácter de autoridad sanitaria desarrolla y gestiona el conocimiento científico en salud para contribuir a mejorar las condiciones colectivas de salud de las personas, realizar investigación científica básica y aplicada en salud, la vigilancia y seguridad sanitaria en los temas por competencias y actuar como laboratorio de referencia Departamental y coordinador de la red de laboratorios, haciendo el control de calidad de los laboratorios que realizan pruebas para el diagnóstico de eventos de interés en salud pública.



De acuerdo al último corte de información a 31 de diciembre de 2015 Norte de Santander presentó una cobertura promedio de afiliación al régimen subsidiado de 94,7% en sus 40 Municipios, faltando por afiliar el 5.3% de la población elegible niveles 1 y 2 del SISBEN

El Departamento cuenta con un sistema de información SIVIGILA para el seguimiento y notificación oportuna de los eventos de interés en salud pública y es el encargado de operar y actualizar la red de vigilancia con cada una de sus Unidades Notificadoras Municipales (UNM) y las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) que corresponde a todas las IPS públicas y privadas que este en el departamento

El instituto viene desarrollando el fortalecimiento de la vigilancia en salud pública de los eventos de notificación obligatoria, las enfermedades transmitidas por alimentos, las enfermedades crónicas no transmisibles, determinantes de los sistemas de locales para el monitoreo y seguimiento de eventos en salud mental, de las diferentes formas de violencia y consumo de sustancias psicoactivas, de otra parte, se requiere desarrollar la capacidad y evaluación municipal a través de seguimiento por parte de los enfermeros regionales situados en los 6 puntos establecidos por la red de Vigilancia. El Laboratorio de Salud Pública en cabeza de la Red Departamental de Laboratorios vigila la calidad de los exámenes de diagnóstico de eventos de interés en salud pública a través de evaluaciones de desempeño directa e indirecta, visitas de monitoreo, asesoría y asistencia técnica a los laboratorios de la red pública y privada habilitados que están inscritos en control de calidad, realiza el diagnóstico en apoyo a la vigilancia de enfermedades inmunoprevenibles.

En Norte de Santander se encuentran habilitadas 482 instituciones prestadoras de servicios de salud, de las cuales el 72.8% pertenecen a la red privada, y el porcentaje restante a la red pública. El 83.2% de las IPS públicas son de primer nivel de atención. La ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, es la institución con mayor nivel de complejidad ubicada en la ciudad de Cúcuta, siendo la principal entidad de referencia en todo el Departamento.

Para la vigencia 2015, en toda la red de servicios existía una disponibilidad de 1.5 camas por cada 1000 habitantes. Se cuenta con un total de 137 ambulancias, de las cuales 20 son medicalizadas. La disponibilidad de ambulancia es de 1 por cada 10000 habitantes.

El Instituto Departamental de Salud a través del grupo de vigilancia y control habilita y verifican la red pública y privada de prestación de servicios de salud del Departamento en cumplimiento al sistema obligatorio de garantía de la calidad S.O.G.C., vigilancia a EAPB para garantizar el cumplimiento de sus competencias en el ente territorial, contratación de la red pública y privada para la prestación de servicios de salud a la población.

RED PRESTADORA

131 IPS PÚBLICAS 356 IPS PRIVADAS 884 INDEPENDIENTES

10 EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DEPARTAMENTALES

1 de mediana-alta complejidad.

2 de mediana complejidad general.

- 1 Especializada en salud mental.
- 1 Especializada en Rehabilitación.
- 5 de baja complejidad

6 EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO MUNICIPALES

IMSALUD.

Jorge Cristo Sahium

Juan Luis Londoño

Joaquín E. Escobar

Isabel Celis

Hospital Local Los Patios.

5. RESULTADOS DE LA PRIORIZACIÓN DE LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN AFILIADA A LAS EPS, DEMÁS EAPB Y ARL

Como esta descrito la caracterización de la población de las EPS, en el Artículo 14 de la Resolución 1536 de 2015; es una metodología de análisis de identificación de los riesgos, características y circunstancias individuales de salud de la población, arrojando priorización de los problemas, respuesta en la atención con la programación de intervenciones para dar como resultado la gestión de la planeación anual de salud de las EPS, que mediante el instrumento **COMPONENTE ESTRATEGICO OPERATIVO DE LAS EPS (CEO DE LAS EPS)**, diseñado por el Ministerio de Salud y Protección Social, donde las EPS programan por cada Departamento y Municipio las acciones conjuntas como intervenciones, estrategias, logros e indicadores, que realizará por cada una de las prioridades identificadas en su caracterización poblacional, articuladas al Plan Territorial de Salud, para prevenir y mitigar los riesgos identificados, y su resultado será el cumplimiento de los logros concertados en los indicadores según el grupo de riesgo.

PRIORIDADES DEPARTAMENTAL DE LAS EPS					
EPS	PRIORIDAD 1	PRIORIDAD 2	PRIORIDAD 3	PRIORIDAD 4	PRIORIDAD 5
ECOOPSOS - ENTIDAD COOPERATIVA SOLIDADARIA DE SALUD ECOOPSOS ESS EPS-S	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico. Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio	Cáncer. Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer	Materno perinatal Tasa de mortalidad infantil por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	IRA. Tasa ajustada de mortalidad por infecciones respiratorias agudas	Sin Grupo de Riesgo. Costo total para la EAPB por la primera patología de alto costo

CAFESALUD EPS	De transmisión sexual Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH/Sida	Inmuno-prevenibles Tasa ajustada de mortalidad por tuberculosis	Cáncer Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la próstata	Sin Grupo de Riesgo Costo total para la EAPB por la primera patología de alto costo	Sin Grupo de Riesgo Costo total para la EAPB por la tercera patología de alto costo
COMFAORIENTE	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico. Tasa Ajustada De Mortalidad Por Enfermedades Del Sistema Circulatorio	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico. Tasa Ajustada De Años De Vida Potencialmente Perdidos Por Enfermedades Del Sistema Circulatorio	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico. Tasa Ajustada De Mortalidad Por Enfermedades Isquémicas Del Corazón	IRA. Tasa De Mortalidad Por Ira En Menores De 5 Años	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico. Tasa Ajustada De Mortalidad Por Diabetes Mellitus
COOSALUD	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico, Tasa ajustada de mortalidad por las demás enfermedades del sistema circulatorio	Sin Grupo de Riesgo. Tasa ajustada de mortalidad por apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	Materno perinatal. Tasa de mortalidad infantil por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Materno perinatal, Porcentaje de gestantes que reciben consejería de lactancia materna	Sin Grupo de Riesgo. Tasa ajustada de mortalidad por apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal
NUEVA EPS	Sin Grupo De Riesgo. Costo Total para la EPSP por la tercera Patología de Alto Costo	IRA. Letalidad de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)	Transmitidas Por Vectores. Letalidad de Dengue Grave	Cáncer. Tasa de Mortalidad por Tumor Maligno de la Próstata	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico. Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 A 69 años
COMPARTA - COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA COMPARTA EPS S	Materno perinatal. Tasa ajustada de mortalidad por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	Cáncer. Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico. Tasa ajustada de mortalidad por Diabetes Mellitus	IRA. Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años	Cáncer. Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer
ASMET SALUD	Materno perinatal. Razón De Mortalidad Materna	Materno Perinatal. Tasa Ajustada de Mortalidad por Embarazo, Parto y Puerperio	Cáncer. Tasa Ajustada de Mortalidad por Tumor Maligno del Cuello del Útero	Inmuno-Prevenibles. Tasa Ajustada de Mortalidad por Tuberculosis	Otras. Tasa Ajustada de Mortalidad por Septicemia, excepto Neonatal
SALUD VIDA	Sin Grupo de Riesgo Tasa de Mortalidad Perinatal	De Transmisión Sexual. Tasa Ajustada de Mortalidad por Enfermedad por el VIH/SIDA	Cáncer. Tasa Ajustada de Mortalidad por Tumor Maligno de la Próstata	Cáncer. Tasa Ajustada de Mortalidad por Tumor Maligno del Estómago	Alteraciones Nutricionales. Tasa Ajustada de Mortalidad por Deficiencias Nutricionales y Anemias Nutricionales
COOMEVA	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico.	En Adultos.	De Transmisión Sexual. Tasa Ajustada de Mortalidad por	Materno Perinatal. Tasa Ajustada de Años de Vida	Cáncer.

	Tasa Ajustada de Años de Vida Potencialmente Perdidos por Enfermedades del Sistema Circulatorio	Tasa Ajustada de Años de Vida Potencialmente Perdidos por Enfermedades Transmisibles	Enfermedad por el VIH/Sida	Potencialmente Perdidos por ciertas Afecciones Originadas en el Periodo Perinatal	Tasa Ajustada de Años de Vida Potencialmente Perdidos por Neoplasias
EPS SANITAS	Materno Perinatal Tasa de Mortalidad por Ciertas Afecciones Originadas en el Periodo Perinatal.	Materno Perinatal Tasa de Mortalidad Infantil por Malformaciones Congénitas, deformidades y Anomalías Cromosómicas.	IRA. Tasa Ajustada de Mortalidad por Infecciones Respiratorias Agudas.	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico. Tasa Ajustada de Mortalidad por Enfermedades Del Sistema Nervioso, excepto Meningitis.	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico. Tasa Ajustada de Mortalidad por las demás Enfermedades del Sistema Circulatorio.
ECOPETROL S.A.	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico. Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades hipertensivas	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico. Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	Sin Grupo de Riesgo. Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de sustitución o reemplazo renal	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico. Prevalencia de Diabetes Mellitus en personas de 18 a 69 años	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico. Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años

La Entidad Territorial de Salud Departamental de Norte de Santander, bajo el principio de complementariedad y concurrencia definidos en la Ley 1438 de 2011, y en el cumplimiento de la Resolución 1536 de 2015 en su Artículo 16, y de conocer las condiciones de riesgo en salud de la población afiliada, contribuyendo a la armonización del Plan territorial de Salud enmarcados en la metas del Plan Decenal de Salud Pública, realizo mesas de trabajo para la concertación con las EPS, de logros e intervenciones de las acciones a realizar según priorización de la caracterización de la población.

Dentro de la agenda desarrollada con cada uno de los representantes se ejecutó:

1. Socialización de los resultados de la caracterización de la población.
2. Socialización del CEO por parte del referente de la EAPB al Ente Territorial.
3. Análisis y revisión de componente estratégico operativo con respecto al comportamiento en salud de la población de la EPS y departamento Norte de Santander.
4. Concertación de logros esperados, según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.
5. Registro en plantilla CEO con datos definitivos de EAPB concertada.



Se logró concertar el 70% de las Empresas Administradoras de planes de beneficios que entregaron CEO al Ministerio de Salud y Protección Social de las cuales el 15% de las EPS ya no se encuentran operando en el departamento y cedieron su población a las diferentes EAPB con las que se concertó y se consiguió incluir la población dentro de la evaluación que medirán los indicadores concertados y el 25% corresponde a EPS con aseguramiento por movilidad dentro del departamento con menos de un 0,1% de aseguramiento del departamento. Dentro de lo negociación se alcanzó a re direccionar algunas de las intervenciones, indicadores e incremento de logros acordes al comportamiento del riesgo de la EPS, y municipios y ASIS Departamental, integrando las metas estratégicas del plan territorial de salud en cada una de las dimensiones, en el componente sectorial, como en los objetivos sanitarios, bajo la línea operativa de gestión de riesgo en salud.

A continuación, se relacionan las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios con CEO de acuerdo a la población asegurada en el Departamento:

EAPB	Porcentaje cobertura de aseguramiento para el Departamento
EPS Concertadas	70,2%
EPS con población cedida sin operación en el departamento	27,7
EPS con población en movilidad	0,1%
EPS sin CEO ni concertación	2%

El 2% de EPS sin CEO corresponden a entidades que no radicaron CEO en el Ministerio y hacen parte de medicina prepagada.

6 CONFIGURACIÓN ACTUAL

RESUMEN DE TENSIONES POR DIMENSION

DIMENSIONES PDSP	NUMERO DE TENSIONES
DIMENSION SALUD AMBIENTAL	7
DIMENSION VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES	4
DIMENSION CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL	2
DIMENSION SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL	3
DIMENSION SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	3
DIMENSION VIDA SALUDABLE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	5
DIMENSION SALUD PUBLICA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES	2
DIMENSION SALUD Y AMBITO LABORAL	2
DIMENSION TRANSVERSAL GESTION DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES	3
DIMENSION TRANSVERSAL FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA	1
TOTALES	32

6.1 TENSION DIMENSION TRANSVERSAL DE AUTORIDAD SANITARIA

En la actualidad el departamento Norte de Santander cuenta con una cobertura al SGSSS del 94,7% y una PPNA de 40.600 personas, de acuerdo a la información suministrada por el MSPS a diciembre de 2015, que demandan servicios de promoción y prevención,

tratamiento y rehabilitación que en la mayoría de los casos son costeados por el Instituto Departamental de Salud, La prestación de servicios a la población pobre no asegurada presenta limitaciones de oferta en la red prestadora de servicios especializados, en el territorio, lo que implica el compromiso y gestión de las ESE regionales en disponer de más y mejores servicios, su capacidad resolutive y permitan a la comunidad poder acceder a ellos en condiciones de oportunidad y calidad, el ejercicio de la Autoridad Sanitaria se ha visto afectado debido a los constantes cambios normativos y estructurales en la política pública de salud, lo que conlleva a un limitado desarrollo de acciones por el gran cumulo de responsabilidades asignadas, dadas las precarias condiciones presupuestales que impiden el nombramiento de personal de planta para asumir estas responsabilidades, de igual manera, el precario flujo de recursos entre las EAPB y la red pública departamental por la prestación de los servicios de salud de sus afiliados, ha venido afectando la sostenibilidad y el equilibrio financiero de las ESE, que se refleja en una oferta de servicios deficiente que no permite garantizar el acceso al sistema y a la prestación de los servicios de salud con equidad, calidad, eficiencia y oportunidad y en el deterioro de la infraestructura y dotación de equipos médicos en las diferentes IPS de la red pública; el no flujo de recursos y los deficientes mecanismos de saneamiento fiscal y financiero ha impedido que las ESE desarrollen inversiones en construcción, mantenimiento y dotación de equipos médicos y mobiliario hospitalario en las diferentes IPS que conforman la red pública, por lo que se hace necesario mejorar los procesos de vigilancia y seguimiento a los pagos por parte de las EAPB y fortalecer acciones de inspección, vigilancia y control por parte de la SNS y desarrollar un mecanismo de saneamiento fiscal y financiero para las ESE como parte de una política pública de estabilización del sistema. Así mismo, las barreras en los procesos de inspección, vigilancia y control al SGSSS, especialmente a los aseguradores EAPB, derivados de la deficiente rectoría administrativa debido a la limitada capacidad sancionatoria de los entes territoriales en el marco de garantía de derechos de la población, ha permitido el aumento de la mortalidad, morbilidad y discapacidad evitable en el Departamento, en Norte de Santander se encuentran habilitadas 482 instituciones prestadoras de servicios de salud, de las cuales el 72.8% pertenecen a la red privada, y el 27.2% restante a la red pública, el 83.2% de las IPS públicas son de primer nivel de atención, el Departamento cuenta con dos ESE de segundo nivel de atención, La ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, es la institución con mayor nivel de complejidad y está ubicada en la ciudad de Cúcuta, siendo la principal entidad de referencia en todo el Departamento por lo que la escasa implementación y uso adecuado de las TIC hace que haya altas remisiones de pacientes de todo el Departamento y que se aumenten los riesgos en salud, aunado a la no toma de decisiones por parte de los médicos del servicio social obligatorio que se encuentran en las diferentes IPS, debido a las deficientes acciones de promoción y prevención, especialmente en controles de embarazo que les impide realizar un diagnóstico acertado a la hora del parto y son remitidos como embarazo de alto riesgo, lo que hace evidente la necesidad de implementar y desarrollar estrategias como el Modelo



Integral de Atención en Salud en la red pública del departamento, definir Rutas Integrales de Atención en Salud, al igual que la puesta en marcha de la gestión integral del riesgo en salud para facilitar al usuario acceder a un servicio más humano, oportuno, eficaz y eficiente.

La población rural del departamento equivale al 22% del total de la población y presenta dificultades en accesibilidad a los servicios de salud de segundo y tercer nivel de atención y a las enfermedades de alto costo, así mismo, la dificultad institucional para la accesibilidad a la población rural dispersa del departamento, no permite garantizar la vigilancia a los eventos de interés en salud pública incrementándose la morbilidad y mortalidad por lo que requiere fortalecer la infraestructura vial, la red prestadora de servicios de salud y la inspección, vigilancia y control en la garantía de los derechos del paciente. La red prestadora deberá implementar equipos funcionales de atención primaria y las entidades territoriales fortalecer los equipos de vigilancia epidemiológica comunitaria al igual que las EAPB de manera individual. La dinámica migratoria del departamento de Norte de Santander por su condición fronteriza, los problemas de orden político en el vecino país y el tránsito ilegal de extranjeros, conlleva al aumento del riesgo de presentar eventos de interés en salud pública, lo cual implica que se debe fortalecer el sistema de vigilancia en salud pública para los eventos de interés internacional. No obstante se cuenta con acciones liberadoras tales como la implementación por el nivel nacional de los Módulos de Sistema de Información de la Protección Social SISPRO que permite la estandarización de datos y disponibilidad, de información, además la política de las TIC emitidas por el Ministerio que contribuyen a disponibilidad de información en la Web y protocolo de intercambios de información electrónica, el Plan Bienal para inversión en infraestructura y dotación los cuales han contribuido al mejoramiento en cuanto calidad, oportunidad y eficacia en la prestación de servicios, **con Implicaciones:** como altos costos sociales, administrativos, desgaste por duplicidad de acciones, limitada optimización de recursos y respuesta inadecuada e inoportuna a las necesidades de atención en salud de la población del departamento, situación que se refleja en años de vida potencial perdidos, bajo rendimiento académico y baja productividad de la población del departamento.



Gobernación de Norte de Santander



Instituto Departamental de Salud Norte de Santander

CONFIGURACIÓN ACTUAL DEL TERRITORIO Y METAFORA



6.2 METAFORA ESTADO ACTUAL

La espacialización de tensiones en la geografía del Departamento Norte de Santander nos ha permitido visibilizar cuatro racimos que coinciden con las mayores concentraciones urbanas y la mayor demanda de eventos de interés en salud pública, estos son: Cúcuta y su área metropolitana junto a la subregión suroriental, Ocaña, Pamplona y Tibú, marcando una tendencia de los nexos concentrada en Cúcuta y su área metropolitana, por ser allí donde se concentra la actividad político-administrativa y de servicios y entorno a ella la red prestadora de servicios en salud y por ende el mayor número de eventos en salud.

La identificación de los racimos y los nexos nos permite asociar la gráfica a un cuerpo que sostiene dos alas, por esta razón simbolizamos nuestra metáfora del estado actual con una ave de la región que además nos identifica en el país por su connotación regional, este es el ave denominada (Yellow-Backed Oriole) comúnmente llamado “TOCHE”, cuyo cuerpo y cabeza se ubican sobre el nexo más fuerte Ocaña-Cúcuta y sus alas cubren a la provincia de Pamplona y sur del Departamento por un costado, y por el otro Tibú y la zona norte del Departamento, cuyo vuelo va dirigido a la zona de frontera ratificando la dependencia socio económica donde se destacan 5 ejes que definen las condiciones de salud de nuestro departamento.

Primer eje:

Tiene que ver con la débil infraestructura sanitaria y de servicios públicos especialmente en zonas rurales y áreas periféricas de los centros urbanos situación que, sumada a las malas prácticas de autocuidado y estilos de vida saludables, generan un incremento en las tasas de enfermedades transmisibles e infecciosas.

Segundo eje:

La presencia del conflicto armado ubicado especialmente en diferentes zonas rurales del departamento, la existencia de grupos al margen de la Ley y de cultivos ilícitos, ha traído como consecuencia el desplazamiento forzado de la población, ha intensificado los asentamientos sub normales en zonas de alto riesgo y periféricas de las principales zonas urbanas acentuando el aumento de población con NBI, sobrepasando en algunos la capacidad de respuesta institucional para la atención integral de las víctimas del conflicto armado.

Tercer eje:

La dinámica fronteriza, asociada a la situación política, socio-económica y comercial con la República Bolivariana de Venezuela, ha generado un estado de inestabilidad económica, social y sanitaria en la región, pues es innegable que nuestro proceso de desarrollo va íntimamente ligado a la dependencia de la relación costo-beneficio de la balanza cambiaria.

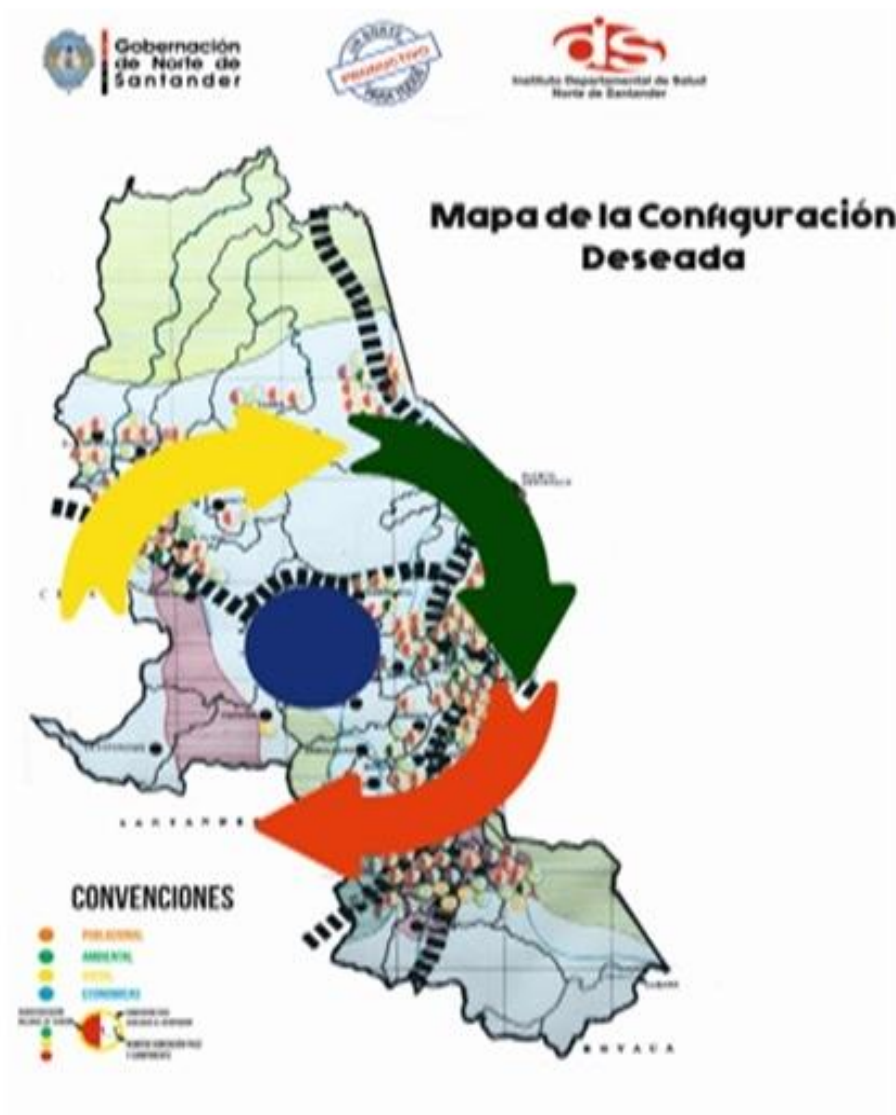
Cuarto eje

La deficiente infraestructura vial limita la oportunidad de comercialización de alimentos y se convierte en una barrera de acceso de los pobladores del sector rural a los servicios de salud y a la oferta de alimentos, al igual que la poca adherencia a los programas de prevención vial, ha dado como resultado el aumento de la morbilidad y discapacidad evitables.

Quinto eje

Debido a la transectorialidad de estos ejes y a su incidencia en las condiciones de la salud de los Norte Santandereanos, su intervención se hace necesaria para buscar la equidad en la exigencia de los derechos de la salud y mejorar la oportunidad, calidad y efectividad en el servicio.

5.1. CONFIGURACION DESFADA



El giro de 180 grados que emprende el Pájaro “Toche” (*Yellow-Baked-Oriole*) hacia el interior del país dejando de un lado la dependencia económica de la relaciones comerciales con Venezuela tiene que ver con una serie de consideraciones de orden Socio- económicas y de política internacional que repercuten de manera directa en la población de la región pues debido a los recientes acontecimientos como el cierre fronterizo y a las relaciones diplomáticas no tan claras, todo ello ha generado incertidumbre económica y desestabilización laboral motivo por el cual la única alternativa válida ha sido la aplicación de un nuevo modelo de desarrollo económico que como eje estructurante facilite el desarrollo entorno a el de acciones que mejoren los aspectos poblacional, social y ambiental del departamento.

Por tal razón la gráfica plantea una serie de flechas que siguen un patrón circular y que por sus colores representan las dimensiones, ambiental social y poblacional girando en torno a un eje que representa la dimensión económica, sobre la geografía departamental y de su afectación el desarrollo regional haciendo énfasis en el impacto en la salud de los diferentes grupos poblacionales. Marcando una relación e interacción más estrecha con el interior del país que propone el mejoramiento de los determinantes sociales que afectan el desarrollo de la equidad en la salud.

Metáfora deseada



5.1.1. Texto de la metáfora deseada

La espacialización de las tensiones transformadas en el Departamento Norte de Santander, la configuración deseada se presenta por el (Yellow-Baked-Oriole) conocido en la región como “TOCHE” el cual orienta su vuelo al interior del país como presagio de cabio, del abandono de la dependencia económica, social y poblacional del vecino país, el fortalecimiento de los nexos con el interior del país a través de un nuevo modelo de desarrollo endógeno, proyectado y desarrollado en el Plan de Desarrollo 2016-2019 “ UN NORTE PRODUCTIVO PARA TODOS” donde se promovió el enfoque transectorial de la salud y el abordaje de las determinantes sociales que afectan la salud y el fortalecimiento de la rectoría en los procesos de control y vigilancia facilitando la humanización de los servicios y goce efectivo del derecho a la salud.

La transformación deseada es producto de la intervención y transformación de los ejes estructurantes, los cuales definieron nuestra visión de salud.

Primer Eje:

El fortalecimiento de la infraestructura sanitaria y de servicios públicos ha logrado disminuir el índice de morbilidad materna y perinatal, enfermedades de origen hídrico y enfermedades transmisibles.

Segundo Eje:

En el advenimiento de la paz, el departamento pudo desarrollar todo su potencial económico y la institucionalidad hizo presencia en las subregionales y facilitó el control de cultivos ilícitos y producción de estupefacientes, lo cual significó el mejoramiento en las condiciones de hábitat y de salud con el enfoque etnocultural de las comunidades U’wa y Motilón Bary; de la misma manera mejoran las condiciones de convivencia pacífica, reducción de homicidios, desplazamiento forzado y carga de las enfermedades asociadas a problemas de convivencia, salud mental, TB e ITS

Tercer Eje:

El restablecimiento de las relaciones comerciales con el gobierno de la república bolivariana de Venezuela, ha permitido el desarrollo de comercio organizado y controlado. El nuevo modelo de desarrollo indígena ha permitido generar nuevas ofertas de trabajo, mejora las condiciones de salud laboral, el mejoramiento nutricional, control de consumo de alucinógeno y del comercio sexual.

Cuarto Eje:

Las buenas condiciones de la red vial, facilita la integración de las subregiones y permite la apertura de nuevos mercados, al igual que elimina las barreras de acceso a los servicios de salud, esto genera nuevas oportunidades laborales, estabilidad laboral, mejoramiento de los ingresos familiares y de las condiciones nutricionales; la aplicación y exigencia de cumplimiento del Código Nacional de Tránsito por las autoridades competentes permite disminuir los altos índices de Morbilidad y Discapacidad evitable.

Quinto Eje:

Con la implementación y desarrollo del modelo integral de atención en Salud en la red pública del departamento, la definición de rutas integrales de atención en salud y la puesta en marcha de la gestión integral del riesgo en salud permitirán al usuario acceder a un servicio más humano, oportuno, eficaz y eficiente que garantice el goce efectivo del derecho a la salud, así mismo se han fortalecido la rectoría en los procesos de inspección, vigilancia y control al SGSSS.

5.1.2. Ejes estructurantes deseados (Desafíos/Prioridades)

1 DIMENSIÓN AMBIENTAL:

En el Departamento Norte de Santander, el fortalecimiento de la infraestructura sanitaria y de servicios públicos, ha permitido el mejoramiento y el acceso oportuno a estos servicios, evidenciándose el favorecimiento de zonas rurales y sectores periféricos de centros urbanos en la priorización de la inversión de los recursos de agua potable y saneamiento básico, con lo cual se ha podido superar los índices de morbilidad por enfermedades de origen hídrico y enfermedades transmisibles.

2: EJE ESTRUCTURANTE SOCIAL:

Con la Firma del acuerdo de PAZ se ha podido superar las limitantes de movilidad y presencia institucional en todas las regiones del departamento, por lo cual el desarrollo económico, social y cultural de la población ha tenido un impacto positivo y facilitó el control y erradicación de cultivos ilícitos y reducción en la producción de estupefacientes, especialmente en zonas rurales altamente productivas como son el Catatumbo y la zona sur del Departamento. Esta situación fomentó la garantía de los derechos de los resguardos indígenas Motilón Barí y U'wa, mejorando sus condiciones de hábitat y salud con enfoque etnocultural. El desarrollo de las actividades de exploración y explotación de hidrocarburos de forma ambientalmente responsable en estas mismas zonas ha favorecido el crecimiento económico regional, la estabilidad y la apertura de nuevas opciones laborales, esto se refleja en mejores condiciones de convivencia pacífica, reducción de homicidios, desplazamientos forzados (hechos victimizantes) y carga de enfermedades asociadas a problemas de convivencia y salud mental, afectación psicosocial, TB e ITS.

3: EJE ESTRUCTURANTE ECONÓMICO:

El restablecimiento de las relaciones comerciales con el gobierno de la República Bolivariana de Venezuela, ha permitido el desarrollo de una actividad económica formal, organizada y controlada por las autoridades de ambos estados; el fortalecimiento de la actividad económica al interior del Departamento ha facilitado un nuevo proceso de desarrollo endógeno, sumado a las acciones propuestas en el plan de desarrollo "UN NORTE PRODUCTIVO PARA TODOS" 2016-2019, el cual activó una serie de transformaciones económicas que favorecieron el crecimiento y la consolidación de la vocación industrial, mejorando las condiciones de oferta de trabajo digno, la salud laboral y la recuperación de la capacidad de auto abastecerse con productos de la canasta básica de alimentos, observándose indicadores positivos en la convivencia social y salud mental, así

como el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, la reducción del consumo y control de la comercialización de alucinógenos y en todos los escenarios la percepción de seguridad mejoró ostensiblemente.

4. EJE ESTRUCTURANTE DIMENSIÓN AMBIENTAL (ambiente construido).

El mantenimiento y mejoramiento de la red vial departamental con el desarrollo de las vías 4 G, y de los corredores viales intermunicipales e interveredales permitieron mejorar la movilidad y facilitó el desarrollo económico, la apertura de nuevos mercado, el mejoramiento en las condiciones de modos y medios de producción y la ampliación de oportunidades laborales en condiciones de estabilidad, salud y seguridad en el ámbito laboral, mejorando así los ingresos familiares y condiciones nutricionales, igualmente la aplicación y exigencia por parte de las autoridades competentes del código nacional de tránsito permitió la reducción de la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitable por accidentes de tránsito, enfermedades asociadas a la gestación, parto y puerperio, y enfermedades transmisibles.

5. INSTITUCIONAL:

El fortalecimiento de las competencias de rectoría, conducción, regulación, así como las actividades de gobernanza al sistema general de seguridad social, e implementación y desarrollo del modelo integral de atención en Salud en la red de servicios de salud, y la definición de rutas integrales de atención y la gestión integral del riesgo permitirá la garantía del goce efectivo del derecho a la salud de la población del Departamento de Norte de Santander.

5.1.3. Transformación de tensiones

6.1.5 TENSION DIMENSION TRANSVERSAL DE AUTORIDAD SANITARIA TRANSFORMADA

El departamento Norte de Santander el fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria con ocasión de los cambios normativos y estructurales en la política pública de salud, ha facilitado desarrollo de acciones que permiten la consolidación de la Rectoría y la respuesta favorable a las responsabilidades asignadas, la gestión y la planeación estratégica mejoraron las condiciones presupuestales que permitieron contar con el talento humano de planta necesario para asumir estas responsabilidades.

EL mejoramiento de flujo de recursos entre las EAPB y la red pública departamental por la prestación de los servicios de salud de sus afiliados, ha venido facilitando la sostenibilidad y el equilibrio financiero de las ESE, lo cual se refleja en una oferta de servicios adecuada que permite garantizar el acceso al sistema y a la prestación de los servicios de salud con equidad, calidad, eficiencia y oportunidad, Las inversiones programadas en el plan bienal permitieron adecuar la infraestructura y dotación de equipos médicos en las diferentes IPS



de la red pública; la construcción de nuevas estructuras de servicios necesarias para atender en mejores condiciones la demanda de servicios, el flujo de recursos y los deficientes mecanismos de saneamiento fiscal y financiero han permitido que las ESE desarrollen inversiones en construcción, mantenimiento y dotación de equipos médicos y mobiliario hospitalario en las diferentes IPS que conforman la red pública, debido a que se mejoraron los procesos de vigilancia y seguimiento a los pagos por parte de las EAPB y se fortalecieron las acciones de inspección, vigilancia y control por parte de la SNS y se desarrolló un mecanismo de saneamiento fiscal y financiero para las ESE como parte de una política pública de estabilización del sistema lo que ha permitido la reducción de la mortalidad, morbilidad y discapacidad evitable en el Departamento.

El Departamento implementó el adecuado uso de las TIC lo que hace que se hayan reducido las remisiones de pacientes de todo el Departamento y que se disminuyan los riesgos en salud, aunado a la no toma de decisiones oportunas por parte de los médicos del servicio que se encuentran en las diferentes IPS, debido a la adherencia a las acciones de promoción y prevención se han disminuido la mortalidad, morbilidad y discapacidad evitable, al igual que la implementación y desarrollo de estrategias como el Modelo Integral de Atención en Salud en la red pública del departamento, definición de Rutas Integrales de Atención en Salud, al igual que la puesta en marcha de la gestión integral del riesgo en salud han posibilitado al usuario acceder a un servicio más humano, oportuno, eficaz y eficiente.

5.2. VENTAJAS Y OPORTUNIDADES

VENTAJAS

En la definición de las ventajas y las estrategias de desarrollo productivo, una región no puede ignorar las características particulares de su territorio y de su población, sólo mediante el reconocimiento de los factores geográficos, demográficos, sociales, culturales y de su incidencia en la estructura productiva y de salud pública, pues del conocimiento de la comunidad en la que trabajamos parte todo proceso de planeación integral en salud.

El departamento de Norte de Santander posee las condiciones agroecológicas, la extensión de tierra, los suelos aptos y el recurso hídrico suficiente para el desarrollarse como la despensa del oriente Colombiano, la cual dada su estratégica ubicación geográfica facilita la comercialización de productos agrícolas, al igual que los productos mineros y marroquinos hacia el interior del país, esa ventaja estratégica permite mejorar los ingresos del productor y ampliar la oferta alimentaria de los productos de la canasta SAN.

Por otro lado, la facilidad para articular las diversas zonas productivas del departamento dadas las excelentes condiciones vehiculares con que a corto plazo contará el

departamento, permitirá consolidar centros alternos subregionales (Ocaña, Pamplona, Catatumbo) a los ya existentes Cúcuta y área metropolitana los que posibilitaran la vinculación de las diversas zonas del departamento en la nueva estrategia de competitividad “Un Norte Productivo para Todos”.

Se consolida la creación del observatorio de salud pública del departamento dirigido hacia el reconocimiento de las prioridades de salud y evaluación de PTS con respecto a su impacto y efectividad, articulando acciones con entidades que desde la academia hacen presencia en las diferentes regiones del Departamento.

La necesidad de promover la integración entre Norte de Santander, Santander, Cesar y La Guajira alrededor de apuestas que propicien encadenamientos interdepartamentales es una ventaja estratégica que debe ser dirigida hacia el fortalecimiento de la infraestructura productiva y comercial de la región norte de Colombia, tal como se plantea en el plan de desarrollo 2016- 2019 **“Un norte productivo para todos”**

La gran riqueza ambiental con la que cuenta nuestro Departamento (Parque Natural Nacional el TAMA, parque natural regional Santurban, Sisavita, Parque natural regional de Salazar). Especialmente en la producción del agua en las zonas de páramos y la riqueza silvícola de árboles maderables en zonas como la sur oriental y del Catatumbo. Son efectivamente dos ventajas estratégicas que con el debido tratamiento pueden ser desarrollos ambientalmente sostenibles de gran impacto en la región no solo en el ámbito económico sino en las condiciones de productividad, hábitat y oferta de servicios, ejercicio que se propone en el PTS 2016 **“Salud para la Productividad”**

OPORTUNIDADES

En la apuesta agroindustrial se plantea como una de las oportunidades de desarrollo cuyo objetivo es posicionarse como el segundo departamento productor de hortalizas en Colombia, esto le permitirá satisfacer la demanda interna del departamento y generará excedentes para los mercados de Santander y la costa Atlántica, en resumen esta apuesta permitirá garantizar la accesibilidad a los alimentos de la canasta familiar en condiciones de calidad, bajo costo y garantizar la adecuada alimentación y nutrición de los sectores menos favorecidos.

Los procesos de planeación integral de salud diseñados para el Plan de Desarrollo departamental 2016-2019 “Un norte productivo para todos” a partir del programa territorial de rediseño, reorganización y modernización de la red pública departamental(Documento de red) propone fortalecer la red de servicios de salud, en dotación e infraestructura, mediante la ampliación del portafolio de servicios y la implementación del sistema de información en salud SIUS, a fin de sistematizar la Historia Clínica del Departamento, mejorando la accesibilidad, oportunidad y calidad en la prestación de los servicios de salud

y garantizar el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud en el departamento Norte de Santander.

En el Norte de Santander la industria de la arcilla y la cadena productiva de cuero, son regiones de la economía en expansión que permitirán la generación de 15.000 empleos directos lo cual garantizará la vinculación del trabajador y su núcleo familiar al sistema contributivo de seguridad social en salud mejorando ostensiblemente su ingreso familiar estable, el mejoramiento de su hábitat y en general de su calidad de vida.

Norte de Santander posee oportunidades competitivas en la producción de carbón térmico, pues los yacimientos de la región se distinguen por el alto poder calorífico y la baja emisión de cenizas y azufre. Se estima que se podrán generar alrededor de 25.000 empleos directos e indirectos. Todo ello contribuirá a la adopción de las respectivas medidas de gestión de la prevención de riesgos laborales impactando favorablemente en los indicadores de morbilidad y mortalidad de origen laboral en el Departamento.

La implementación y desarrollo del modelo integral de atención en Salud en la red pública del departamento, la definición de rutas integrales de atención en salud y la puesta en marcha de la gestión integral del riesgo en salud permitirán al usuario acceder a un servicio más humano, oportuno, eficaz y eficiente que garantice el goce efectivo del derecho a la salud.

6. COMPONENTE ESTRATEGICO DE MEDIANO PLAZO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD

6.1. VISION:

El departamento Norte de Santander a 2019, a través de la acción transectorial e integral de la salud y la participación ciudadana logra altos niveles de confiabilidad por parte de los usuarios del SGSSS como resultado del abordaje de los determinantes sociales de la salud, garantizando no solo la atención de la enfermedad, sino la intervención de las causas primarias del desequilibrio físico, social y mental de los individuos, familias y comunidades; la implementación y desarrollo del modelo integral de atención en salud en la red prestadora de servicios, la definición de rutas integrales de atención en salud y la puesta en marcha de la gestión integral del riesgo en salud permitirán al usuario acceder a un servicio más humano, oportuno, eficaz y eficiente que transforme patrones culturales, fomente el autocuidado de los individuos y garantice estilos de vida más saludables, como plataforma para alcanzar “salud para la productividad” y el goce efectivo del derecho a la salud.

6.2. OBJETIVOS ESTRATEGICOS (Desafíos/Prioridades)

6.2.1.OBJETIVOS ESTRATEGICOS PDSP

Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud.

Mejorar las condiciones de vida y salud de la población.

Lograr cero tolerancias frente a la morbilidad mortalidad y discapacidad evitables.

OBJETIVOS ESTRATEGICOS PTS

Fortalecer en las áreas periféricas de los centros urbanos y en el sector rural del departamento de Norte de Santander la infraestructura de servicios públicos, lo cual repercute de manera positiva en la reducción significativa y sostenible de enfermedades sanitarias, enfermedades transmisibles y de origen hídrico.

Fortalecer en el departamento de Norte de Santander con énfasis en las regiones occidental, norte y suroriental la presencia institucional y actividades de gobernabilidad , controlando la producción de estupefacientes y generando oportunidades de desarrollo laboral, económico, social y cultural, para dar respuesta y protección frente al restablecimiento de derechos de las víctimas del conflicto armado y atención integral en salud; y promoción de nuevas fuentes de ingresos de las familias, situación que favorece las condiciones de convivencia pacífica, reducción de homicidios y desplazamientos forzados (hechos victimizantes) y reducción de la carga de enfermedades asociadas a problemas de convivencia, salud mental, afectación psicosocial, TB e ITS

Propiciar el aumento gradual en la generación de una economía formal, así como el desarrollo y fortalecimiento de procesos formativos de competencias ciudadanas saludables y una adecuada, oportuna y pertinente articulación coordinación y dinámica sectorial y transectorial con mayor oferta de servicios sociales y sanitarios de calidad y oportunidad lo cual repercute en la salud laboral y la recuperación de la capacidad de auto abastecerse con productos de la canasta básica de alimentos, observándose

indicadores positivos en la convivencia social y salud mental, así como el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, la reducción del consumo y control de la comercialización de alucinógenos

Mejorar la movilidad y acceso oportuno a los servicios sociales y de salud a través de la superación de barreras relacionadas con condiciones geográficas lo cual permite el desarrollo económico del departamento y el control de la red vial, la apertura de nuevos mercados y nuevas fuentes de ingresos reflejado en el mejoramiento de las condiciones de vida de las familias y la reducción de la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitable

Implementar el modelo integral de atención en Salud en red prestadora de servicios, la definición de rutas integrales de atención y la gestión integral del riesgo permitirá la garantía del goce efectivo del derecho a la salud de la población del Departamento de Norte de Santander.

RESULTADOS (Metas sanitarias de Dimensión o Resultado)

Dimensión salud Ambiental:

Adoptar e implementar la Política Integral de Salud Ambiental - PISA.

EL Departamento Norte de Santander reducirá para el año 2019 la tasa de accidentalidad por accidente de tránsito en un 20%. Logrando una tasa de 13 por 100.000 habitantes.

Disminuir la proporción con viviendas y servicios inadecuados según el índice de necesidades básicas insatisfechas NBI. En un 20%.

Reducir la letalidad por dengue a menos del 10% en el departamento de norte de Santander

Realizar en el 80% de municipios acciones de la política para gestión integral de sustancias químicas

Desarrollar el programa de vigilancia epidemiológica de organofosforados en 32 municipios

A 2019 establecimientos de interés sanitario vigilados y controlados, en un 90% para aquellos de alto riesgo

Mantener la mortalidad por enfermedad de Chagas agudo menor a 8 casos en el departamento de Norte de Santander

Reducir la mortalidad por malaria a 8 muertes en el departamento de norte de Santander

Reducción progresiva y sostenida del número de muertes por leishmaniosis visceral a 8 muertes en el departamento de norte de Santander.

Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles:

Promover la apropiación de estilos de vida saludable, así como los entornos sociales y comunitarios que faciliten el desarrollo del individuo y comunidad con enfoque diferencial

El 100% de los municipios implementan prácticas de autocuidado para prevención y manejo de las ENT y aquellas relacionadas con salud bucal, visual y auditiva.

"A 2019, incrementar en 5% la población del departamento sin caries, con énfasis en la primera infancia, niñez y adolescencia COP= 2,5"

A 2019, Incrementar en el 10% la población mayor de 18 años la pérdida dental por enfermedad bucal prevenible.

Dimensión convivencia social y salud mental:

Mantener la prevalencia del consumo de SPA ilícitas de 12 a 65 años de edad en el Departamento de Norte de Santander

El 100 % de los municipios del departamento cuenta con el plan para la reducción de consumo de sustancias psicoactivas diseñado y en ejecución, conforme a los lineamientos y desarrollos técnicos definidos por el ministerio de salud y protección social.

Mantener en 180 la tasa de incidencia de violencia intrafamiliar

El 100% de los municipios cuentan con un plan de acción transectorial diseñado y en ejecución para la prevención y respuesta integral al impacto individual y colectivo de las diferentes formas de violencia.

Dimensión seguridad alimentaria y nutricional:

Prevalencia de desnutrición global en niños y niñas menores de 5 años

Incrementar a 2.9 meses la duración media de la lactancia exclusiva en menores de 6 meses

Disminuir la prevalencia de exceso de peso a 45% en mujeres

Disminuir la prevalencia de exceso de peso a 48% en hombres

Disminuir la prevalencia de exceso de peso en mujeres gestantes

Lograr el 75% de la notificación inmediata al SIVIGILA con agente etiológico identificado en alimentos de mayor consumo para los brotes de enfermedades.



Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos:

Contener la razón de mortalidad materna en 59,5

Reducir a 22% el embarazo en adolescentes

Mantener en 15,1 la prevalencia de VIH

Dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles:

Incrementar en un 26% la detección de casos de TB pulmonar a nivel departamental.

Tasa de éxito terapéutico en casos pulmonares nuevos detectados con baciloscopia positiva superior al 85 %.

Incrementar en un 30% la captación de sintomático respiratorio a nivel departamental. Se implementa la vigilancia a los programas de prevención y control de las infecciones asociadas a la atención en salud- IAAS y a la resistencia antimicrobiana en el 100% de las instituciones de alta y mediana complejidad del departamento.

Mantener en el 95% o más de cobertura en todos los biológicos que hacen parte del esquema nacional, en las poblaciones objeto del programa

El 100% IPS vacunadoras de la red pública y privada contarán con el sistema de información nominal funcionando.

A 2019 se mantienen coberturas útiles de vacunación animal para las zoonosis inmunoprevenibles de interés en salud pública como rabia (80%).

Dimensión salud publica en emergencias y desastres:

Realizar en el 100% de los municipios el seguimiento y evaluación de la implementación del Plan Municipal de Gestión Integral del Riesgo de desastres.

Seguimiento a la red hospitalaria de la capacidad instalada de hemoderivados y la referencia en un 80% de suministros de sangre y componentes sanguíneos seguros y activar alerta al laboratorio departamental.



Dimensión salud y ámbito laboral:

A 2019, se logra fortalecer por lo menos el 60% de los municipios las instancias de gestión intersectorial del sistema general de riesgos laborales SGRL.

A 2019, Se establece la línea base de las enfermedades laborales, diagnosticadas por cada 100.000 trabajadores afiliados al sistema general de riesgos laborales, en periodos bienales.

7. COMPONENTE OPERATIVO Y DE INVERSIÓN PLURIANUAL DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD

El formato de inversión plurianual, es parte integral del presente documento.

8. ANEXOS

Tabla 2A Reconocimiento de las dinámicas básicas PASE (poblacional)

Tabla 2B Reconocimiento de las dinámicas básicas PASE (ASE)

Tabla 3 Reconocimiento de las condiciones básicas en Salud

Tabla 4 Implicaciones de las dinámicas PASE en las condiciones de salud de la población.

Tabla 5 y 6 Identificación y valoración de las tensiones y proyección de tensiones.

Tabla 7 Transformación esperada de tensiones

Tabla 8 Objetivos y metas estratégicas

Tabla 9 Cadena de valor público en salud

Tabla 10 Vinculación de las metas y estrategias del PTS con las metas y estrategias del PDSP

Tabla 11 Definición de programas y subprogramas del PTS

Tabla 12 Componente de inversión plurianual del PTS

Mapas (físico espacial, espacialización de tensiones, identificación de racimos y ejes estructurantes)