

Cartagena de Indias, **03 AGO. 2016**

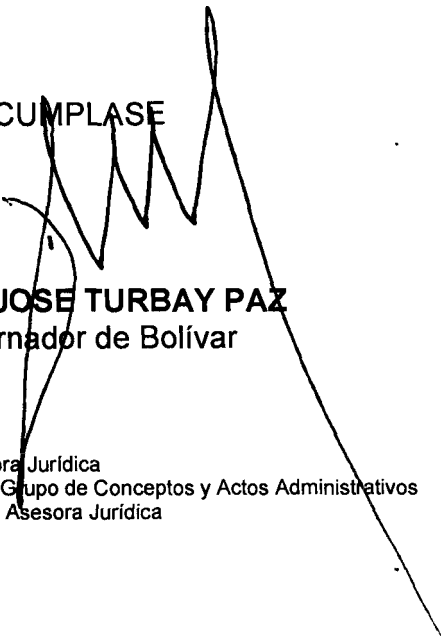
SANCION GUBERNAMENTAL

El Gobernador de Bolívar, en uso de sus facultades legales, especialmente las conferidas por el numeral 9 del artículo 305 de la Constitución Política y el artículo 162 del Acto Reglamentario No. 01 de 2010; por estar conforme a la Constitución, a la Ley y a las políticas de Gobierno, sanciona en todas sus partes la Ordenanza:

“Por medio de la cual se adopta el Plan Territorial de Salud para el Departamento de Bolívar para el periodo constitucional 2016-2019 BOLIVAR SI AVANZA CON SALUD INTEGRAL PARA TODOS”.

La cual se identifica con el número: 161

PUBLIQUESE, COMUNIQUESE Y CUMPLASE


DUMEK JOSE TURBAY PAZ
Gobernador de Bolívar

Aprobó: Adriana Trucco de la Hoz- Jefe Oficina Asesora Jurídica
Revisó: Pedro Rafael Castillo González- Coordinador Grupo de Conceptos y Actos Administrativos
Proyectó y Elaboró: Jorge Díaz Gutiérrez-P.U. Oficina Asesora Jurídica



NIT: 806.005.597-1

ORDENANZA N° 161 2016

“POR MEDIO DEL CUAL SE ADOPTA EL PLAN TERRITORIAL DE SALUD PARA EL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR, PARA EL PERIODO CONSTITUCIONAL 2016 -2019, BOLIVAR SÍ AVANZA CON SALUD INTEGRAL PARA TODOS”.

LA HONORABLE ASAMBLEA DEL DEPARTAMENTO DE BOLIVAR

En uso de sus atribuciones constitucionales y legales y en especial las que le confiere el numeral 3 del artículo 300 de la Constitución Nacional, la ley 152 de 1994 y el decreto 1222 de 1986.

ORDENA:

ARTÍCULO 1: Adoptase para el periodo constitucional 2016 a 2019 como parte integral del Plan de Desarrollo “BOLÍVAR SÍ AVANZA, GOBIERNO DE RESULTADOS”, el Plan Territorial de Salud de Bolívar, “BOLIVAR SÍ AVANZA CON SALUD INTEGRAL PARA TODOS”, que se describe así:

Contenido

1. PRESENTACIÓN	4
5. DIAGNÓSTICO DE OPINIPIÓN Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA BOLIVARENSE.....	11
6.1.3. Crecimiento Poblacional.....	20
6.2.1. Características físicas del territorio	23
6.2.3. Accesibilidad geográfica	26
6.3. Análisis de los Determinantes Sociales de la Salud –DSS	27
6.3.3.1. Mortalidad.....	34
En la Primera infancia de 0 – 5 años.....	40
En la etapa de la Infancia (6 a 11 años)	40
Para el grupo de Juventud (14 a 26 años)	41
6.4 Priorización de los problemas de salud	44
9. CONFIGURACIÓN DESEADA.....	60
TOTÓ LA MOMPOSINA.....	60
9.3. VENTAJAS Y OPORTUNIDADES.....	62
10. 1. VISIÓN.....	63
• Promover el mejoramiento de las condiciones ambientales y sanitarias del departamento, así como modos, condiciones y estilos de vida saludables, el acceso y aprovechamiento de los alimentos, entornos saludables, y la	

Jbt



NIT: 806.005.597-1

161

gestión del riesgo frente a emergencias y desastres, enmarcados en las políticas sociales y de salud, proyectos productivos y educativos, y estrategias en salud pública que incidan en salud de las diferentes poblaciones según los contextos sociales y culturales del departamento.....	64
10.3. OBJETIVOS Y METAS POR PROGRAMAS Y SUBPROGRAMAS	64
10.3.1. SALUD AMBIENTAL	64
10.3.2. VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES	66
10.3.3. CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL.....	68
10.3.4. SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL.....	69
10.3.5. SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.....	72
10.3.5. VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.....	76
10.3.6. SALUD PÚBLICA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES	78
10.3.9. GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES	81
10.3.10. FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD	90

AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES

EQUIPO DIRECTIVO SECRETARÍA DE SALUD

Luis B. Padilla Sierra
Secretario de Salud Departamental

Alida Montes Medina
Subsecretaria Científica
Antonio Sagbini Fernández
Director de Vigilancia en Salud
Nacha Newball Jiménez
Directora de Aseguramiento y Prestación de Servicios
Fernando Matute
Subsecretario Administrativo y Financiero

EQUIPO DE PLANEACIÓN INTEGRAL EN SALUD

Paola P. Vargas Díaz
P.E. - Coordinación del Plan Territorial de Salud

Mónica Guardo Roa
Profesional de Vigilancia en Salud Pública – Líder del ASIS
Gustavo Serrano Ledesma
Profesional Líder Proceso de Concertación con las EAPB

Joy



101

NIT: 806.005.597-1

Alicia Peña Ávila

P.E. Coordinación de Presupuesto.

Jorge Villadiego Beltrán

Dimensión Salud Ambiental

Yaidid Ramos Manotas

Eduardo Quesada

Dimensión Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles

Enith Mejía

Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental

Katherine González Hernández

Antonio Pérez Villalba

Dimensión de Seguridad Alimentaria y Nutricional

Martha Hernández Gutiérrez

Ramiro Pereira Lentino

Esther Mercado Bermúdez

Dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles

Gisella Vega Vergara

Aury Sánchez Camacho

Dimensión Sexualidad Derechos Sexuales y Reproductivos

Luis Ortiz Herrera

Dimensión Salud Pública en Emergencias y Desastres

Katty Cardona Betancourt

María Bernarda Torres

Dimensión Salud en el Entorno Laboral

Nohora Faciolince Pacheco

Alcira Castro Castro

Herica Nieto Comas

Dimensión Gestión Diferencial de Poblaciones Especiales

Haydee Yepes Blanquiceth

Jenny Medina Chartunny

Lucy Martínez Galeano

María Eugenia Barrios

Dimensión Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria en Salud

EQUIPO DE APOYO GRUPO PLANEACIÓN EN SALUD

Sandra Mercado Villarreal

Ingeniería en Sistemas – planta Secretaría de Salud

Yarelis Padilla Berdugo

Referente de Estadísticas Vitales – planta Secretaría de Salud

Isbelis Carolina Castro Ospino

Magister en Salud Pública - Contratista

Ana Luisa Morelos Gómez

Especialista en Gerencia en Salud - Contratista

Jhon Pereira Guzmán

Especialista en Auditoría y Gestión de la Calidad en salud - Contratista

Yesid Vera Faciolince

Profesional Especialista en Finanzas – Contratista



161

NIT: 806.005.597-1

1. PRESENTACIÓN



Como Gobernador de Bolívar, hoy presento el **Plan Territorial de Salud “Bolívar Sí Avanza con Salud Integral para Todos”**, no como la apuesta estratégica de un mandatario, sino como el compromiso de un equipo de gobierno, que se moverá bajo los principios de **solidaridad, esfuerzo, constancia, y trabajo en equipo**, como herramientas indispensables para la consecución de propósitos conjuntos, y la superación de todas las barreras que impiden a nuestra población, el goce efectivo del bienestar y salud integral.

Mediante este plan, hemos trazado la ruta que guía las acciones de la administración departamental para el gran objetivo de **ver a Bolívar, superando las limitantes de pobreza y barreras de acceso a la salud y educación con calidad, siendo un departamento prospero y competitivo, que aprovecha sus recursos naturales de manera sostenible, viendose reflejado positivamente en el estado de salud de sus habitantes de manera diferencial y equitativa; para ser una tierra donde se consolida la paz.**

Estos son propósitos que hemos plasmado a través de la investigación y la participación ciudadana, con el **gran equipo que me acompaña: el pueblo bolivarense**. Así, este plan no es más que un instrumento que refleja nuestro compromiso por trabajar incansablemente para que **los grandes deseos de la comunidad tengan las acciones que desde la administración departamental sean menester.**

Para ello, y como parte de la preparación que toda gran carrera o competencia requiere, hemos establecido un **plan de trabajo, medido en tiempos, resultados y metas claras** que nos permitan ser un **Gobierno de Resultados, que impacta positivamente sobre la salud y calidad de vida de sus habitantes.**

En esta ruta hemos establecido como principio que **priorizar será el arte de gobernar**. Quiero decir con ello, que si bien han sido muchos los avances que el departamento ha logrado en los últimos años, aún son muchos los retos que le competen para lograr una verdadera posición de privilegio para su población, **por ello los recursos deben ser aprovechados de manera eficiente, eficaz y transparente de acuerdo a las mayores necesidades y ruta de acción establecida.**

Nuestro Plan Territorial de Salud se nutre especialmente de cuatro fuentes importantes que nos marcan el futuro y nos permiten fijar los objetivos en los cuales nos comprometemos avanzar, siendo ellas el Programa de Gobierno, los acuerdos con las comunidades, el Plan Decenal de Salud pública 2012 – 2021 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible establecidos por las Naciones Unidas como agenda estratégica internacional para el 2030.

Asy



101

NIT: 806.005.597-1

En Bolívar avanzaremos en el desarrollo de capacidades, educación y sensibilización de la población y de los administradores de los recursos, para que se fortalezca la gestión pública y crezca el deseo de bienestar; así como en la construcción e implementación de un **modelo de paz territorial** con una intervención integral que promueva los derechos humanos, el reconocimiento de las víctimas, de las poblaciones mas vulnerables, y la participación ciudadana.

2. INTRODUCCIÓN

El Plan Territorial de Salud 2016-2019 **“Bolívar Sí Avanza con Salud Integral para Todos”** es el resultado de un trabajo participativo, y estructurado, que tiene en cuenta las políticas públicas y sociales del territorio, buscando impactar positivamente los determinantes sociales de la salud. Su estructura metodológica se basa en la estrategia PASE A LA EQUIDAD EN SALUD, diseñada y validada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA y la Universidad Externado de Colombia en los últimos 10 años; como medio para garantizar la integralidad e intersectorialidad del plan, interrelacionando el comportamiento de las dimensiones del desarrollo del territorio, en su contexto poblacional, ambiental, social y económico; con el análisis de la situación en salud, desde el abordaje por dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública.

El departamento de Bolívar garantizará por medio del presente plan, **una acción de gobierno armonizada con las metas nacionales** contenidas en el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, generando procesos de transformación institucional, cohesión e inclusión social, basados en el fortalecimiento de la autoridad sanitaria; para contribuir a alcanzar los resultados en salud esperados en el territorio. Igualmente permitirá determinar una ruta de acción para promover el mejoramiento de las condiciones ambientales y sanitarias del departamento, la adopción de modos, condiciones y estilos de vida saludables y gestión del riesgo en salud, mediante articulación de apuestas intersectoriales que incidan positivamente sobre las diferentes poblaciones según los contextos sociales y culturales.

El contenido del presente plan, de conformidad con el Artículo 7 de la Resolución 1536 de 2015, comprende cuatro grandes componentes: un primer componente denominado **“Análisis de la Situación de Salud”** a través del cual presenta un breve análisis de la situación actual del territorio partiendo de su contexto social y territorial, que permite reconocer el estado de salud de la población mediante la descripción del comportamiento demo figura de la mortalidad y morbilidad en los cuarenta y cinco municipios, excluyendo la ciudad de Cartagena que se encuentra en categoría especial de Distrito, con la inclusión de algunos resultados del mismo en el análisis, para determinar la influencia de los determinantes intermedios y estructurales en el estado de salud y su composición, permitiendo una mayor integración y priorización.

Una segundo componente denominado **“Priorización en Salud Pública”** que permite la comprensión real de la interacción entre las prioridades en salud del territorio que se encuentran enmarcadas en las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública, y el comportamiento de las dimensiones del desarrollo desde el ámbito poblacional, ambiental,

Jbs



161

NIT: 806.005.597-1

social, y económico – intitucional, determinando su incidencia sobre el estado de salud y bienestar de la población.

Una tercer componente denominado **“Componente Estratégico de Mediano Plazo del Plan Territorial de Salud”**, en el cual se consigna e identifica la respuesta territorial frente a las situaciones identificadas y comprendidas, plasmada en la visión, desafíos, prioridades, y estrategias del gobierno para garantizar el derecho fundamental de la salud a la población del Departamento Bolívar, a través de programas y subprogramas, que permitirán el abordaje integral, de las situaciones presentes en el territorio, y un mejor aprovechamiento de sus potencialidades. Este componente, se orienta hacia disminución de la pobreza y desigualdad con educación y equidad, como eje estratégico del plan de desarrollo 2016 – 2019, “Bolívar Sí Avanza, Gobierno de Resultados”, para el logro del bienestar, mejores condiciones de salud y calidad de vida de la población.

El ultimo y cuarto componente del plan de territorial de salud, ha sido denominado **“Componente Operativo y de Inversión Prurianual del Plan Territorial de Salud”** donde se logra exponer la operativización de todas las estrategias a través de la asignación, distribución y proyección de los recursos financieros, en esta componente se tienen en cuenta el Marco Fiscal de Mediano Plazo, Plan Financiero Territorial en Salud y se define el Plan de Inversiones a partir de los programas establecidos para el logro de los jetivos estratégicos.

El Plan Territorial de Salud, incorpora diferentes enfoques complementarios: 1) enfoque de paz establecido por el plan de desarrollo 2016 – 2019 “Bolívar Sí Avanza, Gobierno de Resultados”; 2) enfoque de derechos; 3) enfoque diferencial (considerando las necesidades específicas de las poblaciones según perspectiva de género y ciclo de vida, personas con discapacidad, de las víctimas de la violencia, y situaciones de desplazamiento, de la diversidad sexual, y de los grupos etnicos); y 4) el modelo de Determinantes Sociales de la Salud DSS, dado que las inequidades en salud, estan determinadas por procesos que hacen referencia a las condiciones en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y han sido reconocidas como el problema de fondo, dominante en la situación de salud en las Américas, sin escaparse Colombia y por su puesto Bolívar.

Sus estrategias, regidas bajo los principios del plan de desarrollo 2016 – 2019 “Bolívar Sí Avanza, Gobierno de Resultados”, basados en el compromiso, eficiencia, liderazgo, sostenibilidad, inclusión, solidaridad, transparencia y participación social; tienen en cuenta la declaración explícita del mismo: **“Bolívar Sí Avanza será un gobierno de valores y principios inquebrantables, que servirán como faros orientadores transversales a toda la gestión institucional, ellos constituirán nuestras banderas para la administración de la entidad y marcos de referencia para cualquier accionar como gobierno, convirtiéndose en nuestra mejor carta de presentación”**. Además se desarrollaran en tres líneas de acción: 1) promoción de la salud, que contempla acciones colectivas y acciones intersectoriales; 2) gestión del riesgo, en articulación con las EAPB y redes prestadoras de servicios de salud; y 3) gestión de la salud pública basada en procesos de planeación en salud, vigilancia en salud pública, gestión de insumos, gestión del conocimiento, desarrollo de capacidades, gestión del aseguramiento, de la prestación y



161



NIT: 806.005.597-1

desarrollo de servicios de salud, de la supervisión de la prestación individual de los servicios de promoción y prevención y gestión del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC).

Hoy a través del **Plan Territorial de Salud 2016 – 2019 “Bolívar Sí Avanza con Salud Integral para Todos”**, nuestro departamento traza un horizonte esperanzador, que se sustenta en todas las normas y políticas nacionales e internacionales de salud, y se rige bajo los procedimientos del Proceso de Planeación Integral de Salud, definido en la Resolución 1536 de 2015, para que cumplan con el mandato que establece la normatividad vigente, particularmente la resolución 1841 de 2013 en relación a la formulación integral de Planes Territoriales de Salud como mecanismo para alcanzar los objetivos y metas del PDSP 2012-2021.

3. ANTECEDENTES

El Plan Territorial de Salud “Bolívar Sí Avanza con Salud Integral para Todos”, de conformidad con el Artículo 45 de la Ley 152 de 1994, Ley Orgánica de Planeación, integra las políticas, estrategias y programas que son de interés mutuo y le dan coherencia a las acciones gubernamentales del país, en el territorio. Se basa principalmente en las disposiciones de la Ley 715 (Congreso de la República de Colombia, 2001), que define la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones, las competencias de las entidades territoriales en educación, salud, entre otras, y establece la obligatoriedad de las mismas, para priorizar las acciones a partir de la situación de salud en el territorio, y elaborar un Plan de Atención Básica, con la participación de la comunidad y bajo la dirección del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud.

En concordancia con los principios de la Constitución Política de 1991 (Congreso de la República de Colombia, 1991), que establece que Colombia es un Estado Social de Derecho, organizado de forma descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, participativo y pluralista, fundado en el respeto de la dignidad humana, y solidario con las personas; la Ley 10 de 1990 (Congreso de la República de Colombia, 1990) y la Ley 60 de 1993 (Congreso de la República de Colombia, 1993) que inician el fortalecimiento y la descentralización del servicio público en salud, así como el empoderamiento de las entidades territoriales; la Ley 100 de 1993 (Congreso de la República de Colombia, 1993), que crea el Sistema General de Seguridad Social Integral, con el fin de garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana; el departamento de Bolívar como entidad territorial, asume su responsabilidad de elaborar, aprobar, ejecutar, seguir, evaluar y controlar las acciones en un plan de desarrollo que involucra las orientaciones de los diferentes sectores sociales y del desarrollo territorial; adoptando la política nacional de salud, contemplada en el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, mediante un Plan Territorial de Salud, que involucra la acción intersectorial del territorio, para garantizar el derecho fundamental de la salud a sus habitantes. Igualmente teniendo en cuenta el compromiso plasmado en el Plan de Gobierno de la administración actual, se adoptan como programas y subprogramas del Plan de Desarrollo 2016 - 2019 “Bolívar Sí Avanza, Gobierno de Resultados”, aprobado mediante Ordenanza 153 del 17 de Mayo de 2016; las dimensiones, componentes del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, adoptado mediante Resolución 1841 de 2013 (Ministerio de Salud y Protección Social), y que constituye la política nacional de salud.

Jhs



161

NIT: 806.005.597-1

Las estrategias contempladas en el Plan Territorial de Salud de Bolívar, se fundamentan también en las Leyes 1122 de 2007, y 1438 de 2011 (Congreso de la República de Colombia), las cuales señalan como propósitos fundamentales en salud pública: 1) mejorar la prestación de servicios de salud a los usuarios, mediante la adopción del Modelo de Atención Primaria en Salud; 2) fortalecer la gestión integral de salud pública; 3) optimizar las funciones de inspección, vigilancia y control; 4) organizar el funcionamiento de las redes para la prestación de servicios de salud; 5) Promover la participación y movilización social, bajo el principio de corresponsabilidad; 6) adoptar las reformas en aspectos de dirección, universalización, financiación y equilibrio entre los actores del sistema; y 7) establecer los mecanismos para la evaluación a través de indicadores de gestión y resultados en salud y bienestar. Así mismo se acoge, la visión compartida de más de 153.000 Colombianos, y define con base en evidencias, desafíos y retos, tres metas estratégicas nacionales, con las que se articulan las metas estratégicas del departamento; orientadas a alcanzar mayor equidad en salud, afectar positivamente los determinantes sociales de la salud, y mitigar el impacto de la carga de la enfermedad sobre los años de vida.

La Gobernación de Bolívar, bajo el liderazgo de la Secretaría de Salud y Secretaría de Planeación, en el año 2014, manifestó su compromiso con el proceso de transferencia de la estrategia "PASE A LA EQUIDAD EN SALUD", diseñada en el marco de convenio celebrado entre el Ministerio de Salud y Protección Social, UNFPA y universidad Externado de Colombia, con el fin de armonizar los Planes Territoriales de Salud - PTS, con el Plan Decenal de Salud Pública - PDSP. Esta estrategia es el resultado de la adaptación del modelo BIT PASE y de la estrategia PASE al Desarrollo a las condiciones del mencionado plan, que tiene como propósito fundamental, fortalecer la capacidad conceptual, operativa y técnica de las entidades territoriales para la formulación de sus PTS, de acuerdo con el PDSP 2012 -2021 y la armonización de los planes de salud de la vigencia 2012-2015.

La estrategia PASE A LA EQUIDAD EN SALUD se define como un conjunto de elementos normativos, conceptuales, metodológicos, técnicos y operativos que se entretajan para garantizar la formulación integral de Planes Territoriales de Salud – PTS, y se basa por su adaptación al modelo BIT PASE, en una concepción de la población, de la condición humana y del desarrollo, que permite comprender de manera integral el juego de relaciones que determinan el estado de una población un momento histórico particular; para luego, responder de manera integral a la superación de los desequilibrios entre la población y el territorio, su organización social y económica, garantizando las condiciones para el logro del máximo estado de bienestar posible. Permite la comprensión de los procesos de salud-enfermedad como el resultado de la trama de relaciones que se dan entre las dinámicas demográficas, ambientales, sociales y económicas (PASE) presentes en el territorio y las dimensiones prioritarias para la vida establecidas en el PDSP.

El desarrollo de la estrategia se llevó a cabo a través de tres procesos: alistamiento institucional, implementación de la ruta lógica para la formulación de planes y gestión operativa. La implementación de la ruta lógica a su vez se desarrolló en tres momentos: identificar, comprender y responder; y permitió generar una serie de insumos, que van desde el reconocimiento de la base físico espacial del territorio, de la dinámica demográfica, de las condiciones básicas del PASE (contexto poblacional, ambiental, social y económico

Jas



161

7

NIT: 806.005.597-1

del departamento), de las condiciones básicas de salud, hasta identificación de implicaciones para el territorio e identificación de tensiones, que son todas aquellas situaciones que causan desequilibrio en la interacción de estas dinámicas. Mediante un ejercicio de configuración hoy podemos explicar de una manera gráfica, el estado del departamento, y definir una apuesta estratégica soportada en el estudio y análisis profundo de sus condiciones, y basada en una configuración positiva, que se constituye en el Bolívar deseado.

El Plan Territorial de Salud 2016 – 2019 “Bolívar Sí Avanza con Salud Integral para Todos” se enmarca en el derecho fundamental a la salud establecido en la Constitución Política de 1991 (Congreso de la República de Colombia), en la sentencia T-760 de 2008, de la Honorable Corte Constitucional, y la Ley 1450 de 2011 (Congreso de la República de Colombia). Desde la acción intersectorial y con la participación social, se espera generar sinergias público-privadas para la búsqueda de igualdad de oportunidades que permitan lograr la paz en el territorio Bolívarense. Los resultados se obtendrán con el avance en el despliegue de las políticas públicas departamentales, de Salud Ambiental, Infancia, Adolescencia, juventud y Familia, Discapacidad, Mujer y Equidad de Género, Seguridad Alimentaria y Nutricional; así como con el diseño e implementación de nuevas políticas de empleabilidad, emprendimiento y generación de ingresos, promoción de la salud, cultura, deporte y recreación.

4. MARCO NORMATIVO

- Ley 10 de 1990 Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.
- Ley 100 de 1993 Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.
- Decreto 1757 de 1994 Por el cual se organiza
- Ley 152 de 1994 Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo.
- Ley 124 de 1994 Por la cual se prohíbe el expendio de bebidas embriagantes a menores de edad y se dictan otras disposiciones. y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 4 del Decreto-Ley 1298 de 1994.
- La Resolución 5165 de 1994 Por medio de la cual se expiden los criterios, parámetros y procedimientos metodológicos para la elaboración y seguimiento de los planes sectoriales y de descentralización de la salud en los Departamentos y Distritos.
- Ley 136 de 1994 Por la cual se dictan normas tendientes a modernizar la organización y el funcionamiento de los municipios.
- Ley 361 de 1997 Por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 412 de 2000 Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección

JMS



101

NIT: 806.005.597-1

específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

- 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, de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política de 1991 y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.
- Ley 790 de 2002 Renovación de la Administración Pública.
- Ley 762 de 2002 Por medio de la cual se aprueba la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, suscrita en la ciudad de Guatemala, el 7 de junio de 1999. OMS 2003 El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.
- Ley 994 de 2005 Por medio de la cual se aprueba el Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes, Estocolmo, 2001. De 2005 Reglamento Sanitario Internacional.
- Acuerdo 326 de 2005 Por medio del cual se adoptan algunos lineamientos para la organización y funcionamiento del Régimen Subsidiado de los pueblos indígenas.
- De 2005 Encuesta Nacional de la Situación en Salud, 2005. Decreto 1538 de 2005 Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 361 de 1997.
- Conpes 3375 de 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 de la Infancia y la Adolescencia.
- Ley 1159 de 2007 Por medio de la cual se aprueba el Convenio de Rotterdam para la Aplicación del Procedimiento de Consentimiento Fundamentado previo a ciertos Plaguicidas y Productos Químicos Peligrosos, Objeto de Comercio Internacional, suscrito en Rotterdam el 10 de septiembre de 1998.
- Ley 1145 de 2007 Por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad y se dictan otras disposiciones. Conpes 109 de 2007 Política Pública Nacional de Primera Infancia "Colombia por la primera infancia".
- Ley 1176 de 2007 Modifica la Ley 715 de 2001, Sistema General de Participaciones.
- 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.
- Conpes 3550 de 2008 Lineamientos para la formulación de la política integral de salud ambiental con énfasis en los componentes de calidad de aire, calidad de agua y seguridad química.
- Ley 1251 de 2008 Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores. Conpes 113 de 2008 Política Nacional de seguridad Alimentaria y Nutricional PSAN.
- Ley 1257 de 2008 Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones.

J. J. J.



161

NIT: 806.005.597-1

- Ley 1251 de 2008 Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores. Ley 1185 de 2008 Por la cual se modifica y adiciona la Ley 397 de 1997, Ley General de Cultura, y se dictan otras disposiciones. Especialmente en lo referente a las normas sobre patrimonio cultural, fomentos y estímulos a la cultura.
- Ley 1393 de 2010 Por la cual se definen rentas de destinación específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud, para evitar la evasión y la elusión de aportes a la salud, se re direccionan recursos en el interior del sistema de salud y se dictan otras disposiciones.
- Ley 1438 de 2011 Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- Ley 1450 de 2011 Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo, 2010-2014. Ley 1448 de 2011 Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones.
- Conpes Social 155 de 2012 Política Farmacéutica Nacional.
- Ley 1523 de 2012 Por la cual se adopta la Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se dictan otras disposiciones.
- Decreto 734 de 2012 Por el cual se reglamenta el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 4505 de 2012 Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.
- Conpes 3726 de 2012 Lineamientos, Plan de ejecución de metas, presupuesto y mecanismos de seguimiento para el Plan Nacional de Atención y Reparación Integral a Víctimas.
- Decreto 4800 de 2012 Tiene por objeto establecer los mecanismos para la adecuada implementación de las medidas de asistencia, atención y reparación integral a las víctimas de que trata el artículo 3 de la Ley 1448 de 2011, para la materialización de sus derechos constitucionales.
- Ley 1562 de 2012 Ley de Riesgos Laborales. Ley 1616 de 2013 Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones.

5. DIAGNÓSTICO DE OPINIPIÓN Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA BOLIVARENSE





161

NIT: 806.005.597-1

Bajo la estrategia de participación ciudadana "¿Cuál es tu Plan?", la Gobernación de Bolívar hizo el recorrido a lo largo del territorio, para recibir de sus comunidades y grupos de influencia más importantes, insumos para la construcción y consolidación de un plan de Desarrollo, que respondiera efectivamente a las necesidades de su población.

Así, a lo largo de un mes de trabajo y a través de 5 mesas de socialización (4 organizadas en los 5 ZODES y una con el distrito capital) se logró la recopilación que a continuación resume de manera sectorial y por ZODES, las principales problemáticas y propuestas hechas por la comunidad misma luego de un ejercicio de dialogo en el que todos tuvieron la oportunidad de aportar en construcción del documento final.

Estos insumos permitirán a su vez identificar la focalización territorial de los programas y estrategias de gobierno de acuerdo a las necesidades manifiestas por la población.

Las mesas temáticas establecidas para dicha dinámica de participación ciudadana en los 5 ZODES del Departamento (Dique, Depresión Momposina, Mojana, Lobas, Magdalena Medio) fueron:

1. Salud
2. Educación
3. Paz, posconflicto y víctimas
4. Desarrollo social (atención a grupos poblacionales)
5. Deporte, cultura y turismo
6. Infraestructura y transporte
7. Desarrollo rural, económico y productivo
8. Vivienda, ambiente y minas
9. Agua, saneamiento básico y servicios públicos
10. Seguridad y convivencia, gestión institucional y gestión del riesgo

Así mismo, se realizó la mesa de agenda conjunta entre Distrito y Departamento, que contó con la participación de la comunidad, miembros de gabinete departamental y distrital, diputados del departamento y concejales del distrito capital. Para esta jornada se establecieron las siguientes preguntas orientadoras:

1. ¿Cómo considera usted que deben ser abordados los asuntos de planeación estratégica, planificación territorial y urbanismo entre el distrito y el departamento de Bolívar?
2. ¿Qué medidas considera debe adelantar gobierno departamental y distrital para la recuperación del Canal del Dique?
3. ¿Qué estrategia de articulación entre distrito y departamento propone usted para garantizar la seguridad alimentaria de la población?
4. ¿Cuáles son los desafíos en materia de movilidad y transporte entre distrito y departamento, y que acciones propone usted para mejorarlo?
5. ¿De qué forma considera debe ser integrado y articulado entre distrito y departamento el enfoque de gestión de riesgo en el manejo integral de cuencas hídricas?

J. J. J.



161

NIT: 806.005.597-1

6. ¿Cómo considera usted se pueden articular y priorizar acciones frente a grupos poblacionales (NNA, mujeres, personas en condición de discapacidad, grupos étnicos y LGTBI) entre distrito y departamento para mejorar su calidad de vida?
7. ¿Qué estrategias y/o propuestas considera usted ayudarían en la articulación y complementariedad en el desarrollo del turismo, deporte y la cultura entre distrito y departamento?
8. ¿Qué acciones en conjunto se deben llevar a cabo para mejorar la competitividad del departamento?

En el marco de esta estrategia, la Secretaría de Salud Departamental, lideró la mesa de salud, abordando el análisis de los temas, teniendo en cuenta las ocho dimensiones prioritarias y dos transversales del Plan Decenal de Salud Pública, y con la participación de diversos actores del sector, de otros sectores y de la comunidad, se recopilaron diversas opiniones, que en su mayoría coinciden con lo identificado en el Análisis de la Situación de Salud (ASIS 2015), y el resultado de la caracterización de la población afiliada.

La percepción de la comunidad, 'permitió también validar en el contexto real, los resultados del diagnóstico en salud, y sus necesidades fueron incorporadas en el planteamiento estratégico del Plan de Desarrollo y Plan Territorial de Salud.

A continuación se presentan las opiniones de mayor relevancia, que fueron priorizadas por los participantes de las mesas:

ZODES	PROBLEMÁTICAS	PROPUESTAS
ZODES DIQUE (sin Cartagena)	1. Alto riesgo de enfermedades transmisibles por falta de acueducto, alcantarillado y saneamiento.	1. Construir acueducto y alcantarillados en municipios que no tienen, optimizar redes y plantas de tratamiento en San Estanislao, Soplaviento y San Cristóbal.
	2. Embarazo en adolescentes y aumento de casos de violencia sexual.	2. Articulación intersectorial para el aprovechamiento del tiempo libre (educación, cultura y deporte). Programas para la promoción de la responsabilidad sexual.

gls



161

NIT: 806.005.597-1

ZODES	PROBLEMÁTICAS	PROPUESTAS
ZODES MONTES DE MARÍA	1. Alto consumo de sustancias psico-activas en jóvenes y adolescentes, asociado a micro tráfico de drogas. 2. Aumento embarazo en adolescentes. 3. Poca garantía de Atención integral e Intersectorial de las víctimas del conflicto y cumplimiento de sentencias.	1. Fortalecer los programas de promoción y prevención mediante la construcción de programas de atención para jóvenes y adolescentes en riesgo. 2. Implementar los servicios amigables para adolescentes y jóvenes por fuera de la ESE, en un ambiente lúdico, que se convierta en caracterizador de la problemática de los mismos, y convocante de los sectores de educación, cultura y deporte para la atención. 3. Ampliar el programa de atención psicosocial e integral a víctimas mediante el diseño e implementación de un modelo de atención intersectorial que defina rutas y competencias.
ZODES MOJANA	1. Proliferación de enfermedades transmisibles y endemo-epidemicas por baja calidad del agua y deficiente saneamiento básico y vías en mal estado en áreas rurales. 2. Aumento de desnutrición en niños de 6 a 26 meses y mujeres gestantes.	1. Crear redes integrales en Salud. Alianzas público-privadas para la mediana complejidad. Ampliación de alcantarillado, acueducto, mejoramiento de plantas de tratamiento y vías. Orientar acciones específicas de vacunación canina y felinos, movilización social para acciones de prevención y disminución de factores riesgo ambiental. 2. Creación de centros de recuperación nutricional.
ZODES DEPRESIÓN MOMPOSINA Y LOBA	1. Deficiente acceso a la prestación de servicios de salud asociadas a fallas de calidad en la baja complejidad y baja capacidad resolutive de la mediana complejidad. 2. Incumplimiento de las EPS en la asignación de usuarios a IPS públicas, entrega de medicamentos y oportunidad de la atención.	1. Fortalecer la atención primaria en salud en la baja complejidad. Construcción y /o adecuación de centros de salud en áreas rurales. 2. Crear un comité regional con agenda conjunta entes territoriales EPS-IPS. Fortalecer acciones de Inspección, vigilancia y control del ente departamental.

Col



161

NIT: 806.005.597-1

ZODES	PROBLEMÁTICAS	PROPUESTAS
ZODES MAGDALENA MEDIO	1. Saneamiento fiscal y financiero de ESE en alto riesgo (Morales, Cantagallo, Simití) 2. Embarazo en adolescentes y aumento de sustancias psicoactivas. 3. Baja seguridad nutricional y alimentaria de primera infancia, infancia y mujeres gestantes.	1. Fortalecer la atención primaria en salud. Construcción y /o adecuación de centros y puestos de salud. Terminación del Proyecto Adecuación ESE Cantagallo, Hospital de Simití y con contratación asegurada de municipios aledaños. 2. Crear redes integradas a la ESE para la implementación de servicios amigables para Adolescentes y jóvenes. Así mismo, construir centros independientes a la ESE para la implementación de los servicios amigables para Adolescentes y jóvenes. 3. Crear centros de recuperación nutricional en cada municipio, para primera infancia, infancia y gestantes.

6. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN EN SALUD DE BOLÍVAR

El presente capítulo resume la situación de salud del departamento de Bolívar, partiendo de su contexto social, demográfico y territorial, y reconociendo el estado de salud de la población a través de la descripción del comportamiento de la mortalidad y morbilidad, así como la influencia de los determinantes intermedios y estructurales en los indicadores de salud. Esta información constituye la base fundamental en la orientación de los procesos de planeación, las líneas de elaboración de políticas públicas, la toma de decisiones, además de fortalecer la inspección, vigilancia y control en salud.

Los lineamientos para la construcción de este análisis, fueron presentados por la metodología establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social, descrita como Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud. Además se complementa con lo planteado en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, con el fin de tener coherencia y pertinencia en la integralidad del análisis y priorización; y la realización de talleres con servidores públicos de los diferentes programas y dependencias de la secretaria departamental de salud a fin de garantizar su participación en la priorización de los problemas.

Así mismo se hace aclaración que los datos contenidos en el presente ASIS, son tomados de las fuentes oficiales previamente establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, tales como Información censal y registros vitales compilados por el DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas), Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública y otra información en salud, disponible en el SISPRO (Sistema de Información Integral de la Protección Social). Contienen el análisis de la situación del departamento de Bolívar en cuanto a comportamiento de morbilidad y mortalidad de cuarenta y cinco municipios excluyendo los datos correspondientes a la ciudad de Cartagena quien se encuentra en categoría especial de Distrito, sin embargo en el



161

NIT: 806.005.597-1

resultados analizados referente a patologías de Cuenta de Alto Costo, Enfermedades de Notificación Obligatoria, los indicadores correspondientes a los determinantes estructurales e intermedios, los datos corresponde al departamento en general incluyendo al distrito de Cartagena, debido a que las bases de datos oficiales no cuenta con datos específicos de Bolívar excluyendo al distrito de Cartagena.

Se trata de una descripción general de las características demográficas más relevantes de la población de Bolívar, que dan cuenta de su tamaño, estructura, dinámica y principales tendencias, en el contexto de los determinantes sociales de la salud y el bienestar; no solamente el perfil de morbilidad y mortalidad, sino también de discapacidad por las principales causas, así como la exposición de varios factores que inciden sobre el estado de salud de las personas; y por ultimo las respuestas sociales y especialmente las del sistema de salud a las necesidades de la población residente en Bolívar.

Este breve resumen reseña la información que proviene de registros y muestras aleatorias, que pueden contener errores, ya sea de definición, recolección, diseño de las bases de datos o tratamiento estadístico. Sin embargo el cuadro general de la situación en salud que ellos muestran, es válido y contribuye al propósito principal, de brindar orientación de quienes trabajan por mejorar la salud de la población.

6.1. Dinámica Demográfica Básica del Departamento de Bolívar

6.1.1. Tamaño y Distribución de la Población

En el año 2012 el departamento de Bolívar contaba con 2.025.573, con un crecimiento de acuerdo a proyecciones para el 2015 del 3,5%, con 2.097.161 habitantes de los cuales el 49,4% se encuentra ubicado en el Distrito de Cartagena de Indias (1.001.755 personas), esto da como resultado una población sujeto de intervención por parte de la administración departamental de 1.095.406 personas.

De acuerdo con el comportamiento de la distribución espacial poblacional, el departamento de Bolívar, se caracteriza por presentar "macrocefalia urbana", toda vez que la población muestra una concentración de 3.666 habitantes por cada kilómetro cuadrado, siendo los municipios de las ZODES Dique, Mojana y Montes de María, los que muestran mayor densidad poblacional, y el Distrito de Cartagena, el de mayor población (1.751 personas por kilómetro cuadrado), seguido de los municipios de Magangué (216 personas/km²), Carmen de Bolívar (131 personas/km²). Los municipios con menor densidad poblacional se encuentran ubicados en las ZODES Magdalena medio y Loba, representado en los municipios de Norosí (9,1 personas /km²), Montecristo (11,7 personas /km²). Cabe anotar, que 21 municipios presentan una densidad menor a 30 personas por kilómetro cuadrado representando el 46,6% de las municipalidades del departamento, lo cual genera una gran dispersión de la población y dificultades para la accesibilidad, esta sumada a las dificultades ya antes mencionadas en cuando a vías de acceso. Este fenómeno, representado en más de la mitad de la población localizada en el Distrito de Cartagena y los municipios que conforman su circuito metropolitano, provoca un exceso en el aumento de la demanda de bienes y servicios necesarios para garantizar la óptima calidad de vida de la población.

Las ciudades de Magangué y Santa Cruz de Mompox siendo municipios de segundo nivel, por su alta concentración poblacional, se constituyen como un eje nodal estratégico para el desarrollo regional por su influencia tanto con el norte y el sur del Departamento, así como con los municipios vecinos de los departamentos de Magdalena y Sucre. El municipio de Santa Rosa del Sur siendo de los municipios de tercer nivel de concentración poblacional,



161

NIT: 806.005.597-1

es el que muestra mayor capacidad para ofrecer bienes y servicios de carácter comercial e institucional para el desarrollo regional del Sur del Departamento.

Otro fenómeno que ha incidido de manera considerable sobre el tamaño y distribución de la población en el departamento de Bolívar, ha sido el fenómeno del conflicto armado, que ha dejado un número de personas víctimas de desplazamiento forzoso, el cual en el año 2015, asciende a 189.155 personas, con una representatividad del 16,30% (30.832) en el municipio Carmen de Bolívar; con mayor afectación en mujeres 50,27 % (99.493) que en Hombres 49,73 % (98.425), y el grupo de edad predominante es de 20 a 24 años en un 10,11% (10.059) y 10% (9.838) en mujeres y hombres respectivamente; lo que explica el fenómeno de urbanismo incrementado en la ZODES Dique.

En el año 2015, el 60,7% (665.878) de la población del departamento habitaba en las cabeceras municipales, así mismo el 39,2% (429.528), vivía en corregimientos y veredas, generando dispersión de la población, esto sumado a la lejanía de la ciudad de Cartagena de los municipios ubicados en las ZODES Mojana, Loba y Magdalena, han dificultado el acceso a los servicios de salud, entre otros servicios básicos que garantizan la calidad de vida de la población. Pese al fenómeno de urbanismo marcado en las ZODES Dique, con un porcentaje de población 77,3% (227.998) distribuido en la cabecera municipal, y las ZODES Montes de María con el 68,2%(159.213), es importante mencionar que en las ZODES restantes más de la mitad de la población se distribuye por fuera de la cabecera municipal, con un promedio de 51,6% (288.779); en general disgregado así: Mojana, 50,3%(115.093), Magdalena Medio el 54,2%(55.396), 54,7% (47.488) Lobas, Depresión Momposina 47,1% (70.802). Y municipios con situaciones aún más particulares como Soplaviento, San Jacinto, Turbaco y Turbana con más del 90% de la población ubicada en la cabecera municipal, y los municipios de Achi Pinillos y Margarita, superando el 80% de su población viviendo en corregimientos y veredas. Igualmente los municipios de Córdoba, Tiquisio, San Jacinto del Cauca, San Fernando, Hatillo de Loba, Arenal y Morales con más del 70% de su población viviendo fuera del casco urbano. Estas desigualdades agregan altos costos administrativos para la atención de la población rural dispersa, adicional a la ubicación de la mayoría de estos municipios, en zonas de relieve de acceso fluvial y/o de difícil acceso terrestre.

6.1.2. Estructura demográfica

En el año 2015 el departamento de Bolívar está integrado por 1.095.406 habitantes, siendo un 11% (108.959 habitantes) más poblado que el año 2005, y se proyecta para el año 2020 será un 17,8% (175.247 habitantes) más poblado que el año 2005. El 48.4% (530.724) son mujeres y el 51,5% (564.682 habitantes) son hombres. De acuerdo a estos datos se establece que en el año 2015 por cada 100 mujeres hay 106 hombres, Por otro lado en el año 2005 por cada 100 mujeres en edad fértil (15 a 49 años) había 54 niños entre 0 y 4 años, para el año 2015, esta cifra descendió representando que por cada 100 mujeres en edad fértil, entre 15 y 49 años, hay 47 niños y niñas entre 0 y 4 años.

En general la población del departamento de Bolívar acumula el 32,39% (354850) en los primeros tres quinquenios conformados por niñas, niños y adolescentes menores 15 años, los adultos mayores de 65 años representan el 6.7%(73.579), la población en capacidad de laborar agrupada entre los 20 a los 64 años representan el 50,6%(555.101), teniendo en cuenta estos datos el departamento de Bolívar tiene una población mayoritariamente concentrada en primera infancia, infancia y adolescencia los cuales son sujetos de especial protección de acuerdo a la ley 1098 de 2006, en los que orientar acciones prioritarias, así como existen retos específicos en mantener sanos al 53.3% el grupo de 20 a 64 años

Shy



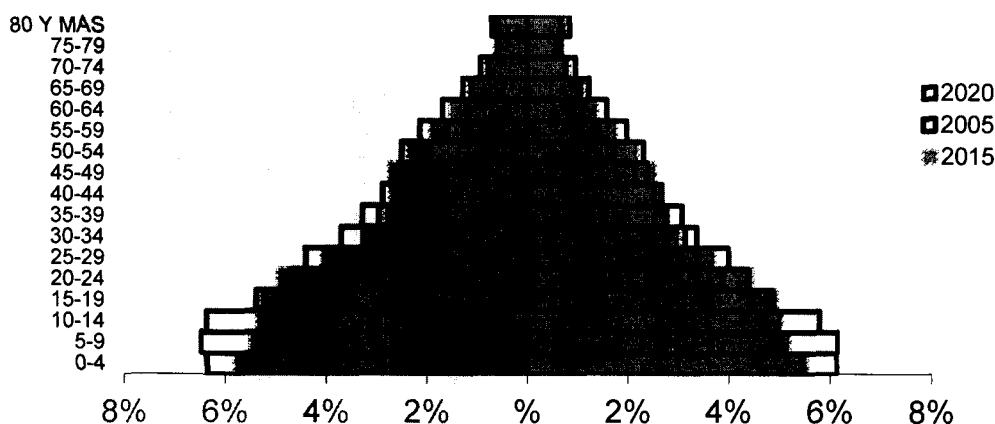
161

NIT: 806.005.597-1

representando la fuerza laboral y de desarrollo del departamento, cabe mencionar que aun cuando el grupo de adultos mayores comprenden para proyección DANE año 2015 el 6.67% es una población que viene en aumento, siendo en el 2005 el 5.7%, población priorizada dentro del plan nacional de salud de acuerdo a los indicadores de la dimensión transversal de poblaciones vulnerables.

La pirámide poblacional del departamento es expansiva con una base cada vez más estrecha comparado el año 2005, 2015 y ratificando esta tendencia hacia la proyección 2020, lo que muestra una propensión de transición y cambio hacia una pirámide regresiva como la actual del país.

FIGURA 1. PIRÁMIDE POBLACIONAL DEL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR, 2005, 2015, 2020.



Fuente: Proyecciones DANE 1985-2020

La tendencia muestra un decrecimiento en los grupos de menor edad 0 a 4 años, 5 a 14 años y 15 a 24 años, y un crecimiento en los grupos de mayor edad 25 a 44 años, 45 a 59 años, 60 a 79 años y 80 años y más, aun cuando la población del departamento de Bolívar sigue siendo joven, la población de adultos mayores mantiene una tendencia al aumento con una población más envejecida en relación con la población de 1985.

En cuanto a la distribución de la población según etapas del curso de vida, la mayoría se encuentra en las edades productivas, con una tendencia de incremento del proceso de envejecimiento (ver tabla 3),

Tabla 1. Proporción de la población por ciclo vital, departamento de Bolívar 2005, 2015, 2020.

POBLACIÓN POR CICLO VITAL						
Ciclo vital	2005		2015		2020	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
Primera infancia (0 a 5 años)	147.816	14,98	147.939	13,51	154.025	13,26

gbs



161

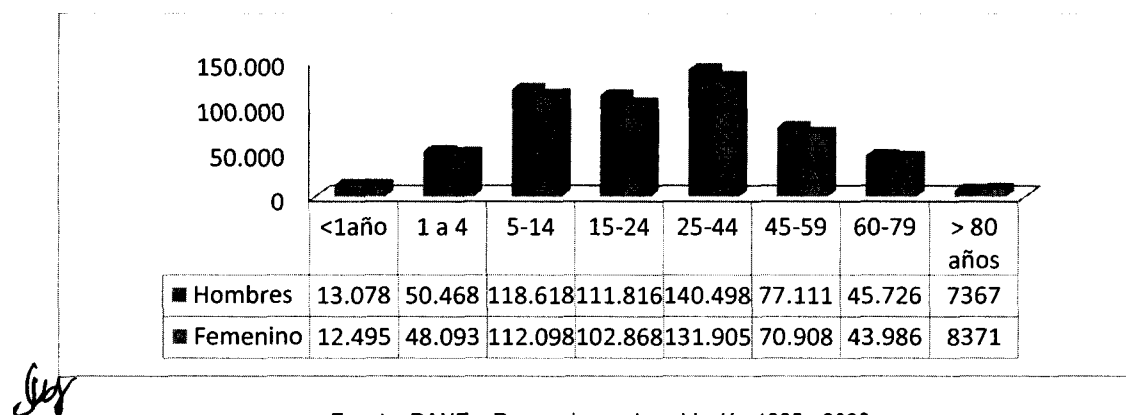
NIT: 806.005.597-1

Infancia (6 a 11 años)	148.640	15,07	138.873	12,68	142.047	12,23
Adolescencia (12 a 18 años)	152.950	15,51	158.002	14,42	152.860	13,16
Juventud (14 a 26 años)	231.110	23,43	273.674	24,98	274.919	23,67
Adultez (17 a 59 años)	494713	50,15	589.863	53,85	634051	54,58
Persona mayor (60 años y más)	81.819	8,29	105.450	9,63	121.410	10,45
Total	986447	100,00	1.095.406	100,00	1161694	100,00

En el año 2015 el departamento de Bolívar del total de población mitad son hombres y mitad mujeres, en cuanto a los grupos específicos de edad los grupos de 0 a 4 años, 5 a 14 años, 15 a 24 y 25 a 44 años los hombres son mayoría, decreciendo la diferencia entre los hombres y mujeres a medida que aumenta la edad, pasando a ser mayoría las mujeres en los grupos de 45 a 59 años, 60 a 79 años con relación a los 80 años y más nuevamente los hombres vuelven a incrementarse en razón a las mujeres con una tendencia de aumento en la participación de las mujeres en el total de cada grupo de edad a medida que aumentan las edades de los mismos.

La dinámica demográfica del departamento muestra que el índice de dependencia infantil ha disminuido considerablemente, pasando de 65,5 menores de 15 años por cada 100 personas entre 15 y 64 años en el 2005, a 53,0 en el año 2015, mientras que el índice de dependencia de adultos mayores se ha mantenido mostrando un índice de 11 personas mayores de 65 años por cada 100 personas entre 15 y 64 años tanto en el 2005 como en el 2015. Aunque el índice de población menor de 20 años, con respecto al grupo de edades entre 30 y 49 años (índice de Friz), ha mostrado un descenso, pasando de 208,6 en el año 2005 a 190,5 en el año 2015, la población Bolivarenses aún se considera joven.

Figura 2. Población por sexo y grupo de edad del departamento de Bolívar, 2015.



Fuente: DANE – Proyecciones de población 1985 - 2020



161

NIT: 806.005.597-1

6.1.3. Crecimiento Poblacional

Bolívar presenta una tendencia de crecimiento poblacional positivo produciéndose una superación en el número de nacimientos a muertes y personas que abandonan el país.

La tasa de crecimiento natural del departamento se encuentra muy cercana la tasa del país estimada para el periodo 2015- 2020 en 13.07 personas por 1000 habitantes (MSPS, 2013), aun así se puede decir que el país crece a una velocidad un poco menor que el departamento de Bolívar. La Tasa Bruta de Natalidad al igual que la tasa de crecimiento natural muestra una tendencia de disminución sostenida de acuerdo a las estimaciones DANE, pasando de 31.5 a 20.1 nacidos vivos por cada 1.000 habitantes en los periodos 1985-1990 a 2015-2020, aun con estas cifras se encuentra por encima de la tasa estimada para el país en el quinquenio 2015-2020 la cual es de 18,3 por cada 1000 habitantes. Este comportamiento podría hacer suponer que el crecimiento poblacional en Bolívar, está dado por un fenómeno de movilidad, especialmente marcado por el fenómeno de inmigración. Sin embargo es importante tener en cuenta, que el departamento presenta una baja cobertura de reporte de información sobre nacidos vivos a nivel municipal, debido a deficiencias del sistema informático y falta de compromiso del personal asistencial, para el cargue de la información a la plataforma. En la actualidad el Departamento Nacional de Estadísticas DANE, ha realizado cruce de información con registraduría, detectándose cifras considerables de certificados que no fueron reportados por los prestadores de servicios de salud; por lo que se presume que el indicador de natalidad en el departamento, podría estar presentando un subregistro.

Confirma la teoría anterior, el comportamiento que refleja la Tasa Neta de Migración, la cual mantiene una estimación negativa representada en la mayor proporción de personas que abandonan el país en relación con que ingresan a habitarlo, con una tendencia variable al aumento de la emigración de -8.93 y -10.03 en los periodos 1995-2000 y 2000-2005 respectivamente, con una reducción significativa para el periodo 2015- 2020, de -2,95.

Por otro lado la Tasa Bruta de Mortalidad presenta un comportamiento casi lineal con una leve disminución en los primeros periodos 1985-1990, 1990-1995 con 5.26 y 5.01 muertes por cada 1000 habitantes y un leve aumento estimándose en 5.91 para el 2015-2020, tasa con estimación casi igual para el país en el mismo periodo de 5.95 muertes por cada 1000 habitantes.

Si tomamos como referencia la tasa general de fecundidad del departamento, vemos que se mantiene una tendencia a la disminución, con una reducción significativa de 62,48 nacimientos por cada 1000 mujeres en edad fértil en el 2005, a 62,68 en el periodo 2013, al igual que la tasa global de fecundidad, de la que se estima una tasa de 3.67 como número promedio de hijos e hijas por cada mujer en edad fértil en 1985- 1990 a 1,9 en el año 2013. Este indicador al igual que el de natalidad, se ve altamente afectado por la baja cobertura del reporte de información sobre nacidos vivos a nivel municipal. Esto puede verse con mayor claridad ante el comportamiento de las tasas específicas de fecundidad en mujeres entre 15 y 19 años durante el mismo periodo, con un valor de 81,07 nacimientos por cada 1000 adolescentes entre este grupo de edad. Este comportamiento reproductivo de la población adolescente, es síntoma de un conjunto de variables que inciden de manera negativa sobre el proyecto de vida de los mismos, convirtiéndose en un problema de salud pública y de derechos humanos que afecta considerablemente el desarrollo económico y

20



NIT: 806.005.597-1

16 1

social del territorio. En el departamento, para el 2013 nacieron 3,95 niños por cada 1000 mujeres que aún no habían cumplido los 15 años de edad.

La fecundidad adolescente en Bolívar y según el censo 2005 refiere que durante los últimos años, contrario al comportamiento de la fecundidad total, muestra un incremento constante. Esto implica que el departamento debe aunar esfuerzos en la generación de escenarios propicios para el desarrollo de esta población, con alta participación de los sectores de educación y salud, en aras de minimizar el impacto social generado, así como los factores de riesgo en cada uno de los municipios, según su contexto social y cultural, y la reducción de las inequidades respecto a este fenómeno. Por estas circunstancias, es importante contribuir al entendimiento del tema es de gran aporte social.

6.1.4. Grupo Poblacionales según Grado de Vulnerabilidad

6.1.4.1. Población étnica

El departamento de Bolívar de acuerdo al censo 2005 cuenta con 497.667 personas quienes se reconocieron como negro, afro colombiano, mulato o afro descendiente representando el 27,3% del total de la población bolivarense, igualmente se auto reconocen como Palenqueros el 0,03%, raizal el 0,1%, ROM el 0,01% y el mismo porcentaje para indígenas. En cuando a la población reconocida como afro colombiana el 98,73% (491.364 personas) se reconocieron como población negra, de los cuales 376.988 personas habitan en las cabeceras municipales y 114.376 viven en las zonas rurales; por otra parte, 4.978 personas (1%) se identificaron como Palenqueros, de los cuales 2.218 personas viven en zonas urbanas y 2.760 en la zona rural, mientras que 1.325 personas encuestadas se reconocieron como raizales (0.27% del total afro descendientes), de los cuales 1.223 viven en las zonas urbanas y 102 en territorios rurales (OPPDH y DIH; Acción Social).

La población afro colombiana del departamento de Bolívar se encuentra concentrada en su mayoría en el Departamento de Bolívar (319.373 personas) y los municipios de María la Baja (43.961 personas), San Pablo (18.628), Magangué (18.628) , Turbaco (13.225), y Mahates (9.614); así mismo María la Baja es el municipio con mayor proporción de población afro colombiana en relación con su población total con un 97%, le siguen en su orden Altos del Rosario con 82%, San Pablo 69%, Cicuco 65%, Mahates 42%, a su vez el Departamento de Bolívar el 36% de su población es afro colombiana.

El departamento no cuenta con una caracterización de la población étnica aun así podemos mencionar que la población afro colombiana bolivarense se ubica en mayor proporción en zonas de mayor pobreza, presentando en su mayoría un desconocimiento de sus derechos como población afro descendiente reconocidos en la ley 70 de 1993, a su vez el departamento cuenta con el corregimiento de palenque primer pueblo libre de América reconocido como Patrimonio cultural de la humanidad, a pesar de este reconocimiento históricamente ha presentado dificultades en servicios públicos, vías de acceso, servicios de salud, condiciones de vivienda entre otros, en la actualidad existe un plan de intervención conocido como Palenque 2015 como el fin de mitigar el rezago social histórico. En cuanto a la población afro colombiana en general se deben generar respuestas acordes a sus características especiales.

Jes



NIT: 806.005.597-1

161

6.2. Caracterización del Contexto Territorial

Bolívar es uno de los departamentos más grandes de Colombia, su extensión es de 25.978 Km2, representando el 20% del territorio del Caribe Colombiano y el 2,3 % del total nacional, geográficamente se localiza entre los 07°00'03'' y los 10° 48' 37'' de latitud, y los 73° 45' 15'' y los 75° 42' 18'' de longitud al oeste de Greenwich (Gobernación de Bolívar, 2012). Se caracteriza por ser un territorio alargado que va desde el Mar Caribe, hasta las selvas del Carare, colinda con los departamentos de Antioquia, Atlántico, Cesar, Córdoba, Sucre, Magdalena, Santander. Su capital es Cartagena de Indias, Distrito Turístico y Cultural de la Humanidad, donde se ubica la sede de gobierno departamental, la mayoría de las agencias del orden nacional, del cuerpo diplomático, alterna de la Cancillería, el aparato financiero territorial, la fuerza pública y autoridades eclesiásticas, entre otras.

En relación a la división político administrativa, el departamento está conformado por 45 municipios y por el Distrito Turístico y Cultural de Cartagena de Indias (capital). De acuerdo a las características especiales que tiene el territorio (alargado), desde inicio de la década del 2000 y teniendo en cuenta las variables sociales y económicas de los municipios, se tomó la decisión en cabeza del gobierno departamental y aprobación por parte de la Honorable Asamblea de conformar las llamadas Zonas de Desarrollo Económico y Social (ZODES) que se relacionan en la siguiente tabla:

TABLA 3. ZONAS DE DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL (ZODES)

ZODES	CARACTERÍSTICAS	MUNICIPIOS
DIQUE	Es el soporte y despensa agropecuaria de Cartagena y Barranquilla, tiene un potencial marítimo y acuícola. Esta cruzado por los principales corredores viales del Caribe Colombiano.	Arjona, Arroyo Hondo, Calamar, Clemencia, Mahates, San Cristóbal, Santa Catalina, Santa Rosa de Lima, San Estanislao de Kotska, Soplaviento, Turbaco, Turbana, Villanueva y el Distrito Turístico y Cultura de Cartagena de Indias (13 municipios y el Departamento de Bolívar).
MONTES DE MARÍA	Tiene un distrito de riego, suelos fértiles, vacación agroindustrial, ganadera, forestal y artesanal, posee una cultura agro exportadora, esta cruzada por la troncal de occidente y articulada a la troncal del Magdalena Medio. Actualmente se ha venido desarrollando allí un importante complejo agroindustrial de palma de aceite.	Córdoba, El Carmen de Bolívar, El Guamo, María La Baja, San Jacinto, San Juan Nepomuceno y Zambrano. (7 municipios).
ZODES	CARACTERÍSTICAS	MUNICIPIOS
MOJANA	Con gran cantidad de recursos naturales y biodiversidad, posee vocación minera y agropecuaria y un gran potencial acuícola.	Achí, Magangué, Montecristo, Pinillos, San Jacinto del Cauca y Tiquisio. (6 municipios).
DEPRESION MOMPOSINA	Posee excelentes suelos, vocación ganadera y artesanal con un gran potencial turístico, orfebrería y ebanistería.	Cicuco, Margarita, Mompo, San Fernando y Talaigua Nuevo, Hatillo de Loba. (6 municipios).



161

NIT: 806.005.597-1

LOBA	Tiene vocación agropecuaria y minera, posee gran potencial para desarrollar importantes proyectos mineros auríferos y agroindustriales (palma, cacao).	Altos del Rosario, Barranco de Loba, El Peñón, Regidor, San Martín de Loba, Río Viejo y Norosi. (7 municipios).
MAGDALENA MEDIO	Región rica en recursos naturales y biodiversidad, con vocación agropecuaria, minera, presenta un gran potencial agro exportador y minero aurífero.	Arenal, Cantagallo, Morales, San Pablo, Santa Rosa del Sur y Simití (6 municipios)

Fuente: Gobernación de Bolívar, 2012.

6.2.1. Características físicas del territorio

El departamento de Bolívar se encuentra localizado al Norte de Colombia, en la región de la llanura del Caribe. En él se pueden distinguir tres grandes unidades fisiográficas: la primera en el norte, en la cual se destacan los Montes de María, cuya máxima elevación es el cerro de Maco, a 800 metros sobre el nivel del mar. También se encuentran zonas de sabanas, de relieve ondulado ha quebrado, interrumpido por el Canal del Dique y las numerosas ciénagas que este forma. El canal a su vez se divide en dos sectores: el occidental, que comprende la faja costera donde sobresalen las bahías de Cartagena y Barbacoas, las puntas Barbacoas, Barú, Canoas, La Garita y Piedras y las estribaciones de la serranía de San Jacinto; y el sector oriental, que corresponde a la serranía, con una serie de colinas de alturas hasta de 500 m.s.n.m. La segunda unidad forma parte de la Depresión Momposina, la región más cenagosa y anegadiza de Colombia por la gran cantidad de brazos, caños, ciénagas y pantanos que allí se forman (MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO, 2012). La serranía de San Lucas es la tercera unidad ubicada en el sur del departamento, y corresponde a las estribaciones de la cordillera Central, siendo un ramal muy extenso con un enclave selvático.

MAPA 1. RECONOCIMIENTO DE LA BASE FISICO ESPACIAL DEL TERRITORIO.





161

NIT: 806.005.597-1

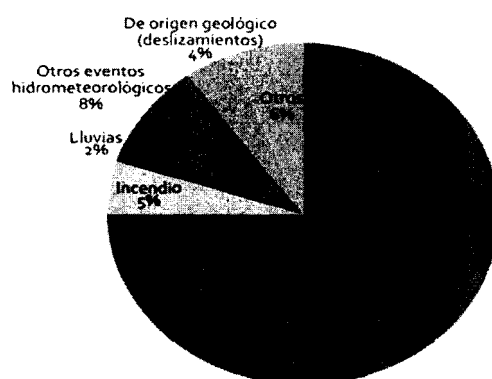
En cuanto a su hidrografía el eje fluvial de Bolívar es el río Magdalena, que pasa por el costado oriental del departamento marcando el límite con los departamentos de Santander, Cesar y Magdalena, hasta el Canal del Dique. Los principales afluentes del Magdalena son los ríos San Jorge y Cauca. Otras corrientes que llegan al Magdalena son los ríos Boque, Cimitarra, Santo Domingo y Tigüí; la depresión Momposina es el área más inundable del país debido a la fuerte dinámica fluvial que hay en la fosa presente en la región; allí se forma una intrincada red de brazos y caños, gracias a la poca resistencia de los suelos aluviales que constituyen las paredes de los cauces y a los caudales de los ríos (Martínez, s.f.).

Los brazos más importantes son el brazo de Loba, brazo Morales, brazo Mompós, brazo Papayal, brazo Quitasol y el brazo Simití. Además del laberinto de cauces, hay numerosas quebradas y arroyos que llevan sus aguas a los tres principales ríos, brazos y ciénagas del departamento. Las ciénagas más importantes del departamento son las de Canaletal, El Dique, El Limón, El Uvero, Garrapata, Grande, Guamalito, Iguana, Jobo, Juan Gómez, La Botija, La Victoria, María La Baja, Mojana, Morales, Morrocoyal, Nervití, Simití, Tesca o La Virgen y Tupe (Martínez, s.f.).

El clima de Bolívar es tropical con una temperatura que oscila entre 26 y 30 °C. Las lluvias están influenciadas por la acción de los vientos alisios del noreste y por la zona de confluencia intertropical. Existen dos periodos de lluvias marcados: entre abril y junio, el primero; y entre agosto y noviembre, el segundo. Por el contrario, se presentan dos temporadas de sequía: una muy acentuada entre finales de noviembre y marzo, y otra más corta entre junio y agosto (Martínez, s.f.).

En cuanto a las zonas de riesgo al mayor riesgo que se encuentra expuesto el departamento es a inundaciones debido a su hidrografía, siendo este alto para las seis ZODES (Dique, Montes de María, Bajo Cauca, Depresión Momposina, Loba y Magdalena Medio), de manera cíclica de acuerdo al periodo de lluvias, es este riesgo, el generador de mayor impacto en la población, con el 66% de los eventos del año 1980 al 2011, seguido de los vendavales con el 9% de los eventos los cuales se presentan en los zodes Dique, Montes de María, y Depresión Momposina.

FIGURA 3. DESASTRES MÁS FRECUENTES EN BOLÍVAR 1980 -2011 SISTEMA DE INVENTARIO DE EFECTOS DE DESASTRES.



Fuente: Plan Departamental para la Gestión del Riesgo de Bolívar (Gobernación de Bolívar, PNUD).



161

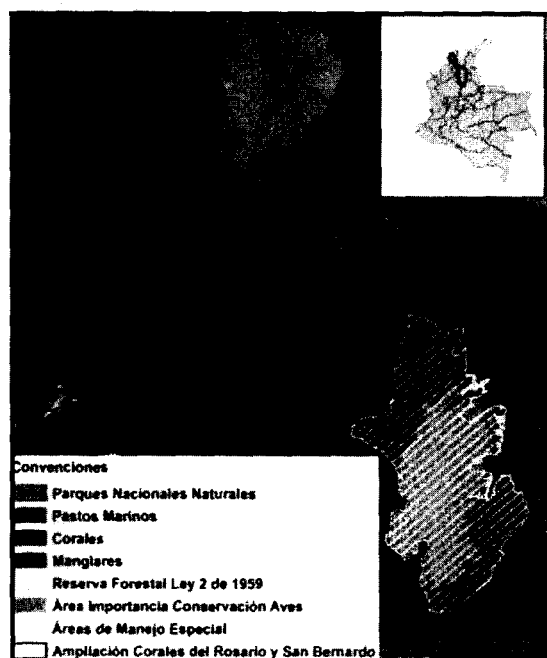
NIT: 806.005.597-1

6.2.2 Ecosistemas Estratégicos y Uso Sostenible del Territorio

El Departamento de Bolívar hasta el año 2013 existían solo 3 **Parques Nacionales Naturales** de especial interés estratégico por su alta diversidad biológica como lo son el **Parque Nacional Natural Islas Corales del Rosario y San Bernardo** en donde hay Ecosistemas Estratégicos como Pastos Marinos, Corales y Manglares, el **Santuario de Fauna y Flora “Los Colorados”** y el **Santuario de Fauna y Flora “El Corchal”** que se comparte con el Departamento de Sucre y que están bajo la jurisdicción de CARDIQUE.

No obstante, el Consejo Directivo de la Corporación Autónoma Regional del Canal del Dique –CARDIQUE- procedió mediante Acuerdo No. 004 del 27 de Noviembre de 2013 a declarar un área 421,39 hectáreas, de acuerdo al polígono de coordenadas y plano adjunto, como Parque Natural Regional (PNR), el cual se denominará **“Parque Natural Regional Bosque Seco El Ceibal Mono Titi”**, ubicado en la Hacienda El Ceibal, jurisdicción del municipio de Santa Catalina, departamento de Bolívar.

MAPA 2. ÁREAS PROTEGIDAS Y DE MANEJO ESPECIAL EN BOLÍVAR.



Fuente: Sistema Nacional de Áreas Protegidas –SINAP- (2014)

Así mismo, dentro de la jurisdicción de CARDIQUE se encuentra la cuenca del Canal del DIQUE, un cuerpo de agua estratégico para el desarrollo económico, social y ambiental de esta región. Este ecosistema se encuentra presentando múltiples problemáticas: alta sedimentación, vertimiento de aguas servidas, vertimiento de residuos sólidos y deforestación.

El Departamento de Bolívar cuenta además con que el 43% del territorio del Sur, sobre la Serranía de San Lucas se encuentra protegido bajo la figura de Reserva Forestal que corresponde a una estrategia de conservación in situ a través de la Ley



161

NIT: 806.005.597-1

Segunda de 1959 y que se encuentra en la jurisdicción de la Corporación del Sur del Bolívar –CSB-. Esta área es considerada como un área de especial importancia para la conservación de especies de Aves y de recursos forestales e hídricos debido a la presencia de nacimiento de ríos y quebradas afluentes del Río Magdalena, Cauca y San Jorge.

Esta zona de Reserva Forestal de 1.140.519,55 hectáreas, fue ordenada y zonificada por medio de la Resolución 1924 de 30 de diciembre de 2013 del Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible. Esta zonificación va del Tipo A al Tipo C para la caracterización ambiental de la zona, así como el tipo de actividades productivas que se pueden realizar.

Cabe destacar que en el caso de las Zonas Tipo A y Tipo B están especialmente protegidas para asegurar una oferta de servicios eco-sistémicos relacionados especialmente con la regulación hídrica y climática, la asimilación de contaminantes del aire y del agua, la formación y protección del suelo, la protección de paisajes singulares y de patrimonio cultural y el soporte de la diversidad biológica.

Del área total, 533.537 has corresponden a zona Tipo A (47%), 281,341 a Tipo B (25%) y 325,642 a Tipo C (29%), y se localizan en los territorios de los municipios de Achí, Altos del Rosario, Arenal del Sur, Barranco de Loba, Cantagallo, Montecristo, Morales, Norosí, Pinillos, Río Viejo, San Jacinto del Cauca, San pablo, Santa Rosa del Sur, Simití y Tiquisio.

A partir de lo anterior se infiere también que quienes tienen más territorio dentro del área delimitada son los municipios de Santa Rosa del Sur (224.696 Hectáreas), San Jacinto del Cauca (200.872 Has) y Montecristo (209.482 Hectáreas) siendo este último quien más territorio tiene en Zona Tipo A con un 95% de su territorio considerado como área de conservación.

También es importante mencionar que a partir de la Resolución 1628 del 13 de Julio de 2015 se resolvió declarar como "zonas de protección y desarrollo de los recursos naturales renovables y del medio ambiente" a una serie de 6 polígonos¹ en el territorio nacional de los cuales el polígono 2 "Serranía de San Lucas" se concentra sobre la Zona de Reserva Forestal de la Ley Segunda con un área en Bolívar de 457,058. 41 Hectáreas lo cual fortalece las medidas de protección en esta área.

6.2.3. Accesibilidad geográfica

En Bolívar existe una malla vial con una longitud aproximada de 3.099.00 Km, de la cual 457.13 Km son Red Vial Primaria, a cargo de la Nación, 130.00 Km son Red Secundaria a cargo del Departamento y 2511,87 Km corresponden a la Red Vial Terciaria a cargo de INVIAS (Subdirección de la Red Terciaria y Férrea) y de los Municipios.

La articulación de la Red Vial de carreteras con los modos fluvial y aéreo, presentan deficiencias generadas por el mal estado de corredores viales acentuándose por los efectos de la ola invernal y la infraestructura portuaria fluvial no adecuada a las expectativas de

¹ Polígono 1, Selvas transicionales de Cumaribo, polígono 2. Alto Manacacias, polígono 3. Serranía de San Lucas, polígono 4. Serranía de Perijá, polígono 5. Sabanas y Humedales de Arauca y polígono 6. Bosques secos del Patía.

JB



161

NIT: 806.005.597-1

desarrollo, lo cual, con la no oportuna intervención, además de generar rezago social, se incrementarían las limitaciones que han incidido negativamente en los niveles de competitividad, calidad de vida y desarrollo socio-económico, minero, agrícola y ambiental de nuestro Departamento con el contexto nacional, además de incrementar los costos de transportes, operación e índices de pérdidas por cosechas, accidentalidad vial e inseguridad entre otros.

El Departamento de Bolívar cuenta con las arterias fluviales conformadas por los ríos Magdalena, incluyendo los Brazos de Loba y Mompós, Cauca, San Jorge, Canal del Dique y sistemas lagunares, constituyéndose en ejes articuladores propiciando el transporte intermodal hacia los centros de producción, consumo, desarrollo y rutas nacionales. Los Ríos Magdalena y Cauca, se constituyen en arterias fluviales importantes en nuestro Departamento, para la integración de los municipios localizados en sus riberas y áreas de influencia. Adicionándose el Brazo Morales, Río Chicagua y el sistema de caños conectores. El transporte de carga y de pasajeros por el Río Magdalena, Cauca, sus brazos y canales presentan limitaciones por deficiencias en su infraestructura: muelles, atracaderos, etc. El Río Magdalena si bien requiere de una infraestructura física como medio de transporte fluvial, puertos, canales navegables y embarcaciones fluviales, necesita la construcción de obras complementarias, articuladas con rutas terrestres, que unan los centros ribereños de población con los ejes viales mayores de transporte y un mejor sistema de apoyo portuario que actualmente solo existe en Cartagena y algunas en la ciudad de Magangué.

Tradicionalmente el mayor flujo de pasajeros se concentra en algunas cabeceras municipales localizadas a lo largo de los Ríos Magdalena, Cauca y sus afluentes. Sin embargo, esta magnitud tiene mayor incidencia en lugares como Magangué, San Pablo, Calamar, Simití (Cerro de Burgos), Río Viejo y la Región de la Mojana, articulándose con el modo carretero para conformar el transporte multimodal.

Esta situación antes descrita mantiene una mayor cercanía con la ciudad capital a los municipios ubicados en los Zones Dique y Montes de María con un acceso basado en la red vial terrestre, y los Zones Depresión Momposina, Mojana, Loba y Magdalena Medio con conexión multimodal terrestre- fluvial agrupando estos dos últimos zódes los municipios más alejados y con mayores dificultades en el transporte en el cual algunos por su ubicación geográfica y la forma alargada del departamento de Bolívar realizan actividades económicas y de acceso a servicios de salud de niveles dos y tres en la ciudad de Bucaramanga.

6.3. Análisis de los Determinantes Sociales de la Salud –DSS

6.3.1. Análisis de los determinantes intermedios de la salud

6.3.1.1. Condiciones de vida

En lo que respecta a los determinantes intermedios relacionado con las condiciones de vida de los habitantes del departamento de Bolívar se encuentran por debajo de la media nacional, con excepción del Índice de Riesgo de Calidad-IRC del agua para el consumo humano en el año 2014 (Bolívar 39,21 y Colombia 33,07), porcentaje de hogares sin acceso



161

NIT: 806.005.597-1

a fuentes de agua mejorada (Bolívar 28,9 y Colombia 17,2), porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excreta (Bolívar 45,4 y Colombia 17). Que está por encima del dato nacional, sin embargo ambas situaciones indican que el departamento debe mejorar el estado de estos determinantes intermedios, que permita disminuir las brechas de inequidad. A pesar que en la tabla 47 solo se refleje significancia estadística en las diferencias entre dato país y departamento en cobertura de servicio de telefonía, porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada y porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excreta; Para el resto se debe tener en cuenta la significancia social y política en el que el departamento debe tomar decisiones en la implementación de planes, procesos, programas e incluso políticas públicas que tiendan a superar estas brechas.

Por otra parte en el caso de las coberturas útiles de vacunación para rabia en animales, no se contó con un información para el 2014 o 2015, sin embargo es el único determinante que está mejor que la media nacional.

TABLA 4. CONDICIONES DE VIDA DEL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR, 2005-2014

Condiciones de vida	Colombia	Bolívar	Diferencias relativas	LI IC 95%	LS IC 95%
Cobertura de servicios de electricidad	96,67	94,8	0,9807	0,8018	1,1993
Cobertura de acueducto	91,6	83	0,9061	0,7307	1,1236
Cobertura de alcantarillado	86,2	69	0,8005	0,6322	1,0135
Cobertura de servicios de telefonía	53,4	7,9	0,1479	0,0737	0,2971
Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA 2014)	33,07	39,21	1,1857	0,8670	1,6214
Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada (DNP-DANE 2005)	17,2	28,9	1,6802	1,1669	2,4194
Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas (DNP-DANE 2005)	17	45,4	2,6706	1,9965	3,5722
Cobertura útil de vacunación para rabia en animales (Sivigila)	70,5	79	1,1206	0,8988	1,3970

Fuente: Bodega de datos SISIPRO- DANE, censo 2005, IINS, SIVIGILA

6.3.1.2. Disponibilidad de alimentos

Respecto a los indicadores nutricionales se cuentan con datos entregados por la encuesta nacional de nutrición para el año 2010, no presentándose significancia entre los datos de país y el departamento de Bolívar, aun así los indicadores de Prevalencia de desnutrición global en menores de cinco años (4,3 para Bolívar y Colombia 3,4), prevalencia obesidad de 18 a 64 años (17,1 para Bolívar y Colombia 16,1) y obesidad en mujeres de 13 a 49 años (16,9 para Bolívar y Colombia 15,2) muestran estar por encima de la media nacional, que merecen ser intervenidas. Así mismo los indicadores relacionados con desnutrición en

Shy



161

NIT: 806.005.597-1

niños y niñas por el impacto negativo que tienen directa e indirectamente en sus condiciones de salud, educación y en años de vida potencialmente perdidos.

TABLA 5. DISPONIBILIDAD DE ALIMENTOS DEL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR, 2005-2013

Disponibilidad de alimentos*	Colombia	Bolívar	Diferencias relativas	LI IC 95%	LS IC 95%
Duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses (ENSIN)	1,8	1,3	0,7222	0,1295	4,0294
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (EEVV-DANE 2013)	9,0	7,7	0,8584	0,4236	1,7396
Prevalencia de desnutrición global en menores de cinco años (ENSIN 2010)	3,4	4,3	1,2647	0,4915	3,2545
Prevalencia de desnutrición crónica en menores de cinco años (ENSIN 2010)	13,2	10,8	0,8182	0,4506	1,4855
Prevalencia de obesidad en hombres de 18 a 64 años (ENSIN 2010)	16,1	17,1	1,0621	0,6612	1,7061
Prevalencia de obesidad en mujeres de 15 a 49 años (ENSIN 2010)	15,2	16,9	1,1118	0,6902	1,7910
Prevalencia de anemia nutricional en niños y niñas entre 6 meses y 4 años (ENSIN 2010)	27,5	22,8	0,8291	0,5500	1,2499

Fuente: ENSIN, Encuesta nacional de situación nutricional en Colombia.

* Indicadores para el nivel distrital y municipal

6.3.1.4. Condiciones factores, psicológicos y culturales

En este grupo de indicadores se muestra crítico el porcentaje de transmisión vertical de VIH en menores de 2 años estando 16 puntos por encima del promedio nacional 21,4 para Bolívar y Colombia 5,3), el resto de indicadores no muestran significancia en cambios frente a las cifras nacionales, lo que indica que existe ineficiencia en la atención de promoción y prevención tanto de maternas como del neonatos, al igual que la poca efectividad en la disminución de la transmisión mediante los programas de promoción y prevención en el mujeres en edad fértil VIH positivo, e incluso en la detección de temprana de VIH (Tabla 49).

Se muestra en la tasa de incidencia de violencia intrafamiliar que está por debajo del nivel nacional, si se tiene en cuenta la problemática del subregistros histórico en estos indicadores por su baja denuncia y reporte, por lo que el departamento se encuentra desarrollando acciones tanto en su prevención, atención de víctimas e incitar a la denuncia.

Shy



161

NIT: 806.005.597-1

TABLA 6 FACTORES PSICOLÓGICOS Y CULTURALES DEL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR, 2011-2014

Factores psicológicos y culturales*	Colombia	Bolívar	Diferencias relativas	LI IC 95%	LS IC 95%	2011	2012	2013	2014
Porcentaje de personas de 5 a 64 años que consumen frutas y verduras diariamente (ENSPA 2010).	28,1	32,0	1,1388	0,8053	1,6103				
Prevalencia de último mes de consumo de alcohol en escolares de 11 a 18 años (Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Escolares (ENSPA 2011).	39,8	29,8	0,7477	0,5221	1,0710				
Porcentaje de mujeres unidas con uso actual de algún método anticonceptivo (15 y 49 años) (ENDS 2010).	79,1	73,5	0,9292	0,7393	1,1679				
Prevalencia de último año de consumo de marihuana en escolares de 11 a 18 años (ENSPA 2011).	5,2	0,7	0,1346	0,0129	1,4012				
Porcentaje de transmisión materno infantil de VIH en menores de 2 años (Cuenta de alto costo MSPS 2014).	5,3	21,4	4,0377	2,6432	6,1680	-	-	-	
Cobertura de tratamiento antiretroviral (Cuenta de alto costo MSPS 2014).	89,4	91,8	1,0263	0,8364	1,2593	↗	↗	↘	
Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar (Forensis 2014).	159,3	91,3	0,5732	0,4669	0,7036	↗	↘	↘	↗
Tasa de incidencia de violencia contra la mujer (Forensis 2014).	185,5	117,9	0,6354	0,5305	0,7612	-	↗	↗	↗

Fuente: Bodega SISPRO, Instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses, FORENSIS, Cuenta de Alto Costo VIH, SPA escolares.

* Indicadores para el nivel distrital y municipal

lby

6.3.1.5. Sistema sanitario

Aun cuando no se muestran indicadores críticos estadísticamente significativos en relación con el nivel nacional en departamento presenta una deficiente red de servicios de salud la cual afecta el acceso a servicios como hospitalización y unidades de cuidados intensivos, así como de subespecialidades debiendo apoyarse en el departamento del Atlántico y en algunos casos en la red del interior del país (Tabla 50).

TABLA 7. SISTEMA SANITARIO DEL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR, 2006-2014

Sistema Sanitario	Colombia	Bolívar	Comportamiento									
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia (DNP-DANE 2005)	15,8	18,7										
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud (DNP-DANE 2005)	5,8	5,1										
Cobertura de afiliación al SGSSS (MSPS 2014)	96,49	99,34						-	-	↗	↗	
Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos (MSPS 2014)	89,7	59,4	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↘	↘
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año (MSPS 2014)	91,4	81	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↘
Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año (MSPS 2014)	91,4	81,1	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↘
Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año (MSPS 2014)	94	84,2	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↘
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal (EEVV-DANE 2013)	86,49	86,67	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘			
Cobertura de parto institucional (EEVV-DANE 2013)	98,63	99,49	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗			
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (EEVV-DANE)	98,71	99,53	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗			

Fuente: Bodegas de datos SISPRO, 2006-2014.

Jb



161

NIT: 806.005.597-1

En este grupo de indicadores se cuenta con una cobertura casi universal en afiliación al SGSSS, así como coberturas útiles en biológicos a excepción de BGC en recién nacidos, no presentándose brechas en estos indicadores con relación al nivel nacional. Así como se establece una tendencia de aumento, a excepción del año 2014. Sin embargo se debe resaltar el indicador Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia superando casi 3 veces a la media nacional, es decir Bolívar con 18,7%, mientras que el país es de 15,8%, esto es de gran relevancia en medir los resultados de la política de atención integral a esta población, que es una prioridad a nivel nacional y departamental, basado en la priorización de los Objetivos de desarrollo sostenible. Además, los resultados descritos en la Tabla 51 tienen coherencia con el comportamiento de la tasa de mortalidad materna.

6.3.2. Análisis de los determinantes estructurales de las inequidades en salud

6.3.2.1. Necesidades Básicas Insatisfechas y Situación de Pobreza

Los municipios en general muestran un comportamiento en cuanto a NBI no relacionado con su cercanía a la ciudad capital de Cartagena, con desigualdades entre estos que no permiten establecer una tendencia clara de comportamiento por ZODES con alto porcentaje de NBI. La ciudad de Cartagena reporta una menor proporción de 26%, a su vez el municipio de San Jacinto reporta la situación más desafortunada con 94,3% y el Carmen de Bolívar 93,4% , así como San Jacinto de Cauca, Norosí y Tiquisio el 91%, 90%, 88% y 86% respectivamente, en general la situación del departamento es crítica teniendo solo 15 municipios incluido Cartagena con NBI menor al 60% dentro de estos se encuentran San Cristóbal , Santa Catalina, Mompo y Soplaviento con un 45%, 48%, 49%, 51% y 53% respectivamente.

Así mismo, se notan desigualdades en cuanto a la población ubicada en cabeceras municipales y resto teniendo la brecha más amplia los municipios de Cantagallo, Mompo, Montecristo y Altos del Rosario con 47%, 41%, 39% de brecha (diferencia absoluta) los tres primeros y 36% los dos últimos.

En cuanto a otros indicadores relacionados con el ingreso el porcentaje de NBI del departamento muestra cambios favorables con una tendencia a la disminución la cual se podría decir será sostenida en concordancia de la intervenciones que se encuentran en ejecución en desarrollo del plan de desarrollo del departamento el cual sería impactado por cambios en municipios críticos como Carmen de Bolívar, así mismo se muestra una reducción sostenida en la incidencia de pobreza y un aumento del promedio del Ingreso per cápita de la unidad de gasto de la población, en cuanto a el coeficiente Gini no se muestran cambios sustanciales en la tendencia.

Para el año 2014, el DANE estimó que el valor de la pobreza monetaria en Bolívar fue de 39,9%, la cual, si bien ha venido reduciéndose a una tasa promedio de 4 puntos porcentuales por año, todavía se encuentra cerca de diez puntos porcentuales por encima del valor nacional (28,5%) y aún más alejada del valor de la ciudad de Cartagena (26,6%).

Jby



161

NIT: 806.005.597-1

TABLA 8. OTROS INDICADORES DE INGRESO, BOLÍVAR, 2009-2011

Indicadores de ingreso	2009	2010	2011	2012
Proporción de población en necesidades básicas insatisfechas	-----	-----	40,26	46,6
Incidencia de la pobreza	57,1	49,4	43,7	44,2
Promedio del Ingreso per cápita de la unidad de gasto de la población	271.518	310.427	345.214	359.699
Coefficiente de Gini para ingresos	0,533	0,514	0,500	0,507

Fuente: DANE, RESULTADOS CENSO GENERAL 2005, Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, por total, cabecera y resto, según departamento y nacional a 31 de Diciembre de 2012, DANE, cifras departamentales de pobreza monetaria y desigualdad.

6.3.2.2. Oferta de Servicios de Salud

Al analizar los servicios habilitados que tiene el departamento de Bolívar que se encuentran en el Registro de Prestadores de Salud- REPS, se observa con mayor frecuencia el servicio de Servicio de medicina general con una proporción de 3,46% (n=236) de la totalidad de los servicios habilitados. En segundo lugar Servicio de odontología general 2,90% (n=198) y en tercer lugar los Servicio de enfermería 2,61% (n=178). Posteriormente, se ubican los diferentes servicios de detección temprana y protección específica, lo que indica que el departamento cuenta con un mayor porcentaje de prestadores de baja complejidad, por lo que se puede generar y fortalecer el primer nivel de atención en los municipios orientado en la Atención Primaria en salud con un enfoque comunitario y familiar. En la tabla 61 se relacionan todos los prestadores habilitados en el departamento de Bolívar, exceptuando aquellos que corresponden al distrito de Cartagena, que son fundamentales y necesarios para garantizar la efectividad de la atención en salud principalmente la de los servicios de baja y alta complejidad.

Al realizar una caracterización el departamento se logra evidenciar que éste cuenta con un total 287 IPS públicas 1.064 privadas, con una oferta de camas hospitalarias de 1,4, lo cual indica que por cada 1000 habitantes hay 1,4 camas y 1,14 camas de adulto. Así mismo se observa que por cada 1000 habitantes en el departamento hay 0,03 ambulancias, 0,02 ambulancias básicas y 0,05 ambulancias medicalizadas, situación que coloca en riesgo la población departamental por la insuficiencia de TAB y TAM.

6.3.2.2. Educación

En el departamento de Bolívar, se observa que el porcentaje de hogares en Colombia con analfabetismo según el Censo DANE 2005 se ubica en un 18,5%, siendo el porcentaje de analfabetismo superior en el municipio del departamento de Bolívar con un 28,6%. Reflejando que existe diferencias estadística altamente significativas entre el valor que toma el indicador en el Bolívar y el indicador departamental.

Para la vigencia 2013 la tasa de cobertura bruta de educación categoría Primaria en el departamento de Bolívar se encuentra en 115 % con 1,04 por ciento por encima de la cobertura nacional. Por otro lado, la tasa de cobertura bruta de educación categoría Secundario muestra un valor 101,6% por encima de la media departamental (102,3%),



161

NIT: 806.005.597-1

mientras que la tasa de cobertura bruta de educación categoría Media se encuentra en el 76,9%, ubicándose por encima del valor Nacional (78,2%). Todas las diferencias estadísticas no tienen significancia estadística entre el valor que toma el indicador nacional y el indicador departamental en las diferentes categorías de educación que describe la Tabla 58.

Las coberturas brutas educativas por nivel en el departamento de Bolívar muestran una variabilidad en su comportamiento, sin embargo en el periodo de 2011 a 2013 en los niveles de primaria y media se evidencia una disminución, caso contrario ocurre en la secundaria y básica con un leve aumento de 2012 a 2013. En el nivel de transición muestra un aumento en los años 2005 y 2006 y un decrecimiento para los siguientes años con una recuperación de cobertura para el año 2012-2013. En comparación con el país el departamento supera en cada nivel el promedio nacional. Aun con esta situación con estos datos en cobertura educativa es importante mencionar que los datos globales se encuentran cierta invisibilidad, debido a que la situación diferencial de las áreas rurales generalmente puede no ser tan favorable (Tabla 59 y 60).

6.3.3. Abordaje de los Efectos de Salud y Sus Determinantes

6.3.3.1. Mortalidad

Durante el periodo 2005 a 2013, las tasas ajustadas por la edad en el departamento han tenido una tendencia ascendente en las mortalidades por grande causas, esta se concentra en aquellas que son causadas por enfermedades del sistema circulatorio, con una mayor proporción en hombres que en mujeres. Para aquellas muertes por causas de Enfermedades isquémicas del corazón, por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón, Tumor maligno de estómago, enfermedades del sistema urinario e Insuficiencia cardíaca. Por otro lado, en el caso de las mujeres presentaron más riesgo de muerte por Diabetes mellitus que los hombres.

La concentración de años potencialmente perdidos se centra en hombres especialmente por las causas externas acumulan el mayor porcentaje de años de vida potencialmente perdidos en el 2013, no obstante también una representatividad nivel general en las asociadas con las enfermedades del sistema circulatorio, las demás causas y Neoplasias.

En el periodo entre 2005 a 2013, en el departamento de Bolívar, la razón de mortalidad materna y la tasa de mortalidad neonatal, la tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años, la tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años, la tasa de desnutrición en menores de 5 años, la tasa de mortalidad infantil se observa una tendencia a la disminución y no muestran diferencias significativas con el país, a diferencia de la y la tasa de mortalidad en niñez que muestra una la diferencia relativa mayor, indicando que el indicador es significativamente más alto, que en el país.

Haciendo un análisis más profundo del comportamiento de las tasas ajustada de mortalidad por grandes causas es oscilante durante los años 2005 a 2013, sin embargo se puede determinar, en primer lugar que la mayor concentración de las muertes por enfermedades del sistema circulatorio con una tendencia ascendente que va de 120,57 muertes por 100.000 habitantes a 122,86 muertes por 100.000 habitantes, donde se puede estimar que para el año 2013 existió 2,3 más muertes por cada 100.000 habitantes por enfermedades del sistema circulatorio que en el año 2005. Por otra parte, las enfermedades del sistema

Jlg



161

NIT: 806.005.597-1

circulatorio, además de generar mayor número de muertes, también es la segunda gran causa que acumula el mayor número de años potencialmente perdidos representado en un 20,7% el año 2013. En relación a lo anterior, el subgrupo con mayor predominio son las muertes por causas de enfermedades isquémicas del corazón cuya tendencia es ascendente y el pico más alto fue en 2013 con 60,0 muertes por cada 100.000 habitantes; las muertes por enfermedades cerebro vasculares y por enfermedades hipertensivas con 26,7 y 20,5 por cada 100.000 habitantes respectivamente, representando más del 84% de las muertes por enfermedades del sistema circulatorio. De estas solo las enfermedades hipertensivas presentan una tendencia sostenida al aumento con 9,0 muertes más en el 2013 con respecto al año 2005. En referencia a hombres y mujeres, estos tienen tasa diferenciales en las enfermedades isquémicas del corazón con 21,0 más muertes en hombres que en mujeres en tasas para este subgrupo específico.

En segundo lugar, se encuentran las demás causas con un comportamiento creciente donde en el año 2005 se presentó una tasa ajustada de 67,49 muertes por 100.000 habitantes, mientras que en el año 2013 la tasa fue de 80,71 muertes por 100.000 habitantes, estimación que representa 13,2 veces más muertes por este tipo de causas por cada 100.000 habitantes en este último año comparado con el primer año descrito. La demás causa acumula el mayor número de Años potencialmente perdidos en 24,9% en el 2013. Adicional a que los subgrupos con mayor carga de muerte se encuentran las causadas por Diabetes mellitus con 13,2 muertes por cada 100.000 habitantes, seguido de las causadas por Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores en el que se observa en el 2013 un 15, 18 muertes por cada 100.000 habitantes siendo la más alta entre los años 2005 a 2013. En un segundo lugar las muertes por causa de enfermedades del sistema urinario se evidencian 3,81 más muertes en el 2013 en comparación al 2005.

En tercer lugar, se encuentra las muertes causadas por Neoplasias, es de resaltar que en los años 2009 y 2010 se presentaron dos picos, caracterizado por 52,1 muertes por causas de neoplasias por cada 100.000 habitantes y 50,2 muertes por esta misma causa por cada 100.000 habitantes respectivamente, en los años 2005 y 2013 el comportamiento de las tasas es similar (46,71 y 46,52 respectivamente). Las subcausas de muertes por neoplasias con disminución en los años 2005 a 2013 son las muertes causadas por Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón, Tumor maligno del cuello del útero y Tumor maligno de otros órganos genitourinarios. Mientras que el Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon y Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón tienden aumentar pasando de 0,96 a 1,82 y de 4,77 a 6,60 muertes por 100.000 habitantes este último ubicado en los que tiene mayor carga de muerte. Adicional a lo anterior, es de considerar que las neoplasias con mayor carga de muertes son Tumor maligno del estómago 4,33 muertes por 100.000 habitantes, Tumor maligno de la próstata 4,61 muertes por 100.000 habitantes y Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas 7,20 muertes por 100.000 habitantes. El resto tiene un comportamiento fluctuante y las tasas en el 2013 no son las más bajas durante los nueve años estudiados (2005-2013).

En cuarto lugar, el comportamiento de las tasas de mortalidad por causas externas es decreciente (46,17 en el año 2005 y 28,21 en el año 2013) con una diferencia de 18,0 menos



16 1

NIT: 806.005.597-1

mueres asociados a este tipo de causas. En relación a lo anterior las muertes prematuras por causas externas se encuentran representada por 17,7% AVPP (Años de vida potencialmente perdidos), se evidencia una disminución de 2005 a 2013. Las principales subcausas que ocupan los primeros lugares en carga de muerte dentro este grupo se encuentra las Agresiones (Homicidio), sin embargo, se evidencia una disminución entre el 2005 y el 2013 dado que 23,8 muertes por cada 100.000 habitantes y 10,3 muertes por cada 100.000 habitantes respectivamente. Seguido, están los demás accidentes que en el 2013 disminuyó a 3,75 muertes por cada 100.000 habitantes, otra subcausa que presenta reducción leve son las lesiones autoinfligidas de acuerdo al comportamiento iniciando el periodo de referencia con 3.7 muertes por cada 100.000 habitantes en 2013 y manteniéndose del año 2009 en adelante por debajo de 3 y presentando una tasa de 1,9 para el año 2013. Las muertes por causas externas afectan de manera diferencial a los hombres con una tasa 17,5 veces más alta en agresiones (homicidios) que las mujeres con una tasa de 18,7 muertes por cada 100.000 hombres frente a 1,2 muertes por cada 100.000 por esta misma causa para mujeres para el año 2013. Así mismo los hombres una tasa 8,0 veces más alta para accidentes terrestres y 2,5 para lesiones autoinfligidas que las mujeres.

En quinto lugar, las muertes por causas de enfermedades transmisibles con tasa de 30,34 en el 2005 y 28,97 en el año 2013, con una tendencia descendente, sin embargo se resalta el predominio de muertes por Infecciones Respiratorias Agudas con una mayor tasa en el 2013 de 15,4 muertes por este subgrupo por 100.000 habitantes; por otro lado las muertes por septicemia excepto neonatal presentó una 4,13 por 100.000 habitantes. No obstante, los subgrupos que tienden a disminuir son las muertes causadas por enfermedades inmunoprevenibles, meningitis y tuberculosis.

En sexto lugar, las muertes por afecciones periodo perinatal con una tasa de 10,3 en el año 2005 y 6,79 en el año 2013, tiende a disminuir el más representativo fue en el año 2010, sin embargo, a partir del 2011 al 2013 tiene un comportamiento fluctuante. A pesar de lo anterior, se resalta las muertes por trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal con una tasa de 3,0 por cada 100.000 habitantes, que ocupa el primer lugar dentro de este grupo de causas.

En séptimo, las muertes por causas de signos y síntomas mal definidos entre el año 2005 y 2013 es similar, sin embargo, se resalta los picos más altos en el 2011 con 18,2 muerte por causas de signos y síntomas mal definidos por cada 100.000 habitantes, se concentran en una mayor proporción en hombres que en mujeres.

Por otra parte, la mortalidad infantil en menores de un año se observa que Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal es la causa de muerte con tasa más elevada con un rango que va desde 13,88 a 7,81 muertes con su pico más alto en el 2005, en segundo lugar, se encuentran Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con una tasa promedio de 2,19 muertes. Por otro lado, la mortalidad en niños entre uno y cuatro años se observa que las demás causas es grupo de mayor tasa con 10,27 por 100.000 menores de 1 y 4 años, seguida por aquellas muertes por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias con 8,21 por cada 100.000 menores de 1 y 4 años y las asociadas a enfermedades del sistema respiratorio con 6,16 muertes por cada 100.000 menores de 1 y 4 años todas para el año 2013.

Jky



161

NIT: 806.005.597-1

En lo concerniente a la mortalidad en menores de 5 años en el año 2013, es de resaltar que la mayor tasa de muerte fue la relacionada por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con 119,04 por 100.000 menores de 5 años, además las causadas por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con 32,61 muertes por cada 100.000 menores de 5 años, las ocasionada por enfermedades del sistema respiratorio con 17,94 muertes por estas patologías por cada 100.000 menores de 5 años.

Al realizar el análisis de desigualdad de indicadores de mortalidad materna infantil y niñez de Bolívar con respecto al comportamiento a nivel nacional, la tasa de mortalidad neonatal a nivel departamental se encuentra por debajo de la tasa nacional, además durante los años de 2005 a 2013 se evidencia una tendencia decreciente 11,29 en el año 2005 y 6,50 en el año 2013, sin embargo en los últimos tres años se evidencia una variabilidad que puede estar asociada a la barreras de acceso por la ubicación geográfica del lugar de residencia de los usuarios, o por las barreras administrativas representada por falta de garantía al derecho de la salud por parte de las EPS, en el que las actividades de promoción y prevención no tiene el impacto esperado.

El comportamiento de la mortalidad en la niñez se encuentra por encima de la tasa nacional, en el último año superando casi el doble del país (Bolívar en el año 2013 una tasa de 15,05 y país 7,26), cuya diferencia es estadísticamente significativo. Por lo que es necesario la implementación y seguimiento de políticas orientadas a la atención integral a la primera infancia, con el fin de tener un impacto positivo de estos indicadores.

La mortalidad infantil del país y el departamento muestran tendencias decrecientes, donde el departamento presentó un aumento en el año 2008 con una tasa de 16,24 en comparación con el 2007 con una tasa de 12,63 muertes por cada 100.000 menores de un año, sin embargo, del año 2012 con 11,51 muerte por cada 1000.00 menores de un año aumenta en el siguiente año a 12,31 muertes por cada 100.000 menores de un año, superando la tasa nacional en el año 2013.

No obstante a lo anterior, también se cita la Razón de mortalidad materna cuyo dato preliminar en SIVIGILA para el año 2014 es de 67,4 muertes por 100.000 nacidos vivos y para el 2015 con 86,6, es decir tasas mayores que la correspondiente al año 2013 con 43,73 muertes por 100.000 nacidos vivos, lo que conlleva al fortalecimiento de la capacidad institucional y operativa de la implementación de políticas pública correspondiente a la primera infancia y en las gestantes principalmente en los municipios de Clemencia y San Martín de Loba. Sumado a lo anterior la tasa mortalidad en la niñez se encuentra en situación de alarma que requiere la toma de decisiones y medidas que ayuden a mejorar la condición negativa de este indicador.

En relación con los indicadores trazadores como Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda –EDA muestra una gran reducción tanto del país como el departamento con una disminución del 73,9% y el de Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda - IRA en el Departamento de Bolívar para el 2013 con una tasa de 14,4 muertes por Infección Respiratoria Aguda por 100.000 menores de cinco años.

Jdy



161

e

NIT: 806.005.597-1

La Mortalidad por desnutrición crónica muestra un descenso entre el 2005 y el 2013 con una tasa inicial de 26,0 muertes por desnutrición por cada 1000.000 menores de 5 años, ubicándose como la tasa más alta de los todos los años estudiados. Es importante mencionar que a nivel departamental se ubica por encima del dato nacional. A pesar que se reportan pocas muertes por esta causa tanto para el país como para el departamento, y con una tendencia al descenso para ambas poblaciones. En este indicador en particular se supone que podría existir un subregistro al no relacionarse como primera causa de muerte y no ser relacionada directamente con las defunciones.

A continuación de acuerdo con la siguiente tabla, se relaciona las prioridades en salud se brinda la necesidad de formular, diseñar, implementar y/o evaluar según cada caso políticas, proyectos y estrategias con un enfoque diferencial que involucre la intersectorialidad y transectorialidad, con el fin de generar un impacto significativo social, comunitario y familiar de la población de Bolívar.

TABLA 9. IDENTIFICACIÓN DE PRIORIDADES EN SALUD DEL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR, 2013.

	Causa de mortalidad identificada	Valor del indicador en Bolívar
Mortalidad general por grandes causas	Enfermedades sistema circulatorio	122,9 por 100.000 personas
	Enfermedades sistema circulatorio (Hombres)	134,3 por 100.000 hombres
	Enfermedades sistema circulatorio (Mujeres)	111,6 por 100.000 mujeres
	Las demás causas (Hombres)	90,0 por 100.000 mujeres
	Las demás causas (Hombres)	90,0 por 100.000 hombres
	Las demás causas	80,7 por 100.000 personas
	Las demás causas (Mujeres)	71,7 por 100.000 mujeres
	Causas externas (Hombres)	56,5 por 100.000 hombres
	Neoplasias (Hombres)	50,9 por 100.000 hombres
Mortalidad específica por subgrupo	Enfermedades isquémicas del corazón (hombre)	70,6 por 100.000 hombres
	Enfermedades isquémicas del corazón	60,0 por 100.000 personas
	Enfermedades isquémicas del corazón (mujer)	49,6 por 100.000 mujeres
	Enfermedades cerebrovasculares (hombre)	27,1 por 100.000 hombres
	Enfermedades cerebrovasculares	26,7 por 100.000 personas
	Enfermedades cerebrovasculares (mujer)	26,3 por 100.000 mujeres
	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (hombre)	20,8 por 100.000 hombres
	Enfermedades hipertensivas (hombre)	20,5 por 100.000 hombres
	Enfermedades hipertensivas	20,5 por 100.000 personas
	Enfermedades hipertensivas (mujer)	20,5 por 100.000 mujeres

JMS



161

NIT: 806.005.597-1

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño en población de 1 a 4 años	Diabetes mellitus (mujer)	15,8 por 100.000 mujeres
	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	15,3 por 100.000 personas
	Todas las demás enfermedades	14,18 por cada 100.000 niños y niñas entre 1 y 4 años y una tendencia al descenso
	Enfermedades del sistema respiratorio	9,12 por cada 100. niños y niñas entre 1 y 4 años y se observa una propensión hacia el descenso
	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	15,19 por cada 100.000 niños y niñas entre 1 y 4 años y una serie que se dirige al descenso.
Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño en población menor de 1 año	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	13,88 por cada 100.000 nacidos vivos y una tendencia al descenso
	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	13,87 muertes por 100.000 niños y niñas entre 1 y 4 año en el 2005 a 7,80 muertes por 100.000 niños y niñas entre 1 y 4 año en el 2013
	Enfermedades del sistema respiratorio	1,76 en inicio de la serie en estudio
Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño en población menor de 5 años	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	159,38 muertes por 100.000 niños y niñas menores de 5 años siendo la más alta de todos los subgrupos de causas presentada en el año 2005 con relación a la tendencia se observa al descenso
	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	30,10 muertes por 100.000 niños y niñas menores de 5 años tasa promedio (2005 - 2013)
	Enfermedades del sistema respiratorio	31,71 muertes por 100.000 niños y niñas menores de 5 años durante el año 2005 y una tendencia al descenso.

Fuente: Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, 2005-2013.

En el departamento de Bolívar, el comportamiento de estos indicadores también se encuentra asociado a la a los bajos niveles de educación y pobreza, pues las tasas más altas se presentan en los municipios que tiene menor cobertura de educación y mayores niveles de pobreza.

El municipio de Bolívar con mayor porcentaje de pobreza tuvo 58 muertes más por EDA en menores de 5 años por cada 100.000 menores de 5 años que el municipio con menor porcentaje de pobreza, ajustando por el tamaño Poblacional de cada grupo. El 50% de la población con mayor pobreza acumula el 61% de las muertes infantiles en el departamento de Bolívar, el 25% en esta misma condición soporta el 43% de las muertes maternas, y el 60% soportan el 88% de las muertes por desnutrición en menores de 5 años, comportándose la pobreza como un determinante de la mortalidad materno infantil. Este panorama implica una respuesta intersectorial para el abordaje de los determinantes sociales de la salud, y la implementación, evaluación y seguimiento de las políticas vigentes entorno a la gestión integral de salud pública, atención primaria en salud, y fortalecimiento

Jhs



161

NIT: 806.005.597-1

la capacidad resolutive en la baja complejidad de atención, que contribuya a la gestión del riesgo en salud de manera eficiente y pertinente.

En cuanto a análisis diferenciales en relación con el año 2013 en hombres se presentan 40,7 más muertes por causas externas que en mujeres, por otro lado las muertes por enfermedades del sistema circulatorio en 22,7 más muertes en hombres que en mujeres.

La tendencia en las enfermedades transmisibles es similar para ambos sexos, sin embargo la diferencia de un año inicial al último año de estudio disminuye, mientras que en el año 2005 se presentaron 10 muertes más en hombres que en mujeres y en el 2013 la diferencia se representa en 5,7 más muertes.

Las muertes por neoplasias y afecciones periodo perinatal presentan tendencias diferentes en los hombres es ascendente y en las mujeres es descendente para el 2013. Además se presenta 8,6 más muertes en hombres que en mujeres en el caso de Neoplasias y 3,4 más muertes en hombres que en mujeres para afecciones periodo perinatal.

6.3.3.2. Morbilidad

En Bolívar la tendencia y la magnitud de la morbilidad como dato demográfico y sanitario cumplió con la función de informar la proporción de personas que sufrieron una enfermedad según la lista 6/67 durante el periodo 2011 al 2014, y relacionados con el ciclo vital es así que en la población de esta región, se observó que la tendencia son hacia el ascenso, situación que puede ser atribuida a las exigencias nacionales y claridad para definir la recolección y consolidación de la información necesaria para la determinación de análisis en las instancias departamentales y municipales.

En la Primera infancia de 0 – 5 años las causas que generan mayor carga de morbilidad, son las clasificadas en el grupo de las Condiciones transmisibles y nutricionales indicando que estas enfermedades han sido la primera causa de atención durante los años 2009 a 2014. Durante la primera infancia, las enfermedades no transmisibles en el departamento de Bolívar se ven representadas con tendencia al incremento las principales causas de morbilidad notándose dentro de las tres primeras: Enfermedades digestivas, Anomalías congénitas y Condiciones orales. Con un límite inferior de 0,31% un límite superior de 4,38 % y un promedio de 0,75%, con un total de 44.585 consulta que reflejan una proporción de 41,35%. Por lo contrario, y sin dejar de observar las enfermedades que se ubican dentro de la tendencia al descenso se encuentran: Otras neoplasias, Enfermedades de los órganos de los sentidos, Enfermedades respiratorias, Enfermedades genitourinarias y Enfermedades de la piel entre otros. Mostrando una frecuencia relativa de 54,9% con un total de 88.691.

En la etapa de la Infancia (6 a 11 años) se atendieron un total de 227.607 personas, de las cuales el 41,07% están representadas principalmente por Enfermedades no transmisibles, presentando fluctuaciones en el transcurso de los años 2009 – 2014, y un incremento porcentual del 2013 a 2014 en 0,69%, la de menor presencia fueron las condiciones materno perinatales sin embargo es importante referir que el mayor cambio porcentual la ofrece los signos y síntomas mal definido con 2,63%.

En el grupo de adolescencia se logra observar las enfermedades no transmisibles representan proporcionalmente las principales causas de morbilidad con un 44,24% (106.873) durante los años 2009 – 2014, en este grupo de edad. Evidenciándose además



161

NIT: 806.005.597-1

una tendencia al aumento con un cambio porcentual de 0,31% que indica mayor morbilidad por esta gran causa en la población de adolescentes del Departamento de Bolívar.

Para el grupo de Juventud (14 a 26 años) Las Enfermedades no transmisibles han sido la primer causa de atención durante el periodo 2009 – 2014 en este grupo poblacional, representando 45,18 % (196.839) de las atenciones El panorama de la juventud en la región Bolivarenses, muestra que dentro de las tres primeras patologías con tendencia al ascenso, las Condiciones orales, las enfermedades musculo-esqueléticas y las Enfermedades cardiovasculares, esto evidenciado por un total de 67.334; 26.245; y 6.344, respectivamente de consultas por enfermedades no transmisibles, aportando así una proporción de 39,1%. Por lo contrario las cinco primeras afecciones con disposición hacia el descenso se encuentran las enfermedades genitourinarias Enfermedades de la piel, Otras neoplasias, Enfermedades de los órganos de los sentidos, Enfermedades genitourinarias, Enfermedades respiratorias.

Con respecto al ciclo vital adultez (27 a 59 años) presenta un alto número de casos (772.574), encontrándose las enfermedades no transmisibles como la principal causa de morbilidad en este grupo de edad en el departamento de Bolívar con un 53,2% (411.293) y un decrecimiento en el cambio porcentual de 1,43% de las atenciones, seguidas por las Condiciones transmisibles y nutricionales Aquí se ve con alta representación las enfermedades cardiovasculares que también se convierte en un factor de riesgo importante para otras enfermedades, fundamentalmente para la cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebro vascular, insuficiencia renal y contribuye significativamente a la retinopatía convirtiéndose en padecimientos que contribuye a la morbi-mortalidad, sin embargo hay otro grupo de patologías que representan favorabilidad son aquellas que mostraron un descenso tales como: Condiciones neuropsiquiátricas, Enfermedades genitourinarias y Enfermedades digestivas.

En la población del ciclo vital adulto mayor (>60 años) las enfermedades no transmisibles representan la principal causa de morbilidad representando el 59,59 % (179.453) de las atenciones en este grupo de edad. En el Departamento de Bolívar, se observa que la principal causa de morbilidad son las enfermedades cardiovasculares con un total de 97786 consultas durante todo el recorrido de la serie 2009 – 2014, Seguido de las enfermedades musculo – esqueléticas con 46.494 consultas aportando el 15,5% a la carga total de morbilidad por enfermedades no transmisibles en este grupo poblacional. Esta situación puede verse asociado a que durante el proceso de envejecimiento se producen cambios fisiológicos tanto en la esfera orgánica como en la mental.

Al realizar el análisis estadístico de los eventos precursores del alto costo (diabetes mellitus e Hipertensión arterial), se puede observar que no existe diferencia significativa de lo evidenciado al comparar la nación y el departamento. Las patología de alto costo a nivel nacional es un reto y compromiso, la Cuenta de Alto Costo es el responsable de repositorio de la información que obliga a la EPS gestionar el riesgo individual de su población, al igual de recibir pagos por resultados, a nivel departamental en Bolívar se puede observar en los indicadores relacionados con la ERC que ese encuentra por debajo del margen nacional, en el casos de la incidencia de leucemia está por encima del nacional en el caso de la mieloide, caso similar pasa con el VIH, por lo que es importante implementar planes y programas orientados en la atención integral y el reporte confiable y obligatorio de la información, para determinar la situación real de estas patologías que son de vigilancia e interés de salud pública, priorizadas en Plan decenal de salud pública. Por último, el dato de Bolívar incluye al Distrito de Cartagena.

[Handwritten signature]



161



NIT: 806.005.597-1

En cuanto a la población en condición de discapacidad del departamento las alteraciones permanentes están organizadas por las siguientes categorías el sistema nervioso; la piel; ninguna; Los ojos; Los oídos; los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto); la voz y el habla; el sistema cardiorrespiratorio y las defensas; la digestión, el metabolismo y las hormonas; el sistema genital y reproductivo y el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas.

Las condiciones transmisibles y nutricionales, según los ciclos vitales se observa que la mayoría los ciclos de vida las enfermedades infecciosas y parasitarias mostraron un cambio porcentual con tendencia al incremento, constituyéndose una de la principales causas de consultas médicas y de morbilidad en el departamento a excepción del ciclo adulto mayor, la situación por géneros define que las principales causas de morbilidad en hombres no se aleja de las causas de morbilidad general, se mantiene las condiciones no transmisibles y los ciclos de vida a excepción de primera infancia, en mujeres no se aleja de la tendencia del género contrario, en tanto que en la primera infancia, se mantiene las condiciones maternas perinatales repuntando durante los años analizados, con relación al tema materno perinatal se evidencia un aumento en la variación porcentual en todos los ciclos vitales aunque los diagnósticos sean diferentes el incremento es paulatino, Aunque cabe destacar que el territorio cuenta con factores como: los programas de Salud Materna y perinatal, las capacitaciones y cursos de re-entrenamiento en guías de atención de embarazo, parto, puerperio, atención de emergencia obstétrica programas de prevención y atención de ITS, VIH y SIDA, proyectos ejecutados por el departamento para mejoramiento de infraestructura, el aseguramiento del 96,7% de la población al SGSSS para la atención de los eventos, nos muestra que se debe seguir fortaleciendo los programas que abarquen esta población y realizar seguimientos estrictos de los casos. Entre las causas de morbilidad en la primera infancia se notan dentro de las tres primeras: Enfermedades digestivas, Anomalías congénitas y Condiciones orales. El Sistema de Vigilancia de la Calidad del Agua del Instituto Nacional de Salud a junio de 2015, reporta que pese a la cobertura de acueducto que presenta el departamento, de 91% en las cabeceras municipales, en áreas rurales sólo alcanza el 35%; y aun en municipios como Arenal, Arroyohondo, Cicuco, El Carmen de Bolívar, El Guamo, Regidor, Río Viejo, San Pablo, Santa Rosa del Sur y Zambrano que en cuyas cabeceras tienen 100% de cobertura, la infraestructura (redes y plantas de tratamiento) de los mismos es deficiente, en la mayoría de los municipios, en los cuales se refleja una baja frecuencia, entre 11 y 12 horas/día, reflejada en el alto índice de riesgo de consumo del agua lo que genera factores de riesgo ambiental, igualmente las bajas coberturas de vacunación canina y felina que en el departamento de Bolívar se encuentra en un 80%. Situación que es agravada por la presencia de los siguientes factores: Los asentamientos poblaciones irregulares debido a la inadecuada planificación del ordenamiento territorial, en zonas de alto riesgo de inundaciones y deslizamiento, principalmente en las ZODES Mojana, Depresión Momposina, Lobos, Magdalena Medio y parte del Dique, el déficit de vivienda cuantitativo del departamento, generado en gran medida por los desastres naturales que ha enfrentado el territorio, sumado al fenómeno del desplazamiento forzado, lo cual ha obligado que personas vivan hacinadas, y adopten modos, condiciones y estilos de vida no saludables, que ponen en riesgo la salud de la población, y afectan los ecosistemas, por el uso inadecuado del territorio.

Las enfermedades no transmisibles en los adolescentes y el ciclo de vida de la adultez muestran una progresión hacia el aumento, dentro de las tres primeras patologías con tendencia al ascenso, las Condiciones orales, las enfermedades musculo-esqueléticas y las Enfermedades cardiovasculares, en cuanto a personas mayores se observa que la principal causa de morbilidad son las enfermedades cardiovasculares, Seguido de las enfermedades musculo – esqueléticas, si se asocia esta progresión con los hábitos de vida

[Handwritten signature]



161

NIT: 806.005.597-1

saludables, En el departamento de Bolívar la prevalencia de obesidad de 18 a 64 años 11,8; sobre peso 3.9% , prevalencia de consumo alcohol 35.8,. Prevalencia de consumo de tabaco en hombres: 53,61%, Prevalencia de consumo de tabaco en mujeres: 31,18%, la edad de inicio de consumo de tabaco en promedio: 17 años. Ésta situación afecta principalmente a la dinámica de la estructura poblacional Situación que es agravada por la presencia de los siguiente factores: el deficiente seguimiento por parte de las EAPB de las acciones de detección temprana y protección específica y la poca efectividad de la demanda inducida relacionadas con los factores asociados a las enfermedades crónicas, Deficiente Prestación de los Servicios de Salud por parte de las IPS, EPS y ESEs municipal en la atención a las ENT, deficientes procesos de IVC departamental en la Red Prestadora de Servicios de Salud y en las EAPB-IPS y ESE, deficiente articulación sectorial (educación, cultura, deporte, recreación, agricultura, cultura, salud) por lo que se hace necesario la elaboración e implementación de estrategias, programas y proyectos para el mejoramiento de la problemática actual.

TABLA 10. PRIORIDADES IDENTIFICADAS EN LA MORBILIDAD ATENDIDA, EVENTOS DE ALTO COSTO, EVENTOS PRECURSORES Y EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR 2006-2014

	Causa de morbilidad priorizada	Valor del indicador de la entidad territorial
Morbilidad atendida por grandes causas	Enfermedades no transmisibles	Recibieron atención con un porcentaje de 47,25% (n = 1.097.258)
	Signos y síntomas mal definidos	Recibieron atención con una proporción de 19,58% (454.814)
	Condiciones maternas y perinatales	388.773 atenciones que corresponde a un 16,7%
Eventos de alto costo y precursores	Prevalencia de hipertensión arterial	676,00%
	Tasa de incidencia de VIH notificada	12,59
	Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mieloide (menores de 15 años)	0,61
Eventos de Notificación Obligatoria	Meningitis meningocócica	50
	Meningitis tuberculosa	25
	Tétanos accidental	66,7
	Sífilis congénita	2,35
	Infección respiratoria aguda grave (irag inusitado)	66,7
	Hepatitis distintas a A	5,97

Finalmente, de acuerdo a la tabla 3 que relaciona las prioridades identificadas en la morbilidad atendida, muestra que es necesario, diseñar, implementar, evaluar y hacer seguimiento según los casos a las políticas, proyectos y estrategias con un enfoque diferencial que, donde se integren todas las articulaciones con el fin de generar un impacto significativo social, comunitario y familiar de la población de Bolívar.

[Handwritten signature]

6.4 Priorización de los problemas de salud

Al realizar la priorización de los problemas de salud en municipios del departamento de Bolívar se centró en cada una de las dimensiones planteadas en el Plan Decenal bajo la metodología de la matriz hanlon, es evidente que las ITS-VIH SIDA-Sífilis Congénitas son eventos de salud con estado más crítico y que reviste mayor atención y gestión por parte de las autoridades sanitarias del departamento; seguido de la baja capacidad de respuesta institucional en Salud pública ante situaciones de emergencias y desastres, en tercer lugar se encuentra la Ausencia de modelos de atención diferenciada a población vulnerable, en cuarto lugar las Deficientes políticas públicas orientadas al beneficio de poblaciones especiales; el quinto y sexto lugar en orden de importancia le correspondió a Incidencia de enfermedades diarreicas y la Falta de localización y caracterización de población vulnerables.

Se requiere desarrollar acciones que permita solucionar estos problemas en salud en cada dimensión con el fin que el referente sea eficiente en el desarrollo de los componentes y estrategias correspondientes. No obstante como se ilustra en la Tabla, en puestos inferiores se encuentran Diversas forma de violencia contra la mujer, niños, niñas y adolescentes Extrema mortalidad perinatal, Letalidad de dengue y Leptospirosis, Deficientes estilos de vida saludable, Mortalidad y morbilidad por enfermedades de sistema circulatorio, Incidencia de enfermedades respiratorias, Deficientes capacidades de respuesta comunitaria ante desastre, Asignación financiera ineficiente y Desarticulación interinstitucional EPS, IPS y CRUE. Muchos de estos problemas son transversales en el que una medida de mejoramiento conlleva a la solución de este y otros de manera indirecta.

TABLA 11. PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR, 2013.

Dimensiones	Problemas	Magnitud (0-10)	Severidad (0-10)	Efectividad (0.5-1.5)	Factibilidad					
					Pertinencia (0-1)	Economía (0-1)	Recursos (0-1)	Legalidad (0-1)	Aceptabilidad (0-1)	
Salud ambiental	Agua con deficiente calidad para el consumo humano	9	7	0,8	1	1	1	1	1	12,8
	Baja cobertura de saneamiento básico	9	7	0,8	1	1	1	1	1	12,8
	Deficiente disposición de residuos sólidos ordinarios	8	6	0,8	1	1	1	1	1	11,2
	Baja cobertura en servicio de acueducto	7	7	0,8	1	1	1	1	1	11,2
Vida saludable y condiciones no	Mortalidad y morbilidad por neoplasias	6	8	1	1	1	1	1	1	14



161

NIT: 806.005.597-1

transmisibles	Mortalidad y morbilidad por enfermedades de sistema circulatorio	7	9	1	1	1	1	1	1	16
	Alto consumo de tabaco, alcohol y SPA	6	5	1	1	1	1	1	1	11
	Deficientes estilos de vida saludable	8	6	1,2	1	1	1	1	1	16,8
Convivencia social y salud mental	Alta mortalidad por homicidios	7	9	0,7	1	1	1	1	1	11,2
	Incidencia de suicidios e intentos de suicidios	7	8	0,8	1	1	1	1	1	12
	Diversas forma de violencia contra la mujer, niños, niñas y adolescentes	9	8	1	1	1	1	1	1	17
	Uso inadecuado del tiempo libre en adolescentes	7	5	1,2	1	1	1	1	1	14,4
Seguridad alimentaria y nutricional	Inadecuados hábitos alimenticios	8	6	1,1	1	1	1	1	1	15,4
	Mortalidad relacionada con desnutrición	6	8	1	1	1	1	1	1	14
	Alta desnutrición en gestantes, primera infancia y escolares	8	7	1	1	1	1	1	1	15
	Baja duración de la lactancia materna exclusiva	7	7	1	1	1	1	1	1	14
Sexualidad, derechos sexuales y	Embarazos en adolescentes	7	8	0,9	1	1	1	1	1	13,5

Jab



NIT: 806.005.597-1

101

reproductivos	ITS-VIH sida-SIFILIS congénitas	7	8	1,3	1	1	1	1	1	19,5
	Extrema mortalidad perinatal	8	9	1	1	1	1	1	1	17
	inequidad contra la mujer	8	8	0,8	1	1	1	1	1	12,8
Vida saludable y enfermedades transmisibles	Letalidad de dengue y Leptospirosis	8	9	1	1	1	1	1	1	17
	Incidencia de enfermedades respiratorias	8	8	1	1	1	1	1	1	16
	Incidencia de enfermedades diarreicas	8	8	1,1	1	1	1	1	1	17,6
	Alta incidencia de casos de TBC	5	7	1	1	1	1	1	1	12
Salud pública en emergencias y desastres	Baja capacidad de respuesta institucional	9	7	1,2	1	1	1	1	1	19,2
	Desarticulación interinstitucional EPS, IPS y CRUE	7	6	1,2	1	1	1	1	1	15,6
	Deficientes capacidades de respuesta comunitaria ante desastre	8	8	1	1	1	1	1	1	16
	Poca preparación para afrontar la presencia de eventos de salud pública	8	7	1	1	1	1	1	1	15
Salud y ámbito laboral	Trabajo informal sin protección	7	6	1	1	1	1	1	1	13
	Explotación infantil	8	8	0,8	1	1	1	1	1	12,8
	Coberturas de protección de riesgos laborales.	6	6	1	1	1	1	1	1	12
	Deficiente prevención de	6	6	1	1	1	1	1	1	12



101

NIT: 806.005.597-1

	accidentes y enfermedades relacionadas con el trabajo									
Gestión diferencial de las poblaciones vulnerables	Falta de localización y caracterización de población vulnerables	9	7	1,1	1	1	1	1	1	17,6
	Ausencia de modelos de atención diferenciada	9	7	1,2	1	1	1	1	1	19,2
	Deficientes políticas públicas, orientadas al beneficio de la poblaciones especiales	9	7	1,2	1	1	1	1	1	19,2
	Desconocimiento de derechos de la población vulnerable	8	6	1	1	1	1	1	1	14
Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud	Deficiente infraestructura Hospitalaria	8	8	0,9	1	1	1	1	1	14,4
	Falta de compromiso de los actores de salud con los directrices impartidas por el ente territorial	7	6	1	1	1	1	1	1	13
	Planeación ineficiente para la ejecución de recursos	8	7	1	1	1	1	1	1	15
	Asignación financiera ineficiente	8	8	1	1	1	1	1	1	16

JMY



101

NIT: 806.005.597-1

6.6. Análisis de los Indicadores Trazadores del Sector Salud

COBERTURA DE VACUNACIÓN CON TRIPLE VIRAL EN NIÑOS Y NIÑAS DE 1 AÑO (indicador de cierre de brechas)	86% (2014)	Los indicadores relacionados con vacunación que hacen parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio no lograron las metas establecidas. Adicionalmente, se evidencia una reducción consecutiva en la cobertura desde el año 2012 hasta el 2014.	Municipios como Arroyohondo y Cantagallo mostraron retrocesos en su cobertura superiores al 45%. Esto se debe a la falta de gestión por parte de los municipios y zonas de difícil acceso y además el censo poblacional está desfasado con respecto al número de habitantes del municipio. Esto pone en riesgo la salud de los niños al no contar con el cuadro de inmunización que prevenga enfermedades y complicaciones de salud.	Alcanzar el 95% o más de cobertura en todos los biológicos que hacen parte del esquema nacional, en las poblaciones objeto del programa en 45 municipios.
MORTALIDAD MATERNA	85,8 por mil nacidos vivos (2014)	La tasa de mortalidad materna a pesar que venía disminuyendo de manera sostenida desde el año 2011, se incrementó de manera significativa entre el año 2013 y 2014.	Disminución en el porcentaje de la atención institucional del parto, incremento en el embarazo adolescente y el mal estado de la red pública de atención generan complicaciones para las mujeres en estado de embarazo y al momento del parto.	- Fortalecer la salud materna, mediante desarrollo de capacidades del talento humano en EPS, IPS y Direcciones Territoriales de Salud implementada en 45 municipios. - Construir casas maternas regionales, en el casco urbano del Distrito de Cartagena, municipio de Arjona para el Dique y Magangué, para la región de la Mojana.
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (indicador de cierre de brechas)	12,4 por mil (2014)	La razón de mortalidad infantil ha venido aumentando desde el año 2011. Pasando de 11,3 a 12,4 casos por 1.000 nacidos vivos.	En materia de Infancia las enfermedades del periodo perinatal siguen aún persistiendo en el diagnóstico epidemiológico, siendo los trastornos respiratorios la subcausa más común de enfermedad en esta población.	Desarrollar estrategias para fortalecer la vigilancia en salud pública de los eventos de interés de salud materno- infantil.



101

NIT: 806.005.597-1

TASA DE MORTALIDAD PERINATAL	39,5 por 100 mil (2014)	La tasa de mortalidad perinatal ha venido aumentando desde el año 2011 en 158%, pasando de 15,3 a 39,5 casos por cada 100.000 nacidos vivos.	En materia de Infancia las enfermedades del periodo perinatal siguen aún persistiendo en el diagnóstico epidemiológico, siendo los trastornos respiratorios la subcausa más común de enfermedad en esta población. La deficiente prestación del servicio de salud en las instituciones prestadoras de este servicio ha contribuido al empeoramiento de este indicador.	15 ESE con servicios obstétricos dotados, que funcionen en municipios con alta razón de mortalidad materna y perinatal, cumpliendo los indicadores del Programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad mediante procesos prioritarios asistenciales acreditados.
LETALIDAD POR DENGUE GRAVE	3,1% (2014)	Se presentaron 1.154 casos de dengue en el departamento, y 537 excluyendo el Distrito de Cartagena en el 2014, siendo los principales municipios afectados San Juan Nepomuceno (98), Santa Rosa del Sur (84), Turbaco (73), Mompox (64), Magangué (58), El Carmen de Bolívar (57).	El deficiente manejo de residuos sólidos, asentamientos en zonas no planificadas debido al desplazamiento forzoso, entre otras, ha generado la proliferación de las enfermedades transmitidas por vectores, principalmente en población menor de 18 años.	90% de cobertura de la estrategia de gestión integrada para la vigilancia, promoción de la salud, prevención y control de las ETV y las Zoonosis, implementada intersectorialmente en Turbaco, Arjona, Santa Rosa Norte, San Juan Nepomuceno, Magangué, Mompox, Achí, Montecristo, Tiquisio, San Martín de Loba y Santa Rosa Sur.



161

97

NIT: 806.005.597-1

TASA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES	26,5%	El embarazo adolescente en el departamento de Bolívar es una problemática que afecta el desarrollo económico y social debido a que interrumpe el ciclo educativo del adolescente, limitando su formación académica y sus oportunidades laborales y de generación de ingreso.	Desconocimiento por parte de la población de métodos de planificación familiar y altas tasas de deserción escolar son algunas de los factores asociados a esta problemática. De igual manera, las falencias en las estructuras administrativas tanto del departamento como los municipios, con una alta rotación del recurso humano capacitado, que en su mayoría no son vinculación directa, ponen en riesgo la efectividad de las acciones de vigilancia en el presente cuatrienio.	• Implementar la estrategia nacional de prevención de embarazo adolescente. • Implementar programa para el desarrollo de capacidades a nivel institucional y promoción de los derechos sexuales y reproductivos en municipios con mayor porcentaje de embarazo en adolescentes, que involucre a docentes, personal asistencia en salud, población objeto y sus familias. • Concurrir en la creación de servicios amigables para adolescentes y jóvenes, como centros de atención integral que funcionen como sede de las ESE municipales, garantizando estas el personal de salud necesario.
ATENCIÓN INSTITUCIONAL DEL PARTO	61,3% (2014)	En 2011 dos de cada tres mujeres en estado de embarazo recibían atención institucional durante el parto. Este número se redujo ligeramente entre 2013 y 2014. Para periodos anteriores, el indicador no ha mostrado mejoras significativas.	Existe una baja calidad y acceso a la prestación de servicios de salud en el departamento de Bolívar lo que se magnifica en las zonas rurales y de difícil acceso debido a las características geográficas del departamento.	• Construir casas maternas regionales, en el casco urbano del Distrito de Cartagena, municipio de Arjona para el Dique y Magangué para la región de la Mojana. • Dotar a las ESE con servicios obstétricos dotados, que funcionen en municipios con alta razón de mortalidad materna y perinatal, cumpliendo los indicadores del Programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad mediante procesos prioritarios asistenciales acreditados. • Construir y/o adecuar infraestructura en salud de áreas rurales, en municipios priorizados.

Jbr



101

NIT: 806.005.597-1

POBLACIÓN AFILIADA A SERVICIOS DE SALUD	96,3% (2014)	A pesar que el departamento cuenta con un porcentaje de población afiliada a servicios de salud, todavía se requieren esfuerzos adicionales por lograr la cobertura universal. Se observa que el departamento mantiene una cobertura promedio de aseguramiento de 96,7% a 2014; situación favorable, comparándolo con la media nacional de 93%.	Se identifican como debilidades relevantes en el tema de aseguramiento, la frágil vigilancia y control a las EPS (Entidades Promotoras de Salud) por parte de las autoridades municipales; laxitud en el manejo de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), con recurso humano poco capacitado y comprometido (alta rotación), agravada por la incipiente infraestructura tecnológica en los municipios; insuficiente compromiso de las EAPB (Entidades Administradora de Planes de Beneficios) con la efectiva garantía del goce del derecho en salud a sus afiliados, visible en la prestación de servicios de salud sin oportunidad y calidad en un importante número de ocasiones.	• Depurar la base de datos Única de afiliados (BDUA) departamental en un 97%. • Lograr el 100% de cobertura de acciones departamentales de Inspección, Vigilancia y Control a la gestión del régimen subsidiado en salud a nivel municipal.
---	--------------	--	--	---



161

NIT: 806.005.597-1

COBERTURA RÉGIMEN SUBSIDIADO	69% (2015)	Dos de cada tres personas cuentan con cobertura del régimen subsidiado. Sin embargo, es necesario realizar una depuración de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) con el fin de contar con un dato mucho más cercano a la realidad de las condiciones de la población que debe tener acceso a este servicio.	Se identifican como debilidades relevantes en el tema de aseguramiento, la frágil vigilancia y control a las EPS (Entidades Promotoras de Salud) por parte de las autoridades municipales; laxitud en el manejo de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), con recurso humano poco capacitado y comprometido (alta rotación), agravada por la incipiente infraestructura tecnológica en los municipios; insuficiente compromiso de las EAPB (Entidades Administradora de Planes de Beneficios) con la efectiva garantía del goce del derecho en salud a sus afiliados, visible en la prestación de servicios de salud sin oportunidad y calidad en un importante número de ocasiones.	- Lograr el 100% de cobertura de acciones departamentales de Inspección, Vigilancia y Control a la gestión del régimen subsidiado en salud a nivel municipal. - Depurar la base de datos Única de afiliados (BDUA) departamental en un 97%.
POBLACIÓN CON ANEMIA NUTRICIO- NAL	3257 casos (2014)	El diagnóstico del Plan de Seguridad Alimentaria y Nutricional del departamento de Bolívar muestra que 15,3% los adolescentes entre 13 y 17 años de la región conformada por Bolívar, Sucre y Córdoba, presentan anemia y problemas de sobrepeso y obesidad.	El Plan de Seguridad Alimentaria y Nutricional del departamento de Bolívar, de igual manera, muestra que los bolivarenses cuentan con una dieta alta en carbohidratos y grasas saturadas y baja en frutas y verduras, lo que genera además de obesidad, genera deficiencias en micronutrientes.	Implementar estrategia de abordaje integral e intersectorial de población infantil, mujeres gestantes y adolescentes con estado nutricional e índice de pobreza de alto riesgo, para mejorar garantizar el acceso a los alimentos y generación de hábitos alimenticios saludables.

Jby



161

NIT: 806.005.597-1

NÚMERO DE INSTITUCIONES PPRESTADORAS DE SALUD NIVEL I	38 (2015)	El sector de la salud y especialmente las ESE's se encuentran en graves riesgos, 16 de las mismas se encuentren ejecutando un Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Entre estas 15 de baja complejidad y la ESE de alta complejidad Hospital Universitario del Caribe.	El 80% de ESE's cuenta con marcadas deficiencias en infraestructura, dotación, tecnología y procesos prioritarios asistenciales.	ESE en alto riesgo cubiertas con acciones del plan de saneamiento fiscal y financiero (incluye optimización de sistemas contables y gestión para la incorporación a programas de reestructuración de pasivos ley 550.).
---	-----------	--	--	---

7. RESULTADOS PRIORIZACIÓN DE LA CARACTERIZACIÓN DE POBLACIÓN AFILIADA A LAS EAPB

La caracterización de la población afiliada a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en Salud, en forma articulada con el análisis de la situación de Salud actualizado del departamento permite identificar y priorizar los problemas más relevantes de salud, y pone en práctica el ejercicio de coordinación intersectorial y transectorial que se requiere para realizar una adecuada planeación estratégica y operativa, atendiendo a los lineamientos metodológicos del Ministerio de Protección Social en el marco de la Estrategia Pase a la Equidad, alineando las acciones al Plan Decenal de Salud Pública .

Como producto de esa caracterización de la población afiliada a cada una de las EAPB del departamento de Bolívar, y de la consecuente priorización y reuniones de armonización y concertación de los compromisos de los indicadores propuestos por las EAPB articulados con la dirección territorial, debidamente cargadas a través de la plataforma PISIS del Sistema Integrado de Información de la Protección Social, se presentan las siguientes conclusiones y resultados para las EAPB del departamento de Bolívar:

En términos generales, los logros propuestos y esperados por las EAPB del departamento de Bolívar para cada uno de los indicadores de las intervenciones sobre las prioridades de salud en sus poblaciones afiliadas recibieron el ajuste necesario durante los procesos de concertación, puesto que a juicio de la dirección territorial se quedaban cortas en términos de lograr una adecuada cobertura e impacto de las acciones e intervenciones. Abordando primero la caracterización realizada para las EAPB del régimen subsidiado, se puede concluir que los grupos de riesgo más priorizados (frecuencia absoluta) por las EAPB subsidiadas del departamento de Bolívar son: cardio- cerebro- vascular- metabólico (25);

[Handwritten signature]

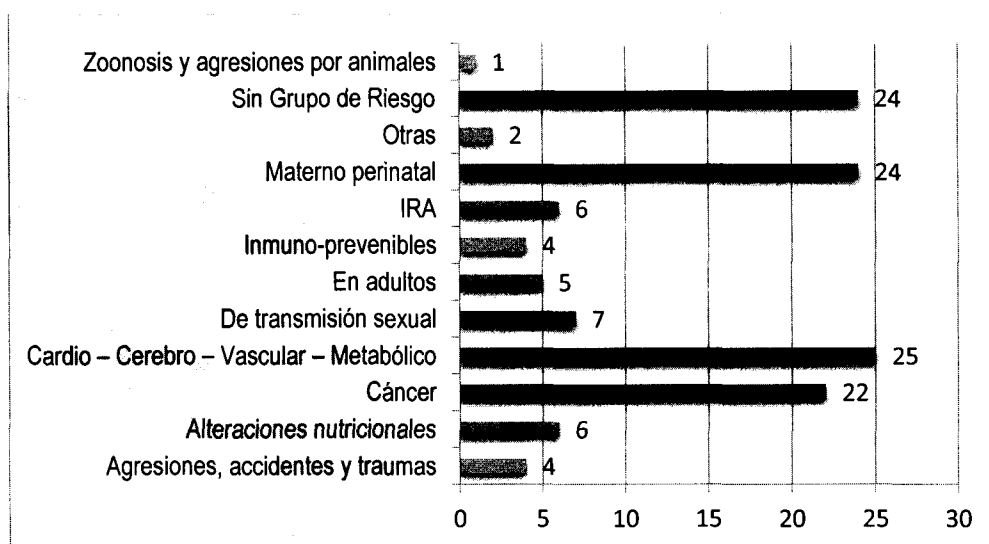


NIT: 806.005.597-1

161

materno perinatal (24); sin grupo de riesgo (24); cáncer (22); de transmisión sexual (7). Ver gráfico 1.

Gráfico 1. Priorización en Grupos de Riesgos de EAPB del Régimen Subsidiado.



Fuente: Departamento de Bolívar. Caracterización Poblacional EAPB 2015.

De igual forma, los indicadores priorizados más frecuentes en las EAPB subsidiadas se distribuyen así:

Materno perinatal: Razón de mortalidad materna (8); Cáncer: Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero (6); Cardio - Cerebro - Vascular - Metabólico: Prevalencia de Diabetes Mellitus en personas de 18 a 69 años (5); Sin Grupo de Riesgo: Costo total para la EAPB por la primera patología de alto costo (5); Alteraciones nutricionales: Tasa ajustada de mortalidad por deficiencias nutricionales y anemias nutricionales (4); Cáncer: Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer (4); Cardio - Cerebro - Vascular - Metabólico: Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus (4); Cardio - Cerebro - Vascular - Metabólico: Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades hipertensivas (4); IRA: Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años (4); Materno perinatal: Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (4). Ver tabla 1.

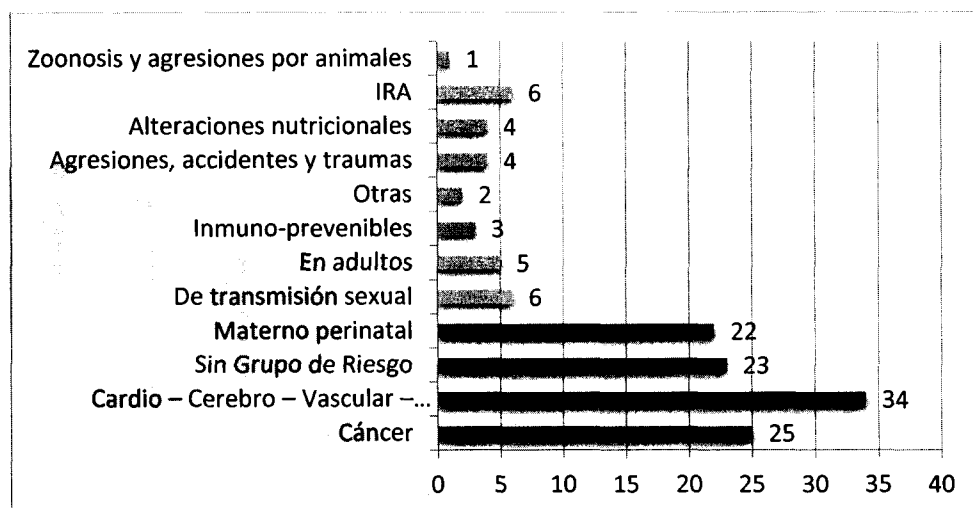
En cuanto a la priorización hecha por las EAPB del régimen contributivo los grupos de riesgo más priorizados (frecuencia absoluta) en cuanto a sus afiliados en el departamento de Bolívar son: **cardio- cerebro- vascular- metabólico** (34); **cáncer** (25); Sin grupo de riesgo (23); **materno perinatal** (22); **de transmisión sexual** (6). En comparación con la priorización de las EAPB del régimen subsidiado son los grupos de riesgo igualmente priorizados, con la diferencia en que el grupo de riesgo de cáncer está más priorizado que el grupo de materno perinatal. Ver gráfico 2.



NIT: 806.005.597-1

161

Gráfico 2. Grupo de Riesgos Priorizados por las EAPB del Régimen Contributivo. Departamento de Bolívar. Caracterización Poblacional EAPB 2015



Fuente: Departamento de Bolívar - Proceso de caracterización población afiliada.

Los indicadores priorizados más frecuentes en las EAPB contributivas se distribuyen así: cardio - cerebro - vascular - metabólico: prevalencia de diabetes mellitus en personas de 18 a 69 años (9); cáncer: tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero(7); cardio - cerebro - vascular - metabólico: prevalencia de hipertensión arterial en personas de 18 a 69 años (5); cardio - cerebro - vascular - metabólico: tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus (4); materno perinatal: Razón de mortalidad materna(4); alteraciones nutricionales; prevalencia de obesidad en mujeres de 18 a 64 años(3); Sin Grupo de Riesgo: Costo total para la EAPB por la primera patología de alto costo(3); de transmisión sexual: prevalencia registrada de VIH/Sida(3); materno perinatal: porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer(3).

Al comparar los resultados de la priorización realizada por las EAPB y la priorización de la problemática de salud en el ASIS Bolívar 2005, podemos encontrar las siguientes coincidencias:

Para el primer grupo de riesgos priorizados por la EAPB existen coincidencias en la priorización por dimensiones en la dimensión vida saludable y condiciones transmisibles en los cuales tres problemas están priorizados directamente relacionados con el grupo de riesgo como lo son deficientes estilos de vida saludable, mortalidad y morbilidad por enfermedades cardiovasculares de sistema circulatorio y alto consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas.

El segundo grupo de riesgo priorizado por las EAPB no coincide entre los regímenes contributivo y subsidiado pues para las EAPB subsidiadas es materno perinatal y para las Contributivas es Cáncer. Para el grupo de riesgo materno perinatal identificado con el color rosado se encuentran priorizados en dos dimensiones fundamentalmente relacionadas con este riesgo y son las de seguridad alimentaria y nutricional y la de sexualidad derechos sexuales y reproductivos, en las cuales el ASIS priorizo respectivamente para la primera: Inadecuados hábitos alimenticios, Alta desnutrición en gestantes, primera infancia y escolares, Mortalidad relacionada con desnutrición, Baja duración de la lactancia materna exclusiva y para la segunda: TS-VIH sida-SIFILIS congénitas(prioridad que también

ley



161

NIT: 806.005.597-1

coincide con la quinta prioridad de la caracterización de EAPB), Extrema mortalidad perinatal, Embarazos en adolescentes, inequidad contra la mujer.

Para el grupo de riesgo cáncer, priorizado en la caracterización se encuentra la coincidencia en el Asis en la Mortalidad y morbilidad por Neoplasias como tercera problemática en la dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles. Ver Tabla

Tabla. 12. Coincidencias de las Priorizaciones de EAPB y la Priorización de Problemas por Dimensiones en el ASIS Bolívar 2015

Orden priorización EAPB	EAPB SUBSIDIADAS	EAPB CONTRIBUTIVO	ASIS 2015	Orden priorización en la dimensión Según Asis 2015
1	cardio- cerebro-vascular- metabólico	cardio- cerebro-vascular- metabólico	Dimensión Vida saludable y condiciones no transmisibles	1. Deficientes estilos de vida saludable 2. Mortalidad y morbilidad por enfermedades de sistema circulatorio 4. Alto consumo de tabaco, alcohol y SPA
2	materno perinatal		Seguridad alimentaria y nutricional	1. Inadecuados hábitos alimenticios 2. Alta desnutrición en gestantes, primera infancia y escolares 3. Mortalidad relacionada con desnutrición 4. Baja duración de la lactancia materna exclusiva
			Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	1. ITS-VIH sida-SIFILIS congénitas 2. Extrema mortalidad perinatal 3. Embarazos en adolescentes 4. inequidad contra la mujer
3	sin grupo de riesgo	Sin grupo de riesgo	-----	-----
4		materno perinatal		
5	de transmisión sexual	de transmisión sexual		

Se puede concluir a partir de este análisis que existe bastante coincidencia y relación entre los grupos de riesgos considerados prioritarios por las EAPB tanto contributivas como subsidiadas frente a las problemáticas priorizadas en las dimensiones en el ASIS 2015, en las cuales se generan condiciones para el aumento de esos riesgos individuales gestionados por las EAPB del departamento.

lby

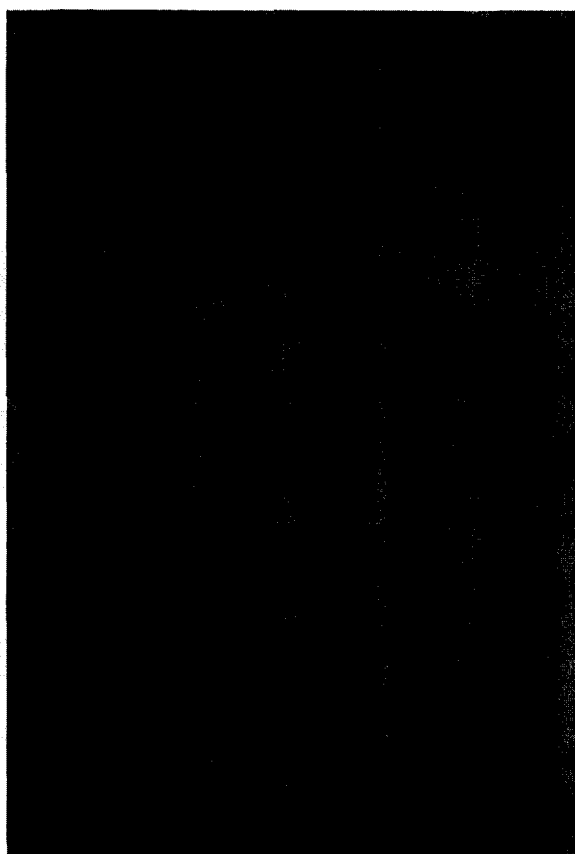


NIT: 806.005.597-1

161

8. CONFIGURACIÓN ACTUAL

“LA POBRE VIEJECITA”



Las situaciones identificadas obedecen a generadores como la débil estructura social que gobierna la población de Bolívar, dada entre muchos aspectos la deficiencia del sistema educativo, condiciones sociales como la violencia y el conflicto armado. Lo anterior reforzado por la compleja situación geográfica del departamento, con áreas rurales dispersas de difícil acceso y deficiente infraestructura vial que agravan las condiciones de salud de las comunidades.

Otros aspectos como las acciones de control poco efectivas por parte de las autoridades sanitarias, ambiente natural inadecuado, ambiente construido deficiente, y poca gestión en salud pública de algunos gobernantes a nivel municipal, hacen que las condiciones de vida y bienestar de la población se vean afectados.

8.1. METÁFORA CONFIGURACIÓN ACTUAL

Errese un pobre departamento que no tenía nada de riquezas... a pesar de tener todas las riquezas (mega biodiversidad), estas por grandes y graves problemas que lo aquejan no se reflejan positivamente en los bolivarenses cuando al hablar del sector salud y otros sectores se refiere, a este se le ha obligado a vivir en la absoluta pobreza y abandono; como la pobre y sufrida viejecita del célebre poeta colombiano RAFAEL POMBO.

gbs



NIT: 806.005.597-1

Bolívar es uno de los departamentos de Colombia más extenso y rico en recursos naturales razón por la cual lo llaman departamento de la mega biodiversidad. Sus fértiles tierras son surcadas por dos de los más importantes ríos de Colombia; el Río Magdalena y el Río Cauca. Dadas estas características y lo diverso en cuanto a sus acervos culturales, sociales y económicos, para su mejor estudio y atención gubernamental la asamblea departamental en el año 2001 lo organizó territorialmente en seis (6) ZONAS DE DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL (ZODES).

Todos estos fenómenos impactan directamente en la salud de la población; tanto es así que al tratar de comparar en departamento de Bolívar con algo real y muy dicente nos llega a la mente sin titubeos y con la claridad diamantina del medio día la imagen de «La Pobre Viejecita» del célebre poeta colombiano RAFAEL DE POMBO Y REBOLLEDO.

ZODES DIQUE

El Dique bolivarense es el soporte y despensa agropecuaria de Cartagena y Barranquilla, tiene un potencial marítimo y acuícola. Esta cruzado por los principales corredores viales del Caribe Colombiano. De este Zodes forma parte el Distrito de Cartagena de Indias, núcleo industrial, portuario y turístico del departamento. Conformado por los municipios de Cartagena, Turbaco, Arjona, Calamar, Arroyo Hondo, Clemencia, Mahates, San Cristóbal, San Estanislao de Kostka, Santa Catalina, Santa Rosa de Lima, Turbaco, Turbana.

ZODES MONTES DE MARÍA

Es una región con distrito de riego, suelos fértiles, vocación agroindustrial, ganadera, forestal y artesanal, posee una cultura agro exportadora, y esta cruzada por la troncal de occidente y articulada a la troncal del Magdalena Medio. Está conformada por los municipios de: María la baja, El Guamo, San Juan Nepomuceno, San Jacinto, Carmen de Bolívar, Zambrano y Córdoba Tetón. En años recientes se ha venido desarrollando allí un importante complejo agroindustrial de palma de aceite.

ZODES MOJANA

Es una región con gran dotación de recursos naturales y biodiversidad, posee vocación minera y agropecuaria y un gran potencial acuícola. Está integrada por los municipios de Magangué, Pinillos, Tiquicio, Achí, Montecristo y San Jacinto del Cauca. Últimamente se ha desarrollado en esta zona el cultivo de cacao.

ZODES DEPRESIÓN MOMPOSINA

Región con excelentes suelos, vocación ganadera y artesanal con un gran potencial turístico, orfebrería y ebanistería. Se encuentra ubicada en la parte centro-oriental del Departamento y está conformado por los municipios de Cicuco, Talaigua Nuevo, Mompo, San Fernando, Margarita y Hatillo de Loba.

ZODES LOBA

La ZODES Loba tiene vocación agropecuaria y minera, posee gran potencial para desarrollar importantes proyectos mineros auríferos y agroindustriales (palma, cacao). Está conformada por los municipios de Altos del Rosario, Barranco de Loba, San Martín de Loba, El Peñón, Regidor y Río Viejo.



16 1

NIT: 806.005.597-1

ZODES MAGDALENA MEDIO

Región rica en dotación de recursos naturales y biodiversidad, con vocación agropecuaria, minera, presenta un gran potencial agro exportador y minero aurífero. Se encuentra conformada por los municipios de Arenal, Cantagallo, Morales, San Pablo, Santa Rosa del Sur y Simití. Con el apoyo de la cooperación internacional USAID y la Unión Europea, a través del programa ADAM y del Laboratorio de Paz – Programa de Desarrollo y Paz del Magdalena Medio, se ha logrado desarrollar en esta zona importantes núcleos agrícolas de palma de aceite, cacao y caucho.



Todas las riquezas del departamento de Bolívar no se reflejan positivamente en los bolivarenses cuando al hablar del sector salud se refiere. Y es que el componente salud está estrechamente ligado a otros factores de orden poblacional, políticos, económicos, sociales, ambientales, y culturales. Todos estos factores impactan directamente en la salud de la población; tanto es así que al tratar de comparar en departamento de Bolívar con algo real y muy diciente nos llega a la mente sin titubeos y con la claridad diamantina del medio día la imagen de una pobre viejecita.

La pobre viejecita del célebre poeta colombiano RAFAEL DE POMBO Y REBOLLEDO (Rafael Pombo).

“Erase una viejecita sin nadita que comer sino carnes, frutas, dulces, tortas, huevos, pan y pez. Bebía caldo, chocolate, leche, vino, té y café, y la pobre no encontraba qué comer ni qué beber. Y esta vieja no tenía ni un ranchito en qué vivir fuera de una casa grande con su huerta y su jardín. Apetito nunca tuvo acabando de comer, ni gozó salud completa cuando no se hallaba bien. Se murió de mal de arrugas, ya encorvada como un tres, y jamás volvió a quejarse ni de hambre ni de sed”.

Dentro del plan decenal de salud pública, la metáfora; donde el departamento de Bolívar toma vida y lo vemos transformado en una pobre viejecita que a pesar de tenerlo todo su

Jbs



161

NIT: 806.005.597-1

pensamiento la obliga a vivir en la absoluta pobreza y abandono. Todo esto debido a los grandes y graves problemas enunciados anteriormente que aquejan a esta pobre y sufrida viejecita. Si agregamos a esta crítica situación otro componente como el conflicto armado el cual viene produciendo el fenómeno del desplazamiento forzoso hacia las zonas urbanas produciendo mucho estrés a la pobre viejecita tanto en el cerebro (Ciudad de Cartagena) como en la espalda (cascos urbanos de los municipios) como se puede evidenciar en el mapa del departamento donde se evidenciaron los principales ejes temáticos.

9. CONFIGURACIÓN DESEADA

TOTÓ LA MOMPOSINA



El Departamento de Bolívar transformará el estado de salud de su población, apuntando al mejoramiento de la prestación de servicios bajo el modelo de Atención Integral en Salud, gestión integral en salud pública liderada intersectorialmente, desde un enfoque diferencial que contribuya a la disminución de brechas de inequidad y reducción de la morbilidad y la mortalidad.

Será reconocido a nivel nacional y regional por la optimización de sus recursos naturales y garantía de condiciones básicas que permitan una mejor calidad de vida, el retorno del capital humano al campo, la reactivación económica, el equilibrio en la demanda de servicios y descongestión del Distrito Turístico. Una provisión de mecanismos de transporte fluviales, mejoramiento de vías terrestres, y aprovechamiento de los ríos Magdalena y Cauca, como principales aliados para la conectividad, y garantía el acceso a la atención en salud.

[Handwritten signature]



16 1

NIT: 806.005.597-1

9.1. METÁFORA CONFIGURACIÓN DESEADA

Bolívar así como Bazanta Vides, será transformado en Totó la Momposina porque tiene todo el potencial para hacerlo, siendo uno de los departamentos de Colombia más extenso y rico en recursos naturales, con fértiles tierras surcadas por dos de los más importantes ríos de Colombia, características geográficas especiales y diversidad de acervos culturales, sociales y económicos.

Mirando en prospectiva, Bolívar avanza para ser admirado como nuestra famosa artista; quien siendo una mujer de avanzada edad como la pobre viejecita y nacida en un lugar tan rico en múltiples áreas, con innumerables limitantes y oportunidades, no se detuvo ante la situación de pobreza y barreras de acceso a educación; pues pese haberse formado en un municipio y no una ciudad, superó los obstáculos del entorno, y alcanzo sus más anhelados sueños; educándose con sacrificio, organización, disciplina, templanza y amor por los que la rodean y por su cultura.

Por eso es necesario seguir caminando la senda que hemos iniciado; del desarrollo de capacidades, educación y sensibilización de los administradores de estos recursos, para que se fortalezca la gestión pública y crezca el deseo de bienestar para nuestro Bolívar. Estamos seguros que con sacrificio, organización, disciplina, templanza, sentido de pertenencia por nuestro objetivo, y teniendo un claro concepto de lo que representan las riquezas de Bolívar, este dejara de ser la pobre viejecita para transformarse en Totó la Momposina.

Al hablar de nuestra alegre y majestuosa cantante,² provoca que los ojos del mundo sean puestos en nuestro departamento; viendo todas sus riquezas, reflejadas positivamente en la salud de sus habitantes de manera diferencial y equitativa; explotando los diversos talentos y capacidades, que nos hacen brillar como la alegre y erguida **TOTO LA MOMPOSINA**, libre de jorobas y esquemas mentales de fracaso, que con su autenticidad logra mostrar la belleza y majestuosidad de un departamento que es más que playas y murallas, y renace como una estrella a través del pensamiento colectivo y el recobro de la gobernabilidad y credibilidad institucional.

Aplausos y gritos de victoria sintiéndonos orgullosos de ser Bolivarenses, que trabajan en equipo y se articulan intersectorialmente en pro del desarrollo y la búsqueda incesante del bienestar colectivo y la justicia social.

9.2. EJES ESTRUCTURANTES DESEADOS

- intersectorial y la respuesta en salud por parte de las redes de IPS y EAPB en el departamento de Bolívar, para Mejorar las condiciones sanitarias y ambientales a través de estrategias para disminuir el nivel de necesidades insatisfechas en la población, de la promoción del acceso a la vivienda, el mejoramiento de las vías y

² Totó es una Cantante y bailarina de música bullerengue, su música tiene origen en el mestizaje del Caribe; nació en 1940, en Talaigua Nuevo Bolívar, un pueblo situado en la isla de Mompós Bolívar; Es considerada una de las mejores en su género por los especialistas en música del mundo y es reconocida por la vitalidad y espontaneidad que muestra en sus presentaciones y por sus mezclas de ritmos indígenas, de los esclavos africanos y por los ritmos provenientes de España, todos los cuales se encuentran presentes en el Bolívar; Su música está cargada de cumbias, bullerengues, chalupas, garabatos o mapalés, sones, guarachas, rumbas y sextetos y su nombre le rinde honor a la tierra en que nació. En sus conciertos están presentes los tambores y otras percusiones tradicionales del Caribe colombiano e instrumentos autóctonos como la gaita hembra y la gaita macho y en el escenario la han acompañado músicos famosos nacionales e internacionales.

Chy



16 1

NIT: 806.005.597-1

el manejo adecuado de los residuos sólidos y hospitalarios en los municipios; Así mismo incrementar el acceso con calidad a los servicios de salud y otros servicios básicos que optimicen la calidad de vida y salud de la población. Así mismo fortalecer el sistema de transporte terrestre y fluvial, facilitando la movilidad sobre todo en zonas dispersas e inclusive áreas urbanas de los municipios de los ZODES Mojana, Lobas y Magdalena medio Bolivarense, con la articulación de la red prestadora de servicios de salud, disminuyendo los asentamientos de población en zonas de alto riesgo ambiental, lo cual impactará positivamente en la reducción de las enfermedades transmisibles y zoonóticas en la región.

- Incrementar las acciones para garantizar la seguridad en zonas con altos índices de violencia por el conflicto armado, generando así las condiciones adecuadas para el retorno de la población al campo, activando el desarrollo económico rural y el fortalecimiento del potencial humano para un mejor aprovechamiento de los recursos naturales y culturales. Se debe garantizar el retorno a las áreas rurales lo que conllevará a disminuir la concentración de población en el norte de Bolívar y en especial la ciudad de Cartagena, y así se nivelará la demanda de servicios. Igualmente, se debe fortalecer la capacidad resolutive a nivel institucional, propender por acciones para recuperar la gobernabilidad en algunas zonas del departamento, y fomentar la generación de empleo. Esto debe permitir impactar en la reconstrucción del tejido social y adopción de estilos de vida saludables de la población, con el fin de bajar los índices de consumo de sustancias psicoactivas, embarazo en adolescentes, violencia intrafamiliar, abuso sexual, desnutrición y enfermedades crónicas no transmisibles.
- Fortalecer la articulación intersectorial, así como la gestión de la autoridad sanitaria, para reducir las barreras de acceso y mejorar la resolución en la atención integral individual, la demanda inducida y las acciones colectivas en la población afiliada. Así mismo se deben incrementar las acciones en educación, promoción y prevención por cada actor implicado como Educación, Deporte, Cultura, Desarrollo e Infraestructura, entre otros, favoreciendo a la garantía del goce efectivo del derecho a la salud y a la promoción del autocuidado, y la disminución de la prevalencia e incidencia de eventos en salud en todo el territorio; cambiar el paradigma de la voluntad política y el ejecutar las políticas a nivel municipal, así como gestionar el manejo de las problemáticas sociales y el seguimiento y control para la prestación y los servicios de salud con calidad, deben mejorar el estado de salud de la población disminuyendo los índices de morbilidad y mortalidad materna, perinatal e infantil y enfermedades crónicas no transmisibles en el departamento.

9.3. VENTAJAS Y OPORTUNIDADES

VENTAJAS		OPORTUNIDADES
Municipios de Bolívar colindan con varios Departamento lo que favorece el transporte y al intercambio social y cultural.		Riqueza forestal y la madera que se puede aprovechar en el sector económico y como producción empresarial.
Bañado por grandes ríos como el Magdalena y el Cauca, que favorece en parte al transporte y recursos hídricos de algunas zonas.		La minería en una mejor explotación y bajo medidas ambientales y de control, que generan opciones de trabajo para las comunidades.



NIT: 806.005.597-1

161

Presencia de grandes extensiones de ganado y frutos de la pesca.		La diversidad cultural permite aprovechar los escenarios como estrategias para la promoción y prevención.
Ejecución de proyectos ambientales en el aprovechamiento de la energía solar y el agua y se contribuye a la no contaminación del medio ambiente.		Avance en la promoción de la artesanía y orfebrería al exterior. Ferias turísticas con despliegue internacional.
Fortalecimiento turístico con el municipio de Morpoxi para ser patrimonio turístico.		

10. COMPONENTE ESTRATEGICO A MEDIANO PLAZO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD

10.1. VISIÓN

Para el año 2021 en el Departamento de Bolívar estará fortalecido en sus dimensiones ambiental, social y económica, y serán pilares de la transformación positiva del estado de salud de su población, con una mejor prestación de servicios bajo el modelo de Atención Integral en Salud, acciones de promoción y prevención claves en el contexto cultural y local, generación de entornos saludables y una gestión integral en salud pública liderada de manera intersectorial, bajo principios de transparencia y solidaridad, que impacte en la reducción de la morbilidad y mortalidad.

10.2. OBJETIVOS ESTRATEGICOS

10.2.1. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA

- Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud. La equidad en salud es el razonable beneficio que requiere cada individuo para el desarrollo de su potencial de vida con el goce de un bienestar integral, en ausencia de diferencias evitables e injustas (Gómez, 2002), como valor ético inherentemente normativo, a través de la acción sinérgica de todos los sectores involucrados en el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud. De tal manera, la equidad en salud es un imperativo ético para alcanzar la justicia social, un derecho inalienable de los ciudadanos y un deber del Estado, al ser garante del derecho consagrado en la Constitución (Constitución Política de Colombia, 1991).
- Mejorar las condiciones de vida y salud de la población Las condiciones de vida son los medios materiales (vivienda, servicios, trabajo, escuela, entornos, alimentación e ingresos) necesarios para la supervivencia, evitar la miseria y contribuir al desarrollo humano sostenible y saludable (Allardt, 1976). Están influenciadas por los estilos de vida, que son las formas sociales culturalmente aceptadas por las personas. La sinergia entre condiciones y estilos de vida se conoce como el modo de vida; circunstancias que están influenciadas por el acceso a los servicios básicos de salud y de protección social.
- Lograr cero tolerancia frente a la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables En el estado de salud de la población, los servicios de salud juegan un papel muy

liby



161

NIT: 806.005.597-1

importante, aunque no único; por consiguiente, para mantener o mejorar dicho estado de salud, los servicios pueden considerarse necesarios pero no suficientes, ya que contribuyen a disminuir la morbilidad y mortalidad máximo en un 25%, mientras los Determinantes Sociales de la Salud aportan el 50%, los biológicos el 15% y los ambientales el 10% (Canadian Institute for Advanced Research, 2000).

10.2.2. OBJETIVOS ESTRATEGICOS DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD

- Promover el mejoramiento de las condiciones ambientales y sanitarias del departamento, así como modos, condiciones y estilos de vida saludables, el acceso y aprovechamiento de los alimentos, entornos saludables, y la gestión del riesgo frente a emergencias y desastres, enmarcados en las políticas sociales y de salud, proyectos productivos y educativos, y estrategias en salud pública que incidan en salud de las diferentes poblaciones según los contextos sociales y culturales del departamento.
- Generar procesos de transformación institucional y cohesión e inclusión social, bajo el fortalecimiento de las capacidades básicas de vigilancia y de respuesta en salud pública, sistemas de información, infraestructura para la ejecución de acciones en salud pública, la oferta de servicios, el talento humano en salud calificado, el seguimiento y control institucional y el empoderamiento de la comunidad de manera que se impacte positivamente en las acciones de promoción, prevención y la atención en salud.
- Garantizar todas las acciones tendientes proveer el aseguramiento en salud, el acceso a la atención sin barreras administrativas, una red de servicios de salud que brinde atención básica y compleja para todos los ZODES, bajo un modelo integral de prestación de servicios con enfoque preventivo, asistencial y trabajo colectivo que funcione de forma eficiente, segura, con calidad y oportunidad, acorde con las demandas de toda la población, en especial las más vulnerables.

10.3. OBJETIVOS Y METAS POR PROGRAMAS Y SUBPROGRAMAS

10.3.1. SALUD AMBIENTAL

OBJETIVO:

- Promover la salud y el desarrollo social sostenible de las poblaciones que por sus condiciones sociales son vulnerables a procesos ambientales, mediante la modificación positiva de los determinantes sociales, sanitarios y ambientales, fortaleciendo la gestión intersectorial en la implementación de tecnologías y modelos de producción limpia, la promoción del consumo responsable, la participación comunitaria y social en el nivel local.

Jby



161

NIT: 806.005.597-1

SUBPROGRAMA	META DE RESULTADO CUATRIENIO	LÍNEA BASE META RESULTADO	PRODUCTOS ASOCIADOS	LÍNEA BASE PRODUCTO	META DE PRODUCTO
HÁBITAT SALUDABLE	Disminuir la mortalidad por Enfermedad Respiratoria Aguda en menores de 5 años a de 14,1 X 100.000 nacidos vivos.	17 X 100.000 menores de cinco años.	Entidades territoriales con inclusión del componente de salud ambiental en los Planes de Desarrollo Territorial, POT, en coordinación con el COTSA departamental, y Consejo Seccional de Plaguicidas.	0	50%
HÁBITAT SALUDABLE	Disminuir la mortalidad por Enfermedad Respiratoria Aguda en menores de 5 años a de 14,1 X 100.000 nacidos vivos.	17 X 100.000 menores de cinco años.	Programa de educación en salud ambiental con énfasis en la estrategia de entornos saludables diseñado e implementado en el 100% de municipios con altos índices de riesgo ambiental para enfermedades transmisibles.	0%	100%
SITUACIONES DE SALUD RELACIONADAS CON CONDICIONES AMBIENTALES	Mantener la tasa de rabia humana en cero (0) x 100.000 Hab., en el departamento de Bolívar.	0 x 100.000 Hab.	Cobertura de vacunación canina y felina en el departamento de Bolívar.	80%	90%

Handwritten signature/initials.



161

NIT: 806.005.597-1

SUBPROGRAMA	META DE RESULTADO CUATRIENIO	LÍNEA BASE META RESULTADO	PRODUCTOS ASOCIADOS	LÍNEA BASE PRODUCTO	META DE PRODUCTO
	Disminuir la mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en menores de 5 años a 2,8 o menos x 100.000.	6,52 x 100.000 menores de 5 años	Acciones de Inspección vigilancia y control de factores de riesgo ambientales, ejecutadas.	70%	90%
		6,52 x 100.000 menores de 5 años	Acciones de Vigilancia de la calidad del agua para consumo humano garantizadas en un 90% en cabeceras municipales y 20% en área rural.	60% cabecera 5% áreas rurales	90% cabeceras 20% áreas rurales
		6,52 x 100.000 menores de 5 años	Mapas de riesgo de calidad de agua para consumo humano con planes de trabajo correctivos, elaborados.	10 mapas elaborados sin formalizar	22

10.3.2. VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES

OBJETIVOS:

- Generar condiciones y fortalecer la capacidad de gestión de los servicios, para mejorar la accesibilidad y la atención integral e integrada de las Enfermedades No Transmisibles ENT y las alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva, desde un abordaje intersectorial, reduciendo brechas en la morbilidad, mortalidad, discapacidad, eventos evitables y en los factores de riesgo modificables.

Jbr



161

NIT: 806.005.597-1

SUBPROGRAMA	META DE RESULTADO CUATRIENIO	LÍNEA BASE META RESULTADO	PRODUCTOS ASOCIADOS	LÍNEA BASE PRODUCTO	META DE PRODUCTO
MODOS CONDICIONES Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	Disminuir a 16%, la prevalencia de obesidad en hombre de 18 a 64 años, y mujeres de 15 a 49 años	17,1% Hombres DE 18 a 64 años Mujeres de 15 a 49 años 16,9%.	Municipios con estrategia nacional 4x4 ampliada, implementada.	0	10
CONDICIONES CRÓNICAS PREVALENTES	Disminuir a 121 x 100.000 habitantes, la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio	122,86 x 100.000 habitantes.	Personal del sector salud (médicos, enfermeras, odontólogos, auxiliares de enfermería) adheridos a guías y protocolos de prevención y manejo de enfermedades crónicas no transmisibles, alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva.	20%	80%
	Índice COP (cariados, obturados, perdidos) en la población menor de 12 años reducida a igual o menor de 2.8 en menores de 12 años	3,11	Municipios con estrategia "Soy generación más sonriente" adoptada y evaluada.	0	32

[Handwritten signature]



16 1

NIT: 806.005.597-1

10.3.3. CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL

OBJETIVOS:

- Contribuir a la gestión integral de los riesgos asociados a la salud mental y la convivencia social, mediante la intervención de los factores de riesgo y el mejoramiento de la capacidad de respuesta institucional y comunitaria en esta temática.

SUBPROGRAMA	META DE RESULTADO CUATRIENIO	LÍNEA BASE META RESULTADO	PRODUCTOS ASOCIADOS	LÍNEA BASE PRODUCTO	META DE PRODUCTO
PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y LA CONVIVENCIA SOCIAL	Disminuir la tasa de incidencia de violencia intrafamiliar a 200 x 100.000	226,1 x 100.000 Habitantes	Municipios con política de salud mental y convivencia social, adaptada y/o adoptada	0	37
	Disminuir la tasa de incidencia de violencia intrafamiliar a 200 x 100.000	226,1 x 100.000 habitantes	Entidades territoriales de salud, reportando eventos de violencia intrafamiliar con oportunidad y calidad al Sistema de Vigilancia en Salud Pública.	11	22
PREVENCIÓN INTEGRAL DE PROBLEMAS Y TRASTORNOS MENTALES	Disminuir a 1,04% o menos la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en población de 12 a 65 años de edad.	1, 14% Estudio Nacional de Consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, 2013	Municipios ejecutando planes de reducción del consumo de sustancias psicoactivas.	0	37
			Municipios con programa de familias fuertes implementado.	0	6



161

NIT: 806.005.597-1

SUBPROGRAMA	META DE RESULTADO CUATRIENIO	LÍNEA BASE META RESULTADO	PRODUCTOS ASOCIADOS	LÍNEA BASE PRODUCTO	META DE PRODUCTO
	Disminuir la tasa de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente a 3,11 x 100.000 Hab. o menos	3,21 x 100.000	Municipios garantizando la atención integral de casos de violencia, problemas y trastornos mentales	5	12

10.3.4. SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

OBJETIVO: Garantizar el derecho a la alimentación sana con equidad, en las diferentes etapas del ciclo de vida, mediante la reducción y prevención de la malnutrición, el control de los riesgos sanitarios y fitosanitarios de los alimentos y la gestión intersectorial de la seguridad alimentaria y nutricional con perspectiva territorial.

SUBPROGRAMA	META DE RESULTADO CUATRIENIO	LÍNEA BASE META RESULTADO	PRODUCTOS ASOCIADOS	LÍNEA BASE PRODUCTO	META DE PRODUCTO
DISPONIBILIDAD Y ACCESO A LOS ALIMENTOS	Disminuir a 58% población en inseguridad alimentaria	61,7%	Estrategia de abordaje integral e intersectorial de población infantil, mujeres gestantes y adolescentes con estado nutricional e índice de pobreza de alto riesgo implementada en el 100% de municipios de alto riesgo.	0	100%



161

NIT: 806.005.597-1

SUBPROGRAMA	META DE RESULTADO CUATRIENIO	LÍNEA BASE META RESULTADO	PRODUCTOS ASOCIADOS	LÍNEA BASE PRODUCTO	META DE PRODUCTO
DISPONIBILIDAD Y ACCESO A LOS ALIMENTOS	Disminuir a 58% población en inseguridad alimentaria	61,7%	Municipios beneficiados con programa de asistencia técnica e intensificación sostenible de la producción agropecuaria, a pequeños y medianos productores de alimentos	ND	25
			Plan preventivo de riesgos y desastres para productores de alimentos prioritarios diseñado	0	1
			Municipios con plan de seguridad alimentaria y nutricional (SAN), e implementación de planes de acción conforme a la política departamental SAN	8	22
CONSUMO Y APROVECHAMIENTO BIOLOGICO	Reducir a 10% o menos, la desnutrición crónica en niñas y niños menores de cinco años	10,8 %	Programa Departamental de atención prioritaria a niños menores de 5 años con desnutrición crónica en articulación con las EAPB y red de IPS, implementado.	0	1

dy



161

NIT: 806.005.597-1

SUBPROGRAMA	META DE RESULTADO CUATRIENIO	LÍNEA BASE META RESULTADO	PRODUCTOS ASOCIADOS	LÍNEA BASE PRODUCTO	META DE PRODUCTO
CONSUMO Y APROVECHAMIENTO BIOLOGICO			Duración media de la lactancia maternal exclusiva en menores de 6 meses Incrementada a 2.5 meses.	1.3	2.5
			Centros de Desarrollo Integral para la atención de niños entre los 0 y 5 años de edad, construidos y promoviendo estrategias de aprovechamiento biológico de los alimentos, con participación comunitaria.	ND	25
			Población de mujeres gestantes, niñas y niños menores de 5 años beneficiaria del programa departamental para la reducción de la anemia nutricional	100% niñas y niños menores de cinco años	100% niñas y niños menores de cinco años y población de gestantes de alto riesgo

Jls



161

NIT: 806.005.597-1

SUBPROGRAMA	META DE RESULTADO CUATRIENIO	LÍNEA BASE META RESULTADO	PRODUCTOS ASOCIADOS	LÍNEA BASE PRODUCTO	META DE PRODUCTO
	Reducir el porcentaje de bajo peso al nacer a 7% o menos	7,7% DANE 2013	EAPB en el 100% de los municipios con mayor porcentaje de bajo peso al nacer, cumplen las metas concertadas de demanda inducida y suplementación nutricional a mujeres gestantes	25%	100%
			Vigilancia nutricional en los eventos de mortalidad asociadas a desnutrición y bajo peso al nacer.	30%	100%
INOCUIDAD Y CALIDAD DE LOS ALIMENTOS	Lograr el 90% de cobertura de Inspección Vigilancia y Control bajo el enfoque de riesgo	60%	Implementación del modelo de IVC con enfoque de riesgo, establecido por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA)	60%	90%

10.3.5. SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

OBJETIVOS:

- Promover, generar y desarrollar medios y mecanismos para garantizar condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que incidan en el ejercicio pleno y autónomo de los derechos sexuales y reproductivos de las personas, grupos y comunidades, en el marco de los enfoques de género y diferencial, asegurando

[Handwritten signature]



101

NIT: 806.005.597-1

reducir las condiciones de vulnerabilidad y garantizando la atención integral de las personas.

SUBPROGRAMA	META DE RESULTADO CUATRIENIO	LÍNEA BASE META RESULTADO	PRODUCTOS ASOCIADOS	LÍNEA BASE PRODUCTO	META DE PRODUCTO
PROMOCIÓN DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS Y EQUIDAD DE GÉNERO	Reducir el embarazo en adolescentes a 18%	26,5%	Entidades Territoriales Municipales priorizadas, contarán con espacios transectoriales y comunitarios que coordinarán la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos	0	40%
PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA DESDE UN ENFOQUE DE DERECHOS.	Reducir el embarazo en adolescentes a 18%	26,5%	Estrategia integral para la prevención del embarazo en la infancia y adolescencia, implementada.	0	32
	Reducir la razón de mortalidad materna a 67,76 x 100.000	85,8 x 100.000 nacidos vivos Fuente: DANE 2014.	Municipios con 95% de mujeres gestantes que tengan cuatro o más controles prenatales.	5	22

Jag



161

NIT: 806.005.597-1

SUBPROGRAMA	META DE RESULTADO CUATRIENIO	LÍNEA BASE META RESULTADO	PRODUCTOS ASOCIADOS	LÍNEA BASE PRODUCTO	META DE PRODUCTO
PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA DESDE UN ENFOQUE DE DERECHOS	nacidos vivos.		Profesionales y auxiliares de salud de prestadores públicos del departamento capacitados y entrenados en la aplicación de guías y protocolos de atención integral y de calidad a la mujer gestante.	200	800
			Casas maternas regionales funcionando en municipios con alta tasa de mortalidad materna, asociada a alta ruralidad	0	6
	Reducir la razón de mortalidad materna a 67,76 x 100.000 nacidos vivos.	85,8 x 100.000 nacidos vivos Fuente: DANE 2014.	ESE municipales priorizadas, cumpliendo en un 90% o más, las metas de indicadores del Programa de Auditoría para Mejoramiento de la Calidad en los servicios de atención materna y neonatal.	0	15

Ally



161

NIT: 806.005.597-1

SUBPROGRAMA	META DE RESULTADO CUATRIENIO	LÍNEA BASE META RESULTADO	PRODUCTOS ASOCIADOS	LÍNEA BASE PRODUCTO	META DE PRODUCTO
PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA DESDE UN ENFOQUE DE DERECHOS.			Ejecución de proyectos de dotación, construcción y/o adecuación de centros y puestos de salud en áreas rurales priorizadas por mortalidad materna, aprobados en plan bienal de inversiones.	0	80%
	Disminuir prevalencia de infección por VIH en población general a 10 x 100.000 habitantes.	15,5 x 100.000 habitantes	Estrategia para la prevención de las ITS-VIH/SIDA, funcionando de acuerdo con los criterios del Ministerio de Salud.	0	37
	Reducir a 2%, el porcentaje de transmisión materno-infantil del VIH, sobre el número de niños expuestos,	4,5%	Estrategia para la prevención de transmisión materno-infantil del VIH, funcionando, de acuerdo con los criterios del Ministerio de Salud.	0	37

Jcbj



NIT: 806.005.597-1

161

SUBPROGRAMA	META DE RESULTADO CUATRIENIO	LÍNEA BASE META RESULTADO	PRODUCTOS ASOCIADOS	LÍNEA BASE PRODUCTO	META DE PRODUCTO
	Disminuir la incidencia de sífilis congénita a 0,5% en población de 15 a 35 años.	2,5%	Estrategia para la prevención de transmisión materno-infantil de la sífilis gestacional, funcionando en 37 municipios.	0	37

10.3.5. VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

OBJETIVOS:

- Garantizar y materializar el derecho de la población de Bolívar, a vivir libre de enfermedades transmisibles en todas las etapas del ciclo de vida y en los territorios cotidianos, con enfoque diferencial y de equidad, mediante la transformación positiva de situaciones y condiciones endémicas, epidémicas, emergentes, re-emergentes y desatendidas, para favorecer el desarrollo humano, social y sostenible.

SUBPROGRAMA	META DE RESULTADO CUATRIENIO	LÍNEA BASE META RESULTADO	PRODUCTOS ASOCIADOS	LÍNEA BASE PRODUCTO	META DE PRODUCTO
ENFERMEDADES EMERGENTES, REMERGENTES Y DESATENDIDAS	Reducir progresivamente a 1,59 casos o menos por 100.000 hab., la mortalidad por Tuberculosis TB.	2,06 X 100.000 Habitantes	Municipios con Planes estratégicos para aliviar la carga y sostener las actividades de control de la tuberculosis, implementados y evaluados.	6	13

Liby



161

NIT: 806.005.597-1

ENFERMEDADES EMERGENTES, REMERGENTES Y DESATENDIDAS	Disminuir la incidencia de discapacidad severa por Enfermedad de Hansen, a 0 caso x 100.000 hab., con discapacidad grado 2.	1 caso x 100.000 hab.	Municipios con Planes estratégicos Para aliviar la carga y sostener las actividades de control en Enfermedad de Hansen, implementados y evaluados.	6	13
ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES	Lograr que 45 municipios alcancen el 95% o más de cobertura de biológicos, que hacen parte del esquema nacional, en las poblaciones objeto del Programa Ampliado de Inmunizaciones.	7	Municipios con estrategia de vacunación sin barreras implementada, evaluada y ejecutando planes de mejoramiento.	0	45
			100% de EAPB con coberturas de vacunación de su población afiliada, igual o mayor al 95% para todos los biológicos que hacen parte del (PAI).	50%	100%
			Municipios con Sistema de Información Nominal del PAI, implementado.	18	45

Illy



161

NIT: 806.005.597-1

ENFERMEDADES ENDEMOEPIDÉMICAS	Reducir la letalidad por dengue a 2% o menos.	3,1%	Pacientes con enfermedades endemo-epidémicas atendidos con calidad por las IPS públicas.	ND	80%
			Lograr el 80% de cobertura de acciones de prevención primaria sostenidas, en 15 Municipios de alto riesgo.	30%	80%

10.3.6. SALUD PÚBLICA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

OBJETIVOS:

- Promover la gestión de riesgo de desastres como una práctica sistemática, con el fin de garantizar la protección de las personas, colectividades y el ambiente, para educar, prevenir, enfrentar y manejar situaciones de urgencia, de emergencia o de desastres, así como aumentar la capacidad de resiliencia y recuperación de las comunidades, aportando a la seguridad sanitaria y al mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población.

SUBPROGRAMA	META DE RESULTADO CUATRIENIO	LÍNEA BASE META RESULTADO	PRODUCTOS ASOCIADOS	LÍNEA BASE PRODUCTO	META DE PRODUCTO
GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES.	Mejorar el índice de seguridad hospitalaria en el 50% de IPS públicas.	14%	IPS públicas con Planes Hospitalarios de Gestión Integral del Riesgo de Desastres ajustado a normatividad vigente.	6	20
			IPS con programa de hospitales seguros frente a desastres evaluado.	0	20

gby



161

NIT: 806.005.597-1

SUBPROGRAMA	META DE RESULTADO CUATRIENIO	LÍNEA BASE META RESULTADO	PRODUCTOS ASOCIADOS	LÍNEA BASE PRODUCTO	META DE PRODUCTO
			Funcionamiento en óptimas condiciones y articulado con el Distrito de Cartagena, del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias Departamental.	40%	100%
			Plan de dotación de ambulancia a Empresas Sociales del Estado ejecutado.	50%	100%

10.3.8. SALUD Y ÁMBITO LABORAL

OBJETIVOS:

- Contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud y medio ambiente de trabajo, mediante la prevención de los riesgos laborales y ocupacionales que puedan afectar negativamente el estado de bienestar y salud de la población trabajadora, y promoción de la salud principalmente de poblaciones laborales vulnerables de Bolívar, con enfoque diferencial.

[Handwritten signature]



161

NIT: 806.005.597-1

SUBPROGRAMA	META DE RESULTADO CUATRIENIO	LÍNEA BASE META RESULTADO	PRODUCTOS ASOCIADOS	LÍNEA BASE PRODUCTO	META DE PRODUCTO
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.	Lograr un 50% de cobertura de acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos laborales en la población del sector informal de la economía.	20%	Programa de educación y sensibilización social para el fomento de entornos laborales saludables con énfasis en actividades como la agricultura, minería, construcción y Mototaxismo, funcionando en 12 municipios del departamento	0	12
		20%	Entidades Territoriales gestionando la inclusión del componente de salud y ámbito laboral en los Planes Territoriales de Salud.	10%	100%
SITUACIONES PREVALENTES DE ORIGEN LABORAL.	Reducir la tasa de accidentes ocupacionales a 6,0 o menos x 100.000 habitantes.	6,8 x 100.000 Hab. Ministerio del trabajo	Implementación del sistema de vigilancia epidemiológica ocupacional en el departamento de Bolívar, con cobertura de 12 municipios.	0%	12

Jby



161

NIT: 806.005.597-1

SUBPROGRAMA	META DE RESULTADO CUATRIENIO	LÍNEA BASE META RESULTADO	PRODUCTOS ASOCIADOS	LÍNEA BASE PRODUCTO	META DE PRODUCTO
			Municipios con población trabajadora de grupos poblacionales vulnerables caracterizada y con intervención focalizada.	6	12

10.3.9. GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES

OBJETIVOS:

- Atender los determinantes particulares que conllevan inequidades sociales y sanitarias persistentes en la primera infancia, infancia y adolescencia; envejecimiento y vejez; salud y género; salud en poblaciones étnicas; discapacidad, víctimas del conflicto, y fomentar buenas prácticas de gestión y desarrollo de capacidades que favorezcan la movilización social e intersectorial en los procesos de planeación y control social a la ejecución de las intervenciones y recursos.

SUBPROGRAMA	META DE RESULTADO CUATRIENIO	LÍNEA BASE META RESULTADO	PRODUCTOS ASOCIADOS	LÍNEA BASE PRODUCTO	META DE PRODUCTO
DESARROLLO INTEGRAL DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES	Reducir la Tasa de mortalidad infantil a 11,34 o menos x 1,000 nacidos vivos	12,3 x 1.000 nacidos vivos	Municipios desarrollando estrategias para fortalecer la vigilancia en salud pública de los eventos de interés de salud materno-infantil.	22	45

JSJ



161

NIT: 806.005.597-1

SUBPROGRAMA	META DE RESULTADO CUATRIENIO	LÍNEA BASE META RESULTADO	PRODUCTOS ASOCIADOS	LÍNEA BASE PRODUCTO	META DE PRODUCTO
	Reducir la Tasa de mortalidad infantil a 11,34 o menos x 1,000 nacidos vivos	12,3 x 1.000 nacidos vivos	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de mediana complejidad del municipio de Magangue, ESE del municipio de Arjona, Mahates y Giovanni Cristini de El Carmen de Bolívar, certificadas como Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia	0	4
	Reducir la Tasa de mortalidad menor de 5 años a 13,8 o menos x 100,000 nacidos vivos	15,05 x 1.000 nacidos vivos	Equipos de salud de IPS públicas y privadas de municipios priorizados, responsables de la atención materno infantil con adherencia a guías y protocolos de atención materno, articulado con las estrategias AIEPI, IAMI y Mil Primeros Días.	10%	80%

Jby



161

NIT: 806.005.597-1

SUBPROGRAMA	META DE RESULTADO CUATRIENIO	LÍNEA BASE META RESULTADO	PRODUCTOS ASOCIADOS	LÍNEA BASE PRODUCTO	META DE PRODUCTO
			Municipios con proyectos para la Atención Integral a niñas, niños y adolescentes, evaluados en el marco de una política pública municipal desarrollada en espacios de concertación intersectorial.	0	12
DESARROLLO INTEGRAL DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES	Reducir la Tasa de mortalidad en menores de 5 años a 13,8 o menos x 100,000 nacidos vivos	15,05 x 1.000 nacidos vivos	Programa de educación y formación de niñas, niños y adolescentes como promotores de prácticas claves de AIEPI comunitario, deberes y derechos de la infancia implementado en los municipios Arjona, Maria La Baja, El Carmen de Bolívar, Magangue, Mompox, San Martín de Loba, Achí y Simití	0	8

Jbr



161

NIT: 806.005.597-1

SUBPROGRAMA	META DE RESULTADO CUATRIENIO	LÍNEA BASE META RESULTADO	PRODUCTOS ASOCIADOS	LÍNEA BASE PRODUCTO	META DE PRODUCTO
ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ	Lograr el 3% de cobertura de atención integral con enfoque diferencial, en centros días y casas de bienestar para el adulto mayor	0,7%	Municipios con proceso de seguimiento y evaluación de políticas públicas de envejecimiento, vejez y apoyo a las familias, implementado.	3	15
			Cumplimiento de estándares de calidad exigidos por la normatividad vigente, en el 50% o más de Centros vida, día y/o centros de protección para el adulto mayor, existentes en el departamento	5%	50%
			Municipios con Secretarías de salud, EAPB-IPS y otras entidades, implementando políticas de humanización de los servicios prestados a la población adulto mayor, y procesos administrativos para disminuir las barreras de acceso en la atención en salud.	0	22

[Handwritten signature]



101

NIT: 806.005.597-1

SUBPROGRAMA	META DE RESULTADO CUATRIENIO	LÍNEA BASE META RESULTADO	PRODUCTOS ASOCIADOS	LÍNEA BASE PRODUCTO	META DE PRODUCTO
SALUD Y GÉNERO	Incrementar al 40% la cobertura de atención integral a víctimas de violencias de género y violencias sexuales.	10%	Consolidación de la base de datos de mujeres violentadas en el marco del conflicto armado.		100%
SALUD Y GÉNERO	Incrementar al 40% la cobertura de atención integral a víctimas de violencias de género y violencias sexuales.	10%	Entidades Territoriales cumpliendo los estándares de evaluación para la operación de red de servicios de atención integral a víctimas de violencias de género y violencias sexuales.	0	22
SALUD EN POBLACIÓN ÉTNICA	Lograr un 15% de cobertura departamental del modelo y rutas de atención y acceso a los servicios de salud diferenciales, que preserven	0%	Planes Municipales de Salud y Planes Institucionales de EPS que tienen afiliados en municipios con asentamientos étnicos, armonizados con el capítulo étnico del Plan Decenal de Salud Pública.	0	100%

Shy



101

NIT: 806.005.597-1

SUBPROGRAMA	META DE RESULTADO CUATRIENIO	LÍNEA BASE META RESULTADO	PRODUCTOS ASOCIADOS	LÍNEA BASE PRODUCTO	META DE PRODUCTO
	las raíces culturales de la medicina tradicional, en municipios con asentamientos étnicos		EPS/IPS garantizando la implementación del modelo y rutas de atención y acceso a los servicios de salud diferenciales, que preserven las raíces culturales de la medicina tradicional, en municipios con asentamientos étnicos.	0%	100%
DISCAPACIDAD	Incrementar al 25% la oferta de atención integral con enfoque diferencial y	10%	IPS públicas del departamento cuentan con normas y procedimientos dentro de sus protocolos de atención para la atención inclusiva de personas con discapacidad.	2	18

[Handwritten signature]



161

NIT: 806.005.597-1

SUBPROGRAMA	META DE RESULTADO CUATRIENIO	LÍNEA BASE META RESULTADO	PRODUCTOS ASOCIADOS	LÍNEA BASE PRODUCTO	META DE PRODUCTO
DISCAPACIDAD	prioritario de personas con discapacidad.	10%	Personas con discapacidad que cuentan con productos de apoyo excluidos del POS, de acuerdo con la caracterización departamental en concurrencia entre el departamento y los municipios.	2.300	2.900
	Incrementar al 25% la oferta de atención integral con enfoque diferencial y prioritario de personas con discapacidad.		Centro regional de diagnóstico, atención y rehabilitación integral de personas con discapacidad en la ZODES Montes de María, diseñado y construido.	0	1
			Municipios con estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad, articulada y evaluada en el marco de los comités municipales de discapacidad.	12	30



161

NIT: 806.005.597-1

SUBPROGRAMA	META DE RESULTADO CUATRIENIO	LÍNEA BASE META RESULTADO	PRODUCTOS ASOCIADOS	LÍNEA BASE PRODUCTO	META DE PRODUCTO
			Cobertura del Registro de Localización y Caracterización de personas con Discapacidad, aumentada.	51.4%	95%
VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO	Lograr el 56% de cobertura de atención psicosocial e integral en la víctimas del conflicto armado	4%	Ampliar a 25, el número de municipios con Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del conflicto armado en el departamento.	16	25
	Lograr el 56% de cobertura de atención psicosocial e integral a víctimas del conflicto armado	4%	Acciones en salud, ordenadas por la Corte Constitucional, sentencias, tribunales y fallos, a favor de población con Planes de Reparación Colectiva (PRC) y retornos voluntarios; garantizados.	20%	100%

Jay



16 1

NIT: 806.005.597-1

SUBPROGRAMA	META DE RESULTADO CUATRIENIO	LÍNEA BASE META RESULTADO	PRODUCTOS ASOCIADOS	LÍNEA BASE PRODUCTO	META DE PRODUCTO
VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO	Lograr el 56% de cobertura de atención psicosocial e integral a víctimas del conflicto armado	4%	Programa departamental de educación y formación a líderes y población general víctima del conflicto armado para promoción de la salud y gestión del riesgo con énfasis en derechos humanos y derecho internacional humanitario, diseñado e implementado, con cobertura de 25 municipios del departamento	0	25
VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO	Aumentar al 56% el acceso a la participación social de víctimas del conflicto armado, en los diferentes espacios de decisiones que afecten a esta población	36%	Municipios con comités ampliado de justicia transicional, integrados por una o más personas víctimas del conflicto armado	16	25

Jbs



NIT: 806.005.597-1

10.3.10. FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD**OBJETIVOS:**

- Conjunto de acciones sectoriales y comunitarias encaminadas a recuperar las capacidades básicas de la autoridad sanitaria en el territorio Bolivarense, para actuar como planificadores e integradores de las acciones relacionadas con la producción social de la salud dentro y fuera del sector salud, y de la respuesta propia del sector.

SUBPROGRAMA	META DE RESULTADO	LÍNEA BASE META RESULTADO	PRODUCTOS ASOCIADOS	LÍNEA BASE PRODUCTO	META DE PRODUCTO
GESTIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACIÓN EN SALUD, E INVESTIGACIÓN	Mejorar en un 80% la oportunidad en el reporte de información en salud a nivel municipal y departamental.	60%	Implementación del plan de fortalecimiento del Sistema de Información en Salud del Departamento.	40%	80%
DESARROLLO DE CAPACIDADES PARA LA GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA	Lograr el 80% de efectividad y 90% de eficacia de la gestión territorial en salud.	80%	Plan de fortalecimiento de la promoción de la salud y desarrollo del modelo de asistencia técnica territorial unificado.	0%	60%
PLANEACIÓN INTEGRAL EN SALUD	Lograr el 80% de efectividad y 90% de eficacia de la gestión territorial en salud.	80%	Análisis de Situación en Salud (ASIS) del departamento y los 45 municipios elaborados y actualizados, según los términos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social	16	46

Jby



161

NIT: 806.005.597-1

SUBPROGRAMA	META DE RESULTADO CUATRIENIO	LÍNEA BASE META RESULTADO	PRODUCTOS ASOCIADOS	LÍNEA BASE PRODUCTO	META DE PRODUCTO
			Municipios cumpliendo las metas concertadas para el proceso de gestión de la salud pública, en el cuatrienio 2016 - 2019.	ND	37
			Entidades territoriales de salud municipales con planes territoriales de salud integrales y armonizados con el Plan Decenal de Salud pública.	10	45
GESTIÓN PROGRAMÁTICA DE LA SALUD PÚBLICA	Lograr el 80% de efectividad y 90% de eficacia de la gestión territorial en salud.	80%	Monitoreo, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud garantizado	100%	100%
		80%	Eficacia y eficiencia de los procesos de la Secretaría de Salud Departamental, garantizada.	40%	80%

lby



161

NIT: 806.005.597-1

SUBPROGRAMA	META DE RESULTADO CUATRIENIO	LÍNEA BASE META RESULTADO	PRODUCTOS ASOCIADOS	LÍNEA BASE PRODUCTO	META DE PRODUCTO
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	Mantener en el 95% o más la cobertura y calidad de vigilancia de eventos de interés en salud pública	95%	Cumplimiento del Plan de recuperación de las capacidades básicas del sistema de vigilancia y respuesta en salud pública e IVC para la seguridad sanitaria.	60%	80%
			Municipios con personal responsable de la vigilancia en salud pública de Secretarías Locales de Salud, certificado en competencias	4	24
			Análisis del 95% o más de las muertes por eventos de interés de interés en salud pública.	90%	95%
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	Mantener en el 95% o más la cobertura y calidad de vigilancia de eventos de	95%	Capacidad resolutive del Laboratorio Departamental de Salud Pública, garantizada de manera permanente y con calidad.	30%	100%

Jbr

SUBPROGRAMA	META DE RESULTADO CUATRIENIO	LÍNEA BASE META RESULTADO	PRODUCTOS ASOCIADOS	LÍNEA BASE PRODUCTO	META DE PRODUCTO
	interés en salud pública		Red de laboratorios departamental implementando acciones de vigilancia con calidad y en articulación con otras redes de vigilancia sanitaria.	20%	60%
ASEGURAMIENTO EN SALUD	Lograr el 97% de cobertura en aseguramiento en	96,3%	Sostenibilidad del Régimen Subsidiado en Salud.	100%	100%
			Municipios beneficiados con acciones de desarrollo de capacidades para la gestión eficiente del régimen subsidiado en salud	45	45
			Base de Datos Única de Afiliados depurada.	86%	97%
	Garantizar el 100% de cobertura de atención en los eventos no POS - S y oferta a la	100%	Servicios de Salud contratados, auditados y pagados de manera oportuna.	80%	100%

Jhy



NIT: 806.005.597-1

161

SUBPROGRAMA	META DE RESULTADO CUATRIENIO	LÍNEA BASE META RESULTADO	PRODUCTOS ASOCIADOS	LÍNEA BASE PRODUCTO	META DE PRODUCTO
PRESTACIÓN Y DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD PRESTACIÓN Y DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Población no asegurada.		Auditoría de calidad y concurrencia al 100% de IPS de la red prestadora de servicios de salud contratada por el departamento, y 80% de auditoría de proceso prioritarios asistenciales, que afectan los indicadores trazadores, garantizada con seguimiento a planes de mejoramiento	30%	100% red contratada 80% Procesos trazadores
	Lograr el 80% de cumplimiento de metas concertadas con las EAPB según priorización del departamento	40%	Sistema de monitoreo y supervisión de acciones individuales de salud pública, a las EAPB, implementado.	60%	100%
	Lograr el equilibrio financiero en el 74% de la red pública de servicios de salud departamental	10%	Empresas Sociales del Estado cumplen el 100% de metas establecidas para sus procesos contables financieros, y reporte del sistema de información	4	28

[Handwritten signature]



161

NIT: 806.005.597-1

SUBPROGRAMA	META DE RESULTADO CUATRIENIO	LÍNEA BASE META RESULTADO	PRODUCTOS ASOCIADOS	LÍNEA BASE PRODUCTO	META DE PRODUCTO
PRESTACIÓN Y DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Lograr el 80% de Adaptación, implementación del modelo de atención integral en salud (MIAS), para ámbito territorial de alta ruralidad en el Departamento de Bolívar	0%	Red prestadora de servicios de salud de baja y mediana complejidad, funcionando bajo el modelo de atención primaria y redes integrales de salud en los ZODES Magdalena Medio, Mojana. Depresión Momposina y Montes de María.	5%	100%
			Servicios de telemedicina implementados en municipios priorizados.	6	12
			Plan de mejoramiento de infraestructura y dotación hospitalaria en contribución a la paz y el post conflicto, priorizado dentro del plan bienal de inversiones, ejecutado.	10%	100%
	Garantizar el 100% de cobertura de Inspección Vigilancia y Control sanitario de medicamentos	60%	Acciones de Inspección y Vigilancia de medicamentos y de la implementación del Sistema de Farmacovigilancia ejecutadas.	100%	100%

Jes



101

NIT: 806.005.597-1

SUBPROGRAMA	META DE RESULTADO CUATRIENIO	LÍNEA BASE META RESULTADO	PRODUCTOS ASOCIADOS	LÍNEA BASE PRODUCTO	META DE PRODUCTO
INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL	Garantizar el 100% de cobertura de Inspección Vigilancia y Control sanitario de medicamentos		Administración y control de los medicamentos del Fondo Nacional de Estupefacientes.	100%	100%
	Garantizar el 100% de cobertura de Inspección Vigilancia y Control		Acciones de Inspección y Vigilancia al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad ejecutadas.	100%	100%
	Garantizar el 100% de cobertura de Inspección Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud		Acciones de Inspección y Vigilancia a la prestación de servicios de salud e implementación de modelos y rutas de atención específicos, exigidos por la normatividad vigente.	30%	100%
INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL			Acciones de Inspección y Vigilancia a la gestión del régimen subsidiado en salud a nivel municipal.	50%	100%

Day



161

NIT: 806.005.597-1

SUBPROGRAMA	META DE RESULTADO CUATRIENIO	LÍNEA BASE META RESULTADO	PRODUCTOS ASOCIADOS	LÍNEA BASE PRODUCTO	META DE PRODUCTO
			Acciones de Inspección y Vigilancia al flujo de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud departamental, ejecutadas.	100%	100%
			Definición de procesos sancionatorios resultantes de medidas sanitarias de seguridad aplicadas, notificación y divulgación de conductas.	20%	100%
			Custodia y disposición final, de los productos con medidas sanitarias de seguridad aplicadas.	30%	100%

11. COMPONENTE OPERATIVO PLURIANUAL DE INVERSIONES EN SALUD

PROGRAMAS	AÑO 2016	AÑO 2017	AÑO 2018	AÑO 2019	FUENTES DE FINANCIACIÓN
SALUD AMBIENTAL	1.011.500.000	1.082.305.000	1.158.066.350	1.239.130.995	SGP
VIDA SALUDABLE Y NO CONDICIONES TRANSMISIBLES	1.032.500.000	1.104.775.000	1.182.109.250	1.264.856.898	SGP
CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL	623.000.000	666.610.000	713.272.700	763.201.789	SGP
SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL	1.367.700.000	1.463.439.000	1.565.879.730	1.675.491.311	SGP
SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	2.444.545.536	2.332.600.000	2.495.882.000	2.670.593.740	SGP

Jby

97



161

NIT: 806.005.597-1

VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	8.540.896.165	7.251.977.587	7.737.050.463	8.255.401.054	SGP TRANSFERENCIAS NACIONALES
SALUD PÚBLICA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES.	759.433.043	782.216.034	805.682.515	828.852.991	RESTAS CEDIDAS
SALUD Y AMBITO LABORAL	150.000.000	154.500.000	159.136.000	163.909.050	RENTAS CEDIDAS
GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES ESPECIALES	6.225.370.950	6.412.132.078	6.604.496.041	6.802.630.922	SGP RENTAS CEDIDAS TRANSFERENCIAS NACIONALES
PORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA	63.296.399.393	65.195.291.375	67.151.150.116	69.165.684.620	SGP RENTAS CEDIDAS
TOTAL INVERSIÓN	85.451.345.087	86.445.846.074	89.572.725.165	92.829.753.370	354.299.669.696

Artículo Segundo: Adóptese como parte integral del Plan de Desarrollo 2016 – 2019 “Bolívar Sí Avanza, Gobierno de Resultados”, el Componente Operativo y de Inversión Plurianual del Plan Territorial de Salud, en el que se define el plan de inversiones por programas y fuentes de financiación, tal como se observa en la siguiente tabla:

Tabla 1. COMPONENTE OPERATIVO PLURIANUAL DE INVERSIONES EN SALUD

PROGRAMAS	AÑO 2016	AÑO 2017	AÑO 2018	AÑO 2019	FUENTES DE FINANCIACIÓN
SALUD AMBIENTAL	1.011.500.000	1.082.305.000	1.158.066.350	1.239.130.995	SGP
VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES	1.032.500.000	1.104.775.000	1.182.109.250	1.264.856.898	SGP
CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL	623.000.000	666.610.000	713.272.700	763.201.789	SGP
SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL	1.367.700.000	1.463.439.000	1.565.879.730	1.675.491.311	SGP
SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	2.444.545.536	2.332.600.000	2.495.882.000	2.670.593.740	SGP
VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	8.540.896.165	7.251.977.587	7.737.050.463	8.255.401.054	SGP TRANSFERENCIAS NACIONALES
SALUD PÚBLICA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES.	759.433.043	782.216.034	805.682.515	828.852.991	RESTAS CEDIDAS
SALUD Y AMBITO LABORAL	150.000.000	154.500.000	159.136.000	163.909.050	RENTAS CEDIDAS
GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES ESPECIALES	6.225.370.950	6.412.132.078	6.604.496.041	6.802.630.922	SGP RENTAS CEDIDAS TRANSFERENCIAS NACIONALES

Signature



NIT: 806.005.597-1

FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA	63.296.399.393	65.195.291.375	67.151.150.116	69.165.684.620	SGP RENTAS CEDIDAS
TOTAL INVERSIÓN	85.451.345.087	86.445.846.074	89.572.725.165	92.829.753.370	354.299.669.696

ARTÍCULO 3: Considérense para garantizar el éxito del proceso de planificación y la gestión pública los principios y fases del proceso de planificación, establecidos en la Ley 152 de 1994 y en especial de los siguientes:

1. **Coherencia.** Los programas, subprogramas y proyectos del Plan Territorial de Salud "Bolívar Sí Avanza con Salud Integral para Todos 2016 – 2019", deben tener una relación efectiva con las estrategias y objetivos establecidos en éste.
2. **Ejecución.** Con la coordinación de la Secretaría de Salud Departamental, todas las dependencias de la administración departamental, centralizadas y descentralizadas, trabajarán en la formulación y ejecución de los diferentes instrumentos de planificación para esta fase, tales como: Plan Indicativo, Plan Operativo Anual de Inversiones – POAI y Presupuesto, en articulación con el Plan Indicativo de Salud y su Componente Operativo Anual de Inversiones – COAI. En tal sentido, todas las dependencias de la administración departamental, centralizadas y descentralizadas, formularan su correspondiente plan de acción para cada vigencia del periodo de gobierno, en articulación con el Plan de Acción en Salud, a cargo de la Secretaría de Salud Departamental, en el marco de la Comisión Intersectorial de Salud Pública Departamental; la cual se creará como espacio de coordinación y articulación intersectorial, para el cumplimiento de las metas de resultado en salud. El plan de acción en salud, será socializado con el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, para posteriormente ser aprobado por el Consejo de Gobierno, dentro de los dos meses siguientes a la aprobación del Plan Territorial de Salud.
3. **Seguimiento y evaluación.** La gestión pública moderna demanda un proceso de control y seguimiento continuo, por parte de los organismos fiscalizadores, la comunidad y de la misma Administración Departamental. Por ello y acorde con lo estipulado en la Ley 152 de 1994, el Plan Territorial en Salud, será sujeto de seguimiento y evaluación permanentemente por parte de la Secretaría de Planeación departamental, con base en los reportes de ejecución y evaluación que le debe presentar la Secretaría de Salud Departamental; así mismo la Secretaría de Planeación retroalimentará a la Secretaría de Salud, con el reporte de ejecución presentado por las demás dependencias de la Gobernación de Bolívar, que tengan correspondencia con las metas de resultado en salud. Esto permitirá proporcionar los elementos necesarios para la acción correctiva y el establecimiento de responsabilidades entre los ejecutores y sus resultados, para este efecto, una vez adoptado el Plan Territorial de Salud, la Secretaría de Salud Departamental, deberá elaborar el plan indicativo en el cual desagregaran

Jly



NIT: 806.005.597-1

las metas globales del plan por vigencia; grupo poblacional y nivel de atención de acuerdo con su ciclo de vida (primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adulto mayor) o condición social; etnia, discapacidad, genero, victimas, desplazamiento forzado, LGBTI, etc. y territorio (municipio y departamento).

4. **Rendición de Cuentas.** Con el fin de generar transparencia y mayores condiciones de confianza entre los ciudadanos y el Gobernante, se fortalecerá el ejercicio del control social de la administración a través de la democracia participativa, con el fin de que la rendición de cuentas se convierta en la mejor práctica social y política de interlocución entre la Administración y la ciudadanía. La rendición de cuentas del Plan Territorial de Salud 2016 - 2019 "BOLIVAR SI AVANZA CON SALUD INTEGRAL PARA TODOS", será coordinada por la Secretaría de Salud, para ser integrada en la rendición de cuentas del Plan de Desarrollo "BOLÍVAR SÍ AVANZA, GOBIERNO DE RESULTADOS", coordinada por la Secretaría Privada, con la finalidad que el Gobernador informe a la comunidad, y dé las respuestas por las diversas situaciones que se presentaren, incluso, si es el caso, recibiendo las no conformidades, en aras de fortalecer la gobernabilidad y el cumplimiento de lo pactado en su Programa de Gobierno.

ARTICULO 4: Autorízase al Gobernador de Bolívar para que promulgue de conformidad con la ley, los actos necesarios para garantizar la armonía, coherencia y articulación de las actividades que realicen todas las dependencias y entidades de la Administración Departamental, con el propósito de ejecutar, desarrollar y evaluar las políticas, objetivos, planes, programas, subprogramas y metas contenidas en el Plan Territorial de Salud 2016-2019 "BOLIVAR SI AVANZA CON SALUD INTEGRAL PARA TODOS".

ARTICULO 5: Autorízase al Gobernador de Bolívar para establecer mediante acto administrativo, los procedimientos necesarios para la incorporación y la homologación en el Plan Territorial de Salud 2016-2019, los proyectos que se hayan ejecutado hasta la entrada vigencia de esta ordenanza conforme lo dispuesto en los artículos 43 y 44 de la Ley 152/94, con el propósito que sirvan de fundamento para el cumplimiento de las metas del nuevo Plan de Desarrollo. Estas autorizaciones se conceden por el término de cuatro (4) meses a partir de la publicación de la presente Ordenanza.

ARTICULO 6: Facúltase al Gobernador de Bolívar para que en el periodo 2016-2019 implemente el Modelo de Atención Integral en Salud "MIAS" en el Departamento de Bolívar, al ser este incluido en el plan piloto del Ministerio de Salud y Protección social.

ARTICULO 7: Facúltase al Gobernador de Bolívar para que dentro de los treinta (30) días siguientes a la expedición de la presente Ordenanza, proceda a realizar los ajustes presupuestales incluyendo las incorporaciones, los créditos y contra-créditos que sean necesarios para articular el nuevo Plan Territorial de Salud "Bolívar Si Avanza Con Salud Integral para Todos" con el presupuesto de Ingresos

Jor

100



161

NIT: 806.005.597-1

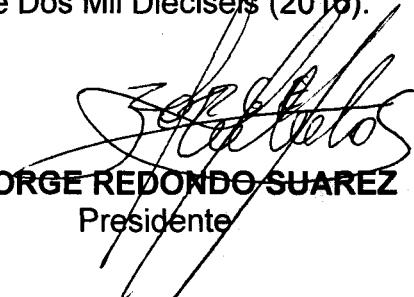
y apropiaciones para gastos de la vigencia fiscal 2016, y el nuevo componente plurianual de inversiones contenido en esta Ordenanza.

ARTÍCULO 8: Hacen parte integral del plan, el Plan Financiero Territorial en Salud, sujeto a modificaciones una vez recibida las observaciones de la Dirección de Financiamiento del Ministerio de Salud y Protección Social; que aún no ha certificado su viabilidad, el Plan de Intervenciones de Colectivas en Salud Pública (PIC), las tablas de trabajo resultantes de la implementación de la Estrategia PASE A LA EQUIDAD EN SALUD, y el Plan Indicativo de Salud 2016 - 2019.

ARTÍCULO 9: La presente Ordenanza rige a partir de la fecha de su promulgación, y reemplaza en su totalidad el planteamiento estratégico contemplado en los programas y subprogramas de la línea estratégica No. 2 "Bolívar Libre de Pobreza con Educación y Equidad", que sean de responsabilidad del sector salud y de otros sectores dentro del programa de seguridad alimentaria nutricional, que deban ir en coherencia con las disposiciones del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021, y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

PUBLIQUESE Y CUMPLSE

Dada en Cartagena de Indias D. T y C, a los Treinta y Un (31) días del mes de Julio de Dos Mil Dieciséis (2016).


JORGE REDONDO SUAREZ
Presidente


JHOVANNIA BARRIENTOS GONZALEZ
Secretaria General



NIT: 806.005.597-1

**LA SUSCRITA SECRETARIA GENERAL DE LA HONORABLE
ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE BOLÍVAR**

CERTIFICA:

Que la Ordenanza **"POR MEDIO DE LA CUAL SE ADOPTA EL PLAN TERRITORIAL DE SALUD PARA EL DEPARTAMENTO DE BOLIVAR, PARA EL PERIODO CONSTITUCIONAL 2016 – 2019, BOLIVAR SI AVANZA CON SALUD INTEGRAL PARA TODOS"**. Sufrió los tres debates reglamentarios durante las sesiones ordinarias del segundo periodo de sesiones realizadas los días Veintisiete (27), Veintinueve (29) y Treinta y Uno (31) de Julio del año 2016.


JHOVANNA BARRIENTOS GONZALEZ
Secretaria General.