

Plan Territorial de Salud 2016-2020

Armonización con la Metodología PASE a La Equidad En Salud

Departamento de Cundinamarca

“Unidos Podemos Más por la Salud y la Felicidad”



Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021

Mayo de 2016

Jorge Emilio Rey Angel
Gobernador de Cundinamarca

Diego Johanny Escobar Guinea
Secretario de Salud

Cesar Augusto Carrillo Vega
Secretario de Planeación

Comité Directivo Secretaría de salud

Ana Lucía Restrepo
Asesora Despacho

Dumar Albeiro David Bonilla
Jefe Oficina Asesora de Planeación Sectorial

Fernando de Jesús Tovar
Director Administrativa y Financiera

Mary Helena Hernández
Directora de Aseguramiento

Diana Yamile Ramos Castro
Directora de Vigilancia y Control

Carlos Arturo María Julio
Director de C R U E

Doris Ercilia Rodríguez
Directora de Desarrollo de Servicios

Mauricio Molina Achury
Director de Salud Pública

Tatiana DíazHernandez
Subdirección Vigilancia en Salud Pública

Édison Huertas Bustos
Subdirección Gestión y Promoción
Acciones en Salud Pública.

Amparo Leonor Gnecco Rodríguez
Subdirección de Laboratorio Salud Pública

Nodier Martín
Asesor de Despacho

Jaqueline Gómez Aguilar
Asesor Despacho

German Augusto Olaya
Asesor Despacho

Pedro Gilberto Ramírez Mesa
Gerente

Equipo territorial de planeación integral en salud

Oficina Asesora de Planeación Sectorial

Patricia López Beltrán
Lucia Yaneth Prada
Leonardo José León Nuñez
Laura Cediél Galindo

Diego Fernando Cahry Ballesteros
Emma Adriana Ortiz Amézquita
Carolina Soto Guzmán
Carlos Enrique Molina

Dirección Inspección Vigilancia y Control

Antonio Hartmann Mesa
Luisa Alejandra Pardo Rico

Dirección de Administrativa y Financiera

German Saenz
JoseAfrodisio Melo Martinez

Dirección Desarrollo y servicios

Teresita Castañeda Aponte
Claudia Patricia López

Centro Regulator de Urgencias y Emergencias

Yury Johana Silva Lopez
Claudia Paulina Arévalo

Dirección de Salud Pública

Carmen Yaneth Arias Parada
Martha Imelda Beltran Amaya
José Del Carmen Bosa Poveda
Martha Inés Camargo Garzón
Maribel Prieto
Carlos HernandoCastellanos Bautista
Sonia MaritzaCastillo Cubillos
PatriciaChaparro Cañón
Victor Manuel Romero
Viviana Marcela Clavijo
ConsueloGarcía Vanegas
EduardoGonzalez Hernández
Martha Lucía Herrera Machado
Nancy PilarLeón Correal
Sandra PatriciaMartínez Ruíz
Alba RocioOrduzAmézquita
Carlos ElkinRiveros Luque
Sonia MarlenSanabria Aparicio
José FernandoSanchezOrtíz
Dora MireyaSuarez Armero

Dirección de Aseguramiento

Maria Eliana GuerraAlvarez
Paola del Pilar Hernandez López

TABLA DE CONTENIDO

1.	FICHA TECNICA	7
2.	INTRODUCCIÓN	9
3.	ANTECEDENTES	11
4.	MARCO NORMATIVO	14
4.1.	Marco normativo internacional	14
4.2.	Marco normativo nacional	14
5.	PRINCIPIOS Y ENFOQUES	15
5.1.	Principios	15
5.1.1	La confianza	16
5.1.2	Nuevo liderazgo	18
5.2.	PRINCIPIOS PLAN DEPARTAMENTAL DE SALUD	19
5.3.	ENFOQUES DEL PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL “UNIDOS PODEMOS MÁS”	20
5.3.1	Enfoque territorial urbano – rural con visión sistémica y holística del desarrollo	20
	Los actores del desarrollo y su función en el territorio	23
5.3.2	Enfoque Basado en Derechos (EBDH) capacidades y realizaciones	23
5.3.3	Enfoque poblacional	23
5.3.4	Enfoque de equidad de género	24
5.3.5	Enfoque Cursos de Vida	24
5.3.6	Enfoque Participativo	25
5.4.	ENFOQUES DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	25
5.4.1.	Enfoque de derechos	25
5.4.2.	Enfoque diferencial	26
5.4.3.	Enfoque de curso de vida	27
5.4.4.	Enfoque de género	27
5.4.5.	Enfoque étnico	28
5.4.6.	Otros enfoques en lo diferencial	29
5.4.7.	Enfoque poblacional	30
5.4.8.	Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud	31

6. ANALISIS DE SITUACIÓN DE SALUD	34
6.1. CONTEXTO DEMOGRÁFICO	34
6.2. MORTALIDAD	41
6.3. MORBILIDAD	44
6.4. PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD	53
6.5. ESTIMACIÓN DEL ÍNDICE DE NECESIDADES EN SALUD – INS	55
7. RESULTADOS DE LA PRIORIZACIÓN DE LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN AFILIADA A LAS EPS, DEMÁS EAPB.	59
8. CONFIGURACIÓN ACTUAL	66
9. CONFIGURACIÓN Y PRIORIZACIÓN EN SALUD	72
9.1. CONFIGURACION DESEADA	72
9.1.1. METÁFORA DESEADA	72
9.1.2. TEXTO DE LA METÁFORA DESEADA	73
9.1.3. EJES ESTRUCTURANTES DESEADOS (DESAFÍOS/PRIORIDADES)	73
9.1.4. TRANSFORMACIONES + CALIFICACIÓN	75
9.2. VENTAJAS Y OPORTUNIDADES	80
9.2.1. VENTAJAS DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA	80
9.2.2. OPORTUNIDADES DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA	80
10. COMPONENTE ESTRATEGICO DE MEDIANO PLAZO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	81
10.1. VISION	81
10.2. OBJETIVOS ESTRATEGICOS (DESAFÍOS/PRIORIDADES)	82
10.2.1. OBJETIVOS ESTRATEGICOS PDSP	82
10.2.2. OBJETIVOS ESTRATEGICOS PLAN TERROTORIAL EN SALUD CUNDINAMARCA	84
10.3. RESULTADOS (METAS SANITARIAS DE DIMENSIÓN O RESULTADO) (ANEXO TABLA 9)	85
11. COMPONENTE OPERATIVO Y DE INVERSIÓN PLURIANUAL DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	93
11.1. FUENTE DE FINANCIACIÓN SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES	94
11.2. FUENTE DE FINANCIACIÓN RENTAS CEDIDAS	95
11.3. FUENTE DE FINANCIACIÓN TRANSFERENCIAS NACIONALES EN SALUD	98
11.4. FUENTE DE FINANCIACIÓN RECURSOS PROPIOS DE CUNDINAMARCA	99
11.5. FUENTE DE FINANCIACIÓN RECURSOS SISTEMA GENERAL DE REGALÍAS (SGR)	100

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Concentración de la población en función del territorio por provincias, Cundinamarca 2015.....	36
Tabla 2. Distribución de la población según etapas del curso de vida, Cundinamarca 2015.	37
Tabla 3. Indicadores de estructura demográfica, Cundinamarca, años 2005, 2015, 2020.....	40
Tabla 4. Prioridades identificadas en la morbilidad atendida, eventos de alto costo, eventos precursores y eventos de notificación obligatoria, departamento de Cundinamarca, año 2014- 2015.....	46
Tabla 5. Priorización de los problemas de salud del departamento de Cundinamarca, 2015.	53
Tabla 6. Clasificación de los municipios según el resultado del Índice de Necesidades en Salud.....	56
Tabla 7. Índice de Necesidades en Salud del departamento, (Indicadores 2011-2014).....	57
Tabla 8. Caracterización de la población afiliada a las EPS y demás EAPB.....	60
Tabla 9. Tensiones transformadas del plan territorial de salud, Cundinamarca, 2015.	75
Tabla 10. Resumen de la cadena de valor público en salud: Objetivos y metas sanitarias de dimensión (resultado), Cundinamarca, 2016 – 2020.....	85

LISTA MAPAS.

Mapa 1. Distribución de la población según municipios y densidad poblacional, Cundinamarca, 2013.....	35
Mapa 2. Metáfora deseada, Cundinamarca descendiente de los muiscas, adoradores del agua y parientes distantes de la rana, Cundinamarca, 2015	72

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Estructura de la población por grupos quinquenales de edad y sexo, departamento de Cundinamarca 2005, 2015, 2020	37
Gráfica 2. Índices de masculinidad en Cundinamarca para el periodo de 2005 a 2015 según grupos de edad.	38
Gráfica 3. Comparación entre la las Tasas de Crecimiento natural y Total, las Tasas Brutas de Natalidad,	38
Gráfica 4. Esperanza de vida al nacer, por sexo, Departamento, periodo de 2010 a 2015.....	39
Gráfica 5. Recursos asignados del Sistema General de Participaciones, Fondo Departamental de Salud, Cundinamarca, 2016 – 2019.....	94
Gráfica 6. Recursos asignados de Rentas cedidas, Fondo Departamental de Salud, Cundinamarca, 2016 – 2019.....	97
Gráfica 7. Recursos asignados de transferencias nacionales, Fondo Departamental de Salud, Cundinamarca, 2016 – 2019.....	99
Gráfica 8. Recursos asignados de recursos propios, Fondo Departamental de Salud, Cundinamarca, 2016 – 2019.	100

LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Pentágono de niveles de confianza con su correspondiente indicador	16
Ilustración 2. Decálogo del Nuevo Liderazgo.....	18
Ilustración 3. Visión sistémica del territorio.....	21
Ilustración 4. Mapa del desarrollo sostenible o sostenido.....	22
Ilustración 5. Los actores del Desarrollo y su función en el territorio.....	23
Ilustración 6. Modelo de determinantes sociales en salud, OMS 2010.....	32
Ilustración 7. Modelo de determinantes sociales en salud, Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021	33

1. FICHA TECNICA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA	
ENTIDAD TERRITORIAL:	SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE SALUD
NIT:	899999114-0
SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD(CUNDINAMARCA)	
NOMBRES Y APELLIDOS:	DIEGO GIOVANY ESCOBAR GUINEA
DEPENDENCIA/CARGO:	Secretario de Salud
DIRECCIÓN:	Calle 26 No. 51-53 Torre de Salud
TELÉFONO: FIJO (1) 749 1710 al 749 1771.	
APROBACIÓN	
GOBERNADOR:	JORGE EMILIO REY ANGEL
APROBADO POR:	ORDENANZA
NÚMERO DE APROBACIÓN:	PROYECTO DE ORDENANZA 008 DE 2016
FECHA DE APROBACIÓN:	21de mayo de 2016
VISIÓN	
<p>Cundinamarca en el 2021 se posicionará como departamento rector y articulador de todos los actores, sectores y territorios con el fin de brindar servicios de salud de forma integral, continua y humana desde las estrategias de Atención Primaria en Salud y Gestión del Riesgo, que garantice en el tiempo bien-estar, equidad social y paz que redunde en la felicidad de los cundinamarqueses.</p>	
OBJETIVOS ESTRATEGICOS DEL PTS	
<p>Disminuir el impacto negativo generado en la salud de los cundinamarqueses mediante el mejoramiento de las condiciones de vida, a través de la inclusión de buenas prácticas productivas, haciendo efectiva la vigilancia y el control por parte de la autoridad ambiental, sanitaria y demas entidades de control, fomentando los entornos de vida saludables, mejorando la calidad y uso del agua, suelo, aire para lograr la sostenibilidad ambiental, aumentado la cobertura y calidad de los servicios de acueducto y saneamiento básico con especial énfasis en las áreas rurales, incrementando espacios de recreación y cultura, mejorando la malla vial y protegiendo las fuentes hídricas del departamento.</p>	

Mejorar las condiciones para el goce efectivo del derecho a la salud, a través del fomento de **la Autonomía** en individuos y colectividades, el empoderamiento de los cundinamarqueses en torno a su **identidad cultural** mediante la implementación de un modelo integral de atención en salud basado en **Atención Primaria de Salud Resolutiva –APS-** que promocióne la cultura del autocuidado y cuidado por los demás, como rutina de vida, con el fortalecimiento de las actitudes y hábitos de vida saludables, la detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento y mitigación oportunos, que posibiliten la disminución de la morbilidad, mortalidad y las discapacidades evitables con criterios de equidad y énfasis en la población más vulnerable, para el **bien-estar y felicidad** en los cundinamarqueses.

Fortalecer a la población en el **ejercicio de sus derechos y deberes** individuales, familiares, laborales y comunitarios, mediante la ejecución exitosa de las **políticas públicas para la gobernanza**, con especial énfasis en el aumento de la oferta y calidad de los servicios de bienestar social, la seguridad alimentaria y nutricional, la salud mental y la convivencia social.

Fortalecer la **rectoría en salud** a través de la gestión institucional implementando políticas departamentales con la participación de los actores del sistema y la corresponsabilidad de las Empresas Sociales del Estado –ESE-, las Entidades Promotoras de Salud –EPS- y demás Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB- en articulación con los prestadores de servicios de salud, **bajo la coordinación de la Entidad Territorial**, con la finalidad de garantizar el acceso a la prestación de los servicios de salud con calidad para fomentar la **Promoción de la Salud, la Gestión del Riesgo y la Gestión de la Salud Pública** de los cundinamarqueses.

2. INTRODUCCIÓN

La gestión territorial en salud implica un proceso integral de planeación, específicamente a través del Plan territorial de Salud (PTS) el cual se considera el instrumento estratégico e indicativo de política pública del sector, según la Resolución 1536 de 2015, adicionalmente este proceso de planeación se debe inscribir en el marco del Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012 -2021 (Resolución 1841 de 2013). La gestión territorial requiere el análisis de la situación de salud, la caracterización de los afiliados de las EAPB y con base en la metodología de la estrategia de Pasea la Equidad en Salud, se establecen prioridades y resultados para el departamento de Cundinamarca.

En términos generales se definen tres líneas operativas en el Plan Territorial de Salud, a saber, la Gestión de Salud Pública, dirigida a individuos y colectividades, tanto sectoriales como intersectoriales y sociedad civil, en segunda instancia la Promoción de la Salud y finalmente la Gestión del Riesgo. Esta planeación integral en salud permite a las entidades territoriales contribuir con el logro de las metas estratégicas, contempladas en el Plan Decenal: 1) Equidad en salud; 2) Afectación positiva de los determinantes de la salud; 3) Mitigación de los impactos de la carga de la enfermedad, todo ello en la búsqueda de alcanzar la visión de paz, equidad social y desarrollo humano sostenible y sustentable.

Precisamente la paz, la equidad social, el desarrollo humano sostenible y sustentable en Cundinamarca desde el sector salud, estará regido por los enfoques y principios integrados en el Plan Territorial de Salud Departamental 2016-2020, que a continuación se enumeran:

Se contemplan los enfoques de la salud como derecho fundamental, los determinantes sociales de salud, el enfoque de cursos de vida, de género y enfoque diferencial; de otra parte los principios rectores de este plan son la equidad, participación ciudadana, intersectorialidad, la confianza, progresividad y desarrollo armónico departamental.

La concreción de estos enfoques y principios, en aras de lograr niños, jóvenes, adultos y adultos mayores sanos, con bien-estar y por lo tanto felices, tomó como punto de partida la caracterización de la población con base en el análisis de situación de salud (ASIS Territorial de Cundinamarca) y su integración a la información resultante de la caracterización de la población afiliada a las EPS, ARL y demás EAPB. Mediante el sustento metodológico PASE a la equidad en salud, se realizó la configuración y priorización en salud, lo cual permitió

identificar las enfermedades más incidentes, los determinantes sociales más relacionados, y así elaborar una priorización de problemas en salud y plantear el componente estratégico y operativo según los recursos disponibles.

La ejecución de las acciones operativas de acuerdo a la priorización realizada, se desarrollará mediante la aplicación de la Política integral de Atención en salud (PAIS), que se compone de la Estrategia Atención Primaria en Salud con enfoque familiar y comunitario, el ciudadano, la gestión integral del riesgo en salud y el enfoque diferencial.

Finalmente, se debe precisar que este documento contiene el Plan Territorial de Salud, el cual se considera parte integral del **Plan de Desarrollo Departamental 2016 -2020 “Unidos Podemos Más”**, que considera como modelo de desarrollo la articulación del **crecimiento, la equidad y la felicidad de la población**, los cuales en su conjunto dan forma a un estado deseable que conduce hacia un desarrollo inteligente, acompañados de una nueva forma de gobernar que se ha denominado **“Nuevo Liderazgo”**, como estrategia de largo plazo y promotor de la paz.

Este modelo de desarrollo, además de propender por el aspecto económico, busca la satisfacción de las necesidades de los Cundinamarqueses, de tal forma que garantice en el tiempo un desarrollo integral y de bien-estar que redunde en la felicidad de los habitantes del departamento.

De esta manera, se pretende avanzar no sólo en términos de indicadores económicos, sino sociales y de largo plazo. Este concepto atiende y reconoce las necesidades, expectativas y sueños de toda la comunidad en un modelo participativo e incluyente en sus diferentes entornos, facilitando las condiciones para expresarse y lograr un compromiso cívico en el marco de una visión compartida: “Unidos Podemos Más”.

3. ANTECEDENTES

La Constitución Política de 1991 (Congreso de la República de Colombia, 1991) 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. Conforme a la Ley 10 de 1990 (Congreso de la República de Colombia, 1990) y a la Ley 60 de 1993 (Congreso de la República de Colombia, 1993) se inician el fortalecimiento y la descentralización del servicio público en salud, así como el empoderamiento de las entidades territoriales y la Nación.

Con la expedición de la Ley 100 de 1993 (Congreso de la República de Colombia, 1993), se 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. En este mismo camino, las entidades nacionales y territoriales están orientadas, de acuerdo con la Ley 152 de 1994 (Congreso de la República de Colombia, 1994) y la Resolución 5165 de 1994 (Ministerio de Salud y Protección Social, 1994), a 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.

A pesar de la legislación en salud y del proceso de des-centralización en Colombia, en la última década la salud en el país ha tenido múltiples crisis, de tal forma que el Sistema General de Seguridad Social en Salud (leyes 100 /93, 1122/07 y 1438/11), no ha logrado, a la larga, la garantía de derecho fundamental a la salud por parte del Estado, lo cual ha generado recurrentes espacios de discusión y seguimiento, por parte de los ciudadanos, en debates de la sociedad civil y del congreso, en las jornadas académicas e incluso en los informes de los órganos de control del ejecutivo, tales como la Procuraduría General de la Nación¹, instancia que en su momento propuso declarar un estado de cosas inconstitucional en materia de salud.

De otra parte la Sentencia T-760 de 2008 de la honorable Corte Constitucional, deja en claro la profunda crisis de garantía del derecho a la salud, y la necesidad de ajustar tal política para que atienda el conjunto de necesidades de salud de la gente, ampliando e igualando el POS, garantizando la atención médica sin

¹Procuraduría delegada para la prevención en materia de derechos humanos y asuntos étnicos. Informe “El derecho a la salud en perspectiva de derechos humanos y el sistema de inspección, vigilancia y control del estado colombiano en materia de quejas en salud”, 2008.

necesidad de recurrir a la tutela, generando la total cobertura de aseguramiento para 2010, y exigiendo que los órganos de control y dirección del SGSSS tengan una acción eficaz.

En mayor o menor medida, existe un consenso en relación a la violación sistemática del derecho a la salud en el país, tal como se documenta en los estudios de la Defensoría del Pueblo – Colombia² respecto al seguimiento general de las tutelas y en particular a las relacionadas con la salud. La publicación del 2012 realiza especialmente un análisis de los veinte años de historia de la tutela y caracteriza de forma sistemática lo ocurrido con el derecho a la salud entre el año 1999 y el 2011.

En este orden de ideas, en los últimos cinco años el Estado Colombiano a través del Congreso de la República y del Ministerio de la Salud y Protección Social, ha realizado un conjunto de reformas conducentes a establecer la salud como derecho fundamental (Ley Estatutaria en Salud), realizar la homologación de planes de salud, establecer el Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021, concretar la Política de Atención Integral en Salud –PAIS- y el Modelo Integral de Salud –MIAS-, entre otras.

Adicionalmente a través de la ley 1753 de 2015, se establece el Plan Nacional de Desarrollo 2015 – 2018, “Todos por un nuevo país”, el cual establece una política integral en salud con los siguientes enfoques: 1) atención primaria en salud (APS), 2) salud familiar y comunitaria, 3) articulación de las actividades individuales y colectivas y 4) enfoque poblacional y diferencial.

La Constitución Política de 1991, la Ley 100 de 1993, sus leyes, resoluciones y decretos que la modifican y el actual Plan Nacional de Desarrollo se deben armonizar a través del **Plan Territorial de Salud**, a partir de lo definido en el Plan Decenal de Salud Pública, es por ello que en Julio de 2014 el Ministerio de Salud comunica al ente territorial el proceso de transferencia de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud, como herramienta para la Armonización del Plan Territorial de Salud con el Plan de Decenal de Salud Pública 2012-2021. El 16 de diciembre se realiza el lanzamiento Departamental del Plan Decenal de Salud Pública; a partir del mes de agosto de 2014 el Ministerio de Salud y la Secretaría Departamental de Salud concertan el inicio de las mesas de trabajo para iniciar el proceso de armonización del PTS “Cundinamarca Saludable”

²Defensoría del Pueblo, Colombia. “La tutela y el derecho a la Salud”. Se ha publicado cuatros estudios: Periodo 1999 a primer semestre de 2003; Primera actualización 2003 – 2005; Segunda actualización periodo 2006-2008 y Tercera actualización periodo 2009. En el 2012 La Defensoría del Pueblo publica el texto “La tutela y el derecho a la salud 2011, Veinte años de uso efectivo de la tutela”.

2012-2015 con Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, realizándose con los Asesores de UNFPA, cinco mesas de trabajo desde agosto hasta diciembre de 2014 para realizar el Desarrollo de la Ruta Metodológico PASE a la Equidad en Salud.

En Febrero de 2015 se retoma el proceso para continuar el paso de compresión y respuesta de la Ruta lógica para la armonización de los planes. El mes de marzo de 2015 el Ministerio de Salud hace la revisión de los documentos trabajados durante el proceso de armonización y sugiere hacer ajustes al proceso, estos se realizan desde el mes abril hasta agosto de 2015, teniendo como resultado la plataforma estratégica del Plan Territorial de Salud de Cundinamarca 2016-2021 el cual será la base de la Planeación para el presente Plan territorial de Salud 2016-2020.

Finalmente en la vigencia 2016, se retoman, revisan y valida la priorización a partir de las diferentes tensiones identificadas por cada una de las dimensiones definidas en el Plan Decenal de salud Pública, de los territorios del departamento de Cundinamarca, teniendo como referente principal, las diferentes mesas adelantadas por el equipo de planeación de la gobernación lideradas por el señor gobernador Jorge Emilio Rey Angel, en las quince provincias con una amplia participación ciudadana en la planeación y gestión integral del territorio en general y de salud en particular, en el contexto del Plan de Desarrollo Departamental “Unidos Podemos Más”.

4. MARCO NORMATIVO

4.1. Marco normativo internacional

En 1978 la OMS convocó a la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS), la cual constituyó la declaración de Alma-Ata, en la que se define la APS como: "la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad".

En el 2005 se instaura el Reglamento Sanitario Internacional, que sirve para vigilar y controlar las enfermedades que tienen potencial de propagarse entre países; también estipula normas sanitarias aplicables al comercio y a los viajes internacionales.

En 2015 las Naciones Unidas definen los Objetivos de Desarrollo Sostenible – ODS, y la nueva agenda de Desarrollo Global a 2030 para garantizar un mundo con mayores condiciones de equidad y sostenibilidad. Incluir los ODS permite articular las acciones de departamento y municipios, unir esfuerzos y propiciar cambios y acciones concretas para erradicar la pobreza, mejorar la educación, la salud y lograr la paz.

4.2. Marco normativo nacional

La normatividad para la planeación nacional se encuentra en la Constitución política desde el artículo 339, en donde se precisa el propósito y el contenido del Plan de Desarrollo, hasta el artículo 344; y se encuentran en concordancia con la ley Orgánica 152 de 1994, que en los artículos 3 y 4 especifica los 14 principios de actuación de las autoridades nacionales, regionales y territoriales y el proceso de conformación del Plan Nacional de Desarrollo, el cual se subdivide en 2 partes una general o de competencias y una de inversiones o recursos.

En mayo de 2013, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) expidió la resolución 1841 de 2013, mediante la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 al 2021. Con base en esta resolución y en especial con su artículo 2, en donde se indica la responsabilidad de las entidades territoriales de adaptar y

adoptar el plan Decenal de Salud Pública, de acuerdo a sus competencias, necesidades y características del territorio, a través del Plan Territorial de Salud.

La ley 1753 de 2015, que como ley especial determina el Plan Nacional de Desarrollo 2015 – 2018, “Todos por un nuevo país”, el cual establece una política integral en salud que tendrá en cuenta los componentes relativos a las rutas de atención para la promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida, las rutas de atención específicas por grupos de riesgos, el fortalecimiento del prestador primario, la operación en redes integrales de servicios, el desarrollo del talento humano, en el marco de la ley 1164 de 2007, articulación de las intervenciones individuales y colectivas, el desarrollo de incentivos en salud y la definición de requerimientos de información para su seguimiento y evaluación.

El 11 de mayo de 2015, el MSPS establece la resolución 1536, la cual dicta las disposiciones sobre el proceso de Planeación Integral en Salud, derogando así la resolución 425 de 2008.

La ley 1751 de 2015, Ley Estatutaria de Salud, la cual tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regular y establecer sus mecanismos de protección. Propende por la atención integral. Resalta también en el artículo 11, los sujetos de protección especial, los cuales gozarán de atención especial por parte del Estado, siendo obligatoria su atención integral, la cual no deberá estar limitada por ningún tipo de restricción económica ni administrativa. Resalta la autonomía médica o del profesional de la salud.

5. PRINCIPIOS Y ENFOQUES

La resolución 425 de 2008, en su artículo 3° expresa que el Plan de Salud Territorial se regirá por los enfoques y principios previstos en el Plan Nacional de Salud Pública, el cual asume un abordaje de enfoques en salud como derecho, determinantes sociales de la salud, enfoque diferencial y enfoque poblacional.

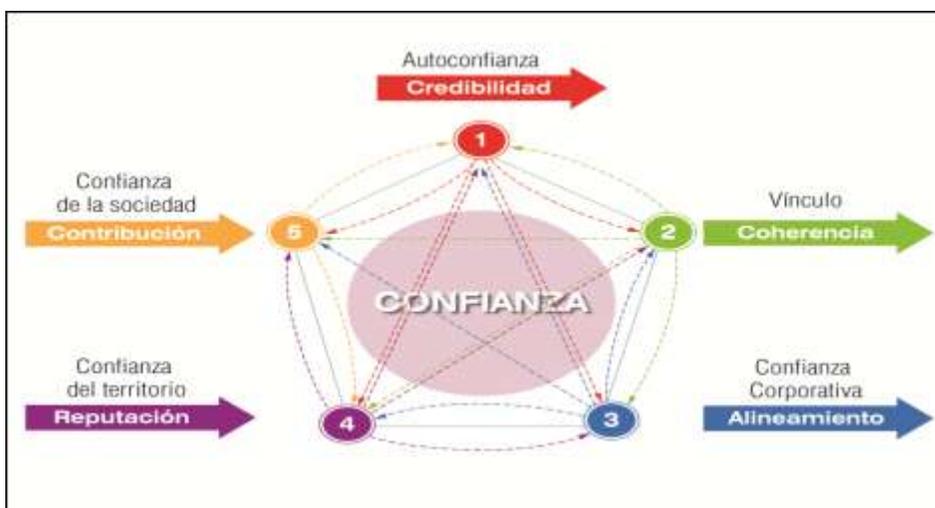
5.1. Principios.

Conceptualmente un principio es el conjunto de valores, creencias, normas, que orientan la vida de una organización, también considerados como los fundamentos, las pautas o conceptos rectores para el ejercicio de una disciplina. En este orden de ideas el Plan Territorial de Salud comparte de forma integral los principios del Plan Departamental de Desarrollo “**UNIDOS PODEMOS MÁS**”

5.1.1 La confianza

Cohesión e integración social indispensable para el desarrollo y la diferenciación de las acciones del Departamento, pues crea los vínculos necesarios (cara a cara) para crear y desarrollar la ventajas invisibles³ de la competitividad, con capacidad de generar riqueza colectiva y sociabilidad sostenida a través de una vocación de servicio permanente reflejada en la cercanía y sintonía con la gente con interacciones, lugares y espacios de trabajo con alto nivel de Autoconfianza (credibilidad), Coherencia (vinculo), Alineamiento (Confianza corporativa), Reputación (confianza del territorio), Contribución (confianza de la sociedad), Ver ilustración 1. En este contexto surge el slogan “Con la razón y el corazón soy servidor público, siempre para mi gente”. Es el pegante que mantiene unida la red de redes del territorio y genera capital social o relacional.

Ilustración 1. Pentágono de niveles de confianza con su correspondiente indicador



Fuente: Xynápsis. Gestión del conocimiento CAR 2013, con base en conceptos de STEPHEN M.R Covey y R.MERRIL Rebeca

Coherencia y congruencia (se sugiere incluirla en niveles de confianza)

Son el ancla del plan, van de la mano, pues dan cuenta del hilo que conduce las acciones, conversaciones y decisiones del departamento logrando coincidencia entre lo que se piensa, dice y hace. Consolidan un ejercicio ético y transparente de las acciones responsables de la gobernación para su gente. Así se sabe a qué atenerse.

³Forma de construir capital relacional y social

Calidad de las decisiones

Parte del reconocimiento de dos premisas: 1) es evidente que en la realidad actual, en los diferentes frentes institucionales, empresariales y personales existe una brecha entre lo que se planea y sus resultados 2) la verdad es un concepto relativo formado en cada ser humano con base en sus percepciones y creencias, es decir de acuerdo a sus modelos mentales. En la medida en que entendamos esto y hagamos un esfuerzo consciente por incrementar la calidad de las decisiones, impactaremos contundentemente en los resultados. Tomar decisiones de calidad nos exige tener como criterios de referencia como:

- Visión holística y sistémica, es decir, todo está conectado
- Ver desde diferentes perspectivas
- Anticiparse con información pertinente y en tiempo real
- Armonizar intereses a través de la conversación, pues las comunidades y los ecosistemas tienen dinámica que deben armonizarse
- Con matriz de riesgos

Todo está conectado y relacionado

Estas relaciones dependen de las decisiones que se tomen y la forma en que se haga. Los diferentes sectores tienen relaciones entre sí, no de manera lineal sino que tienen relaciones diversas, complejas y dinámicas, que se afectan por las decisiones que se tomen y se encuentran de manera sinérgica para optimizar los recursos, decisiones, esfuerzos. Los diferentes frentes de decisiones están conformando una red que es resistente, resiliente y elástica.

Hacer más con menos.

Exige alta creatividad e innovación colectiva para darle la vuelta a las carencias del territorio y en él las comunidades y poblaciones diferenciadas y enfocarse en sus potencialidades “Debe concentrarse en crear riqueza, no en dividir pobreza”⁴, dicho de otra manera es pensar el desarrollo no desde las ventajas comparativas sino desde las ventajas competitivas con alto contenido e intensidad en el uso de conocimiento.

⁴Informe Monitor. La Bogotá que todos soñamos. (P. 110)

5.1.2 Nuevo liderazgo

Es nuestro diferencial, nuestra impronta, nuestra forma de apalancar los demás principios y la estructura del plan de la mano de un nuevo liderazgo. La plataforma ideológica que se propone incorpora la palabra “NUEVO” porque se constituye como una propuesta que reconoce que es momento de evolucionar de las acciones individualistas a las cooperadas constituyéndose el NUEVO LIDERAZGO en un catalizador del cambio de paradigma, identificando el hacia dónde se quiere ir, contrastado con él, en dónde se está para saber lo que hace falta (análisis de brechas). Pasando de la zona de problemas a la zona de decisiones para lograr los resultados esperados frente al modelo de la Cundinamarca que se quiere. Las nuevas formas de verlo y soñarlo implican una visión prospectiva⁵, verlo desde diferentes perspectivas, y ser altamente innovadores en la forma de abordarlo.

Se enfoca como un nuevo estilo de gobernar, de hacer gestión, por eso creamos el decálogo del mismo. Ver ilustración 2.

Ilustración 2. Decálogo del Nuevo Liderazgo



Fuente: Grupo Plan de Desarrollo 2016

De esta manera el NUEVO LIDERAZGO se concibe dentro del Plan de Desarrollo de Cundinamarca 2016-2020 como un aprendizaje continuo, generativo, que transforma las decisiones permanentemente y cambia

⁵El Centro de Estudios Prospectivos de la UNALM en su editorial refiere que “La prospectiva parte del concepto que el futuro aún no existe y “se puede concebir como una realización múltiple” (Jouvenel, 1968) y que “depende solamente de la acción del hombre” (Godet, 1987). Por esa razón, el hombre puede construir el mejor futuro posible, para lo cual debe tomar las decisiones correctas en el momento apropiado.

las representaciones (modelos mentales) que se tienen del territorio para responder ante el entorno, elevando la capacidad de respuesta; lo que equivale a decir que se es superior a las circunstancias o retos que el ambiente o entorno le plantean. Ver anexo uno, Decálogo del NUEVO LIDERAZGO.

5.2. PRINCIPIOS PLAN DEPARTAMENTAL DE SALUD

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

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

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

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

Responsabilidad: Es la garantía del acceso a las acciones individuales y colectivas en salud pública con oportunidad, calidad, eficiencia y equidad.

La responsabilidad implica que los actores asuman consecuencias administrativas, penales, civiles y éticas por acciones inadecuadas u omisiones que atenten contra la salud o la calidad de vida.

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

Participación social: Es la intervención de la comunidad en la planeación, gestión, control social y evaluación del Plan, se deberá promover la vinculación efectiva de la población para garantizar que las prioridades en salud y

bienestar territorial respondan a las necesidades sentidas de los grupos sociales, y que éstas se concreten en el plan de salud territorial.

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

5.3. ENFOQUES DEL PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL “UNIDOS PODEMOS MÁS”

Un enfoque esencialmente se trata de un tipo de acercamiento estratégico a un problema, su comprensión o intervención, constituye una visión particular o colectiva de un contexto o problema y la forma de abarcarlo con la intencionalidad de intervenir, cambiar y resolverlo.

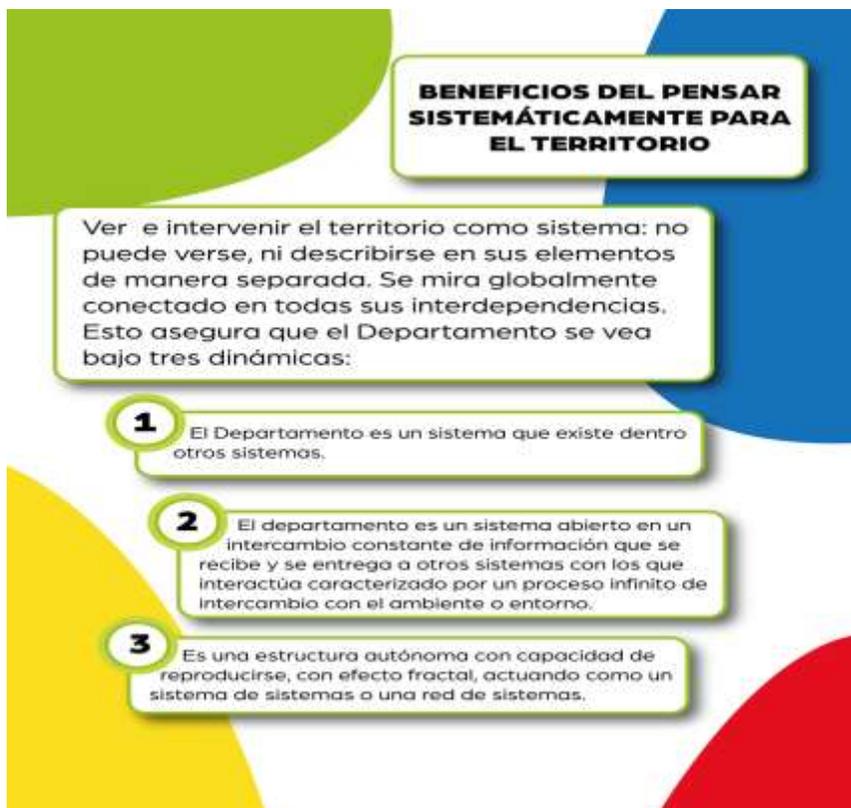
5.3.1 Enfoque territorial urbano – rural con visión sistémica y holística del desarrollo

Encaja en una visión integral que trasciende los componentes socioeconómicos, políticos, físicos, entre otros, involucrando la “**felicidad**” como factor determinante en el contexto del desarrollo futuro del Departamento. En su apuesta por el **ESTAR- BIEN** de la comunidad y sus diferentes actores focaliza el desarrollo inteligente de manera irradiante⁶ influye en los ejes estratégicos para observar el territorio globalmente y localmente, interdependiente con otros departamentos y regiones, abierto en un flujo constante de información con otros, en intercambio constante con su entorno, con capacidad de reproducirse en efecto fractal⁷ para asegurar la visión del departamento bajo las dinámicas de un territorio sistémico y descentralizado. Ver ilustración 3.

⁶ “Conjunto de procesos de pensamiento asociativo que proceden de un punto central o se conectan a él como un estallido del pensamiento”. Edward De Bono.

⁷Un *fractal* tiene la propiedad de replicarse como patrón de comportamiento a diferentes escalas, por ejemplo: el brócoli.

Ilustración 3. Visión sistémica del territorio.



Fuente: Grupo Plan de Desarrollo 2016

Partir de una visión sistémica u holística⁸ del Departamento es lo que hace que algunas de sus apuestas, especialmente la **felicidad**⁹ como valor social, sean mayores que la suma de sus partes, pues funciona como un todo integrado y sus componentes individuales desarrollan cualidades o propiedades emergentes o inteligentes que no tienen sus componentes aislados. Esta configuración es la que nos permitirá ser sostenibles, generar riqueza colectiva, lo cual implica pasar del reino de la necesidad al reino de la libertad y enfrentar los retos que las dinámicas globales nos plantean.

La Ley Orgánica de Ordenamiento Territorial y la Ley 388 de 1997 de desarrollo territorial, comprenden que las acciones humanas se dan en el territorio, que se dan en un contexto geográfico con elementos biofísicos y

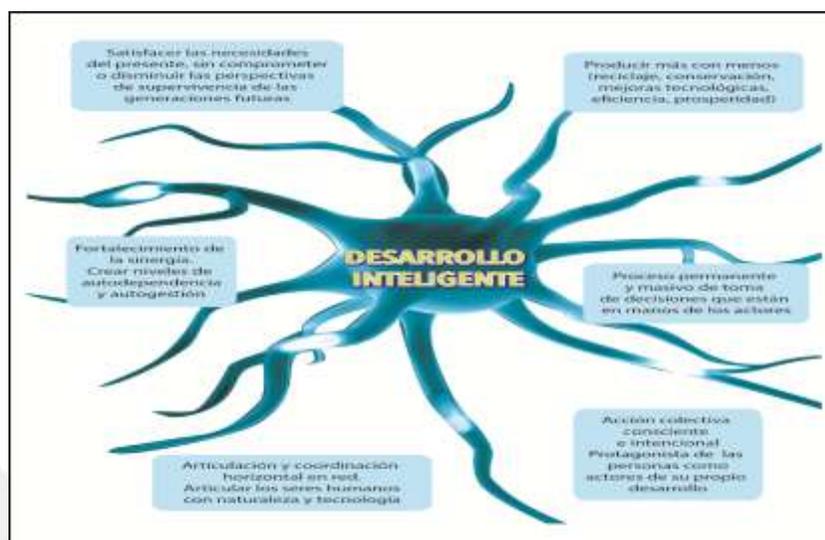
⁸ El todo se refleja en la parte y la parte en el todo

⁹ Promoción de un **valor social** de todos los actores del Departamento, se enfoca en el desarrollo inteligente del territorio y la población a través de la conformación de unos sistemas competitivos configurados en red, basados en una sostenibilidad ambiental, compatible con el clima y con el agua como motor y eje del desarrollo del departamento.

realidades socioeconómicas y políticas que han de ser estudiadas, comprendidas y asumidas de manera integral, ya que en la trama de la vida cualquier acción en un componente revierte sobre los otros. La planificación responsable de los municipios, los departamentos y la nación implica tomarse en serio lo que reconoce la Ley 1454 como desarrollo territorial el cual debe ser: a) equitativo socialmente b) sostenible ecológicamente c) eficiente económicamente d) pertinente culturalmente e) armónico regionalmente y f) sostenible fiscalmente. Esta es mayúscula tarea de múltiples escalas de trabajo, articulación y concertación como lo dejan evidenciados los diferentes planes y algunas sentencias de la Corte Constitucional como las 123 de 2014 y 035 de 2016.

El departamento asume el concepto aceptado de desarrollo sostenible, según Max Neef y otros autores el cual se refiere al proceso que se construye a partir del protagonismo real de las personas, sustentado en la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales, en la generación de niveles crecientes de autodependencia, en la articulación orgánica de los seres humanos con la naturaleza y la tecnología, de los procesos globales con los comportamientos locales, de lo personal con lo social, de la planificación con la autonomía y de la Sociedad Civil con el Estado¹. El desarrollo sostenible se construye como consecuencia de privilegiar tanto la diversidad como la autonomía de espacios en los cuales el protagonismo sea realmente posible y se dé como producto de una acción colectiva e intencional de los diferentes actores sociales, con fuertes vínculos. Ver ilustración 4.

Ilustración 4. Mapa del desarrollo sostenible o sostenido.



Fuente: Grupo Plan de desarrollo (2016)

Los actores del desarrollo y su función en el territorio

Según el CATEI (2014), en la ecología industrial y el territorio, guía práctica de los territorios, avanzan en definir las funciones que tienen los cuatro actores del desarrollo para dinamizar el territorio. Ver ilustración 5.

Ilustración 5. Los actores del Desarrollo y su función en el territorio.



Fuente: Comité de animación territorial sostenible y ecología industrial - CATEI (2014)

5.3.2 Enfoque Basado en Derechos (EBDH) capacidades y realizaciones

La Constitución Nacional como principal acuerdo social de los colombianos refleja las principales reglas de convivencia de la sociedad que compartimos, con un muy estructurado reconocimiento de los derechos en las diferentes materias, los cuales han venido siendo desarrollados a través del legislativo y en muchos momentos aclarados sus alcances por medio de las sentencias de las altas cortes. La administración de lo público a escala territorial exige el reconocimiento y sobre todo la comprensión de la dimensión de derechos de cada uno de los grupos sociales y del ambiente, en el marco de las diferentes interacciones que la prosperidad general de la nación promueve.

5.3.3 Enfoque poblacional

La capacidad de los grupos poblacionales en el Departamento de Cundinamarca esdisímil, unas en el sentido ya descrito en el enfoque de derechos, y las otras por las diferentes circunstancias de orden político, económico o geográfico que han propiciado o generado o dado mayor fortaleza a las desigualdades en términos de oportunidades. Acogiendo los llamados de las normas y de la jurisprudencia, importa a esta administración departamental dar las atenciones diferenciadas que correspondan de tal manera que la

disposición de orientación y medios sean asequibles y permitan promover condiciones de sostenibilidad a procesos de autodeterminación y autogestión.

5.3.4 Enfoque de equidad de género

La toma de decisiones de alcance social desde la administración departamental exigirá la evaluación de como ellas modifican o refuerzan las construcciones culturales y sociales que han dado lugar a un diferencial de apoyo y empoderamiento del género masculino en relación con el femenino; adicionalmente a brindar elementos de respaldo e lo orientado por el objetivo cinco de desarrollo sostenible: lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas.

5.3.5 Enfoque Cursos de Vida

Cada uno de las etapas de curso de vida: primera infancia e infancia; adolescencia y juventud; adulto y adulto mayor, presentan unas necesidades específicas que a veces no se reflejan adecuadamente dentro de la política pública.

Lo que es urgente es segmentar la política pública a las necesidades específicas de cada etapa de curso de vida, pero acá el gran viro que le vamos a dar a la forma de abordar el trabajo es que va tener un enfoque de familia. De alguna manera los planes y proyectos han tenido un enfoque horizontal por edades, cuando lo que está haciendo falta es un enfoque vertical, donde el objetivo primordial sea reconstruir la unidad familiar, como célula básica de la comunidad y de la sociedad.

Tenemos que reconocer que, así como el Departamento ha tenido un crecimiento económico en los últimos años, la mayoría de indicadores de índole social siguen igual o peor, lo cual demanda una reflexión urgente sobre la pertinencia de las medidas que se han venido tomando en este frente. Según nuestro entender se trata de darle un enfoque de familia.

Será entonces imperante crear un observatorio en programas de familia, así como la figura del defensor de la infancia.

Los casos de maltrato infantil, discriminación, violencia intrafamiliar y muertes evitables se deben convertir en razones de vergüenza departamental.

5.3.6 Enfoque Participativo

La Constitución Nacional reconoce y promueve la naturaleza de la administración pública con un claro sentido participativo, contemplando momentos informativos, de consulta y de construcción conjunta de instrumentos de planificación, ejecución, control y seguimiento. La presente administración departamental comprende lo sustantivo de la propia capacidad social para generar sus propias dinámicas y lo perverso de las prácticas paternalistas. Se asume a su vez la interacción con los municipios y la nación y el potencial de fortalecimiento de las capacidades organizativas en los que la empatía y la solidaridad se expresan y encuentran los canales adecuados para que ese esfuerzo comunitario y agregativo sea significativo e incida en el modelo de desarrollo territorial que se expresa.

5.4. ENFOQUES DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD

5.4.1. Enfoque de derechos

En el escenario de los derechos humanos, el derecho a la salud se reconoce como inherente a la persona, con carácter irrevocable, inalienable e irrenunciable, determinado por su carácter igualitario y universal (para todos los seres humanos), que obedece también a su carácter de atemporalidad e independencia de los contextos sociales e históricos¹⁰.

El derecho a la salud alude al “*disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social*”, e implica una interdependencia con otros derechos; se aplica sin distinción de raza, género, religión, orientación política, orientación sexual o situación económica o social, y se refiere al nivel de salud que le permite a una persona vivir dignamente, y a los factores socioeconómicos que promueven la posibilidad de llevar una vida sana. Ese derecho se hace extensivo al acceso básico a la alimentación y a la nutrición, a la vivienda, al agua limpia y potable, a condiciones sanitarias adecuadas, a condiciones de trabajo seguras y sanas, a un medio ambiente sano, así como a los servicios sociales, mediante la disposición del Estado de todos los recursos posibles para hacer efectivo tal derecho.

¹⁰Ministerio de Salud y Protección Social “Plan Decenal de Salud pública PDS, 2012 – 2021. La salud en Colombia la construyes tú”

El enfoque de derechos implica la necesidad de informar y promover un diálogo público respetuoso, que incluya diferentes perspectivas jurídicas, ideológicas y éticas que permitan el reconocimiento de sí mismos y del otro como sujeto de derechos, a fin de promover y permitir el disfrute de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud, no solo en función de una atención en salud oportuna y apropiada sino también en el desarrollo y promoción de los principales Determinantes Sociales de la Salud, teniendo en cuenta el punto de vista personal de cada ciudadano como sujeto capaz de decidir autónomamente y de acuerdo con su conciencia.

5.4.2. Enfoque diferencial

La fundamentación del enfoque diferencial supone el reconocimiento de la equidad e inclusión de los ciudadanos excluidos y privados de los derechos y libertades. Es decir, “el derecho a ejercer una ciudadanía desde la diferencia en escenarios de una democracia participativa, de inclusión igualitaria de ciudadanos y ciudadanas en la escena política, y en la toma de decisiones en la esfera íntima, privada y pública” (Baquero, 2009)¹¹.

El enfoque diferencial tiene en cuenta las condiciones y posiciones de los distintos actores sociales, reconocidos como “sujetos de derechos”, inmersos en particulares dinámicas culturales, económicas, políticas, de género y de etnia. Así mismo, tiene en cuenta los ciclos de vida de las personas y las vulnerabilidades que pueden conducir a ambientes limitantes, como es el caso de la discapacidad y de situaciones sociales como el desplazamiento.

El enfoque diferencial considera, para la atención de las poblaciones vulnerables, la adecuación de servicios y acciones por parte de la institucionalidad; se trata del reconocimiento de particularidades sociales, culturales, religiosas, etc., para dar respuesta a los derechos fundamentales de la población. Esto implica la consulta y la concertación con los sujetos involucrados, bajo los principios del reconocimiento intercultural, lo cual exige el acopio de los recursos materiales y culturales de las comunidades.

¹¹Ministerio de Salud y Protección Social. Opcit., página 41.

5.4.3. Enfoque de curso de vida

El curso de vida (o ciclo o transcurso de vida) es un abordaje que permite entender las vulnerabilidades y oportunidades de invertir durante cada una de las etapas del desarrollo humano; reconoce que las experiencias se acumulan a lo largo de la vida, que las intervenciones en una generación repercutirán en las siguientes, y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones previas en periodos vitales anteriores.

Hablar de un continuo vital no equivale a hablar de grupos etarios, los cuales son usados de forma arbitraria y según contextos particulares de desarrollo, para señalar líneas de corte que ayudan a la organización de políticas públicas y a las acciones que de ellas se derivan. El curso de vida, por lo tanto, puede dividirse en diferentes etapas del desarrollo, aunque tales etapas no deben tomarse en forma absoluta y se debe recordar que existe diversidad individual y cultural.

El curso de vida aborda el continuo vital y sus momentos, en términos de potencialidades y capacidades permanentes y adecuadas a las exigencias de cada uno de ellos y al logro de acumulados que les permitan a cada individuo y a los colectivos tener una vida plena y con las mejores condiciones posibles de salud.¹²

5.4.4. Enfoque de género

Se entiende por género el conjunto de características sociales, culturales, políticas, jurídicas y económicas asignadas socialmente en función del sexo de nacimiento (PNUD, 2008). La categoría de género permite evidenciar que los roles, identidades y valores que son atribuidos a hombres y mujeres e internalizados mediante los procesos de socialización son una construcción histórica y cultural, es decir, que pueden variar de una sociedad a otra y de una época a otra.¹³

Es importante tener en cuenta que el género se articula con otras categorías como: edad, etnia, orientación sexual, discapacidad y situaciones como por ejemplo el desplazamiento forzado, el conflicto armado o la situación migratoria, entre otras. Por lo tanto, se reconoce la diversidad y heterogeneidad de las mujeres y de

¹²Ministerio de Salud y Protección Social. Opcit., página 45

¹³Ministerio de Salud y Protección Social. Opcit., página 47.

los hombres, propuesta que se relaciona con el concepto de equidad de género, puesto que implica el reconocimiento y valoración de dicha diversidad. Es decir, que el género se refiere no solo a las relaciones y desigualdades entre hombres y mujeres (intergénero), sino también a las intragénero.

El enfoque de género se puede entender como una perspectiva, propuesta o herramienta conceptual, metodológica y política, que:

- Visibiliza las desigualdades, discriminaciones y violencias en razón del género, así como el ejercicio de poder y los roles que ejercen mujeres y hombres.
- Detecta los factores de desigualdad que afectan a hombres y mujeres en los diferentes ámbitos de interacción humanos (familiares, sociales, económicos, culturales y políticos).
- Planea acciones para transformar las estructuras que mantienen las inequidades, discriminaciones, violencias y exclusiones por razón del género.
- Busca la construcción de identidades femeninas y masculinas que no se basen en los modelos hegemónicos de ser mujer y ser hombre.
- Propone una valoración equitativa de los espacios y actividades productivas y reproductivas, y una distribución justa de los roles entre hombres y mujeres.
- Promueve la construcción de una sociedad más equitativa y democrática para mujeres y hombres a través de un ejercicio paritario del poder en todos los espacios, desde los personales hasta los colectivos.

5.4.5. Enfoque étnico

La etnicidad “es una construcción de conciencia colectiva, relacionada con aspectos físicos, culturales y sociales de grupos humanos que estos identifican como propios y que pautan relaciones intergrupales dentro de un orden social” (Torres, 2001). También hace referencia a una serie de condiciones y características sociales, culturales, económicas, y hasta fenotípicas, que permiten distinguir a algunos grupos humanos de la colectividad nacional, los cuales están regidos total o parcialmente por sus propias costumbres o tradiciones, organizaciones sociales y políticas y por una legislación especial (Los pueblos indígenas de Colombia en el

umbral del nuevo milenio, Población, cultura y territorio: bases para el fortalecimiento social y económico de los pueblos indígenas, 2004)¹⁴

Una etnia es un grupo humano diferenciado que habita en un espacio geográfico, posee características culturales propias y una historia común. Por tanto, cada etnia está ligada a un territorio y a un origen ancestral común, que le permite construir una identidad colectiva y compartir una cosmovisión. Colombia se reconoce como un país pluriétnico y multicultural (Congreso de la República de Colombia, 1991); esto exige y obliga a que toda actuación del Estado, en su conjunto, incorpore el enfoque diferencial étnico, sustentado en el respeto, la protección y la promoción de su diversidad. Las etnias reconocidas en Colombia son: indígena, afrocolombiana, negra, palenquera, raizal y Rrom o gitana.

Este enfoque permite identificar grupos con identidades diferenciadas en torno a elementos seleccionados o “marcas étnicas” que tienen un contenido simbólico, tales como mitos, ancestros u orígenes comunes, religión, territorio, memorias de un pasado colectivo, vestimenta, lenguaje o, inclusive, rasgos físicos como el color de la piel, tipo de pelo o forma de los ojos. Estas características culturales y sociales propias generan diferenciales en las condiciones de vida y el acceso a recursos de atención; así mismo, hay conductas, creencias, estereotipos y prejuicios que tienen como base la discriminación, el racismo, la segregación y el aislamiento de grupos o minorías étnicas, ligadas a la etnicidad¹⁵

5.4.6. Otros enfoques en lo diferencial

En coherencia con otros desarrollos de atención de poblaciones de especial protección y vulnerabilidad en Colombia, también se tienen en cuenta los abordajes de diversidad derivados de la situación de discapacidad, situaciones de desplazamiento, condición de víctimas, diversidad sexual, situaciones como la pobreza, poblaciones institucionalizadas, condiciones territoriales particulares, y otras reconocidas en instrumentos internacionales vinculantes para el país y en los compromisos incluidos en el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 (Departamento Nacional de Planeación DNP, 2011)¹⁶.

¹⁴ Ministerio de Salud y Protección Social. Opcit., página 49.

¹⁵ Ministerio de Salud y Protección Social. Opcit., página 50.

¹⁶ Ministerio de Salud y Protección Social. Opcit., página 50.

En este contexto, se hace un abordaje psicosocial, con base en el enfoque de derechos, que reconoce los impactos por el sufrimiento emocional y moral, así como los daños en la dignidad y pérdidas en la estabilidad vital y existencial de las personas, familias y comunidades, causados por la violación de los derechos humanos y las infracciones al Derecho Internacional Humanitario de las personas individuales y colectivas, en el marco de su cultura, contexto y proyecto de vida, con el fin de establecer planes, programas, proyectos y acciones de acuerdo con las características particulares de la población.

5.4.7. Enfoque poblacional

El enfoque poblacional (Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial. Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA) consiste en identificar, comprender y tomar en consideración las relaciones entre la dinámica demográfica y los aspectos ambientales, sociales y económicos de competencia de los territorios, con el fin de responder a los problemas que de allí se derivan, orientándose a la formulación de objetivos y estrategias de desarrollo para el aprovechamiento de las ventajas del territorio y la superación de los desequilibrios entre la población y su territorio¹⁷.

El enfoque poblacional ayuda a abordar los procesos de planeación territorial (nación, departamento, municipio) desde una perspectiva integral, al analizar sistemáticamente la dinámica poblacional e incorporarla en la toma de decisiones estratégicas y en la formulación de la política pública.

Es necesario precisar los intercambios entre las dinámicas de población y las dinámicas socioeconómicas, educativas y ambientales, para identificar los desequilibrios (tensiones) y las ventajas comparativas del territorio (oportunidades) que se generan en estos intercambios, considerando la población/territorio como un elemento ordenador de políticas y respuestas, que junto con lo diferencial, visto desde lo poblacional, fortalezca la acción sobre las desigualdades evitables, teniendo en cuenta la heterogeneidad de las problemáticas regionales en los departamentos del país e incluso dentro de ellos, de tal manera que el PDSP sea una respuesta pertinente, con coherencia interna y ajustada a la realidad. Como abordaje conceptual y metodológico, interactúa con el enfoque de Determinantes Sociales de la Salud DSS, y aporta análisis explicativos de relaciones entre las dinámicas demográfica, social, económica y ambiental¹⁸.

¹⁷ Ministerio de Salud y Protección Social. Opcit., página 51.

¹⁸ Ministerio de Salud y Protección Social. Opcit., página 51.

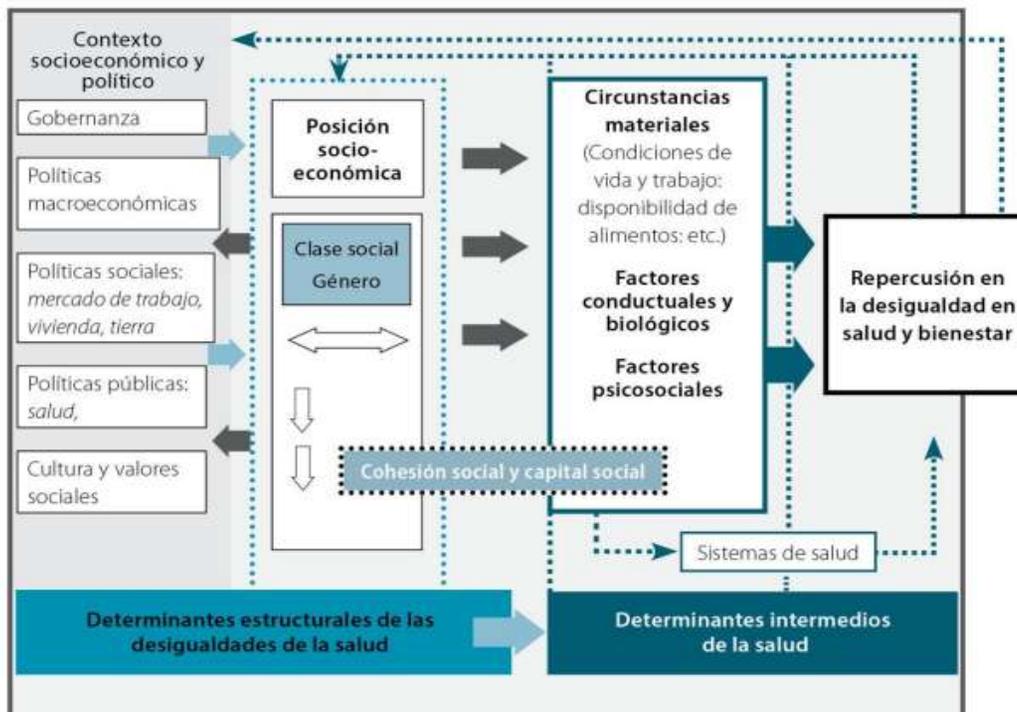
5.4.8. Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud

En la octava sesión plenaria de la 62ª Asamblea Mundial de la Salud de 2009, se insta a los Estados miembros a luchar contra las inequidades sanitarias en el interior de los países y entre ellos, mediante el compromiso político sobre el principio fundamental de interés nacional de “subsana las desigualdades en una generación” (Organización Mundial de la Salud, 2009), según corresponda, para coordinar y gestionar las acciones intersectoriales en pro de la salud, con el fin de incorporar la equidad sanitaria en todas las políticas; y, si corresponde, mediante la aplicación de instrumentos para cuantificar el impacto en la salud y en la equidad sanitaria, se los insta también a que desarrollen y apliquen estrategias para mejorar la salud pública, centrándose en afectar positivamente los Determinantes Sociales de la Salud, entendidos como aquellas situaciones o condiciones o circunstancias que hacen parte del bienestar, calidad de vida, desarrollo humano, que ejercen influencia sobre la salud de las personas y que, actuando e interactuando en diferentes niveles de organización, determinan el estado de salud de la población (Whitehead, 2006).

Los Determinantes Sociales de la Salud conforman, así, un modelo que reconoce el concepto de que el riesgo epidemiológico está determinado individual, histórica y socialmente. La relación entre los Determinantes Sociales de la Salud y el estado de salud es, por ello, compleja, e involucra a muchos niveles de la sociedad que, como se ha señalado, abarcan desde el nivel microcelular hasta el macroambiental (OMS, 2011).

Un modelo integral de Determinantes Sociales de la Salud debe lograr: 1) aclarar los mecanismos por los cuales los determinantes sociales generan desigualdades de salud; 2) indicar cómo se relacionan entre sí los determinantes principales; 3) proporcionar un marco para evaluar cuáles son los Determinantes Sociales de la Salud más importantes de abordar; 4) proyectar niveles específicos de intervención y puntos de acceso de políticas para la acción en torno a los Determinantes Sociales de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2005; Mackenbach, 2013). Ver ilustración 6.

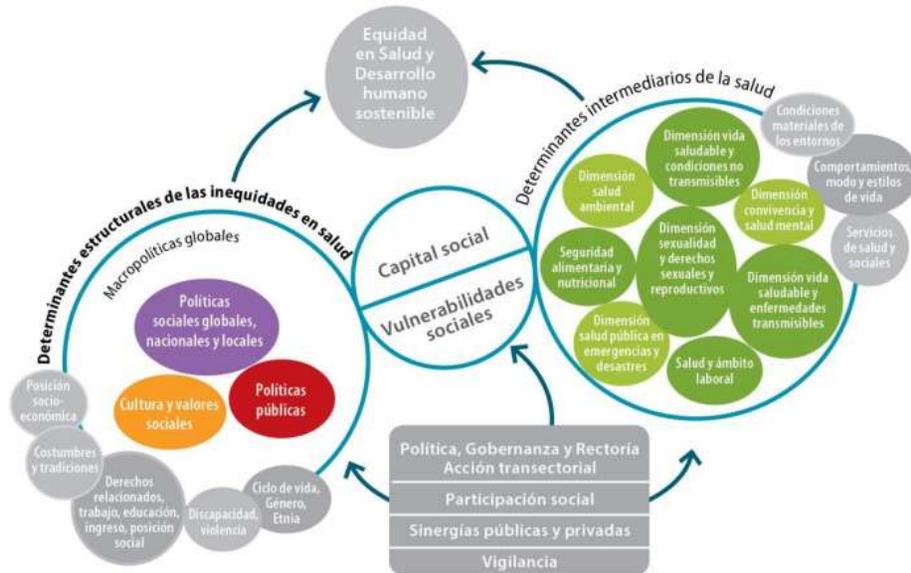
Ilustración 6. Modelo de determinantes sociales en salud, OMS 2010



Fuente: Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021.

Es necesario precisar los intercambios entre las dinámicas de población, ambiental, social y económica para identificar los desequilibrios (perdida de tensión) y las ventajas comparativas del territorio (ventajas y oportunidades) que se generan en estos intercambios, considerando la población/territorio como un elemento ordenador de políticas y respuestas, que junto con lo diferencial, visto desde lo poblacional, fortalezca la acción sobre las desigualdades que generan desenlaces evitables, teniendo en cuenta la heterogeneidad de las problemáticas regionales. Como abordaje conceptual y metodológico la interacción con la perspectiva de determinantes sociales de la salud de la metodología PASE para la equidad en salud en la construcción del plan territorial de salud de Cundinamarca, en el marco del Plan Decenal de Salud Pública. (Verilustración 7).

Ilustración 7. Modelo de determinantes sociales en salud, Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021



Fuente: Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021.

6. ANALISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

El análisis de situación de salud implica los “procesos analítico-sintéticos que abarcan diversos tipos de análisis. Permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población incluyendo los daños y problemas de salud así como sus determinantes, sean estos, competencia del sector salud o de otros sectores. Los ASIS facilitan la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados, y la evaluación de su impacto en salud”, excediendo el abordaje tradicionalista de la fracción de población que demanda servicios del sistema de salud. Esto lo convierte en insumo fundamental para fortalecer la toma de decisiones del sector salud, orientadas al cumplimiento de los objetivos del Plan de Desarrollo del departamento de Cundinamarca 2016-2020 “**UNIDOS PODEMOS MÁS**” y al desarrollo del Plan Territorial de Salud Departamental en el marco del Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021.

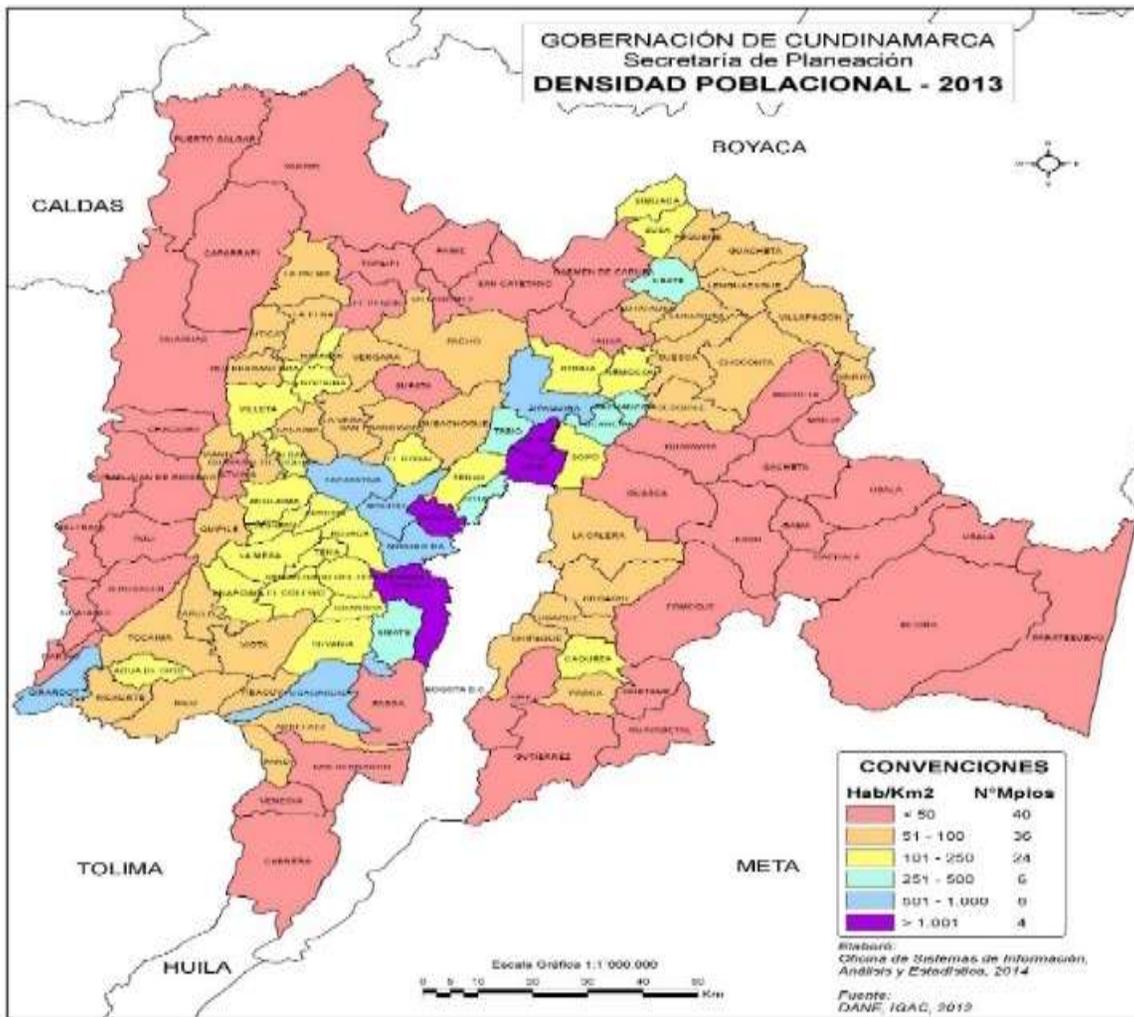
6.1. CONTEXTO DEMOGRÁFICO

Una población en el contexto de las dinámicas económica, social, ambiental y demográfica, el uso de la naturaleza y los productos que se derivan de ella, en forma de bienes y servicios, debe buscar ser sostenible y sustentable, para las generaciones venideras, por lo cual el diseño de políticas para el desarrollo de la población deben ser en función de la población y no al contrario.

Cundinamarca pasó de 2.280.158 personas en 2005 a 2.680.041 en 2015, concentrando así el 5,6% de la población de Colombia. Los municipios que presentan un mayor incremento y explican el 80% del crecimiento poblacional son: Soacha, Facatativá, Zipaquirá, Fusagasugá, Girardot, Chía, Mosquera, Funza, Madrid y Cajicá, siendo Soacha el municipio con mayor población (18 % de la población). Ver mapa 1.



Mapa 1. Distribución de la población según municipios y densidad poblacional, Cundinamarca, 2013.



Fuente: Secretaría de Planeación, Gobernación de Cundinamarca.

En Cundinamarca la densidad poblacional total es de 131.8 personas por kilómetro cuadrado (Km²), la población está más concentrada en los municipios de la sabana por el efecto de área metropolitana y la provincia más densa es Soacha con una concentración de 1790,5 personas por Km² y la menos densa Medina con 8,6. Esto representa una inequidad en la distribución de la población con relación al territorio(ver tabla 1).



Tabla 1. Concentración de la población en función del territorio por provincias, Cundinamarca 2015.

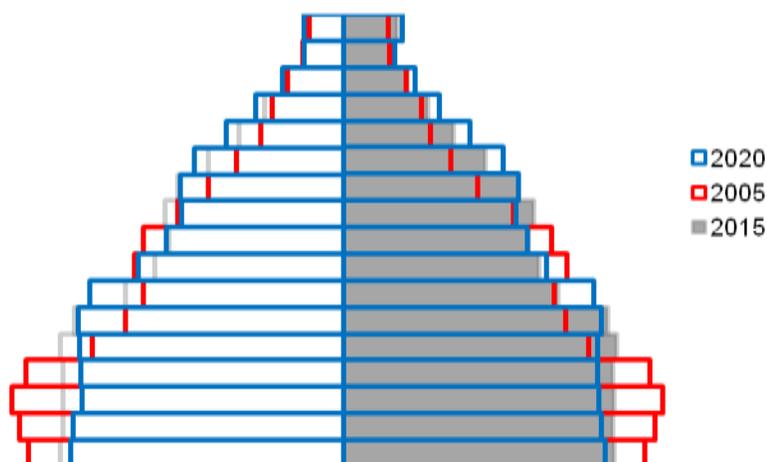
Provincias	Extensión en Km ²	Porcentaje de la extensión	Densidad poblacional (Km ²)
Soacha	307	1,4%	1790,5
Sabana Occidente	1.083	4,8%	703,6
Sabana Centro	857	3,8%	515,7
Alto Magdalena	1.187	5,3%	143,1
Sumapaz	1.808	8,0%	121,3
Tequendama	1.168	5,2%	119,9
Ubaté	1.408	6,2%	86,9
Gualivá	1.292	5,7%	85,0
Almeidas	1.240	5,5%	72,8
Oriente	2.141	9,5%	40,8
Bajo Magdalena	1.944	8,6%	37,9
Guavio	2.628	11,6%	34,0
Rionegro	2.382	10,5%	32,0
Magdalena Centro	1.071	4,7%	27,3
Medina	2.085	9,2%	8,6
Total	22601,0	49,2%	131,8

Fuente: análisis de situación de salud, Cundinamarca, 2015.

En cuanto al proceso de urbanización, Cundinamarca tiene el 67,3% de la población en áreas urbanas, a diferencia de Colombia que cuenta con el 76,1%, las regiones de Soacha, Sabana Centro, Sabana Occidente, Alto Magdalena y Sumapaz, concentran el 68% de la población urbana.

Las distribución de la población según la estructura de la población por sexo y edad, en Cundinamarca se caracteriza por tener una forma transicional entre progresiva y estacionaria, dado que al inicio de periodo de representación gráfica, en el año 2005 se observa una base ancha con decrecimiento leve en el cuerpo de la estructura y una cúspide apuntalada, situación que está asociada a un estadio de alta fecundidad y mortalidad moderada, posteriormente para el año 2015 se identifica la base más ancha hasta los 24 años de edad, representando esto una disminución de la mortalidad en la infancia, adolescencia y juventud, así como el estancamiento o disminución de la tasa global de fecundidad que se refleja en la natalidad del departamento. Y se espera que para el año 2020, la estructura sea más estacionaria, representado con un equilibrio en los grupos de edad desde los 0 hasta los 34 años (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Estructura de la población por grupos quinquenales de edad y sexo, departamento de Cundinamarca 2005, 2015, 2020



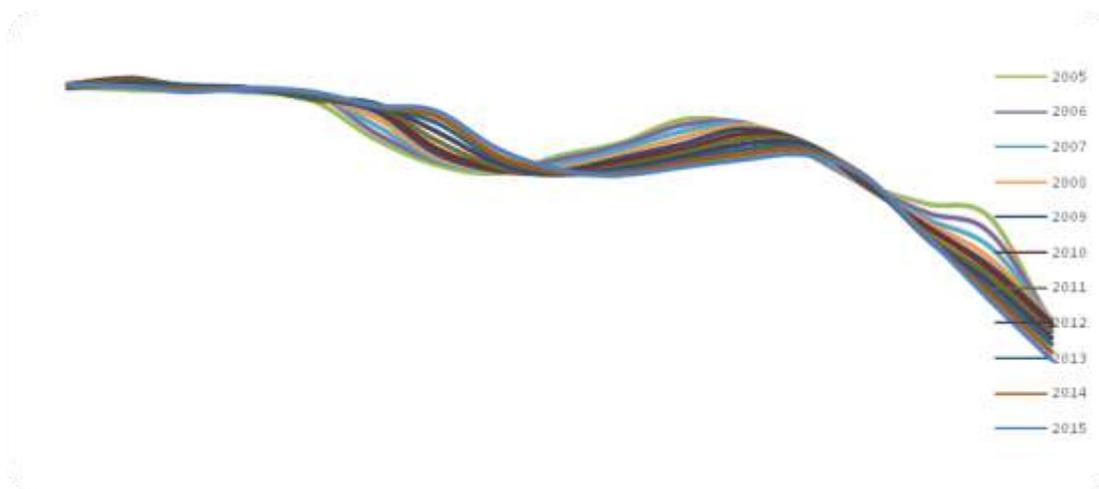
Fuente: elaboración equipo de trabajo con estimaciones de población 1985 - 2005 y proyecciones de población 2005 - 2020 total municipal por área DANE 2015.

En cuanto a la distribución de la población según etapas del curso de vida, la mayoría está en las edades productivas, con un comportamiento de incremento del proceso de envejecimiento (ver tabla 2), aunado a esto está la sobre mortalidad que se presentan los hombres con pronunciadas disminuciones en el índice de masculinidad entre los 30 y 44 años y los 55 y 80 años (ver gráfica y tabla 2).

Tabla 2. Distribución de la población según etapas del curso de vida, Cundinamarca 2015.

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Primera infancia (0 a 5 años)	275.144	12%	289.890	11%	301.201	10%
Infancia (6 a 11 años)	286.064	13%	287.882	11%	295.340	10%
Adolescencia (12 a 18 años)	334.120	15%	288.558	11%	339.062	12%
Juventud (19 a 26 años)	294.837	13%	435.595	16%	390.027	14%
Adultez (27 a 59 años)	865.972	38%	1.080.393	40%	1.207.889	42%
Persona mayor (60 años y más)	224.021	10%	297.723	11%	353.486	12%
Total	2.280.158	100%	2.680.041	100,0%	2.887.005	100%

Fuente: análisis de situación de salud, Cundinamarca, 2015.

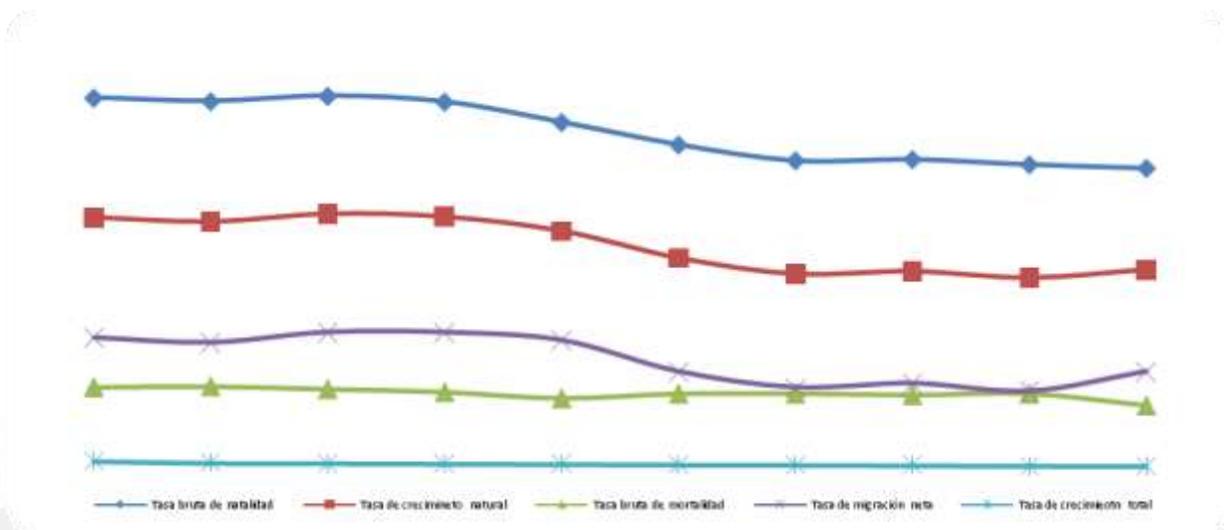


Gráfica 2. Índices de masculinidad en Cundinamarca para el periodo de 2005 a 2015 según grupos de edad.

Fuente: elaboración equipo de trabajo con estimaciones de población 1985 - 2005 y proyecciones de población 2005 - 2020 total municipal por área DANE 2015

Cuando se observa el comportamiento de las tasas de la dinámica demográfica, el crecimiento de la población en gran parte depende de la disminución de la natalidad y disminución de la migración. De acuerdo a la transición demográfica clásica, Cundinamarca está en la etapa de plena transición demográfica, lo que implica disminución de la natalidad, estabilización de la mortalidad, con un crecimiento poblacional estable menor a dos. Ver gráfica 3.

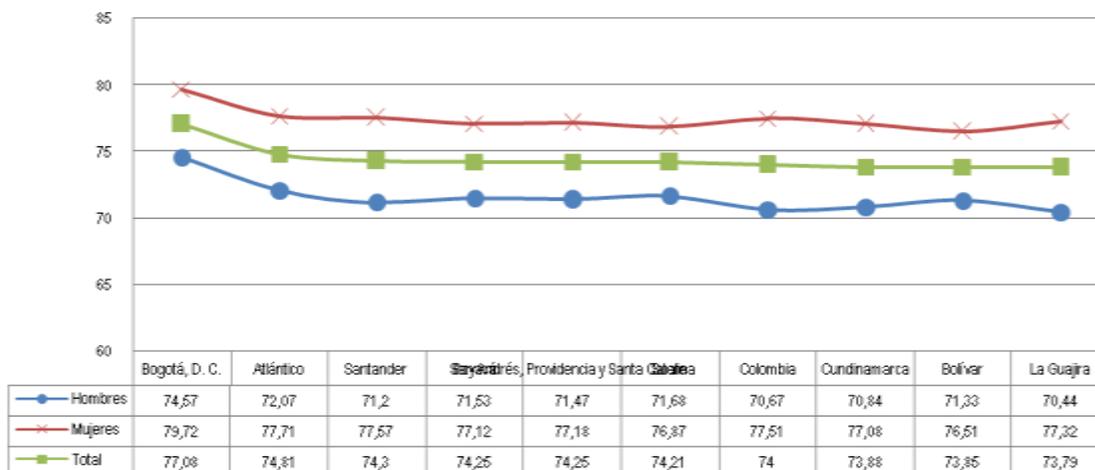
Gráfica 3. Comparación entre las Tasas de Crecimiento natural y Total, las Tasas Brutas de Natalidad, Mortalidad y la tasa neta de migración, Cundinamarca, 2005 – 2014.



Fuente: elaboración propia con EEVV 2006 – 2014. Datos del año 2014 son preliminares.

En cuanto a la esperanza de vida al nacer, Cundinamarca tiene valores similares a Colombia, con la misma brecha entre hombre y mujeres que es de 7 años. En comparación a Bogotá y Boyacá, Cundinamarca tiene valores inferiores en la esperanza de vida, en comparación con La Guajira, Cundinamarca tiene menor esperanza de vida en las mujeres. Ver gráfica 4.

Gráfica 4. Esperanza de vida al nacer, por sexo, Departamento, periodo de 2010 a 2015.



Fuente: Indicadores Demográficos Según Departamento 1985-2020. Conciliación Censal 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020. DANE.

Nota: se seleccionaron los departamentos de comparación, por ser los más representativos del país, los más cercanos y/o similares a Cundinamarca.

Este proceso de transición demográfica incrementa la necesidad de fuentes de empleo, la demanda de la escolaridad, incidido por la inmersión de la mujer al mercado laboral y el espaciamiento en la fecundidad, factores que se presentan en la segunda transición demográfica, que son característico de países en vías de crecimiento económico y que por el mecanismo conocido como el “bono demográfico”, hay un incremento del producto interno bruto por el aumento de la población en edad de trabajar, la disminución de los nacimientos y poco envejecimiento, siendo que para Cundinamarca este bono demográfico se calcularía que durará hasta el periodo del año 2030 al 2040.

El índice de dependencia en Cundinamarca es de 2:1, es decir que hay dos personas en edad de trabajar por una en edad de no trabajar, situación que es corroborada por el índice de Friz¹⁹ que es de 130 y que está relacionada con la estructura de población joven que tiene el departamento, lo cual le brinda al departamento una ventaja económica dado el “bono demográfico”²⁰ con que cuentan los Cundinamarqueses. Ver tabla 3.

Tabla 3. Indicadores de estructura demográfica, Cundinamarca, años 2005, 2015, 2020.

Índice Demográfico	Año		
	2005	2015	2020
Población total	2.280.158	2.680.041	2.887.005
Población Masculina	1.138.644	1.336.216	1.437.797
Población femenina	1.141.514	1.343.825	1.449.208
Relación hombres: mujer	99,75	99,43	99
Razón niños: mujer	39	34,86	34
Índice de infancia	31	26,95	26
Índice de juventud	25	26,72	25
Índice de vejez	7	7,61	8
Índice de envejecimiento	23	28,24	32
Índice demográfico de dependencia	61,42	52,83	51,40
Índice de dependencia infantil	50,01	41,19	40,41
Índice de dependencia mayores	11,41	11,63	12,50
Índice de Friz	159,07	142,79	130,25

Fuente: elaboración equipo de trabajo con estimaciones de población 1985 - 2005 y proyecciones de población 2005 - 2020 total municipal por área DANE 2015

¹⁹Índice de Friz: si este índice supera el valor de 160 se considera que la población estudiada es una población joven, mientras que si resulta inferior a 60 se considera una población envejecida.

²⁰El bono demográfico es un fenómeno que se da cuando el volumen de la población en edad de trabajar, que se ubica entre 14 y 59 años, supera a la población dependiente (niños y ancianos).

6.2. MORTALIDAD

En Cundinamarca durante los años 2012 a 2015(p) se ha logrado una reducción importante en la razón de mortalidad materna (RMM), en el año 2012 se presentó la cifra más alta de los últimos 10 años siendo esta de 81.8 muertes tempranas por cada 100.000 nacidos vivos, en respuesta a este indicador el Departamento ejecuta un plan de mejoramiento continuo encaminado al programa de maternidad segura y seguimiento de casos de mortalidad materna, que impacta de forma positiva en el indicador para los años 2013 – 2015 (p) pasando de 40.8 a 40.2 muertes maternas tempranas por cada 100.000 nacidos vivos el resultado más bajo en los últimos cinco años, logrando alcanzar la meta ODM.

La tasa de mortalidad en Menores de cinco años²¹ (Tasa de mortalidad en la niñez) es la probabilidad por cada 1.000 que un recién nacido muera antes de cumplir cinco años de edad; entre 2012 y 2015 (p) la tasa pasó de 12.9 a 10.0 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, significando una reducción de 2.9 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en todo el período. Cundinamarca se encuentra por debajo de lo registrado por la Nación (11.16) y exactamente 4.66 por debajo de la meta país para 2015. El Departamento de Cundinamarca ha presentado un cumplimiento anticipado de la meta ODM (Objetivos desarrollo del milenio), dado que en el 2013 (dato ajustado) registró una tasa de 13.07 y la meta país es de 17.73 por 1.000 Nacidos Vivos. La tendencia de los datos no ajustados (2014p-2015p), también sugieren una disminución de los indicadores entre 2014 y 2015. Los esfuerzos del departamento por mantener coberturas útiles de vacunación en los últimos 4 años ha disminuido la presencia de enfermedades inmunoprevenibles en esta población.

De acuerdo a las estadísticas generadas en el Departamento y teniendo como fuente los datos del Sistema de Estadísticas Vitales del DANE y el SIVIGILA, el comportamiento de la tasa de mortalidad por y asociada a desnutrición en menores de cinco años, aumento en 0.38 casos por 100.000 menores de 5 años entre 2013 y 2015. Es importante resaltar que debido al aumento en la notificación de la mortalidad por o asociada a desnutrición en el departamento se implementó el Plan de Choque para la disminución de la mortalidad por o asociada a desnutrición el cual articula las acciones desde los programas de Vigilancia en salud pública, nutrición, salud mental, AIEPI y Salud Sexual – Maternidad segura.

²¹ Fuente: SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2009 - 2013, DANE. Datos preliminares 2014-2015

El Departamento de Cundinamarca actualmente viene trabajando en el fortalecimiento de la Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN que cubre toda la población, en la Vigilancia y control del Bajo Peso al Nacer a término y en la Vigilancia de la mortalidad por y asociada a desnutrición en menores de 5 años a fin de generar acciones y cambios para el mejoramiento de la calidad de vida y salud, especialmente en las gestantes y los menores de 5 años.

La infección respiratoria aguda (IRA) presentan los cuadros más severos en menores de 5 años siendo la principal causa de mortalidad en esta población afectando principalmente a los menores de 1 año. El comportamiento de la Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años²² pasando de 1,4 casos por 100.000 menores de 5 años a 7.0 casos por 100.000 menores de 5 años en 2015, con un promedio en el periodo de 6.228 casos por 100.000 menores de 5 años, siendo un indicador sensible en la mortalidad de la niñez cundinamarquesa; un factor protector para esta población es la administración cada año el esquema de vacunación correspondiente en los niños de 6 a 23 meses de la vacuna de influenza. La estrategia AIEPI (Atención integral de enfermedades prevalentes de la infancia) ha implementado acciones positivas como la intervención inmediata ante casos graves de Infección respiratoria aguda y Enfermedad diarreica aguda.

La tasa de mortalidad en Menores de un año (Tasa de mortalidad infantil) es la probabilidad por cada 1.000 que un recién nacido muera antes de cumplir un año de edad; entre 2012 y 2015 (p) la tasa pasó de 12.9 a 9.0 muertes por cada 1000 nacidos vivos, significando una reducción de 3.9 muertes por cada 1000 nacidos vivos en todo el período. Cundinamarca se encuentra por debajo de lo registrado por la Nación (10.15) y exactamente 8.46 por debajo de la meta país ODM para 2015. El Departamento de Cundinamarca ha presentado un cumplimiento anticipado de la meta ODM, dado que en el 2013 (dato ajustado) registró una tasa de 13.49 y la meta país es de 17.46 por 1.000 Nacidos Vivos. La tendencia de los datos no ajustados (2014p-2015p), también sugieren una disminución de los indicadores entre 2014 y 2015. El resultado de este indicador es una muestra del esfuerzo departamental realizado por las dimensiones que apuntan a mejorar la calidad de vida de los menores de edad, prevenir la enfermedad y promover su salud, como departamento pionero en la implementación de la aplicación de las vacunas Hepatitis A y Varicela (PAI plus) hasta el año 2014 año en el cual estas forman parte del esquema regular de vacunación, la administración de la vacuna contra pneumococo y el programa AIEPI.

²²Fuente: SIVIGILA INS.

La tasa de mortalidad infantil está influenciada por la razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía las cuales se deben generalmente a causas asociadas al cuidado prenatal o por condiciones de prematuros extrema afectando directamente la tasa de mortalidad infantil. La razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía² en los años 2012-2015(p) pasó de 6.5 a 12.23 muertes por cada 1000 nacidos vivos, asociado al fortalecimiento de los sistemas de información. El programa de maternidad segura en el Departamento durante los últimos tres años ha logrado implementar la estrategia AIEPI y el análisis de los fallecimientos por parte de un grupo de expertos del área de salud pública identificando los principales determinantes sociales que intervienen en la aparición de estos casos.

Enfermedades transmisibles: En todos los grupos de edad la tendencia es a la disminución, y los grupos con mayores tasas son los mayores de 70 años, seguido de los de 60 a 69 años y los de 0 a 4 años. En cuanto al sexo, los hombres tienen tasas más altas que las mujeres en todos los grupos de edad, siendo las causas más frecuentes las infecciones respiratorias agudas (ver anexo 1).

Las mortalidades por neoplasias presentan un incremento inicial de las tasas de mortalidad estandarizadas después de los 30 años, pero su mayor mortalidad se incrementa después de los 55 años con tasas que van de los 100 a 1000 muertes por cada 100.000 habitantes. En cuanto al sexo las mujeres son las que presentan las tasas más altas para todos los grupos de edad, y la causa más frecuente es el tumor maligno de estómago en ambos sexos (ver anexo 1).

Las mortalidades por enfermedades del sistema circulatorio, duplica su valor después de los 45 años de edad en el año 2005, teniendo una tasa de mortalidad para los adultos de 45 – 49 de 66.47 en comparación con la de 40 – 44 que fue de 26.97, para el año 2013 esta distancia se disminuye de 28.41 a 47.24, aun así se mantiene el comportamiento de incremento vertiginosos. Al comparar por sexo los hombres son los que presentan mayores tasas que las mujeres y la causa más incidente para ambos sexos son las enfermedades isquémicas del corazón (ver anexo 1).

Las mortalidades por infecciones del periodo perinatal, presentaron una tasa de 122 muertes por cada 100.000 menores de 0 a 4 años en el año 2005 y pasa a 75.59 en el año 2013. Al comparar por sexo las tasas son más altas en hombres que en mujeres, y la causa más incidente para ambos sexos son los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal.

En la mortalidad por causas externas, se duplica después de los 20 años de edad, afectando principalmente a los grupos; entre los 34 a 34 años y 75 a 79 años, para todo el periodo analizado. Por sexo las tasas son más altas en los hombres de 30 a 34 años y de 75 a 79 años, siendo la causa más incidente para ambos sexo las agresiones (homicidios), pero al desagregar, en las mujeres la causa más incidente son los accidentes de transporte terrestre y en hombres las agresiones (homicidios) (ver anexo 1).

Las demás causas se presentan, principalmente en el grupo de 0 – 4 años y después de los 55 años, presentado tasas que van desde 86.15 a 3362 por 100.000 habitantes, para los diferentes grupos de edad y años. Al comparar por sexo en todos los grupos de edad los hombres presentan tasas más altas que las mujeres, y la causa más incidente son las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores

Las tasas de mortalidad ajustadas para el departamento de Cundinamarca, muestran que la principal causa de muerte para Cundinamarca son las enfermedades del sistema circulatorio, manteniendo tasas durante los años 2005 a 2013 que oscilan entre 155 a 202 muertes por cada 100.000 personas, en segundo lugar las demás causas que manejan rangos menores teniendo tasas durante estos años de 119 a 132 muertes por cada 100.000 personas, y en tercer lugar las producidas con causas externas que están entre 71 en el 2005 a 105 muertes por cada 100.000 personas en el 2013.

6.3. MORBILIDAD

La Primera Infancia (0 a 5 años): en el año donde se presentaron mayor número de casos de morbilidad atendida fue en el 2014 con 161.958 personas atendidas de los cuales, la mayor parte fueron los de condiciones transmisibles y nutricionales con un 35.26% y las causas de morbilidad menos frecuente fue los relacionados con las condiciones materno perinatales con un 2.87%.

En la etapa de **curso de vida Infancia** (de 6 a 11 años): el año en el que más se presentaron casos fue el 2014 con 126.370 casos de los cuales, la mayor gran causa fueron las enfermedades no transmisibles con un 50,05% y la de menor presencia las condiciones materno perinatales con un 0,07%.

En la **Adolescencia** (12 a 18 años): el año donde más casos se presentaron fue el 2014 con 145.739 seguido por el 2011 con 139.234 casos; de los cuales los de mayor proporción son los relacionados con las enfermedades no transmisibles con un 51,78% y siendo los de menor proporción los relacionados con las condiciones materno perinatales con un 2.79%.

En la **Juventud** (19 a 26 años): el año donde se presentaron más casos fue el 2014 con 302.451 casos seguido por el 2013 con 291.001 casos; de los cuales, el de mayor proporción fueron los relacionados con las enfermedades no transmisibles con un 48.33% y el de menor proporción los relacionados con las condiciones materno perinatales con un 5,2%.

En los **adultos**(27 a 59 años) el comportamiento de casos presentados fue el siguiente: el mayor número de casos se presentó en el año 2014 con 608.750 casos y el año que menos casos presentó fue el 2009 con 346.918 casos; de los cuales, la mayor proporción son los relacionados con las enfermedades no transmisibles con un 56.16% y el de menor proporción fueron los relacionados con las condiciones materno perinatales con 1,6%.

En las **personas mayores**(mayor de 60 años) el comportamiento de casos presentados fue el siguiente: el mayor número de casos se presentó en el año 2014 con 206.623 casos y el año que menos casos presentó fue el 2009 con 81.175 casos; de los cuales, la mayor proporción son los relacionados con las enfermedades no transmisibles con un 66,3 % y el de menor proporción fueron los relacionados con las lesiones con 7,74%.

Teniendo en cuenta todo lo anterior se concluye que el año donde más casos de morbilidad se presentaron en el departamento fue el 2014 con un total de 1.758.514 y en el que menos se presentaron fue el 2009 con 970.003. Para todas las etapas de ciclo vital a excepción de primera infancia y adulto mayor la causa de mayor proporción fue la relacionada con las enfermedades no transmisibles y la de menor proporción la relacionadas con las condiciones materno perinatales. La etapa de ciclo vital que más casos reportó fue la de adultez con un total de 608.750 casos de morbilidad, seguida por Juventud con 302.451. (Ver tabla 4).

Tabla 4. Prioridades identificadas en la morbilidad atendida, eventos de alto costo, eventos precursores y eventos de notificación obligatoria, departamento de Cundinamarca, año 2014- 2015.

	Causa de morbilidad priorizada	Colombia	Cundinamarca 2014 -2015
Morbilidad por grandes causas	Condiciones transmisibles y nutricionales		199.055
	Condiciones materno perinatales		35.598
	Enfermedades no transmisibles		1.227.559
	Lesiones		146.265
Eventos de alto costo	Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal* (*)	57,1	50,6
	Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 afiliado	8,11	8,31
	Progresión de la enfermedad renal crónica estadio 0 (número de personas)	127289	6651
	Progresión de la enfermedad renal crónica estadio 1(número de personas)	9359	223
	Progresión de la enfermedad renal crónica estadio 2 (número de personas)	21000	618
	Progresión de la enfermedad renal crónica estadio 3 (número de personas)	7896	201
	Progresión de la enfermedad renal crónica estadio 4 (número de personas)	965	19
	Incidencia de VIH notificada **	7906	651
	Incidencia de leucemia mieloide aguda en menores de 15 años notificada**	68	18
Eventos precursores	Incidencia de leucemia linfocítica aguda en menores de 15 años notificada**	400	87
	Prevalencia de diabetes mellitus	1,37	1,2
Eventos de Notificación Obligatoria	Prevalencia de hipertensión arterial	5,39	5,1
	Letalidad por accidente ofídico	0,89	2
	Letalidad por hepatitis B	0,9	3,33
	Letalidad por intoxicaciones (plaguicidas, fármacos, Metanol, metales pesados, solventes, otras sustancias químicas, monóxido y otros gases, sustancias psicoactivas)	0,79	0,95
	Letalidad por leptospirosis	2,23	8,7
	Letalidad por lesiones por pólvora por juegos pirotécnicos	0,64	2,22
	Letalidad por sífilis congénita	2,23	4,35
	Letalidad por tosferina	1,58	3,18
	Letalidad por tuberculosis	4,82	7,17
	Letalidad por tuberculosis extra-pulmonar	7,68	10,29
	Letalidad por tuberculosis pulmonar	4,2	6,22
Letalidad por varicela	0,03	0,02	

Fuente: Análisis de situación de salud de Cundinamarca 2015. Bodegade datos SISPRO, Ministerio de salud y protección social

El reporte de la morbilidad en Cundinamarca se ha incrementado con el pasar de los años, siendo que para el año 2014 se registró un total de 1.758.514 casos, siendo las causas de mayor morbilidad las trasmisibles y de esta son enfermedades infecciosas y parasitarias – con mayor proporción en infancia, adolescencia y juventud – junto con las infecciones respiratorias – con mayor proporción en adultez y persona mayor – las demayor número de casos. Esta situación está relacionada en primer caso con hábitos higiénicos,

manipulación de alimentos, lavado de manos, de acuerdo a lo anterior Cundinamarca estaría calificada como una población en vías de desarrollo dada la magnitud de enfermedades infecciosas, sin embargo en cuanto a defunciones se ubican en el quinto puesto de todas las causas.

Entonces entendida la transición epidemiológica como “el proceso de cambio a largo plazo de las condiciones de salud de una sociedad, constituido por variaciones en los patrones de enfermedad, discapacidad y muerte”²³, así entonces la disminución de la mortalidad ocasionada por enfermedades infecciosas marca la inflexión e inicio de la transición, mientras que hay un desplazamiento de la carga de la enfermedad desde los grupos de edad más jóvenes a los de edad más avanzada.

Por lo cual la población de Cundinamarca se caracteriza por la mayor prevalencia de morbilidad de enfermedades no transmisibles y una mayor mortalidad por enfermedades no transmisibles, esto dado por la disminución de la fecundidad, que pone al departamento en el inicio del proceso de envejecimiento, y los hábitos de vida cotidiana y de consumo y la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles, siendo en este grupo las defunciones por enfermedades cardiovasculares las de mayor incidencia en población adulta y adulta mayor.

Otra característica de la transición epidemiológica en Cundinamarca es la presencia aun de factores de riesgo y de determinantes de salud – modelo Lalonde – que incrementan el riesgo y vulnerabilidad diferenciales en todos los grupos de edad, estos relacionados con dado el proceso de urbanización que se caracteriza más por enfermedades de causas no transmisibles.

Según la clasificación de Omran, Cundinamarca se podría clasificar como perteneciente a dos etapas:

- La primera que consiste en descenso y desaparición de las epidemias; que se caracteriza por desaparición progresiva de las enfermedades transmisibles y predominan los niveles endémicos elevados de enfermedades parasitarias y deficitarias. Los grupos más afectados son los niños y las mujeres jóvenes, ambos afectados por patologías del período materno-infantil, especialmente de tipo infeccioso. La progresiva reducción de la frecuencia de enfermedades infecciosas implica que aumentan proporcionalmente las enfermedades no infecciosas. Esta etapa presenta tres características: La mortalidad disminuye debido a la reducción y desaparición de las epidemias; aumenta la esperanza de vida; y ocurre

²³Frenk J, Bobadilla JL, Stern C, Lozano R. Elements for a theory of the health transition. HealthTransitionReview 1991;1(1):21-38.

crecimiento poblacional debido tanto a la reducción de la mortalidad como a la elevada fecundidad²⁴.

- La segunda la etapa de las enfermedades degenerativas y producidas por el hombre que se caracteriza por: Las enfermedades cardiovasculares y el cáncer predominan sobre las infecciosas. La morbilidad comienza a eclipsar a la mortalidad como indicadora de salud. Aumenta la prevalencia de enfermedades mentales, adicciones y problemas de contaminación. Esta etapa presenta las siguientes características: la mortalidad continúa descendiendo y se estabiliza en niveles bajos; la esperanza de vida al nacer aumenta y supera los 50 años; y el crecimiento poblacional se hace más dependiente de la fecundidad que de la mortalidad²⁵.

Entonces la población Cundinamarquesa está en un “sándwich” epidemiológico dado que no saldo de la etapa dos y tiene características de la epata tres de la transición epidemiológica, esto acompañado de un proceso de tensión demográfica identificado como de plena transición donde hay disminución de la mortalidad con posterior disminución de la fecundidad, e inicio del proceso de envejecimiento.

A continuación se presenta un breve análisis y evolución de la situación de salud en Cundinamarca, desde la perspectiva de la morbilidad mas sentida.

El **Embarazo en la Adolescencia** es considerado actualmente como un problema de salud pública en el departamento ya que este representa un mayor riesgo de mortalidad y morbilidad tanto para la madre como para el hijo, además se ha identificado en el país que este se constituye en un transmisor intergeneracional de pobreza dado que la madre interrumpe su escolaridad para dedicarse al cuidado de su hijo convirtiéndose en un obstáculo en el desarrollo del país y por ende del Departamento. La proporción de adolescentes alguna vez madres o actualmente embarazadas (10-19 años)²⁶ presenta una disminución de 4,58 puntos porcentuales entre el año 2012 (24.53%) y el año 2015(p) (19.95) representando para el cuatrienio 2012-2015

²⁴Gómez A., Rubén Darío. La transición en epidemiología y salud pública: ¿explicación o condena?. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 19, núm. 2, 2001

²⁵ Gómez A., Rubén Darío. La transición en epidemiología y salud pública: ¿explicación o condena?. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 19, núm. 2, 2001

²⁶Fuente: RUAF – EEVV DANE. *Años 2014-2015 Cifras con corte a 31 de diciembre de 2015 (publicadas a 30 de marzo de 2016) Datos preliminares sujetos a ajustes

una cuarta parte del total de mujeres embarazadas en el Departamento. La mayor Proporción de adolescentes alguna vez madres o actualmente embarazadas se concentra en los grupos de edades comprendidos entre los 15 a 19 años con proporciones que oscilan entre el 23.80% año 2014 (p) y el 20.48% año 2015(p), mientras que las edades comprendidas entre los 10 a 14 años no superan el 1%.

En el Departamento se avanza en acciones para disminuir índices de embarazo adolescente con la participación de las secretarías de Salud, de Desarrollo Social y de Planeación, fortaleciendo el programa nacional servicios amigables para adolescentes y jóvenes con el fin de brindar espacios a los jóvenes para que expresen sus inquietudes y aprovechen el tiempo libre, para lo cual se realizan en cada uno de los municipios actividades donde participan los jóvenes como foros o seminarios en temas de educación sexual y reproductiva, y talleres culturales y lúdicos, entre otros.

La **prevalencia de VIH notificada**²⁷ en el Departamento de Cundinamarca demuestra una tendencia al ascenso entre los años 2012 a 2014 pasando de 8.29 casos a 11.16 casos por cada 100000 habitantes. Siguiendo los criterios de la Organización Mundial de la Salud se puede establecer que la epidemia de VIH en Cundinamarca es concentrada, lo anterior teniendo en cuenta que la prevalencia en poblaciones clave tales como hombres que se relacionan sexualmente con hombres supera el 5% y en mujeres gestantes no es superior al 1%. El 87.16% de los casos se concentran en la población sexualmente activa entre los 15 a 49 años, reportando todos los casos un mecanismo de transmisión sexual lo que permite la continuidad de la epidemia; en Cundinamarca por cada mujer infectada existen 3 hombres infectados con VIH/SIDA.

Entre el año 2012 y 2015 el departamento registra coberturas del 100% de niños, niñas y adolescentes, diagnosticados con VIH y que recibieron tratamiento antiretroviral, solo para el 2013, se registró una cobertura 83.3%; en respuesta a la resolución 2338 de 2013 en los años 2014-2015 el Departamento realizó jornadas de capacitación dirigidas a la red pública capacitando en la utilización de pruebas rápidas en el diagnóstico y oferta de la consejería pre y post prueba para el VIH. El porcentaje de transmisión materno infantil de VIH³ en menores de 2 años se mantiene en cero para los años 2012 a 2013, es importante recordar que todos los

²⁷ Fuente: Sivigila

3. Fuente: Estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita

hijos o hijas de gestantes diagnosticadas con infección por VIH deberán ser seguidos como mínimo durante 18 meses desde el nacimiento para la emisión final del indicador por lo que actualmente la cohorte del año 2014 y 2015 se encuentra en seguimiento, a través de la estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita adelanta por el Departamento.

Las **enfermedades transmitidas por vectores** Dengue, Chikungunya y Zika hacen parte de los eventos más relevantes para el departamento en los últimos cuatro años, afectando a 57 municipios del Departamento los cuales por su altura sobre el nivel del mar son hábitat propicio para el vector que transmite la enfermedad *Aedes aegyptus* la suma de otros factores de riesgo tales como el desplazamiento poblacional hacia zonas de transmisión, las variaciones de temperatura, la presencia de lluvias y las conductas inadecuadas de la población. Cundinamarca se considera un Departamento endémico para dengue, mientras que Chikungunya se comporto como un evento de interés en salud publica epidémico desde el mes de agosto del 2014 hasta el primer semestre de 2015; a partir del segundo semestre del año 2015 se produjo la introducción del Zika ampliando el número de enfermedades transmitidas por vectores que afectan al Departamento.

La incidencia acumulada de dengue, año 2015, fue de 654,75 casos por 100.000 habitantes, con una población a riesgo de 504.465 habitantes, aportando el 3,4 % de los casos de dengue del nivel nacional. Los diez municipios con mayor carga de enfermedad son Girardot, Fusagasugá, El colegio, Villeta, Puerto Salgar, La Mesa, San Francisco, La Vega, Utica y Topaipi. La incidencia de casos de Chikunguña² año 2015 fue de 4251 casos por cada 100.000 habitantes encontrándose por encima de la reportada para la nación en el mismo período de tiempo (1352 casos por cada 100.000 habitantes), los municipios que reportaron mayor Incidencia fueron Tocaima, Nocaima y Paratebuena. La introducción y transmisión del ZIKA en Cundinamarca se presentó en la semana epidemiológica 46 del año 2015 con la confirmación de casos procedentes de Girardot, Tocaima, La Palma y Topaipi, que rápidamente se fueron diseminando en los municipios en riesgo para el vector. En respuesta a esta problemática se han desarrollado acciones departamentales como la creación del grupo EGI (estrategia de gestión integral para las ETV), el cual está dirigida a un trabajo conjunto, interdisciplinario e intersectorial con participación de la comunidad que desde los diferentes ejes aborda estos eventos en beneficio de los municipios que cuentan con factores de riesgo para su aparición y replicación.

Las agresiones por animales potencialmente **transmisores de rabia** es uno de los eventos más significativo del departamento. Para el año 2014 se presentó una proporción de incidencia de 277,409 personas por cada

100.000 habitantes. En el 2015 se presentó una proporción de incidencia acumulada de 284,063 por 100.000 habitantes. Este evento presenta tendencia al ascenso desde el año 2012.

Indudablemente las agresiones ocasionadas por animales potencialmente transmisores de rabia y su impacto como evento de interés en salud pública, se pueden mitigar si se implementan actividades de promoción y prevención puesto que se evidencia que el problema es esencialmente doméstico, por ello las campañas de vacunación antirrábica para todas las mascotas la recolección de animales callejeros y la correcta identificación de la exposición para iniciar tratamiento en los casos que sean necesarios son las medidas más efectivas para controlar este fenómeno puesto que el 70 % de las agresiones son causados por perros y gatos, más aún cuando se presentó una muerte por rabia humana en el Departamento en octubre de 2015, donde la mascota (gato) fue quien transmitió el virus debido a la agresión provocada por un murciélago portador del virus de la rabia. Otro aspecto importante a tener en cuenta es la educación sobre la tenencia adecuada de animales a los dueños de mascotas especialmente niños, que corresponde al 21 % de los afectados menores de 14 años, que como animales que son, tienen conductas impredecibles.

Las enfermedades de origen transmisible como **la Tuberculosis**, todas las formas, Tuberculosis Farmacorresistente y Lepra, persisten en el escenario epidemiológico mundial, las cuales se relacionan con determinantes sociales como las inequidades en salud, la pobreza, el hacinamiento, el bajo acceso a los servicios de salud, la desnutrición lo cual se expresa en el perfil de enfermar y morir en diferentes poblaciones. Así mismo en el control de los eventos transmisibles persiste la falta de compromiso político de los diferentes actores públicos y privados, el desconocimiento de la enfermedad en el personal de salud y la población, lo cual perpetua el estigma, y el incumplimiento por parte de los prestadores y aseguradoras en acciones de prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de eventos de interés en salud pública.

Para el año 2015 el Departamento de Cundinamarca registró una incidencia de 1,27 casos de tuberculosis en mujeres menores de 15 años y 0.60 casos de tuberculosis en hombres por cada 100 mil habitantes. Mientras que el número de casos de hombres mayores de 15 años con tuberculosis en el departamento por cada 100.000 mil habitantes es estadísticamente significativo con 18 pacientes y 8 casos en mujeres por cada 100 mil habitantes.

El mayor número de casos por entidad territorial corresponde al municipio de Girardot con una incidencia de 3,14 pacientes mayores de 15 años con tuberculosis pulmonar por cada 100 mil personas. El mayor reporte de casos el (10,18%) corresponde a población privada de la libertad, donde se observó que la mayor proporción se encuentra en los centros penitenciarios junto con la población desplazada y población en centro psiquiátrico con un 1,02% y 0,76% respectivamente.

Teniendo en cuenta la fuente oficial DANE a partir del año 2010 y hasta el año 2015 se presentó un aumento de 35.048 casos de **discapacidad** en el departamento de Cundinamarca, pasando de 11.661 casos a 46.709 en 2015, la proporción hombre mujer es equitativa sin generar más carga a uno de los dos sexos, la alteración del movimiento, sistema nervioso, y alteración visual representan más del 66% de las discapacidades presentadas en el departamento en los últimos años, actualmente Cundinamarca cuenta con 89 centros de vida sensorial, creados en pro de mejorar la calidad de vida de las personas con algún grado de discapacidad.

La violencia en Colombia reviste múltiples factores; el más importante en los años 90 ha sido la inequidad. El debate actual se centra en el análisis de la relación entre inequidad, pobreza y tasas de homicidio. Este análisis se fundamenta en conceptos sociales, sociológicos y estructurales del comportamiento homicida. (Montes, 2008) actualmente en el departamento se realiza la vigilancia tres tipos de violencias, las cuales son: violencia contra la mujer, violencia intrafamiliar y violencia sexual, el año 2015, en comparación con el 2014 se reportaron a la vigilancia 4147 casos; en el 2013 se identificaron 822 víctimas mientras que para el año 2015 se cuenta con una notificación de 3931 usuarios notificados como víctimas de violencia; 216 casos menos al año anterior; las sabanas centro y occidente, así como Soacha son donde más se concentran este tipo de violencias, las cuales son más comunes en las mujeres en una proporción de 5 a 1 con los hombres, lo que significa que por cada hombre víctima de violencia hay 5 mujeres víctimas de violencia en el departamento. La forma de violencia con mayor notificación corresponde a la física con un total del 65% de las víctimas de todo el departamento reportadas al SIVIGILA; le sigue la violencia psicológica o afectación emocional con un 16% de los casos.

En cuanto a la **negligencia y abandono** el incremento se presenta en las etapa de ciclo primara infancia y niñez por parte de los garantes de derechos del menor con el esquema de vacunación, atención médica y descuido relacionado con una situación en que la calidad de vida o integridad del menor, para la población en

el ciclo vejez se evidencia provocación de riesgo vital, en su mayoría asociada a la falta de oportunidad y cuidado.

En el departamento se han reportado 2 casos de quemadura por ácido, la relación víctima agresor corresponde a otro familiar y el segundo caso desconoce o no se tiene información de quien es el agresor fueron notificados en los municipios de Cajica y Mosquera en ambos casos las víctimas son de sexo femenino. Para el manejo intersectorial de estos casos se emplea como espacio las mesas de trabajo conocidas como las redes del buen trato de cada municipio. En estos espacios articula representante de comisaria de familia, I.C.B.F, en algunos el Alcalde del Municipio, inspección de policía y algunos orientadores de colegios.

6.4. Priorización de los problemas de salud

En el proceso de priorización en salud se utilizó la matriz de Hallon y el Índice de Necesidades en Salud – INS, obteniendo como resultado de la priorización los problemas de; a) Mortalidad por eventos no transmisibles (enfermedad sistema circulatorio, enfermedades crónicas, accidentes de tránsito, agresiones (homicidios), b) Morbilidad enfermedades no transmisibles (enfermedades crónicas, enfermedad de la piel, anomalías congénitas), c) Embarazo jóvenes 15 a 19 años, d) Mortalidad materno –perinatal, e) Desconocimiento en el manejo de enfermedades infecto- contagiosas, f) Desconocimiento de enfermedades transmitidas por vectores, g) Desconocimiento de las enfermedades que causa riesgo en la salud laboral, h) Inclusión de la población indígena (cabildo muisca y pijao), i) Desconocimiento de la inequidades con un enfoque diferencial, j) Desarticulación de actores y sectores institucionales, k) Falta de política pública con inclusión social. (Ver tabla 5).

Tabla 5. Priorización de los problemas de salud del departamento de Cundinamarca, 2015.

Dimensiones	Problemas	Magnitud (0-10)	Severidad (0-10)	Efectividad (0.5-1,5)	Factibilidad					Total
					Pertinencia (0-1)	Economía (0-1)	Recursos (0-1)	Legalidad (0-1)	Aceptabilidad (0-1)	
Salud ambiental	Problemática minera y energética	2	4	0,5	1	1	1	1	1	3
	Seguridad y expansión de la malla vial	8	10	0,5	1	1	1	1	1	9
	Presencia de vectores que aumentan las ETV	9	5	0,5	1	1	1	1	1	7
	Deficiencia en servicios público de alcantarillado y de agua potable	8	10	0,5	1	1	1	1	1	9
	Tenencia inadecuada de mascotas, criaderos avícola y porcino	9	9	0,5	1	1	1	1	1	9
Vida saludable y		9	8	1	1	1	1	1	1	17

Dimensiones	Problemas	Magnitud	Severidad	Efectividad	Factibilidad					Total
condiciones no transmisibles	Mortalidad por eventos no transmisibles (enfermedad sistema circulatorio, enfermedades crónicas, accidentes de tránsito, agresiones (homicidios)									
	Morbilidad enfermedades no transmisibles (enfermedades crónicas, enfermedad de la piel, anomalías congénitas)	10	9	1	1	1	1	1	1	19
	Salud oral	9	9	1	1	1	1	1	1	18
	Desconocimiento de los derechos y deberes en salud	9	8	0,5	1	1	1	1	1	8,5
	Falta de acceso a servicios en salud especializados	10	9	1	1	1	1	1	1	19
Convivencia social y salud mental	Falta de acciones reales de participación ciudadana	6	9	0,5	1	1	1	1	1	7,5
	Crianza positiva, instalación de escuela de padres	9	6	0,5	1	1	1	1	1	7,5
	Desarrollo afectivo y emocional de niños , niñas y adolescentes	10	5	0,5	1	1	1	1	1	7,5
	Resolución de conflictos, derechos humanos, cultura y paz y convivencia	8	8	0,5	1	1	1	1	1	8
Seguridad alimentaria y nutricional	Malos hábitos nutricionales y desconocimiento en la elaboración de menús nutricionales	9	9	0,5	1	1	1	1	1	9
	Desconocimiento de los trastornos nutricionales	8	8	0,5	1	1	1	1	1	8
	Déficit de programas nutriciones que impacten esta necesidad	7	6	1	1	1	1	1	1	13
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Embarazo niñas 10 - 14 años	9	7	0,5	1	1	1	1	1	8
	Embarazo jóvenes 15 a 19 años	10	9	1	1	1	1	1	1	19
	Mortalidad materno -perinatal	10	10	1	1	1	1	1	1	20
	Desconocimiento de derechos sexuales y reproductivos en la población general (juventud y adolescencia)	9	7	0,5	1	1	1	1	1	8
Vida saludable y enfermedades transmisibles	Falta de estrategias comunitarias	9	9	0,5	1	1	1	1	1	9
	Desconocimiento en el manejo de enfermedades infecto- contagiosas	10	9	1	1	1	1	1	1	19
	Bajas coberturas de vacunación	9	8	0,5	1	1	1	1	1	8,5
	Desconocimiento de enfermedades transmitidas por vectores	9	6	1	1	1	1	1	1	15
Salud pública en emergencias y desastres	Fallas capacidad de respuesta frente a cambios ,vulnerabilidad climática y deslizamientos	9	9	0,5	1	1	1	1	1	9
	Delimitación zonas de riesgo	10	10	0,5	1	1	1	1	1	10
	Movilización segura por el territorio	9	6	0,5	1	1	1	1	1	7,5
	Desconocimiento en la gestión integral del riesgo y desastres	10	9	1	1	1	1	1	1	19
Salud y ámbito laboral	Desarticulación cadenas productivas y necesidades industriales(trabajo formal e informal)	7	7	0,5	1	1	1	1	1	7
	Desconocimiento de las enfermedades que causa riesgo en la salud laboral	10	9	1	1	1	1	1	1	19
	Falta de oportunidades laborales y	9	7	0,5	1	1	1	1	1	8

Dimensiones	Problemas	Magnitud	Severidad	Efectividad	Factibilidad					Total
	creación de redes empresariales									
	Innovación y transformación del conocimiento	8	4	0,5	1	1	1	1	1	6
Gestión diferencial de las poblaciones vulnerables	Población en condición de discapacidad	8	5	1	1	1	1	1	1	13
	Inequidad de género - Mujer	8	6	0,5	1	1	1	1	1	7
	Inclusión de la población indígena (cabildo muisca y pijao)	9	9	1	1	1	1	1	1	18
	Desconocimiento de la inequidades con un enfoque diferencial	10	9	1	1	1	1	1	1	19
	Vulnerabilidad en niños, niñas y adolescentes	9	7	1	1	1	1	1	1	16
Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud	Desconocimiento de competencias en los diferentes entes	9	8	0,5	1	1	1	1	1	8,5
	Desarticulación de actores y sectores institucionales	9	9	1	1	1	1	1	1	18
	Falta de un sistema de información unificado e integrado	10	9	0,5	1	1	1	1	1	9,5
	Falta de política pública con inclusión social	9	9	1	1	1	1	1	1	18

Fuente: Análisis de situación de salud de Cundinamarca 2015

6.5. Estimación del Índice de Necesidades en Salud – INS

La situación de salud en el departamento de Cundinamarca puede ser caracterizada por diversas variables e indicadores que son fuente informativa importante para la evaluación de las necesidades en salud, que se pueden sintetizar mediante el Índice de Necesidades en Salud.

Los resultados de este índice depende esencialmente de los indicadores empleados y se tenderá a reproducir consistentemente según el juego de indicadores a utilizar, siempre que cada uno de ellos sea expresivo de los grados de necesidad de las poblaciones, la finalidad es poder definir prioridades, aportar en la toma de decisiones y planificar las intervenciones de salud específicas en los 116 municipios del departamento de Cundinamarca.

Los indicadores que se utilizaron para sacar el índice de necesidades en salud de los municipios son;

- **Indicadores Sociales:** tiempo de llegada del municipio a la capital del departamento, analfabetismo, hacinamiento, deserción escolar, necesidades básicas insatisfechas.
- **Demográficas:** población del municipio o departamento, tasa de crecimiento anual, tasa bruta de natalidad, Tasa bruta de mortalidad

- **Proceso salud – enfermedad:** Bajo peso al nacer, Razón de mortalidad materna, Tasa de mortalidad en la niñez, tasa de mortalidad por malnutrición, tasa de mortalidad por TBC, tasa de mortalidad por VIH-SIDA
- **Respuesta institucional:** Cobertura de parto institucional, Número de camas por 1.000 habitantes, Índice de Calidad de Vida e Índice de desarrollo.

Datos procesados por la oficina de planeación sectorial en salud, tabulados programa epidat 3.1, resultado de la inclusión de indicadores de: IGAC, DANE, DNP, DDTs, GAFPT, Ministerio de educación Nacional, tomados del visor de ficha municipal del Departamento nacional de Planeación -DNP, para el departamento de Cundinamarca, Sin embargo es importante tener en cuenta, que si se usan distintos indicadores se pueden obtener valores diferentes y un orden de necesidad ligeramente distinto. Esta situación no implica que el método sea inapropiado, sino más bien que hay consistencia en la detección de áreas de necesidad, usando distintos indicadores que reflejen una situación de carencia en salud²⁸.

La forma de clasificación según el resultado del Índice de Necesidades en Salud, es mediante semaforización que se presenta en la tabla No. 6.

Tabla 6. Clasificación de los municipios según el resultado del Índice de Necesidades en Salud

Semaforización	Valor Desde	Valor Hasta	Descripción
	17,07	4,28	Representa el 25% de los datos con menores resultados, nos indica el 25% de los municipios con mayores necesidades de salud insatisfechas
	4,27	,06	Representa la mediana, divide el 50% de los datos con menores y mayores valores, nos indica los municipios que se encuentran entre el 25%- 50% con mayores índices de necesidades de salud insatisfechas
	,05	,28	Representa los valores entre el 51% - 75% de los valores observados, nos indica los municipios que se encuentra, por encima de la mediana con menores necesidades en salud.
	,27	6,75	Representa el 25% de los datos con mayores resultados, lo que nos indica el 25% de los municipios con menores índices de necesidades de salud

Fuente: Análisis de situación de salud de Cundinamarca 2015.

Los resultados indican que los 27 municipios, con mayores necesidades insatisfechas de salud son; Tibacuy, Quipile, La Peña, Anolaima, Villagomez, El Peñon, Topaipi, Yacopi, Jerusalem, San Cayetano, Quebradanegra, Bituima, Chaguani, Gutierrez, Paime, Caparrapi, Agua De Dios, Tibirita, Manta, San Juan De Rio seco, Supata, Ubala, Guataqui, Puli, Anapoima, Vergara, Bojaca y Lenguazaque.

Con respecto al resto de municipios del departamento, estos municipios deben recibir atención y recursos prioritariamente.

²⁸ Índice de necesidades en salud, conceptos jerarquización, EPIDAT 3.1, análisis epidemiológico de datos tabulados

A continuación, se exponen los índices de necesidades en salud de los municipios de Cundinamarca, los cuales están ordenados y semaforizados de menor a mayor, siendo este un índice de necesidad y/o carencia, nos indica que los municipios con menores valores son aquellos con necesidades en salud insatisfechas y aquellos que cuenta con valores positivos son los son los municipios con necesidades en salud satisfechas, es decir mejores condiciones de salud. Ver tabla 7.

Tabla 7. Índice de Necesidades en Salud del departamento, (Indicadores 2011-2014).

No.	Municipios	Puntajes Índice de Necesidades en Salud
1	Tibacuy	-17,07
2	Quipile	-16,67
3	La Peña	-16,08
4	Macheta	-13,32
5	Anolaima	-10,5
6	Villagomez	-10,44
7	El Peñon	-10,3
8	Topaipi	-10,16
9	Yacopi	-10,14
10	Jerusalen	-10,11
11	San Cayetano	-8,02
12	Quebradanegra	-8
13	Bituima	-7,91
14	Chaguani	-7,31
15	Gutierrez	-7,13
16	Paime	-7
17	Caparrapi	-6,73
18	Agua De Dios	-6,64
19	Tibirita	-6,46
20	Manta	-6,37
21	San Juan De Rio	-6,2
22	Supata	-6,14
23	Ubala	-6,1
24	Guataqui	-6,06
25	Puli	-5,82
26	Anapoima	-5,41
27	Vergara	-5,06
28	Bojaca	-4,76
29	Lenguazaque	-4,44
30	Guayabal De Siqu	-4,23
31	Tocaima	-3,78
32	Susa	-3,76
33	Utica	-3,72
34	Nariño	-3,24
35	Cucunuba	-3
36	Tausa	-2,94
37	Nocaima	-2,51
38	Apulo	-2,44
39	Pandi	-2,42
40	Nimaima	-2,33
41	Beltran	-2,21
42	Viani	-2,12
43	San Antonio Del	-2,08
44	Quetame	-1,86
45	Guacheta	-1,81
46	Chipaque	-1,79
47	Silvania	-1,77
48	Gama	-1,55
49	Choachi	-1,45
50	Alban	-1
51	Venecia	-0,89
52	Gachala	-0,68
53	Ricaurte	-0,45
54	Fuquene	-0,36
55	La Palma	-0,11
56	Sutatausa	-0,06

Tabla 7. Índice de Necesidades en Salud del departamento, (Indicadores 2011-2014).

57	Pacho	-0,05
58	Viota	-0,02
59	Pasca	0,13
60	Ubaque	0,15
61	Junin	0,27
62	Fosca	0,27
63	San Bernardo	0,32
64	Puerto Salgar	0,34
65	Villapinzon	0,36
66	Carmen de Carupa	0,43
67	Granada	0,43
68	Zipacon	0,45
69	El Colegio	0,68
70	El Rosal	1,19
71	Medina	1,42
72	Guayabetal	1,66
73	Guaduas	1,9
74	Une	2,36
75	La Mesa	2,36
76	Tena	2,38
77	Subachoque	2,52
78	Cachipay	2,54
79	Arbelaez	2,58
80	San Francisco	2,65
81	Sasaima	3,03
82	Choconta	3,73
83	Nilo	3,79
84	Cogua	3,8
85	Guatavita	4,21
86	Guasca	4,24
87	Sibate	4,25
88	Simijaca	4,36
89	Paratebuena	4,61
90	Villeta	4,8
91	Gacheta	5,52
92	Cabrera	5,7
93	Fusagasuga	5,74
94	Fomeque	5,8
95	Caqueza	5,84
96	Suesca	6,06
97	Cota	6,25
98	Girardot	6,25
99	Tenjo	6,76
100	Madrid	6,81
101	La Calera	6,96
102	Gachancipa	7,12
103	La Vega	7,33
104	Tabio	7,79
105	Nemocon	8,75
106	Tocancipa	8,85
107	Sopo	9,15
108	Sesquile	9,15
109	Funza	9,44
110	Facatativa	11,97
111	Zipaquirá	12,34
112	Cajica	12,95
113	Mosquera	13,64
114	Chia	14,29
115	Ubaté	15,53
116	Soacha	16,75

Fuente: Índice de necesidades en salud, datos procesados por la oficina de planeación sectorial en salud, datos tabulados programa epidat 3.1, resultado de la inclusión de indicadores de: IGAC, DANE, DNP, DDTS, GAFPT, Ministerio de educación Nacional, tomados del visor ficha municipal, para el departamento de Cundinamarca del departamento nacional de planeación.

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

La caracterización de los conglomerados poblacionales de afiliados a las Aseguradoras de Planes de Beneficios en Salud, articulado con el análisis de la situación de Salud permite identificar y priorizar los problemas del estado actual de salud de los Cundinamarqueses, y mediante una coordinación intersectorial y transectorial realizar una planeación estratégica y operativa dentro de las líneas de acción establecidas por el Plan Decenal de Salud Pública con las Empresas Aseguradoras de Planes de Beneficios-EAPB y EPS.

Dentro de la presente caracterización, se puede observar los grupos de riesgo más priorizados son: Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico(52); Materno perinatal(43); Cáncer (31); Otras(20); Sin Grupo de Riesgo (20);IRA(9); Alteraciones nutricionales(6); De transmisión sexual(5); Infantil(4);Zoonosis y agresiones por animales(4); En adultos(3); Inmunoprevenibles(3); igualmente los indicadores más priorizados se distribuyen así:Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico:Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años(10); Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico: Prevalencia de Diabetes Mellitus en personas de 18 a 69 años(7); Cáncer: Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer (7); Infección Respiratoria Aguda-IRA :Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años (7); Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico: Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años(6); Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico: Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años(6); Cáncer: Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero (6); Materno perinatal: Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (6); Materno perinatal: Razón de mortalidad materna (6); Otras: Costo total para la EAPB por la primera patología de alto costo (6). Ver tabla 8.

Tabla 8. Caracterización de la población afiliada a las EPS y demás EAPB.

Nº	EAPB	REGIMEN	Nº DE AFILIADOS	GRUPO DE RIESGO PRIORIZADO	INDICADOR
1	ASMET - ASOCIACIÓN MUTUAL LA ESPERANZA DE EL TAMBO ASMET ESS	Contributivo (Movilidad)	4	Priorización Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	P:1 Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años
				Priorización Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	P:2 Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años
				Priorización Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	P:3 Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años
				Priorización Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	P:4 Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años
				Priorización Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	P:5 Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años
2	CAFESALUD EPS	Contributivo	48.620	Priorización Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	P:1 Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años
				Priorización Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	P:2 Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus
				Priorización Sin Grupo de Riesgo	P:3 Tasa de mortalidad infantil por enfermedades del sistema respiratorio
				Priorización Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	P:4 Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio
				Priorización Sin Grupo de Riesgo	P:5 Costo total para la EAPB por el primer evento de alto costo
		Subsidiado		Priorización Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	P:1 Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón
				Priorización Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	P:2 Tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos por enfermedades del sistema circulatorio
				Priorización Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	P:3 Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años
				Priorización Cáncer	P:4 Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero
				Priorización Cáncer	P:5 Tasa ajustada de mortalidad por leucemia
3	CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR	Subsidiado Contributivo (Movilidad)	90.307	Priorización Materno perinatal	P:1 Porcentaje de muertes por Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas
				Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	P:2 Tasa de mortalidad por enfermedades hipertensivas
				Priorización IRA	P:3 Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años
				Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	P:4 Tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón
				Priorización De transmisión sexual	P:5 Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH/Sida
4	CAPRECOM - CAJA DE	Contributivo	45.651	Priorización Transmisión sexual	P:1 Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH/Sida

N°	EAPB	REGIMEN	N° DE AFILIADOS	GRUPO DE RIESGO PRIORIZADO	INDICADOR
	PREVISION SOCIAL DE COMUNICACION CAPRECOM EPS			Priorización Sin Grupo de Riesgo	P:2 Tasa de mortalidad Priorización Infantil por enfermedades del sistema digestivo
				Priorización Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	P:3 Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus
				Priorización Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	P:4 Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón
				Priorización Inmuno-prevenibles	P:5 Tasa ajustada de mortalidad por tuberculosis
5	COMPARTA - COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA COMPARTA EPS S	Subsidiado Contributivo (Movilidad)	31.224	Priorización en Adultos	P:1 Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades transmisibles
				Priorización Materno perinatal	P:2 Tasa ajustada de mortalidad por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
				Priorización Cáncer	P:3 Tasa ajustada de mortalidad por neoplasias
				Priorización Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	P:4 Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio
				Priorización Cáncer	P:5 Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero
6	COMPENSAR	Contributivo Subsidiado (Movilidad)	57.250	Priorización Materno perinatal	P:1 Razón de mortalidad materna
				Priorización Sin Grupo de Riesgo	P:2 Tasa de mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores
				Priorización Alteraciones nutricionales	P:3 Prevalencia de obesidad en personas de 18 a 64 años
				Priorización Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	P:4 Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años
				Priorización Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	P:5 Prevalencia de Diabetes Mellitus en personas de 18 a 69 años
7	CONVIDA - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO EPSS CONVIDA	Subsidiado	358.861	Priorización en Adultos	P:1 Tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos por enfermedades transmisibles
				Priorización Cáncer	P:2 Tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos por neoplasias
				Priorización Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	P:3 Tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos por enfermedades del sistema circulatorio
				Priorización Materno perinatal	P:4 Tasa de mortalidad en la niñez por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
				Priorización Sin Grupo de Riesgo	P:5 Porcentaje de personas atendidas por enfermedades no transmisibles por EAPB
		vo (Movilidad)	Materno perinatal	P:1 Porcentaje de personas atendidas por condiciones materno perinatales por EAPB	

N°	EAPB	REGIMEN	N° DE AFILIADOS	GRUPO DE RIESGO PRIORIZADO	INDICADOR
				Alteraciones nutricionales	P:2 Porcentaje de personas atendidas por condiciones transmisibles y nutricionales por EAPB
				Cáncer	P:3 Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero
				Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	P:4 Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años
				Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	P:5 Prevalencia de Diabetes Mellitus en personas de 18 a 69 años
8	COOMEVA EPS S A	Contributivo Subsidiado (Movilidad)	75.681	Priorización Cáncer	P:1 Tasa de años de vida potencialmente perdidos por neoplasias
				Priorización Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	P:2 Tasa de años de vida potencialmente perdidos por enfermedades del sistema circulatorio
				Priorización Materno perinatal	P:3 Tasa de años de vida potencialmente perdidos por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
				Priorización Sin Grupo de Riesgo	P:4 Tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años
				Priorización Materno perinatal	P:5 Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer
9	COOSALUD ESS EPS-S	Subsidiado	1	Priorización Sin Grupo de Riesgo	P:1 Tasa de mortalidad en la niñez por enfermedades del sistema digestivo
				Priorización Sin Grupo de Riesgo	P:2 Tasa de mortalidad en la niñez por enfermedades del sistema digestivo
				Priorización Sin Grupo de Riesgo	P:3 Tasa de mortalidad en la niñez por enfermedades del sistema digestivo
				Priorización Sin Grupo de Riesgo	P:4 Tasa de mortalidad en la niñez por enfermedades del sistema digestivo
				Priorización Sin Grupo de Riesgo	P:5 Tasa de mortalidad en la niñez por enfermedades del sistema digestivo
10	CRUZ BLANCA EPS	Contributivo Subsidiado (Movilidad)	27.477	Priorización Materno perinatal	P:1 Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo
				Priorización Materno perinatal	P:2 Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal
				Priorización Alteraciones nutricionales	P:3 Prevalencia de obesidad en mujeres de 18 a 64 años
				Priorización Materno perinatal	P:4 Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer
				Priorización Materno perinatal	P:5 Porcentaje de gestantes que reciben consejería de lactancia materna
11	ECOOPSOS - ENTIDAD	Contributivo (Movilidad)	99.241	Priorización Materno perinatal	P:1 Razón de mortalidad materna
				Priorización Materno perinatal	P:2 Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer

N°	EAPB	REGIMEN	N° DE AFILIADOS	GRUPO DE RIESGO PRIORIZADO	INDICADOR
	COOPERATIVA SOLIDARIA DE SALUD ECOOPSOS ESS EPS-S			Priorización Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	P:3 Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años
				Priorización Cáncer	P:4 Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer
				Priorización Sin Grupo de Riesgo	P:5 Costo total para la EAPB por la primera patología de alto costo
12	ECOPETROL S.A.	Excepción	133	Priorización Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	P:1 Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares
				Priorización Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	P:2 Prevalencia de Diabetes Mellitus en personas de 18 a 69 años
				Priorización Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	P:3 Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años
				Priorización Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	P:4 Tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos por enfermedades del sistema circulatorio
				Priorización Sin Grupo de Riesgo	P:5 Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal
13	EPS FAMISANAR LTDA	Contributivo Subsidiado (Movilidad)	391.051	Priorización Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	P:1 Prevalencia de Diabetes Mellitus en personas de 18 a 69 años
				Priorización IRA	P:2 Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años
				Priorización Cáncer	P:3 Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del útero, parte no especificada
				Priorización Materno perinatal	P:4 Tasa de mortalidad perinatal
				Priorización Sin Grupo de Riesgo	P:5 Tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años
14	FONDO PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA	Entidad Adecuada	2.647	Priorización Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	P:1 Prevalencia de Diabetes Mellitus en personas de 18 a 69 años
				Priorización Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	P:2 Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años
				Priorización Alteraciones nutricionales	P:3 Prevalencia de obesidad en mujeres de 18 a 64 años
				Priorización Materno perinatal	P:4 Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo
				Priorización Materno perinatal	P:5 Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal
15	NUEVA EPS	Contributivo Subsidiado (Movilidad)	151.234	Priorización Sin Grupo de Riesgo	P:1 Costo total para la EAPB por la tercera patología de alto costo
				Priorización Sin Grupo de Riesgo	P:2 Costo total para la EAPB por la cuarta patología de alto costo
				Priorización Sin Grupo de Riesgo	P:3 Costo total para la EAPB por el quinto evento de alto costo
				Priorización IRA	P:4 Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años
				Priorización IRA	P:5 Letalidad de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)

N°	EAPB	REGIMEN	N° DE AFILIADOS	GRUPO DE RIESGO PRIORIZADO	INDICADOR
16	EPS SANITAS	Contributivo Subsidiado (Movilidad)	69.420	Priorización Cáncer	P:1 Tasa de mortalidad Priorización Infantil por tumores (neoplasias)
				Priorización Zoonosis y agresiones por animales	P:2 Tasa ajustada de mortalidad por ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia
				Priorización Materno perinatal	P:3 Tasa de mortalidad Priorización Infantil por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
				Priorización Otras	P:4 Tasa ajustada de mortalidad por meningitis
				Priorización Infantil	P:5 Tasa de mortalidad Priorización Infantil por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
17	SALUD TOTAL - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	Contributivo Subsidiado (Movilidad)	95.648	Priorización Cáncer	P:1 Tasa de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero
				Priorización Sin Grupo de Riesgo	P:2 Costo total para la EAPB por la primera patología de alto costo
				Priorización Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	P:3 Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades hipertensivas
				Priorización Infantil	P:4 Tasa de mortalidad en niños de 1 a 4 años por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
				Priorización Zoonosis y agresiones por animales	P:5 Tasa ajustada de mortalidad por ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia
18	SALUD VIDA EPS	Contributivo	45.153	Priorización Cáncer	P:1 Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del estómago
				Priorización Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	P:2 Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus
				Priorización Sin Grupo de Riesgo	P:3 Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores
				Priorización IRA	P:4 Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años
				Priorización Materno perinatal	P:5 Porcentaje de personas atendidas por condiciones materno perinatales por EAPB
19	SALUD VIDA EPS	Subsidiado	45.153	Priorización transmisión sexual	P:1 Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH/Sida
				Priorización Cáncer	P:2 Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del útero, parte no especificada
				Priorización Cáncer	P:3 Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del estómago
				Priorización Inmuno-prevenibles	P:4 Tasa ajustada de mortalidad por tuberculosis
				Priorización Otras	P:5 Tasa ajustada de mortalidad por septicemia, excepto neonatal
20	SALUDCOOP EPS	Contributivo Subsidiado (Movilidad)	207.316	Priorización Materno perinatal	P:1 Porcentaje de muertes por Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas
				Priorización Cáncer	P:2 Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer
				Priorización Sin Grupo de Riesgo	P:3 Costo total para la EAPB por la primera patología de alto costo
				Priorización Materno perinatal	P:4 Razón de mortalidad materna
				Priorización Sin Grupo de	P:5 Costo total para la EAPB por el cuarto evento de alto

N°	EAPB	REGIMEN	N° DE AFILIADOS	GRUPO DE RIESGO PRIORIZADO	INDICADOR
				Riesgo	costo
21	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA S	Contributivo Subsidiado (Movilidad)	873	Priorización Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	P:1 Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años
				Priorización Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	P:2 Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años
				Priorización Cáncer	P:3 Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero
				Priorización Cáncer	P:4 Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer
				Priorización Materno perinatal	P:5 Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo
22	SURA - COMPANIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD SA	Contributivo Subsidiado (Movilidad)	37.384	Priorización Materno perinatal	P:1 Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal
				Priorización Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	P:2 Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años
				Priorización Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	P:3 Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años
				Priorización Materno perinatal	P:4 Tasa de mortalidad en la niñez por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
				Priorización Materno perinatal	P:5 Porcentaje de muertes por trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal
23	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD UNISALUD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	Especial	261	Priorización Cáncer	P:1 Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer
				Priorización Cáncer	P:2 Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea
				Priorización Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	P:3 Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón
				Priorización Cáncer	P:4 Tasa ajustada de mortalidad por neoplasias
				Priorización Cáncer	P:5 Tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos por neoplasias
24	UNIDAD SERVICIO MEDICO Y ODONTOLÓGICO DE EMPRESAS PUBLICAS DE MEDELLIN	Entidad Adaptada	2	Priorización Sin Grupo de Riesgo	P:1 Tasa de mortalidad por signos, síntomas y afecciones mal definidas
				Priorización Sin Grupo de Riesgo	P:2 Tasa de mortalidad por signos, síntomas y afecciones mal definidas
				Priorización Sin Grupo de Riesgo	P:3 Tasa de mortalidad por signos, síntomas y afecciones mal definidas
				Priorización Sin Grupo de Riesgo	P:4 Tasa de mortalidad por signos, síntomas y afecciones mal definidas
				Priorización Sin Grupo de Riesgo	P:5 Tasa de mortalidad por signos, síntomas y afecciones mal definidas

Fuente: Proceso de caracterización y concertación con las EAPBS. Corte a 30-06-2015

8. CONFIGURACIÓN ACTUAL

La descripción de la configuración actual del territorio se compone del reconocimiento de las dinámicas básicas PASE, que identifican principalmente a Cundinamarca como una población de predominio adulta, con el mejor suelo productivo del país, que económicamente se destaca por ser minero, agropecuario y manufacturero.

8.1. DIMENSIÓN POBLACIONAL

Una población en el contexto de las dinámicas económica, social, ambiental y demográfica, el uso de la naturaleza y los productos que se derivan de ella, en forma de bienes y servicios, debe buscar ser sostenible y sustentable, para las generaciones venideras, por lo cual el diseño de políticas para el desarrollo de la población deben ser en función de la población y no al contrario. Para este diseño se deberán tener en cuenta los siguientes aspectos del departamento.

La distribución espacial de la población en el territorio de Cundinamarca presenta una densidad poblacional de 131,8 personas por km², sin embargo, al revisar la información por provincias Soacha tiene una densidad de 1790 personas por Km², y la menos densa Medina con 8,6 personas por Km², esta situación se debe al área metropolitana en la cual se encuentra Soacha, Funza Chía y Cajicá como los más cercanos a la capital de país. En comparación Colombia tiene una densidad poblacional de 42,21 y Bogotá 4466, siendo así el departamento de Cundinamarca uno de los más poblados.

En cuanto al nivel de urbanización Cundinamarca ha crecido a una velocidad media anual de 0,003%, con énfasis en los municipios más grandes, como Soacha, Girardot, Mosquera, Funza y Facatativá, entre otros. Este ritmo de urbanización representa el traslado discreto de población de las zonas rurales a las urbanas, la creación de nuevas unidades habitacionales para las personas en uso de buen retiro, la construcción de viviendas con fines vacacionales, entre otras condiciones, representando así el 67,3% de la población departamental.

Los hogares por vivienda en el año 2015, presentan una relación de 1:1 para el departamento, aun sin tener información detallada para cada municipio, si se indagara sobre la distribución de hogares por vivienda en los lugares más poblados, la relación puede ser de más de un hogar por vivienda.

Cundinamarca presenta una estructura de población por sexo y edad que es congruente con la etapa de transición demográfica denominada “en plena transición”, situación que se refleja en la disminución de la fecundidad y estabilización de la mortalidad, produciendo así una disminución moderada del crecimiento vegetativo.

Este proceso de transición demográfica incrementa la necesidad de fuentes de empleo, la demanda de la escolaridad, la inmersión de la mujer al mercado laboral y el espaciamiento en la fecundidad, factores que se presentan en la segunda transición demográfica, que son característico de países en vías de crecimiento económico, y que por el mecanismo conocido como el “bono demográfico”, hay un incremento del producto interno bruto por el aumento de la población en edad de trabajar, la disminución de los nacimientos y poco envejecimiento, siendo que para Cundinamarca este bono demográfico se calcularía que durará hasta el periodo del año 2030 al 2040.

Cuando se contrasta esta distribución por ciclo vital con la estructura de la población por grupos quinquenales de edad y sexo, se identifica una disminución marcada de la población cundinamarquesa a partir de los 25 años de edad, esta situación puede estar asociada a la migración clásica (migración de tipo laboral), empero, no se observa disminución de la población infantil o adolescente, por lo cual se puede afirmar que los adultos jóvenes emigrarían en condición de soltería. Por lo anterior es importante contar con un desarrollo departamental para la atracción de la población en edad de trabajar.

La población mayor de 60 años presenta como mayores lugares de destino los municipios en las provincias aledañas a Bogotá, convirtiéndose así estos municipios en municipios dormitorio de la capital (área metropolitana), siendo los de mayor cantidad de población algunos de la sabana occidente y sabana centro, conviniendo a esta zona en un polo de desarrollo económico para el Departamento.

Cuando se revisa la relación entre la cantidad de hombre y mujeres y edades en Cundinamarca, las mujeres perduran más que los hombres, siendo esto una de las consecuencias del proceso de transición demográfica y epidemiológica, o sea “transición poblacional”, las variaciones en lo que respecta a la composición de la población según edad y sexo, escolaridad y desarrollo social y educativo, se refleja en; la disminución de la natalidad y aumento de la esperanza de vida, con la característica de la disminución en la proporción de población masculina con relación a la femenina debido a dos fenómenos demográficos; mayor natalidad de varones, en cualquier país del mundo por una cuestión natural (aproximadamente nacen 103 - 104 varones por cada 100 mujeres) y la mayor esperanza de vida de las mujeres con relación a los hombres.

El índice de dependencia en Cundinamarca es de 2:1, es decir que hay dos personas en edad de trabajar por una en edad de no trabajar, situación que está relacionada con la estructura de población joven que tiene el departamento, y que se convierte en una ventaja económica dado el “bono demográfico” con que cuentan los Cundinamarqueses.

El crecimiento de la población en Cundinamarca está en disminución, y está dado preponderantemente por la disminución del crecimiento vegetativo a expensas de disminución de la natalidad, situación que puede estar

relacionada con los cambios en la fecundidad de la población que ha llegado a las urbes, dado que debido a los costos económicos de vivir en la ciudad se tiende a disminuir el número de hijos por hogar. Esto se corrobora con la disminución de la tasa global de fecundidad que es inferior a la nacional para el periodo 2010 – 2015, pero es superior a 2,1 que es la tasa mínima para que una población no se extinga.

El nivel de la esperanza de vida de la población está relacionado con el nivel de desarrollo, así entonces en el agregado departamental está estrechamente cercana al nivel del valor nacional, que corresponde a la esperanza de vida de una nación en proceso de desarrollo dado que dista entre tres a siete años de la esperanza de vida de países desarrollados, por ejemplo, Japón en el año 2013 tenía una esperanza de vida de 84 años, en comparación con Colombia la diferencia es de 10 años.

En cuanto a limitaciones de la información, no se cuenta con datos actualizados de la distribución de la población por pertenecía étnica por parte del DANE para el departamento de Cundinamarca, el nivel de detalle de información de hogares y viviendas, no permite la desagregación por municipios. Los datos agrupados a nivel departamental deben ser analizados también a nivel municipal o provincial, dado que los indicadores agrupados esconden comportamientos diferenciales al interior de la entidad territorial.

La descripción de la configuración actual del territorio se compone del reconocimiento de las dinámicas básicas PASE, que identifican principalmente a Cundinamarca como una población de predominio adulta, con el mejor suelo productivo del país, que económicamente se destaca por ser minero, agropecuario y manufacturero.

8.2. DIMENSIÓN AMBIENTAL

8.2.1. Ambiente natural

La extensión total del departamento de Cundinamarca es de 22.779,21 km², de los cuales 99,16% están en zona rural. El municipio de mayor extensión es Medina seguido de Yacopí, Paratebueno, Guaduas y Caparrapí y los de menor extensión son, Gachancipá, Cajicá, Tena, Albán y Cota. Los municipios con mayor área urbana son Soacha, Girardot, Fusagasugá, Ricaurte y Mosquera; y los de menor área son Sutatausa, Bituima, Cabrera, Paima y Chaguaní. Cundinamarca cuenta con un paisaje en esencia andino con biodiversidad de fauna y flora, posee cuatro grandes conjuntos morfológicos: el piedemonte, el altiplano cundiboyacense, el valle del río Magdalena y el costado occidental y oriental de la cordillera oriental; cuenta con los parques naturales de Chingaza y Sumapaz con 242.000 hectáreas de áreas protegidas, tiene 10 cuencas hidrográficas de gran importancia como fuente de abastecimiento a los sistemas de suministro de agua para consumo humano, riego, abrevaderos, consumo industrial, sector agrícola y pecuario y para el

sector eléctrico en especial para la Central Hidroeléctrica del Guavio, que genera energía eléctrica nacional y los embalses de la cuenca del río Bogotá.

Los municipios con mayor contaminación atmosférica en Cundinamarca son Cajicá, Cogua, Cucunubá, Funza, Guachetá, Lenguazaque, Madrid, Mosquera, Nemocón, Ricaurte, Soacha, Sibaté, Sopó, Suesca, Sutatausa, Tausa, Tocancipá y Zipaquirá por industrias como el procesamiento de carbón con sus hornos de coquización, centros de acopio de carbón, industria de producción de ladrillos, industria de elementos cerámicos a base de arcilla, presencia de canteras en la mayoría de municipios, la contaminación por material particulado proveniente del tránsito de automotores por vías destapadas en el departamento, y la contaminación con fuentes fijas por la localización de los ejes industriales. Debido al cambio climático se presentan lluvias torrenciales en cualquier época del año y periodos extremadamente secos y prolongados, igualmente la mayor parte del departamento presenta algún grado de susceptibilidad de ocurrencia de eventos de remoción en masa, en los últimos 4 años Yacopía presentó los más altos valores, otros municipios son Soacha, Villeta, Guaduas, Viotá, Caparrapí, La Peña, Útica, Nocaima, Quipile y los municipios con influencia de la vía a Villavicencio. Los municipios con mayor amenaza de inundación son Tocancipá, Yacopí, Guayabal de Siquima, Agua de Dios, Ubaté, y Lenguazaque. La sismicidad en el departamento de Cundinamarca y regiones aledañas es alta comparada con otras zonas del país, sin embargo el riesgo está presente y los periodos de ocurrencia son relativamente largos y de manera ocasional, los municipios más afectados en los últimos 10 años son Tibirita, Manta y Junín. El mayor inconveniente que se presenta en la actualidad frente a esta amenaza potencial es que la población no cuenta con una preparación adecuada en caso de emergencia y en algunos casos existe un total desconocimiento de la amenaza a la cual están expuestos. No se cuenta con planes de emergencia diseñados e implementados para afrontar eventualmente la ocurrencia de un sismo de gran magnitud; otros factores de riesgo son la degradación ambiental y el cambio acelerado del uso del suelo. Desde el gobierno Nacional y el Departamental se vienen implementando políticas para prevenir y conservar el medio ambiente.

8.2.2. Ambiente construido

En el departamento de Cundinamarca se tiene una cobertura total del 80.23% en acueductos, los municipios de San Antonio del Tequendama, Guayabetal, Gama, San Cayetano y Ubalá son los de menor cobertura; la energía eléctrica cuenta con una cobertura del 97,31%, siendo menor en los municipios de

Yacopí, Paratebuena, Paime, Medina y Pulí; la cobertura del sistema de iluminación en las viviendas es del 99,11%, presentándose baja en los centros poblados de La Peña, Yacopí y Medina y en las áreas rurales de Puerto Salgar, Paratebuena y Yacopí; solo en 51 municipios del departamento se cuenta con gas domiciliario. En Cundinamarca se presentan viviendas sin servicios públicos, mayormente en la zona rural, seguida de los centros poblados y con un porcentaje muy bajo en la zona urbana.

El saneamiento básico en el departamento se encuentra con un cubrimiento del 95,94%, los municipios de menor cobertura son Pulí, Sasaima, San Antonio del Tequendama, La Peña y Fúquene, pero en la gran mayoría de los municipios no existe separación de redes de alcantarillado y aguas lluvias, aumentando por lo tanto el caudal contaminado a tratar, requiriendo plantas de tratamiento de agua más grandes y aumentando los gastos de operación. La cobertura de recolección de basuras es del 71,53%, los municipios de menor cobertura son La Peña, Ubaque, Fúquene, Pulí y San Cayetano. En cuanto a la recolección de residuos sólidos la gran mayoría de los municipios presentan problemas en su disposición final ya que deben recorrer en algunos casos distancias entre 60 y 180 km, generando la falta de una Gestión Integral de los Residuos.

Todos los municipios cuentan con espacios públicos como parques y escenarios deportivos, pero estos son insuficientes para la población, se vienen desarrollando estrategias para la inclusión social de las personas con discapacidad y en la adecuación de espacios para este grupo vulnerable. En cuanto a la malla vial del departamento solamente el 13% se encuentra pavimentado y el 87% en afirmado, con un 30% en buen estado, 30% en regular estado y 40% en mal estado, especialmente en las vías de la Sabana de Bogotá. Las provincias de Rionegro, Sumapaz, Guavio, Tequendama, Ubaté, Gualivá, y Oriente (7.4%) cuentan con el mayor número de kilómetros de red secundaria y son las que registran los problemas de movilidad por el mal estado de su red.

8.3. Dimensión social

En la dimensión social es importante resaltar que el 18,9% de la población cundinamarquesa viven en situación de pobreza y un 5% en situación de pobreza extrema; gracias a los esfuerzos gubernamentales dichos indicadores se han mantenido por debajo del nivel nacional y han descendido en los últimos años. De otra parte, el Departamento cuenta con infraestructura para los sectores salud, educación, recreación, cultura, deporte, seguridad y justicia que son insuficientes para el total de la población, al tiempo que alguna no cuenta con el mantenimiento adecuado para evitar su obsolescencia y deterioro.

La situación de violencia del país no ha sido ajena al Departamento de Cundinamarca, máxime teniendo en cuenta la cercanía a la Ciudad Capital (Bogotá), lo cual ha generado a que un alto porcentaje de los municipios sean receptores de población desplazada, como los cercanos a Bogotá o las ciudades grandes del departamento, sin desconocer de igual manera que debido a su ubicación geográfica muchos municipios han sido foco de grupos al margen de la ley, generando expulsión de la población con todas las implicaciones sociales a que esto conlleva como son: desarraigo, desempleo, deserción escolar, inseguridad y violencia en todas sus formas, reflejadas en las elevadas tasas de suicidio, homicidio y violencia intrafamiliar, superando en algunos casos línea nacional.

8.4. Dimensión económica

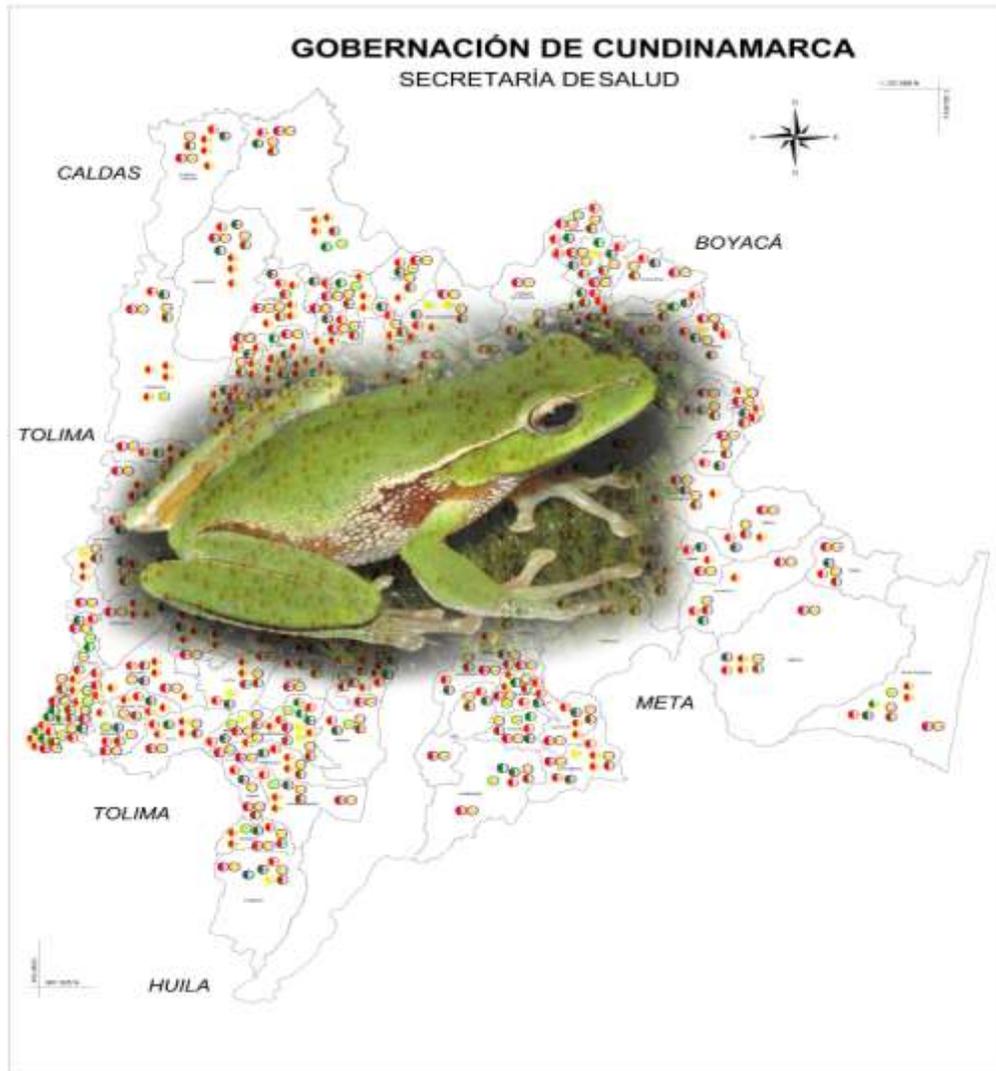
La estructura económica del Departamento es diversa dada la variedad de climas y topografía, por su posición geográfica cuenta con varias vías de acceso y se ubica estratégicamente en el centro económico del país aportando un alto porcentaje de la producción y consumo nacional, y convirtiéndola en la quinta región más importante del país. En los últimos años la economía departamental se caracteriza por un creciente dinamismo, teniendo como sectores más representativos el manufacturero 22%, la agricultura 17% y el 11% representado por el sector de la construcción. Sin embargo, se identifica un incremento significativo de la informalidad laboral con una tasa de subempleo del 34,53%, ligado a los índices de NBI que alcanzan el 21,30%, exponiendo así, niveles de pobreza significativos que limitan el desarrollo de la dimensión económica.

9. CONFIGURACIÓN Y PRIORIZACIÓN EN SALUD

9.1. CONFIGURACION DESEADA

9.1.1. Metáfora deseada

Mapa 2. Metáfora deseada, Cundinamarca descendiente de los muisca, adoradores del agua y parientes distantes de la rana, Cundinamarca, 2015



Fuente: Elaboración equipo de trabajo Plan Territorial de Salud Cundinamarca, 2016.

9.1.2. Texto de la metáfora deseada

Cundinamarca como la rana tiene un mismo origen y un mismo destino, depende de todos nosotros para subsistir en equilibrio y armonía con el ambiente. La rana brilla de felicidad, su nariz persigue el olor perfumado de las flores, sus ojos se entrecierran con la cálida brisa que produce el movimiento sincrónico de las alas de mariposas amarillas y pájaros multicolores. Su cuello se mueve rítmica y placenteramente al contacto con el agua dulce, sana y cristalina que brota de fuentes y manantiales y con su canto anuncia la hora de la siembras porque somos hijos de la cultura del maíz. Brinca alegre entre el follaje verde tornasolado y se confunde con las hojas de la hierbabuena y la manzanilla para mantener el delicado balance de la naturaleza. Nos protege de la proliferación de plagas, ayuda a combatir los vectores propagadores de enfermedades y es socia de los agricultores en el control de las plagas del huerto. La vida sonrío, las parejas se aman, la madre tierra bendice los vientres y los acaricia, florece la vida con el nacimiento. Las criaturas se desarrollan fuera del vientre materno con derechos, amor y cuidados. Ni una sola vida se malogra porque la rana así lo decreta. Donde hay agua, luz, calor, color, olor y alimento la rana canta y salta de felicidad.

9.1.3. Ejes estructurantes deseados (Desafíos/Prioridades)

La metodología para la construcción del plan territorial de salud “PASE para la equidad en salud”, permite la identificación de los desafíos y prioridades mediante la elaboración de los ejes estructurantes deseados. Como resultado de este ejercicio los ejes estructurantes que se determinaron fueron:

1. El desarrollo de estrategias para el fomento de la **Autonomía** y la **Cultura** de la salud a través del incremento de la actividad física, hábitos nutricionales saludables, la disminución en el consumo de alcohol y tabaco, han mitigado la morbilidad y mortalidad asociada a las condiciones crónicas, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades en salud bucal, la disminución de la mortalidad y discapacidad en las etapas de curso de vida.
2. El desarrollo de estrategias para el fomento de la **Autosostenibilidad** implica la preparación para el cambio climático, el uso adecuado del suelo y de las sustancias tóxicas o potencialmente tóxicas, el incremento en la cobertura del acueducto, alcantarillado y saneamiento básico (disminución del hacinamiento, mejoramiento los entornos), han mitigado las morbimortalidades en el departamento asociadas a las enfermedades transmitidas por alimentos, la enfermedad diarreica aguda, la

infección respiratoria aguda en menores de 5 años, Intoxicaciones de orden químico, la tuberculosis, las enfermedades transmitidas por vectores y zoonóticas.

3. El desarrollo de estrategias para **la articulación** a través de entornos y ambientes saludables, “*son aquellos que apoyan la salud y ofrecen a las personas protección frente a los riesgos ambientales, físicos, sociales, psicosociales, permitiéndoles ampliar sus capacidades, destrezas y autonomía respecto a la salud, comprenden los lugares donde viven, su hogar, las escuelas, su lugar de trabajo y esparcimiento, incluyendo el acceso a los recursos sanitarios*”. Implica la concreción de entornos laborales saludables, el fortalecimiento de industrias con sello verde, la minería responsable, la disminución del trabajo informal, la eliminación del trabajo infantil, el incremento en las fuentes de empleo, el abastecimiento y bajos costo de alimentos, los hábitos alimenticios adecuados y estilos de vida saludables, han aminorado los accidentes y enfermedades laborales y disminuido la malnutrición (Desnutrición, sobrepeso y obesidad) en Cundinamarca.
4. El desarrollo de estrategias para **la participación social en salud**, implica el incremento del conocimiento y práctica de los derechos y deberes individuales, familiares y comunitarios, la tolerancia, solidaridad, la alta cobertura y disminución en la tasa de deserción escolar, aumento de la capacidad para la resolución de conflictos y la disminución del índice de pobreza, aunado al incremento de los espacios de recreación, cultura, participación comunitaria y en salud. Se busca la disminución de la morbilidad en salud mental y la convivencia social, así como morbimortalidad materna, embarazo en adolescentes y disfunción familiar.
5. El desarrollo de estrategias para el **fortalecimiento de la rectoría y la Autoridad sanitaria** a través de la gestión institucional y las políticas departamentales por parte de los prestadores, municipios y EAPBs y el uso del Sistema de Información Unificado en Salud (SIUS), favorece las acciones de vigilancia sanitaria, aseguramiento y prestación de servicios. Como principal instrumento se concibe el desarrollo de un modelo de salud con base en la estrategia de Atención Primaria en Salud que garantice una atención continua e integral enfocada en el ciudadano y su familia. Intersectorial y participativa.

9.1.4. Transformaciones + calificación

Las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública, son el marco para la determinación de las tensiones actuales en Cundinamarca, así entonces mediante el trabajo mancomunado con las direcciones de la secretaría de salud, se elaboraron y transformaron, obedeciendo a los criterios de coherencia, completitud, priorización y capacidad de respuesta de la Gobernación de Cundinamarca. Ver tabla 9.

Tabla 9. Tensiones transformadas del plan territorial de salud, Cundinamarca, 2015.

Dimensiones PDSP	Componentes asociados a las competencias sectoriales	Áreas de observación	Descripción de las Tensiones cuando hayan sido superadas	Cuando la tensión haya sido superada en el futuro ¿cuáles serán sus valores?				Balance esperado
				I. Intensidad	C. (Cronicidad) Duración	Ip. Impacto	Ig. Ingobernabilidad social e Institucional (Debilidad Institucional)	
Dimensión Salud Ambiental	Hábitat saludable	Acceso al agua potable y coberturas de acueducto, alcantarillado y aseo.	En el departamento la calidad de agua para consumo humano, mantendrá las coberturas urbanas en 98,65% y aumentará al 58% la cobertura rural.	1	3	2	2	2
		Condiciones de vivienda.	El departamento cuenta con una distribución de áreas para vivienda con acceso a programas de promoción y prevención, servicios de salud, servicios de educación formal y no formal, contará con políticas de mejoramiento rural y subsidio de vivienda para la población priorizada.	3	3	3	1	2,5
		Riesgo químico.	En el departamento de Cundinamarca las empresas productoras brindan la información en el uso, expendio y manejo de sustancias químicas tóxicas usadas principalmente en el sector industrial, agrícola y pecuario y en menor proporción para el uso en el sector doméstico. Lo que explica la disminución de intoxicaciones, enfermedades crónicas terminales, malformaciones fetales, mortalidad y el control de la contaminación en las fuentes hídricas. La secretaria de salud realiza actividades de: atención de emergencias sanitarias, capacitación y asistencia técnica a las autoridades sanitarias municipales categorías 1ª, 2ª, 3ª, visitas de Inspección Sanitaria IVC, a los establecimientos comerciales dedicados al procesamiento de sustancias químicas potencialmente tóxicas.	2	2	2	2	2
	Situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales	Carga ambiental de la enfermedad.	Cundinamarca contará con una política de Salud Ambiental, con programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con alto impacto, lo que favorece la reducción de la morbimortalidad por enfermedades transmisibles.	3	3	3	2	2,75
Dimensión Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles	Modos, condiciones y estilos de vida saludables	Entorno saludables.	La población de Cundinamarca se ha sensibilizado adoptando a través del autocuidado hábitos saludables, actividad física, alimentación adecuada y aumentado la edad de inicio de consumo de tabaco en menores (1,5 años de edad), lo que permite la disminución de enfermedades crónicas no transmisibles.	2	2	2	2	2
		Modos y estilos de vida saludables.	En Cundinamarca, especialmente en las provincias de Magdalena Centro, Rionegro, Guavio, Gualiva, Alto y Bajo Magdalena, los hábitos de higiene bucal son una rutina diaria apropiada en la comunidad, gracias a la oferta y demanda efectiva de los servicios y programas de promoción y prevención en salud bucal en las áreas rurales y centros poblados. La Autoridad Sanitaria continúa realizando acciones de abogacía, rectoría, conducción y gestión de la salud pública, logrando así la reducción de la presencia de caries y pérdida dental.	2	2	2	1	1,75
	Condiciones crónicas prevalentes	Servicios de salud individuales y colectivos.	La población adulta y mayor del departamento de Cundinamarca cuenta con una suficiente oferta institucional de servicios de salud para la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles, con capacidad de respuesta tecnológica, financiera y humana, que responde de manera eficiente y oportuna a diagnósticos y tratamientos en cualquiera de sus niveles de atención; contando con talento humano capacitado y actualizado, siguiendo procesos basados en protocolos de atención adaptados y adoptados en cada Institución. Esto favorece considerablemente la adherencia a tratamientos, previniendo complicaciones y aumentando los años de vida de la población. De igual manera, la coordinación sectorial y las alianzas estratégicas han permitido la eliminación de barreras de acceso para la atención.	2	2	2	2	2

Dimensiones PDSP	Componentes asociados a las competencias sectoriales	Áreas de observación	Descripción de las Tensiones cuando hayan sido superadas	Cuando la tensión haya sido superada en el futuro ¿cuáles serán sus valores?				Balance esperado
				I. Intensidad	C. (Cronicidad) Duración	Ip. Impacto	Ig. Ingobernabilidad social e Institucional (Debilidad Institucional)	
Dimensión Convivencia Social y Salud Mental	Factores de la salud mental y la convivencia.	Comportamientos individuales y colectivos para el cuidado de la salud mental y la convivencia social.	En el departamento de Cundinamarca, se ha implementado la Política de Salud Mental y prevención de Sustancias Psicoactivas y ahora las instituciones de salud cuentan con una red de servicios especializados facilitando el acceso, realizando acciones de promoción y prevención, priorizando atención ambulatoria, tratamiento y rehabilitación dentro del enfoque de gestión del riesgo, fortaleciendo la corresponsabilidad para lograr una comunidad resiliente y fortalecida para superar y afrontar de manera positiva las situaciones desencadenantes de episodios como suicidio y lesiones autoinflingidas, la disminución de las tasas de homicidio, suicidio, consumo de sustancias psicoactivas y violencia intrafamiliar.	2	2	2	2	2
		Factores protectores de la salud mental y la convivencia social en individuos y poblaciones con riesgos específicos.	Cundinamarca cuenta con un Plan Integral de prevención de oferta y demanda de Sustancias Psicoactivas logrando avances en la caracterización del consumo a partir de la identificación de factores de riesgo y protección, con participación de diferentes sectores, para fortalecer y mejorar la oferta institucional, implementar estrategias integrales en torno a la promoción, prevención, tratamiento y mitigación del consumo de sustancias psicoactivas procurando el desarrollo de habilidades y capacidades de los cundinamarqueños así como la restauración del tejido social.	2	2	2	2	2
Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional	Disponibilidad y acceso a los alimentos	Oferta de y acceso al grupo de alimentos prioritarios.	La implementación de la política departamental de seguridad alimentaria y nutricional, mejorar el acceso a los alimentos que se producen localmente, incrementar el consumo de frutas y verduras, promover la educación alimentaria y nutricional, fortalecer la lactancia materna y la actividad física diaria, lo cual nos ha llevado a disminuir la inseguridad alimentaria, las enfermedades transmitidas por alimentos, las enfermedades transmitidas por alimentos, la malnutrición (sobrepeso y obesidad) en los adultos y niños; logrando una mayor talla y reducción de los casos de muerte por y asociada a desnutrición en menores de 5 años.	2	3	1	1	1,75
	Consumo y aprovechamiento biológico de alimentos	Alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada. Aprovechamiento y utilización biológica de alimentos.	Los adecuados hábitos alimentarios, estilos de vida saludables (actividad física regular), la adecuada educación alimentaria de la población, vigilancia y control en el cumplimiento de la normatividad existente, el incremento del promedio de meses de la lactancia materna exclusiva, el inicio de alimentación complementaria adecuada después de los 6 meses de edad, el consumo de una alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada; ha disminuido las tasas de desnutrición infantil, muerte por desnutrición en menores de 5 años y retardo del crecimiento por la desnutrición crónica, así como Los adecuados hábitos alimentarios, estilos de vida saludables (actividad física regular), la adecuada educación alimentaria de la población, vigilancia y control en el cumplimiento de la normatividad existente, el incremento del promedio de meses de la lactancia materna exclusiva, el inicio de alimentación complementaria adecuada después de los 6 meses de edad, el consumo de una alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada; ha disminuido las tasas de desnutrición infantil, muerte por desnutrición en menores de 5 años y retardo del crecimiento por la desnutrición crónica, así como el sobrepeso y obesidad en adultos y en menores de 5 años. Además se fortalece el proceso de identificación oportuna de los niños con malnutrición, el desarrollo de la política pública de seguridad alimentaria 2015-2025 y la potencialización en el uso del suelo productivo del Departamento.	2	3	1	1	1,75
Dimensión sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos	Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva (SSR) desde un enfoque de derechos	Maternidad segura (atención preconcepcional, prenatal, del parto y del puerperio y la prevención del aborto inseguro).	El desarrollo de estrategias que propician el empoderamiento por parte de las gestantes, sus familias y las instituciones prestadoras de servicios de salud en la atención del embarazo, parto y puerperio, junto con la mejora en la calidad de los servicios, el cumplimiento de guías, protocolos de maternidad segura, VIH/sida e ITS, planificación familiar, control prenatal, parto humanizado y puerperio; han disminuido las tasas de morbilidad y la razón de mortalidad materna a 38,2.	1	1	3	1	1,5

Dimensiones PDSP	Componentes asociados a las competencias sectoriales	Áreas de observación	Descripción de las Tensiones cuando hayan sido superadas	Cuando la tensión haya sido superada en el futuro ¿cuáles serán sus valores?				Balance esperado
				I. Intensidad	C. (Cronicidad) Duración	Ip. Impacto	Ig. Ingobernabilidad social e Institucional (Debilidad Institucional)	
		Servicios integrales en Salud Sexual y Reproductiva para la población de adolescentes y jóvenes.	En Cundinamarca se promueven espacios y programas de empoderamiento, restablecimiento y garantía de los derechos sexuales y reproductivos en la población de adolescentes y jóvenes, lo cual se ve reflejado en la disminución de la proporción de embarazo adolescente a 18%; gracias a la articulación transectorial en el abordaje de este tema, la eliminación de las barreras de acceso a los servicios de salud, como pruebas rápidas de VIH/Sida y la generación de estrategias de promoción, prevención por medio de los servicios amigables en los entornos educativos.	1	1	3	1	1,5
		Atención integral a las víctimas de violencia de género y sexual.	En Cundinamarca se desarrollan espacios y programas de empoderamiento, restablecimiento y garantía de los derechos sexuales y reproductivos en la población de adolescentes y jóvenes; a través de la articulación transectorial, la eliminación de las barreras de acceso a los servicios de salud, la generación de estrategias de promoción, prevención por medio de los servicios amigables en los entornos educativos; logrando así la equidad de género, la igualdad de oportunidades y la disminución del embarazo adolescente al 18%.	1	1	3	2	1,75
Dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	Enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas.	Carga de enfermedades transmitidas por vía aérea y de contacto directo	En Cundinamarca se desarrollan proyectos de vivienda con condiciones adecuadas y con facilidades de adquisición, se ejecutan programas de educación para la prevención de las enfermedades transmitidas por vía aérea y de contacto directo. Se fortalecen los servicios de salud mediante alianzas público privadas para la atención integral, se cuenta con talento humano capacitado en la detección temprana del riesgo, manejo de guías y protocolos, suficiencia en la red prestadora de servicios de salud y de apoyo diagnóstico, mayor cobertura de aseguramiento, lo que disminuye la presencia de las enfermedades transmisibles	2	2	2	1	1,75
		Carga de enfermedades desatendidas.	Cundinamarca se cuenta con calidad de agua en las instituciones educativas y programas de prevención en el lavado de manos; se continúa implementando la terapia profiláctica para geohelmintiasis en escuelas públicas del departamento. Las viviendas cuentan con servicios básicos sanitarios, permitiendo reducir la presencia de las enfermedades desatendidas como la geohelmintiasis.	1	1	1	1	1
		Carga de enfermedades infecciosas por ETA y EDA.	Cundinamarca cuenta con agua potable, viviendas adecuadas, cobertura en saneamiento básico, así como una amplia red prestadora de servicios de salud y de apoyo diagnóstico, con talento humano capacitado en el manejo de emergencias, salas de rehidratación. La Autoridad Sanitaria realiza la Vigilancia Sanitaria y cuenta con un programa de capacitación fortalecido en control de factores de riesgo, relacionados con alimentos implementado en instituciones educativas, carcelarias y comerciales.	2	2	2	1	1,75
	Enfermedades inmunoprevenibles	Gestión integral del Plan Ampliado de Inmunizaciones.	En el departamento de Cundinamarca la baja capacidad de instituciones prestadoras de servicios hace que la población gestante acuda a instituciones fuera del departamento. Lo que explica las bajas coberturas en la aplicación del biológico BCG y Hepatitis B, Situación que es agravada por la presencia de los siguientes factores: las remisiones a hospitales de 3 nivel, la no contratación de las EAPBS con instituciones del departamento. Aunque cabe destacar que el territorio presenta coberturas óptimas de vacunación en los otros indicadores trazadores. Esta situación afecta principalmente a la población gestante en todos los municipios del departamento, pero los eventos se concentran principalmente en: los municipios frontera del departamento y del distrito capital, esta situación se viene presentando a través del tiempo ya que a nivel nacional se mide por dosis aplicada mas no por residencia alterando el cumplimiento en las Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos.	2	1	2	1	1,5
Condiciones y situaciones endemo-epidémicas	Carga de enfermedades transmitidas por vectores.	La toma de conciencia en la adaptación al cambio climático de la población y el fortalecimiento de la autoridad sanitaria de todos los sectores en el desarrollo de la estrategia contribuye a la disminución de nichos ecológicos y la presencia de enfermedades transmitidas por vectores, sumado al mejoramiento del manejo y producción de residuos, disminución la producción de desechos, crear lugares apropiados para la disposición de basuras.	2	2	2	2	2	

Dimensiones PDSP	Componentes asociados a las competencias sectoriales	Áreas de observación	Descripción de las Tensiones cuando hayan sido superadas	Cuando la tensión haya sido superada en el futuro ¿cuáles serán sus valores?				Balance esperado
				I. Intensidad	C. (Cronicidad) Duración	Ip. Impacto	Ig. Ingobernabilidad social e Institucional (Debilidad Institucional)	
		Atención integral de enfermedades transmitidas por vectores.	Cundinamarca cuenta con red de servicios de salud y de apoyo diagnóstico que brindan atención con oportunidad y calidad en la atención de los pacientes, el talento humano de salud se encuentra capacitado en la atención del riesgo ante enfermedades transmitidas por vectores, en el manejo de guías y protocolos disminuyendo la mortalidad ante estos eventos.	2	2	2	2	2
		Atención integral de enfermedades zoonóticas.	La tenencia responsable de animales de compañía ha disminuido los casos de agresión de caninos y felinos, sin embargo las estrategias en la prevención y control de enfermedades zoonóticas se realizan desde la Autoridad Sanitaria.	1	1	1	1	1
Dimensión Salud Pública en Emergencias y Desastres	Gestión integral de riesgos en emergencias y desastres	Información y conocimiento del riesgo en emergencias y desastres.	El Departamento de Cundinamarca tiene articulado e implementado el programa de gestión del riesgo para mitigar los efectos causados por las emergencias y desastres.	2	1	2	2	1,75
		Reducción del riesgo de desastres.	El Departamento ha reducido la accidentabilidad vial, a través del fortalecimiento en educación vial, continuidad en las campañas y jornadas de prevención, mejoramiento de las vías y puntos de control en las carreteras.	2	1	2	2	1,75
		Suministro seguro, oportuno y suficiente de sangre y componentes sanguíneos.	El hemocentro del departamento de Cundinamarca cubre la demanda de sangre y hemocomponentes de todas las instituciones públicas y privadas del Departamento. Cuenta con altos estándares de calidad con la implementación de pruebas NAT, lo que lo convierte en uno de los bancos de sangre del país con mayor seguridad en la producción de hemocomponentes en el país. Trabaja en conjunto con los hemocentros públicos y privados más grandes del país, mediante el programa de plasmáforésis permitiendo la producción de derivados plasmáticos que tienen un gran impacto en la reducción del costo de salud de esta terapia, en los pacientes de las diferentes IPS que lo requieran.	1	1	1	1	1
	Respuesta en salud ante situaciones de urgencia, emergencias en salud pública y desastres	Respuesta en salud ante situaciones de emergencias y desastres.	El Departamento cuenta con instituciones de servicios de salud de alta complejidad que permiten la atención oportuna y con calidad de las víctimas en el Departamento	1	1	1	1	1
Dimensión Salud y Ambito Laboral	Seguridad y salud en el trabajo	Poblaciones laborales en el sector formal e informal de la economía.	Cundinamarca aumentó la cobertura de programas de promoción de la salud, prevención de accidentes de trabajo y enfermedad laboral y vigilancia epidemiológica ocupacional para el sector formal e informal, fomentó el cumplimiento de la normas de Riesgos Laborales y Entornos Laborales Saludables, basados en la gestión transectorial y el análisis de la situación de salud de la carga de enfermedad por eventos de origen ocupacional, impactando positivamente el cuidado de la salud y la capacidad productiva de los trabajadores.	1	2	1	2	1,5
		Acceso al Sistema General de Riesgos Laborales.	Cundinamarca dispone del plan de desestimulo y erradicación como herramienta para la caracterización del trabajo infantil. Adicionalmente implementa acciones de mejoramiento de la calidad de la atención en salud en los eventos de origen laboral, a través de IPS Públicas y Privadas empoderadas en el adecuado manejo de eventos de origen laboral en articulación con el plan de intervenciones colectivas (población laboral informal) y las administradoras de riesgos laborales (población laboral formal).	1	2	2	2	1,75
	Situaciones prevalentes de origen laboral	Carga de enfermedad de origen laboral.	Cundinamarca cuenta con acciones de vigilancia epidemiológica ocupacional, a través de un sistema de vigilancia consolidado que se articula con el Sistema Único de Información en Salud del Departamento (SIUS) y el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), de igual forma cuenta con análisis de la situación de salud a profundidad (ASIS) de salud y ambito laboral con enfoque de determinantes y enfoque poblacional, en donde se incluye la carga de enfermedad y las condiciones de salud y trabajo de poblaciones laborales vulnerables como: vulnerables como: Personas con Discapacidad en edad productiva (alrededor de 18.824 en el departamento), Víctimas del Conflicto Armado, niños, niñas y adolescentes trabajadores el 7% de la población en estas etapas de vida, madres cabeza de familia, trabajadores gestantes no controladas, personas mayores, indígenas, trabajador rural disperso y personas privadas de la libertad.	1	2	2	2	1,75
Dimensión transversal gestión diferencial de poblaciones	Desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes	Desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes	En el departamento de Cundinamarca la población de niños, niñas y adolescentes tienen acceso a servicios de salud, educación, recreación y alimentación de calidad, favoreciendo su desarrollo integral; a través de la implementación de la estrategia de cero a siempre y el consejo de niños, niñas y adolescentes, se	1	2	2	1	1,5

Dimensiones PDSP	Componentes asociados a las competencias sectoriales	Áreas de observación	Descripción de las Tensiones cuando hayan sido superadas	Cuando la tensión haya sido superada en el futuro ¿cuáles serán sus valores?				Balance esperado
				I. Intensidad	C. (Cronicidad) Duración	Ip. Impacto	Ig. Ingobernabilidad social e Institucional (Debilidad Institucional)	
vulnerables			promueven los entornos institucionales y familiares protectores, el desarrollo psicomotor y el buen trato.					
	Envejecimiento y vejez	Envejecimiento y vejez	El departamento de Cundinamarca cuenta con oportunidades óptimas de salud, educación, seguridad y participación y propende por una cultura del envejecimiento activo y vejez, además de la implementación de criterios de atención integral que han mitigado el abandono social.	1	1	3	2	1,75
	Discapacidad	Discapacidad	El reconocimiento por parte del gobierno de las necesidades de la población en situación de discapacidad, la implementación de la Política Pública de discapacidad por cada uno de los sectores junto con la articulación entre los mismos, la adecuación de infraestructura, la oferta de servicios de salud, programas educativos y laborales con enfoque diferencial y el desarrollo de estrategias de inclusión social, garantizan el goce efectivo de los derechos de las personas en condición de discapacidad, sus familias y cuidadores en los 116 municipios, con un trabajo articulado entre entidades y la comunidad, mediante la participación de esta población, en los espacios de exigibilidad de derechos y oportunidades junto con la implementación de un sistema de identificación y caracterización.	1	1	3	2	1,75
	Víctimas del conflicto armado interno	Víctimas del conflicto armado interno	La articulación de las instituciones estatales a nivel nacional y territorial en la implementación de programas y proyectos con enfoque diferencial, la puesta en marcha servicios de salud y bienestar social encaminados a atender las demandas de la población víctima del conflicto armado de manera oportuna y con calidad, el fortalecimiento de las estrategias de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado (PAPSIVI), la ruta de atención en salud y acciones encaminadas a la participación social y la implementación de centros de escucha en veinte municipios priorizados; ha mejorado la atención psicosocial de las víctimas, su calidad de vida y el restablecimiento de sus derechos.	1	1	3	2	1,75
Dimensión transversal fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria	Estrategias para el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y sanitaria	Las buenas prácticas de la gestión institucional municipal y el ejercicio de la autoridad sanitaria desarrolladas en el departamento, han permitido una gestión integral del hacer y cumplir con las funciones esenciales en Salud Pública, que contempla aspectos de conducción en lo relacionado con la aplicabilidad de las políticas para el control de riesgos ambientales, la vigilancia epidemiológica, el apoyo del laboratorio y sistemas integrales que generan información veraz, oportuna y confiable imprescindible para el análisis de la situación que han influido en mejores resultados de los indicadores de salud de la población con reducción de las tasas de mortalidad infantil, materna y dengue, así como el control y seguimiento de accesibilidad al agua potable, orientadas al mejoramiento de la salud y el trabajo territorial generado a través de la intersectorialidad en las decisiones de los problemas ambientales aportando al desarrollo integral y sostenible y reduciendo las inequidades en las condiciones de salud de la población cundinamarquesa.	1	1	1	3	1,5
		Estrategias para garantizar el aseguramiento	La actualización de las bases de datos de afiliación a cargo del Ministerio y la implementación de mecanismos de vigilancia y control sobre el sistema de afiliación y el acceso a la prestación de servicios como comprador y con el resto de los aseguradores ha generado mejoría en el acceso efectivo a la prestación de servicios, disminuido el uso de otros mecanismos para hacer efectivos los derechos de los usuarios y redujo los sobrecostos al departamento como asegurador. A través de mecanismos de auditoría de los POS y lo NO incluido en el plan de beneficios, la retroalimentación de la respuesta de tutela tanto a los aseguradores como a los entes jurídicos, la vigilancia del aseguramiento y el acceso articulado con la política de atención integral en salud, mejorando así el acceso, la continuidad en los tratamientos y reducción en la morbilidad de la población.					0
		Estrategias para garantizar la provisión adecuada servicios de salud	El cumplimiento por parte de los prestadores, EAPB y los municipios, aunado al compromiso de la gestión institucional en la implementación de las políticas y/o lineamientos del ente territorial disminuye los riesgos en el acceso, la seguridad, continuidad y oportunidad en la prestación de los servicios de salud de los 116 municipios. Mejorando las competencias del talento humano y articulando los diferentes sub procesos de la Secretaría de Salud de Cundinamarca, con la implementación de un sistema de información unificado, adoptando los cambios normativos y	1	1	2	1	1,25

Dimensiones PDSP	Componentes asociados a las competencias sectoriales	Áreas de observación	Descripción de las Tensiones cuando hayan sido superadas	Cuando la tensión haya sido superada en el futuro ¿cuáles serán sus valores?			Balance esperado
				I. Intensidad	C. (Cronicidad) Duración	Ip. Impacto (g. ingobernabilidad social e institucional) (Debilidad Institucional)	
			aumentando la resolutivez y capacidad técnica como autoridad sanitaria en las intervenciones oportunas de asistencia técnica, inspección, vigilancia, control, aseguramiento, han mitigado el riesgo de la atención en salud y la permanencia de riesgos evitables especialmente en la morbilidad infantil y materna.				(+C+ip+lg)+4

Fuente: matriz de priorización de tensiones según la metodología PASE a la equidad en salud.

9.2. VENTAJAS Y OPORTUNIDADES

9.2.1. VENTAJAS DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA

1. Recurso hídrico
2. Por ubicación y características geográficas, cuenta con todos los pisos térmicos y climas, que varían desde el cálido, en el valle del río Magdalena y el piedemonte de los Llanos Orientales, hasta el páramo del Sumapaz.
3. Diversidad y riqueza de recursos naturales
4. Diversidad climática que permite mayores niveles de producción y variedad de productos agrícolas y pecuarios para el consumo.
5. Conectividad en los 116 municipios del Departamento
6. Riqueza minera
7. Presencia del sector salud en los 116 municipios

9.2.2. OPORTUNIDADES DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA

1. Ecosistemas Estratégicos para el abastecimiento de agua y para el fortalecimiento de la oferta turística
2. Principales corredores de carga y pasajeros y mejoramiento de la infraestructura vial de conectividad.
3. Mercado de bienes y servicios más grande del país.
4. Conexión con los principales corredores económicos del país/continente

5. Alta capacidad de auto-abastecimiento
6. Diversidad para la producción agropecuaria.
7. Cundinamarca hace parte de la Región Administrativa y Planeación Especial Región Centro - Oriente (RAPE).
8. Cundinamarca alberga 16 de las 104 zonas francas del país con potencial para su ampliación.
9. Aprovechamiento de los atractivos culturales (Patrimonio cultural), históricos y turísticos (Turismo Religioso y Ecoturismo) dada la cercanía a Bogotá.
10. Tren de cercanías como solución para la movilidad de la región, en la medida de que haga parte de un sistema de movilidad regional.
11. Presencia importante de entidades financieras en todo el territorio que contribuye a la competitividad del departamento.
12. Fortalecimiento en IPS y grado de complejidad de servicios ofrecidos por la Red de IPS del Departamento
13. Participación importante de la industria, el sector agropecuario y los servicios financieros y sociales como principales generadores de empleo.
14. Implementación del Modelo de Gestión de Salud que articula la atención y prestación de servicios de salud a través de la consolidación de la estrategia de Atención Primaria en Salud.

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

A partir del Análisis de Situación de Salud, la priorización de la EAPBS, la configuración y priorización en salud (metáfora deseada, ejes estructurantes, tensiones transformadas) y las ventajas y oportunidades, para dar paso a la elaboración al componente estratégico de mediano plazo del plan territorial de salud, obteniendo la visión, objetivos estratégicos del Plan Territorial de Salud y los resultados.

10.1. VISION

Cundinamarca en el **2021** se posicionará como departamento **rector y articulador** de todos los actores, sectores y territorios con el fin de brindar servicios de salud de forma integral, continua y humana desde las estrategias de Atención Primaria en Salud y Gestión del Riesgo, que garantice en el tiempo **bien-estar, equidad social y paz** que redunde en la **felicidad** de los cundinamarqueses.

10.2. OBJETIVOS ESTRATEGICOS (Desafíos/Prioridades)

10.2.1. OBJETIVOS ESTRATEGICOS PDSP

Según el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, se plantearon los siguientes objetivos estratégicos, a) Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud, b) Mejorar las condiciones de vida y salud de la población y c) Lograr cero tolerancia frente a la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables.

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). Siguiendo a la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud: La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los mismos, están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno “natural”, sino el resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política. (OMS, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2009) En nuestro país persisten grandes inequidades sociales, culturales, económicas, políticas y ambientales (Organización Panamericana de la Salud, 2010), que afectan las condiciones de vida en las cuales las personas nacen, crecen, se desarrollan y envejecen, e impactan la situación de salud de los individuos; en consecuencia, se puede concluir que el camino más efectivo para lograr resultados en salud es generar acciones que eliminen las desigualdades improcedentes, injustas y evitables, que favorezcan el desarrollo humano sostenible y la calidad de vida (Bigelow & Mac Farland, 1991). Estos resultados se dan con la acción transectorial, a través del planteamiento “salud en todas las políticas”, y el abordaje de los determinantes que pueden ser transformados para mejorar la salud y que están siendo controlados por

políticas de salud y de otros sectores (OMS, 2010). Finalmente, es fundamental resaltar que la equidad en salud comprende mucho más que el acceso a los servicios o atención en salud; el análisis y confrontamiento de las inequidades en salud presupone reconocer que subyacen profundos desequilibrios generados por las formas de organización de la sociedad y la desigual distribución del poder, el prestigio y los recursos entre los diferentes grupos sociales (OMS, 2010).

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. La calidad de vida se explica mediante la combinación de las condiciones de vida que se poseen y la satisfacción con la vida que las personas experimentan (Ladesman, 1986) (Bigelow y Mac Farland, 1991). El primer componente hace referencia a tener los medios o condiciones necesarios para la satisfacción de las necesidades humanas; y el segundo, a estar o sentir agrado o bienestar, en el plano físico y psíquico. Las desigualdades en la sociedad limitan las posibilidades de desarrollo y de gozar de buena salud en todas las etapas del ciclo de vida (GranthamMcGregor, 2007). Es por esto que frente a estas diferencias injustas que determinan el grado de desarrollo social y la salud de las personas, el Estado debe garantizar una respuesta equitativa que garantice unas condiciones de vida que favorezcan el desarrollo humano. En el contexto social de la Constitución Política de 1991, Colombia plantea en su perspectiva de visión de sociedad: [...] una sociedad con igualdad de oportunidades y con movilidad social, en la que nacer en condiciones desventajosas no signifique perpetuar dichas condiciones a lo largo de la vida, sino en la que el Estado acude eficazmente para garantizar que cada colombiano tenga acceso a las herramientas fundamentales que le permitirán labrar su propio destino, independientemente de su género, etnia, posición social, orientación sexual, identidad de género o lugar de origen. (Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, capítulo IV, Igualdad de oportunidades para la prosperidad 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 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). Entre los daños en salud existe una proporción de mortalidad, morbilidad y discapacidad que puede clasificarse como evitable, teniendo en cuenta la existencia de los servicios de salud y la tecnología necesaria, de modo que su presencia significa fallas en el proceso de atención; estos daños en salud evitables persisten, a pesar de la tendencia creciente en los últimos veinte años de asumir el enfoque preventivo y anticipatorio, desarrollando servicios que previenen enfermedades y mantienen la salud, además de los tradicionales, cuyo objetivo es recuperarla o restituirla. La equidad sanitaria se refiere a la ausencia de diferencias en el acceso, uso y calidad en la atención de los servicios de salud poblacional (equidad horizontal), y a la presencia de servicios diferenciales mediante la adaptación inteligente del acceso, uso y estándares de los servicios, en función de las desigualdades de las personas y de los colectivos con desventaja social en salud (equidad vertical). En los dos casos, la percepción de los usuarios y la evaluación de resultados en salud son fundamentales para validar la igualdad en ambas direcciones de la equidad sanitaria. De acuerdo con los anteriores lineamientos, el PDSP 2012-2021 imparte las políticas para que todos los actores corresponsables del sistema de salud.

10.2.2. OBJETIVOS ESTRATEGICOS PLAN TERRITORIAL EN SALUD CUNDINAMARCA

En concordancia con el Plan de Desarrollo Departamental “Unidos podemos más”, la secretaria de salud, construyó los objetivos estratégicos para el Plan Territorial de Salud Departamental, obteniendo el siguiente resultado:

Objetivo 1. Disminuir el impacto negativo generado en la salud de los cundinamarqueses mediante el mejoramiento de las condiciones de vida, a través de la inclusión de buenas prácticas productivas, haciendo efectiva la vigilancia y el control por parte de la autoridad ambiental, sanitaria y demás entidades de control, fomentando los entornos de vida saludables, mejorando la calidad y uso del agua, suelo, aire para lograr la **sostenibilidad ambiental**, aumentado la cobertura y calidad de los servicios de acueducto y saneamiento básico con especial énfasis en las áreas rurales, incrementando espacios de recreación y cultura, mejorando la malla vial y protegiendo las fuentes hídricas del departamento.

Objetivo 2. Mejorar las condiciones para el goce efectivo del derecho a la salud, a través del fomento de la **Autonomía** en individuos y colectividades, el empoderamiento de los cundinamarqueses en torno a su **identidad cultural** mediante la implementación de un modelo integral de atención en salud basado en **Atención Primaria de Salud Resolutiva –APS-** que promocióne la cultura del autocuidado y cuidado por los demás, como rutina de vida, con el fortalecimiento de las actitudes y hábitos de vida saludables, la detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento y mitigación oportunos, que posibiliten la disminución de la morbilidad, mortalidad y las discapacidades evitables con criterios de equidad y énfasis en la población más vulnerable, para el **bien-estar y felicidad** en los cundinamarqueses.

Objetivo 3. Fortalecer a la población en el **ejercicio de sus derechos y deberes** individuales, familiares, laborales y comunitarios, mediante la ejecución exitosa de las **políticas públicas para la gobernanza**, con especial énfasis en el aumento de la oferta y calidad de los servicios de bienestar social, la seguridad alimentaria y nutricional, la salud mental y la convivencia social.

Objetivo 4. Fortalecer la **rectoría en salud** a través de la gestión institucional implementando políticas departamentales con la participación de los actores del sistema y la corresponsabilidad de las Empresas Sociales del Estado –ESE-, las Entidades Promotoras de Salud –EPS- y demás Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB- en articulación con los prestadores de servicios de salud, **bajo la coordinación de la Entidad Territorial**, con la finalidad de garantizar el acceso a la prestación de los servicios de salud con calidad para fomentar la **Promoción de la Salud, la Gestión del Riesgo y la Gestión de la Salud Pública** de los cundinamarqueses.

10.3. RESULTADOS (Metas sanitarias de Dimensión o Resultado) (Anexo tabla 9)

En el proceso de construcción del Plan Departamental de Desarrollo en conjunto con el Plan Territorial de salud, se identificaron y priorizaron metas y productos para el cuatrienio, es así que, la Secretaría de Salud es directamente responsable de 71 metas (incluidas las de resultado como las de producto), que aportará al cumplimiento de los objetivos y metas sanitarias, que se presentan en la tabla 10.

Tabla 10. Resumen de la cadena de valor público en salud: Objetivos y metas sanitarias de dimensión (resultado), Cundinamarca, 2016 – 2020.

Transformaciones esperadas de las tensiones	Objetivo Sanitario de Dimensión o componente	Meta Sanitaria de Dimensión o componente	Línea de base en el 2015	Valor esperado cuatrienio
En Cundinamarca se desarrollan proyectos de vivienda con condiciones adecuadas y con facilidades de adquisición, se ejecutan programas de educación para la prevención de las enfermedades transmitidas por vía aérea y de contacto directo. Se fortalecen los servicios de salud mediante alianzas público privadas para la atención integral, se cuenta con talento humano capacitado en la detección temprana del riesgo, manejo de guías y protocolos, suficiencia en la red prestadora de servicios de salud y de apoyo diagnóstico, mayor cobertura de aseguramiento, lo que disminuye la presencia de las enfermedades transmisibles	Disminuir la mortalidad por mycobacterias.	1. Disminuir mortalidad por mycobacterias a 1,66 x 100,000 habitantes	2,1	1,66
	Reducir los casos de tuberculosis.	2. Aumentar a 86 el porcentaje del éxito terapéutico en personas con tuberculosis pulmonar en casos nuevos TB BK positivos	84	86
	Reducir la discapacidad por enfermedad de Hansen.	3. Disminuir la discapacidad severa grado 2 por Enfermedad de Hansen entre los casos nuevos, hasta llegar a una tasa de 0.58 casos por 1.000.000 habitantes.	0,74	0,58
Cundinamarca aumentó la cobertura de programas de promoción de la salud, prevención de accidentes de trabajo y enfermedad laboral y vigilancia epidemiológica ocupacional para el sector formal e informal, fomentó el cumplimiento de la normas de Riesgos Laborales y Entornos Laborales Saludables, basados en la gestión transectorial y el análisis de la situación de salud de la carga de enfermedad por eventos de origen ocupacional, impactando positivamente el cuidado de la salud y la capacidad productiva de los trabajadores.	Promover entornos laborales saludables.	4. Aumentar la cobertura en 7 municipios con la implementación de "Entornos Laborales Saludables" manteniendo los existentes, basados en el fomento de la seguridad y salud de los trabajadores para la prevención de enfermedades laborales y accidentes de trabajo.	53	60
Cundinamarca contará con una política de Salud Ambiental, con programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con alto impacto, lo que favorece la reducción de la morbimortalidad por enfermedades transmisibles.	Implementar la política integral de salud ambiental (PISA)	5. Implementar el 100% del plan de acción de la política integral de salud ambiental (PISA) para el departamento de Cundinamarca.	0	100%
	Fortalecer las acciones de inspección vigilancia y control.	6. Realizar en los municipios categoría 4,5 y 6 acciones de Inspección Sanitaria a los establecimientos comerciales e institucionales susceptibles de I.V.C., y demás actividades sanitarias que demande la comunidad, según lo establecido en la Ley 715 de 2001.	103	102
	Fortalecer las acciones de inspección vigilancia y control.	7. Aumentar al 60% en el cuatrienio, las acciones de promoción, prevención y Vigilancia y Control, de establecimientos y sujetos susceptibles de intervención sanitaria en lo relacionado a la línea de seguridadquímica	30	30
Cundinamarca cuenta con red de servicios de salud y de apoyo diagnóstico que brindan atención con oportunidad y calidad en la atención de los pacientes, el talento humano de salud se encuentra capacitado en la atención del riesgo ante enfermedades transmitidas por vectores, en el manejo de guías y protocolos disminuyendo la mortalidad ante estos eventos.	Reducir las enfermedades transmitidas por vectores.	8. Mantener en el cuatrienio los índices de infestación Aédicos por debajo de 10	7,6	10
Cundinamarca cuenta con un Plan Integral de prevención de oferta y demanda de Sustancias Psicoactivas logrando avances en la caracterización del consumo a partir de la identificación de factores de riesgo y protección, con participación de diferentes sectores, para fortalecer y mejorar la oferta institucional, implementar estrategias integrales en torno a la promoción, prevención, tratamiento y mitigación del consumo de sustancias psicoactivas procurando el desarrollo de habilidades y capacidades de los cundinamarqueses así como la restauración del tejido social.	Reducir el consumo de sustancias psicoactivas.	9. Implementar programas de promoción, prevención y mitigación del consumo de sustancias psicoactivas en 20 municipios del dpto. Dirigido a adolescentes.	0	20
Cundinamarca cuenta con agua potable, viviendas adecuadas, cobertura en saneamiento básico, así como una amplia red prestadora de servicios de salud y de apoyo diagnóstico, con talento humano capacitado en el manejo de emergencias, salas de rehidratación. La Autoridad Sanitaria realiza la Vigilancia Sanitaria y cuenta con un programa de capacitación fortalecido en control de factores de riesgo, relacionados con alimentos implementado en instituciones educativas, carcelarias y comerciales.	Fortalecer las acciones de inspección vigilancia y control.	10. Aumentar al 78% en el cuatrienio, las Acciones de promoción y prevención referentes, atención a los eventos de Salud Pública, así como la Vigilancia y Control de los sujetos y establecimientos de preparación y consumo susceptibles de Intervención Sanitaria en la línea de Seguridad Alimentaria.	59	78

Transformaciones esperadas de las tensiones	Objetivo Sanitario de Dimensión o componente	Meta Sanitaria de Dimensión o componente	Línea de base en el 2015	Valor esperado cuatrienio
Cundinamarca cuenta con agua potable, viviendas adecuadas, cobertura en saneamiento básico, así como una amplia red prestadora de servicios de salud y de apoyo diagnóstico, con talento humano capacitado en el manejo de emergencias, salas de rehidratación. La Autoridad Sanitaria realiza la Vigilancia Sanitaria y cuenta con un programa de capacitación fortalecido en control de factores de riesgo, relacionados con alimentos implementado en instituciones educativas, carcelarias y comerciales.	Fortalecer las acciones de inspección, vigilancia y control.	11. Incrementar del 75,6 a 86 puntos el índice de gobierno abierto IGA, al finalizar el cuatrienio.	75.6	86
El cumplimiento por parte de los prestadores, EAPB y los municipios, aunado al compromiso de la gestión institucional en la implementación de las políticas y/o lineamientos del ente territorial disminuye los riesgos en el acceso, la seguridad, continuidad y oportunidad en la prestación de los servicios de salud de los 116 municipios. Mejorando las competencias del talento humano y articulando los diferentes sub procesos de la Secretaría de Salud de Cundinamarca, con la implementación de un sistema de información unificado, adoptando los cambios normativos y aumentando la resolutiveidad y capacidad técnica como autoridad sanitaria en las intervenciones oportunas de asistencia técnica, inspección, vigilancia, control, aseguramiento, han mitigado el riesgo de la atención en salud y la permanencia de riesgos evitables especialmente en la morbilidad infantil y materna.	Implementar la estrategia de atención primaria en salud.	12. Implementar la atención primaria en salud como estrategia para el desarrollo del plan de intervenciones colectivas del departamento de Cundinamarca en 15 territorios definidos.	15	15
	Aumentar la cobertura de aseguramiento a la población del departamento.	13. Mantener la cobertura al 100% de la población a cargo del departamento que demanda servicios de salud.	100	100
	Garantizar el acceso a la prestación de servicios.	14. Cubrir al 100% la provisión de los servicios de salud de la población a cargo del departamento.	100	100
	Mejorar las acciones de inspección, vigilancia y control a cargo del departamento.	15. Implementar un sistema articulado de vigilancia y control en salud pública, que permita coordinar las aseguradoras y prestadores de servicios en salud en el departamento de Cundinamarca.	0	1
	Garantizar el acceso a la prestación de servicios.	16. Verificar el acceso efectivo del usuario del régimen subsidiado y la PPNA a la prestación del servicio en los 116 municipios mediante las auditorías realizadas.	80	100
	Articular la red pública de prestadores de servicios del departamento.	17. Lograr la integración al 100% de la red pública de prestadores de servicios de salud en el contexto del modelo integral de atención en salud del departamento de Cundinamarca durante el cuatrienio	0	100
	Apoyar financieramente las ESE y EAPB del departamento.	18. Apoyar la gestión del 100% de empresas sociales del estado y la EAPB Convida de acuerdo a los resultados obtenidos en la red integrada de servicios de salud en el marco de la atención primaria en salud	Encuesta de satisfacción Cliente Interno: Año 2015 66%, Cliente Externo: Año 2015 74% 100% colaboradores formados en Profesionales de Servicio Superior, evaluados el 70% - 21 hospitales con evaluación basada en la guía de observación del Departamento de Cundinamarca, basada en la de MINSALUD	
Apoyar financieramente la ESE Mario Gaitán Yanguas.	19. Apoyar la gestión de la empresa social del estado Mario Gaitán Yanguas de acuerdo a los resultados obtenidos en la red integrada de servicios de salud en el marco de la atención primaria en salud		0	100
El cumplimiento por parte de los prestadores, EAPB y los municipios, aunado al compromiso de la gestión institucional en la implementación de las políticas y/o lineamientos del ente territorial disminuye los riesgos en el acceso, la seguridad, continuidad y oportunidad en la prestación de los servicios de salud de los 116 municipios. Mejorando las competencias del talento humano y articulando los diferentes sub procesos de la Secretaría de Salud de Cundinamarca, con la implementación de un sistema de información unificado, adoptando los cambios normativos y aumentando la resolutiveidad y capacidad técnica como autoridad sanitaria en las intervenciones oportunas de asistencia técnica, inspección, vigilancia, control, aseguramiento, han mitigado el riesgo de la atención en salud y la permanencia de riesgos evitables especialmente en la morbilidad infantil y materna.	Promover la humanización del servicio.	20. Estandarizar un programa de humanización en la prestación del servicio de salud en Cundinamarca bajo los lineamientos del Minsalud apoyado en el sistema de gestión de calidad.	0	100
	Reducir la razón de mortalidad materna en Cundinamarca	21. Reducir a 38,2 la razón de mortalidad materna en Cundinamarca	40,2	38,2
	Mejorar la calidad de la atención de la red de prestadores de servicios de salud.	22. Implementar el plan departamental de mejoramiento de la calidad en el 100% de la red de prestadores de servicios de salud en Cundinamarca.	0	100
	Fortalecer las acciones de inspección, vigilancia y control.	23. Aumentar, al 100% la notificación semanal de las unidades notificadoras municipales del Departamento como parte del desarrollo de las acciones competentes de vigilancia en salud pública.	0	100

Transformaciones esperadas de las tensiones	Objetivo Sanitario de Dimensión o componente	Meta Sanitaria de Dimensión o componente	Línea de base en el 2015	Valor esperado cuatrienio
	Fortalecer las acciones de inspección vigilancia y control.	24. Realizar las acciones de vigilancia y control en el 100% de los sujetos objeto como: prestadores de servicios de salud, establecimientos farmacéuticos, tiendas naturistas y municipios de la jurisdicción del departamento de cundinamarca.	100	100
	Aumentar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.	25. Incrementar del 80% al 85% el índice de satisfacción de los usuarios de la gobernación de Cundinamarca durante el cuatrienio.	80	85
	Mejorar las competencias técnicas de los entes municipales y el departamento.	26. Respalda el proceso de planeación estratégica en el 100% de las entidades (116 municipios, la red pública de prestación de servicios y la secretaría de salud) en el marco del sistema integrado de gestión y control del departamento	0	100
	Implementar la política del manejo de información en el sector salud.	27. Al finalizar el cuatrienio, el 50% de los sectores de inversión dispondrán de información geoespacial y estadística en la plataforma única del Sistema de Información Geográfica Regional.	0	50
	Implementar la política del manejo de información en el sector salud.	28. Implementar en el 50% el plan de acción de la política pública del manejo de la información en el sector salud de Cundinamarca, como herramienta de soporte en la toma de decisiones inteligentes e informadas.	0	50
El Departamento cuenta con instituciones de servicios de salud de alta complejidad que permiten la atención oportuna y con calidad de las víctimas en el Departamento	Responder a las emergencias en salud y desastres en el Departamento, en articulación con la unidad de gestión del riesgo.	29. Responder al 100% de las emergencias en salud y desastres con oportunidad en articulación con la unidad administrativa especial para la gestión del riesgo en desastres	0	Emergencias víctimas de 1 a 10 max 6 horas - emergencias víctimas mas de 10 max 12 hora - desastres max 48 horas
	Responder en salud ante las emergencias y desastres.	30. Coordinar al 100% con la Red de Urgencias departamental la atención oportuna a las afectaciones de salud producidas en situaciones de emergencias y desastres.	100	100
El Departamento de Cundinamarca tiene articulado e implementado el programa de gestión del riesgo para mitigar los efectos causados por las emergencias y desastres.	Responder en salud ante las emergencias y desastres.	31. Implementar en el 10% de las IPS públicas del Departameto el programa de Hospital Seguro.	0	10
El departamento de Cundinamarca cuenta con oportunidades óptimas de salud, educación, seguridad y participación y propende por una cultura del envejecimiento activo y vejez, además de la implementación de criterios de atención integral que han mitigado el abandono social.	Aumentar la inclusión de las personas mayores a los programas de actividad física, recreación y hábitos saludables.	32. Fortalecer el proceso vital de 100% de las personas mayores a través de la inclusión de programas de actividad física, recreación y hábitos de vida saludable	0	100
	Fomentar la atención integral para personas mayores.	33. Implementar en los 116 municipios del departamento los criterios de atención integral (basados en la ley 1276 de 2009) en los centros de promoción y protección social que prestan servicios a las personas mayores.	0	116
El desarrollo de estrategias que propician el empoderamiento por parte de las gestantes, sus familias y las instituciones prestadoras de servicios de salud en la atención del embarazo, parto y puerperio, junto con la mejora en la calidad de los servicios, el cumplimiento de guías, protocolos de maternidad segura, VIH/sida e ITS, planificación familiar, control prenatal, parto humanizado y puerperio; han disminuido las tasas de morbilidad, la razón de mortalidad materna y bajo peso al nacer.	Disminuir la mortalidad evitable por y asociada a desnutrición en menores de 5 años.	34. Reducir a 2 por 100.000 NV la mortalidad evitable por y asociada a desnutrición en menores de 5 años	2,48	2
	Reducir el bajo peso al nacer.	35. Reducir un punto porcentual el bajo Peso al Nacer	11	10
	Garantizar la maternidad segura.	36. Implementar en las 15 cabeceras provinciales la ruta de atención integral para la maternidad segura, saludable y feliz.	0	15
	Reducir la transmisión materno - infantil de VIH.	37. Mantener debajo del 2%el porcentaje de transmisión materno infantil del VIH, sobre el numero de niños expuestos	0,14%	<2



Transformaciones esperadas de las tensiones	Objetivo Sanitario de Dimensión o componente	Meta Sanitaria de Dimensión o componente	Línea de base en el 2015	Valor esperado cuatrienio
El reconocimiento por parte del gobierno de las necesidades de la población en situación de discapacidad, la implementación de la Política Pública de discapacidad por cada uno de los sectores junto con la articulación entre los mismos, la adecuación de infraestructura, la oferta de servicios de salud, programas educativos y laborales con enfoque diferencial y el desarrollo de estrategias de inclusión social, garantizan el goce efectivo de los derechos de las personas en condición de discapacidad, sus familias y cuidadores en los 116 municipios, con un trabajo articulado entre entidades y la comunidad, mediante la participación de esta población, en los espacios de exigibilidad de derechos y oportunidades junto con la implementación de un sistema de identificación y caracterización.	Fomentar la atención integral para personas mayores.	38. Implementar en los 116 municipios del departamento la política pública para la inclusión de las personas con discapacidad durante el periodo de gobierno	0	116
	Fomentar la atención integral para personas mayores.	39. Potencializar habilidades y destrezas a 6.000 personas con discapacidad como usuarios de programas de salud, nutrición atención y protección.	1366	6000
En Cundinamarca se promueven espacios y programas de empoderamiento, reestablecimiento y garantía de los derechos sexuales y reproductivos en la población de adolescentes y jóvenes, lo cual se ve reflejado en la disminución de la proporción de embarazo adolescente; gracias a la articulación transectorial en el abordaje de este tema, la eliminación de las barreras de acceso a los servicios de salud, como pruebas rápidas de VIH/Sida y la generación de estrategias de promoción, prevención por medio de los servicios amigables en los entornos educativos.	Promover la equidad de género en las mujeres.	40. Implementar el 100% del Plan de acción del componente de Salud de la Política Pública " Mujer Equidad de Género e Igualdad de Oportunidades del Departamento de Cundinamarca".	0	1
	Disminuir el embarazo en adolescentes entre los 10 y 19 años.	41. Disminuir a 18 la proporción de adolescentes alguna vez madres o actualmente embarazadas entre los 10 y 19 años.	19,9	18
	Asegurar los derechos de menores de 15 años en embarazo.	42. Notificar el 100% de las situaciones de embarazo en menores de 15 años identificadas y las acciones para el inmediato restablecimiento de sus derechos, en el marco de cero tolerancia.	0	100
	Mejorar el acceso de los adolescentes a los servicios amigables.	43. Implementar 4 Servicios Amigables de salud (SAS) de manera transectorial para adolescentes y jóvenes en espacios educativos y mejorar la calidad y cobertura de los SAS en los 37 municipios.	37	41
	Mejorar el acceso de los adolescentes a los servicios amigables.	44. Implementar la estrategia "Adolescente piensa y actúa positivamente" en 10 municipios priorizados para fomentar habilidades hacia la construcción de un proyecto de vida para la toma de decisiones acertadas en los adolescentes.	0	10
En Cundinamarca, especialmente en las provincias de Magdalena Centro, Rionegro, Guavio, Gualiva, Alto y Bajo Magdalena, los hábitos de higiene bucal son una rutina diaria apropiada en la comunidad, gracias a la oferta y demanda efectiva de los servicios y programas de promoción y prevención en salud bucal en las áreas rurales y centros poblados. La Autoridad Sanitaria continua realizando acciones de abogacía, rectoría, conducción y gestión de la salud pública, logrando así la reducción de la presencia de caries y pérdida dental.	Mejorar la salud bucal de los Cundinamarqueses	45. A 2021, incrementar en el 10% la población del departamento sin caries, con énfasis en la primera infancia, niñez	0	10
	Desarrollar en la población educación y promoción de hábitos higienicos en salud bucal	46. Reeducar al 70% de padres cuidadores y primera infancia en técnica de cepillado, alimentación saludable, promoción de la lactancia materna, cuidado del primer molar y deberes y derechos en Salud.	0	70
En el departamento de Cundinamarca la baja capacidad de instituciones prestadoras de servicios hace que la población gestante acuda a instituciones fuera del departamento Lo que explica las bajas	Disminuir la tasa de mortalidad infantil.	47. Disminuir a 8/1000 nacidos vivos la tasa de mortalidad infantil Departamental, en coordinación con los otros sectores de la administración Departamental	8,7	8

Transformaciones esperadas de las tensiones	Objetivo Sanitario de Dimensión o componente	Meta Sanitaria de Dimensión o componente	Línea de base en el 2015	Valor esperado cuatrienio
coberturas en la aplicación del biológico BCG y Hepatitis B. Situación que es agravada por la presencia de los siguiente factores: las remisiones a hospitales de tercer nivel, la no contratación de las EAPBS con instituciones del departamento. Aunque cabe destacar que el territorio presenta coberturas óptimas de vacunación en los otros indicadores trazadores. Esta situación afecta principalmente a la población gestante en todos los municipios del departamento, pero los eventos se concentran principalmente en: los municipios frontera del departamento y del distrito capital, esta situación se viene presentando a través del tiempo ya que a nivel nacional se mide por dosis aplicada mas no por residencia alterando el cumplimiento en las Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos	Reducir las enfermedades inmunoprevenibles.	48. Mantener la cobertura del 95% en los inmunobiológicos que hacen parte del esquema nacional, en las poblaciones objeto en Cundinamarca.	95	95
En el departamento de Cundinamarca la población de niños, niñas y adolescentes tienen acceso a servicios de salud, educación, recreación y alimentación de calidad, favoreciendo su desarrollo integral; a través de la implementación de la estrategia de cero a siempre y el consejo de niños, niñas y adolescentes, se promueven los entornos institucionales y familiares protectores, el desarrollo psicomotor y el buen trato.	Disminuir la tasa de mortalidad en menores de 5 años.	49. Disminuir a 9/1000 nacidos vivos la tasa de mortalidad Departamental en menores de 5 años, en coordinación con los otros sectores de la administración Departamental	9,6	9
	Promover el desarrollo de niños y niñas durante la primera infancia.	50. Implementar en 36 municipios las acciones de política de Cero a Siempre para la atención integral a la primera infancia en las competencias del sector salud.	10	36
	Reducir las afectaciones de las Infecciones Respiratorias Agudas	51. Implementar el programa de prevención, manejo y control de las Infecciones Respiratorias Aguda en 53 municipios priorizados.	0	53
En el departamento de Cundinamarca las empresas productoras brindan la información en el uso, expendio y manejo de sustancias químicas tóxicas usadas principalmente en el sector industrial, agrícola y pecuario y en menor proporción para el uso en el sector doméstico. Lo que explica la disminución de intoxicaciones, enfermedades crónicas terminales, malformaciones fetales, mortalidad y el control de la contaminación en las fuentes hídricas. La secretaria de salud realiza actividades de: atención de emergencias sanitarias, capacitación y asistencia técnica a las autoridades sanitarias municipales categorías 1ª 2ª, 3ª, visitas de Inspección Sanitaria IVC, a los establecimientos comerciales dedicados al procesamiento de sustancias químicas potencialmente tóxicas.	Evaluar la calidad del agua.	52. Elaborar 25 mapas de riesgo de fuentes de abastecimiento de los sistemas de acueducto ubicados en la jurisdicción de los municipios Cuenca del río Bogotá de responsabilidad Departamental	0	25
En el departamento de Cundinamarca, se ha implementado la Política de Salud Mental y prevención de Sustancias Psicoactivas y ahora las instituciones de salud cuentan con una red de servicios especializados facilitando el acceso, realizando acciones de promoción y prevención, priorizando atención ambulatoria, tratamiento y rehabilitación dentro del enfoque de gestión del riesgo, fortaleciendo la corresponsabilidad para lograr una comunidad resiliente y fortalecida para superar y afrontar de manera positiva las situaciones desencadenantes de episodios como suicidio y lesiones autoinflingidas, la disminución de las tasas de homicidio, suicidio, consumo de sustancias psicoactivas y violencia intrafamiliar.	Implementar la política de salud mental.	53. Adoptar y adaptar el 100% de la política de salud mental y sustancia psicoactivas - spa departamental, conforme a los lineamientos y desarrollos técnicos definidos por el ministerio de salud y protección social	0	100
En el departamento la calidad de agua para consumo humano, mantendrá las coberturas urbanas en 98,65% y aumentará al 58% la cobertura rural.	Evaluar la calidad del agua.	54. Garantizar el 100% la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano de todos los acueductos inscritos en el departamento	100	100

Transformaciones esperadas de las tensiones	Objetivo Sanitario de Dimensión o componente	Meta Sanitaria de Dimensión o componente	Línea de base en el 2015	Valor esperado cuatrienio
La actualización de las bases de datos de afiliación a cargo del Ministerio y la implementación de mecanismos de vigilancia y control sobre el sistema de afiliación y el acceso a la prestación de servicios como comprador y con el resto de los aseguradores ha generado mejoría en el acceso efectivo a la prestación de servicios, disminuido el uso de otros mecanismos para hacer efectivos los derechos de los usuarios y redujo los sobrecostos al departamento como asegurador. A través de mecanismos de auditoría de los POS y lo NO incluido en el plan de beneficios, la retroalimentación de la respuesta de tutela tanto a los aseguradores como a los entes jurídicos, la vigilancia del aseguramiento y el acceso articulado con la política de atención integral en salud, mejorando así el acceso, la continuidad en los tratamientos y reducción en la morbilidad de la población.	Aumentar la cobertura de aseguramiento a la población del departamento.	55. Reducir en 22% (3306 personas) la Población Pobre No afiliada del Departamento.	14491	11303
	Aumentar la cobertura del aseguramiento.	56. Cofinanciar en los 116 municipios del Departamento el régimen subsidiado, realizando el seguimiento y la asistencia técnica para gestionar el aseguramiento en el Departamento	116	116
La articulación de las instituciones estatales a nivel nacional y territorial en la implementación de programas y proyectos con enfoque diferencial, la puesta en marcha servicios de salud y bienestar social encaminados a atender las demandas de la población víctima del conflicto armado de manera oportuna y con calidad, el fortalecimiento de las estrategias de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado (PAPSIVI), la ruta de atención en salud y acciones encaminadas a la participación social y la implementación de centros de escucha en veinte municipios priorizados; ha mejorado la atención psicosocial de las víctimas, su calidad de vida y el restablecimiento de sus derechos.	Implementar el programa de atención psicosocial para víctimas del conflicto armado.	57. Implementar el Programa de Atención Psicosocial (PAPSIVI) a Víctimas del conflicto Armado (VCA) en los municipios priorizados del departamento, de acuerdo a los criterios definidos por Minsalud.	0	1
La implementación de la política departamental de seguridad alimentaria y nutricional, mejorar el acceso a los alimentos que se producen localmente, incrementar el consumo de frutas y verduras, promover la educación alimentaria y nutricional, fortalecer la lactancia materna y la actividad física diaria, lo cual nos ha llevado a disminuir la inseguridad alimentaria, las enfermedades transmitidas por alimentos, la malnutrición (sobrepeso y obesidad) en los adultos y niños; logrando una mayor talla y reducción de los casos de muerte por y asociada a desnutrición en menores de 5 años.	Reducir la desnutrición en menores de 5 años.	58. Disminuir un punto porcentual la prevalencia de desnutrición aguda en menores 5 años.	4,2	3,2
	Aumentar la lactancia materna.	59. Aumentar la mediana de duración de lactancia materna exclusiva a 3,6 meses en el cuatrienio.	3	3,6
La población adulta y mayor del departamento de Cundinamarca cuenta con una suficiente oferta institucional de servicios de salud para la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles, con capacidad de respuesta tecnológica, financiera y humana, que responde de manera eficiente y oportuna a diagnósticos y tratamientos en cualquiera de sus niveles de atención; contando con talento humano capacitado y actualizado, siguiendo procesos basados en protocolos de atención adaptados y adoptados en cada Institución. Esto favorece considerablemente la adherencia a tratamientos, previniendo complicaciones y aumentando los años de vida de la población. De igual manera, la coordinación sectorial y las alianzas estratégicas han permitido la eliminación de barreras de acceso para la atención.	Aumentar la cobertura de la identificación temprana y canalización efectiva del 100% de la población con HTA y diabetes.	60. Aumentar la cobertura de la identificación temprana y canalización efectiva del 100% de la población con HTA y diabetes, en los municipios que desarrollan el programa.	0	100
	Reducir las complicaciones por HTA y Diabetes.	61. Identificar Tempranamente y canalizar efectivamente personas con HTA y Diabetes, en 10 municipios del Departamento para Disminuir las complicaciones por estas patologías.	0	10
	Aumentar la cobertura de prevención y detección temprana de cáncer.	62. Implementar Los Modelos de Prevención y Detección Temprana para los cánceres en 53 Instituciones Prestadoras de Salud de Departamento	0	53
	Aumentar la detección temprana de cáncer de mama.	63. Incrementar las coberturas de detección temprana en 2 puntos porcentuales a través de procesos de tamización para Cáncer de Mama	2.96	4.96
	Implementar Los Modelos de Prevención y Detección Temprana para cáncer	64. Incrementar las coberturas de detección temprana en 1 punto porcentual sobre la Línea de Base para los cánceres prevalentes en 53 IPS del departamento de Cundinamarca	0	53

Transformaciones esperadas de las tensiones	Objetivo Sanitario de Dimensión o componente	Meta Sanitaria de Dimensión o componente	Línea de base en el 2015	Valor esperado cuatrienio
La población de Cundinamarca se ha sensibilizado adoptando a través del autocuidado hábitos saludables, actividad física, alimentación adecuada y aumentado la edad de inicio de consumo de tabaco en menores (1.5 años de edad), lo que permite la disminución de enfermedades crónicas no transmisibles.	Fomentar acciones de promoción y prevención en población escolar.	65. Implementar en 75 Instituciones educativas públicas acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de acuerdo a los componentes establecidos en la estrategia de entornos saludables escolares en coordinación con la secretaría de Educación.	10	85
La tenencia responsable de animales de compañía ha disminuido los casos de agresión de caninos y felinos, sin embargo las estrategias en la prevención y control de enfermedades zoonóticas se realizan desde la Autoridad Sanitaria.	Implementar la estrategia de gestión integral para enfermedades transmitidas por vectores (ETV) y zoonosis.	66. Implementar al 100% la estrategia de gestión integral para la promoción de la salud, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores (ETV) y zoonosis.	0	100%
	Mantener en cero la presencia de enfermedades zoonóticas.	67. Mantener durante el cuatrienio en cero, la notificación Departamental de casos en lo referente a la presencia de Enfermedades Zoonóticas (Leptospira, Brucella, TBC, y Rabia).	1	0
La toma de conciencia en la adaptación al cambio climático de la población y el fortalecimiento de la autoridad sanitaria de todos los sectores en el desarrollo de la estrategias contribuye a la disminución de nichos ecológicos y la presencia de enfermedades transmitidas por vectores, sumado al mejoramiento del manejo y producción de residuos, disminución la producción de desechos, crear lugares apropiados para la disposición de basuras.	Reducir las enfermedades transmitidas por vectores.	68. Certificar en el cuatrienio 10 municipios en la Interrupción de la transmisión de T. Cruzi por Rhodniusprolixus domiciliado	0	10
Las buenas prácticas de la gestión institucional municipal y el ejercicio de la Autoridad Sanitaria (salud pública) desarrolladas en el departamento, han permitido una gestión integral del hacer y cumplir con las funciones esenciales en Salud Pública, que contempla aspectos de conducción en lo relacionado con la aplicabilidad de las políticas para el control de riesgos ambientales, la vigilancia epidemiología, proyectos de investigación, el apoyo del laboratorio y sistemas integrales que generan información veraz, oportuna y confiable imprescindible para el análisis de la situación que han influido en mejores resultados de los indicadores de salud de la población con reducción de las tasas de mortalidad infantil, materna y dengue, así como el control y seguimiento de accesibilidad al agua potable, orientadas al mejoramiento de la salud y el trabajo territorial generado a través de la intersectorialidad en las decisiones de los problemas ambientales aportando al desarrollo integral y sostenible y reduciendo las inequidades en las condiciones de salud de la población cundinamarquesa.	Promover la investigación en el departamento.	69. Realizar en cooperación 1 proyecto de investigación relacionados con las dimensiones del plan decenal de salud pública de Cundinamarca en el cuatrienio.	5	6
		70. Realizaren cooperación la fase III del proyecto de investigación de medicamentos en el departamento de Cundinamarca.	0	100
	Aumentar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad	71. Incrementar del 80% al 85% el índice de satisfacción de los usuarios de la gobernación de Cundinamarca durante el cuatrienio.	80	85
	Certificar el laboratorio de salud pública.	72. Certificar en norma ISO IEC 17025 el laboratorio de salud pública del departamento en pruebas ambientales.	0	100

Transformaciones esperadas de las tensiones	Objetivo Sanitario de Dimensión o componente	Meta Sanitaria de Dimensión o componente	Línea de base en el 2015	Valor esperado cuatrienio
Los adecuados hábitos alimentarios, estilos de vida saludables (actividad física regular), la adecuada educación alimentaria de la población, vigilancia y control en el cumplimiento de la normatividad existente, el incremento del promedio de meses de la lactancia materna exclusiva, el inicio de alimentación complementaria adecuada después de los 6 meses de edad, el consumo de una alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada; ha disminuido las tasas de desnutrición infantil, muerte por desnutrición en menores de 5 años y retardo del crecimiento por la desnutrición crónica, así como Los adecuados hábitos alimentarios, estilos de vida saludables (actividad física regular), la adecuada educación alimentaria de la población, vigilancia y control en el cumplimiento de la normatividad existente, el incremento del promedio de meses de la lactancia materna exclusiva, el inicio de alimentación complementaria adecuada después de los 6 meses de edad, el consumo de una alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada; ha disminuido las tasas de desnutrición infantil, muerte por desnutrición en menores de 5 años y retardo del crecimiento por la desnutrición crónica, así como el sobrepeso y obesidad en adultos y en menores de 5 años. Además se fortalece el proceso de identificación oportuna de los niños con malnutrición, el desarrollo de la política pública de seguridad alimentaria 2015-2025 y la potencialización en el uso del suelo productivo del Departamento.	Mejorar el acceso a los alimentos.	73. Implementar en 21 municipios la política pública de seguridad alimentaria y nutricional del departamento en los componentes de consumo y aprovechamiento biológico manteniendo los ya existentes	15	36

Fuente: resumen de la Tabla 9 de los aplicativos de la estrategia PASE para la equidad en salud, Cundinamarca, 2016 – 2019.
Nota: la tabla completa se encuentra en los aplicativos de la EStrategia PASE para la Equidad en Salud y en los anexo de este Plan Territorial de Salud.

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

La resolución 1536 de 2015 en el capítulo IV artículo 23 conceptúa al componente estratégico de inversión plurianual del plan territorial como un factor indispensable para establecer la visión prospectiva de la salud en el territorio a través del PDSP, que tiene como objetivo la optimización de los recursos garantizando la sostenibilidad fiscal y el logro de las metas a largo plazo a cargo de los responsables de la ejecución en el Departamento.²⁹

En concordancia con lo anterior, el departamento de Cundinamarca ha desarrollado la Estrategia PASE a la equidad en salud en la construcción del Plan territorial de salud 2016-2019, desarrollando la ruta lógica que finaliza con la realización del componente estratégico anual de inversión.

²⁹ REPÚBLICA DE COLOMBIA, Gobierno Nacional Ministerio de Salud y Protección social, Resolución 1536 de 2015, [en línea]. Colombia. Mayo 2015. [Citado el 26 de Abril de 2016]. Disponible en [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201536%20del%202015.PDF]

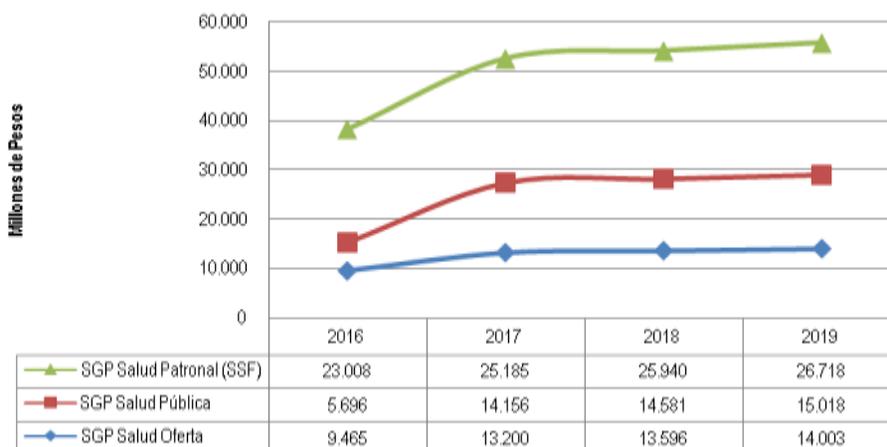
La proyección de los recursos del Plan territorial de salud se realiza en consonancia con la metodología del Plan financiero territorial 2016-2019 establecida por los Ministerios de Hacienda y Crédito Público y Salud y Protección Social, en las Resoluciones 4015 de 2013 y la modificatoria 4838 de 2015 para el cuatrienio por las siguientes fuentes de financiación; a) Fuente de financiación Sistema General de Participaciones, b) Fuente de financiación Rentas Cedidas, c) Fuente de financiación Transferencias Nacionales en Salud, d) Fuente de financiación Recursos Propios de Cundinamarca y e) Fuente de financiación Recursos Sistema General de Regalías (SGR).

11.1. Fuente de financiación Sistema General de Participaciones

En esta fuente de financiación se congregan el SGP salud pública, SGP con situación de fondos Oferta y SGP sin situación de fondo Patronal, recursos que hacen parte del fondo Departamental de salud de Cundinamarca y financian en su orden las acciones de salud y la prestación de los servicios de salud a la población pobre no asegurada y atenciones no incluidas en el servicio obligatorio de salud.

Para el cálculo de los Recursos del Sistema General de Participación para las vigencias 2016 – 2019, se proyectan con fundamento en los mismos supuestos porcentuales estimados en el Marco Fiscal de Mediano Plazo del Departamento 2016 – 2025 y en los términos metodologías establecidas en la normatividad vigente (gráfica 5).

Gráfica 5. Recursos asignados del Sistema General de Participaciones, Fondo Departamental de Salud, Cundinamarca, 2016 – 2019.



Fuente: Oficina Asesora de planeación sectorial –Secretaría de Salud de Cundinamarca

Nota: Los recursos 2016 corresponden a proyección de recursos no ejecutados a partir del 1 de Julio de la vigencia

Se destaca una inversión total proyectada de recursos del Sistema General de Participaciones SGP en el cuatrienio por la suma de 200.566 millones de pesos, el SGP Aportes patronales sin situación de fondo con un 50% presenta la mayor participación de las tres partidas en el cuatrienio, adicional a esto la vigencia 2019 considera la mayor inversión en el cuatrienio por esta fuente de financiación con recursos por la suma de 55.739 Millones de pesos.

11.2. Fuente de financiación Rentas Cedidas

Corresponde al recaudo de las rentas del orden departamental que se enuncian a continuación:

IVA cedido de licores, vinos y aperitivos. (Leyes 788 de 2002 y 1393 de 2010): Está constituido por el consumo de licores, vinos, aperitivos, y similares, en la jurisdicción de los departamentos, de acuerdo con lo señalado en Inciso 5° Artículo 336 de la Constitución Política de 1.991 y en concordancia con lo establecido en el Artículo 202 de la Ley 223 de 1995 y en concordancia con las leyes 788 de 2002 y 1393 de 2010..

Seis por ciento (6%) del impuesto al consumo de licores, vinos y aperitivos. (Ley 1393 de 2010): El impuesto al consumo del 6%, licores, vinos, aperitivos y similares, y/o participación, se determina una vez descontado el porcentaje de IVA cedido a que se refiere el parágrafo segundo del artículo 50 de la Ley 788 de 2002, los Departamentos destinarán un 6% en primer lugar, a la universalización en el aseguramiento, incluyendo la primera atención a los vinculados según la reglamentación que para el efecto expida el gobierno Nacional, en segundo lugar, a la unificación de los planes obligatorios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado. En caso de que quedaran excedentes estos se destinarán a la financiación de servicios prestados a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda, la cual deberá sujetarse a las condiciones que establezca el Gobierno Nacional para el pago de estas prestaciones en salud, en concordancia con el parágrafo 1° del Artículo 8° de la Ley 1393 de 2010.

Ocho (8) puntos del impuesto al consumo de cervezas y sifones. (Leyes 223 de 1995 y 1393 de 2010): Es la renta proveniente del impuesto al consumo de cervezas, sifones, refajos y mezclas de bebidas fermentadas con bebidas no alcohólicas. Este impuesto es propiedad de la nación, pero su producto se encuentra cedido a los departamentos y al Distrito Capital de Bogotá, en proporción al consumo de los

productos gravados en la respectiva jurisdicción, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 336 de la Constitución Política de Colombia de 1991, Leyes 223 de 1995, 643 y 715 de 2001, 1393 de 2010 y demás normas reglamentarias.

Loterías (foráneas, renta del monopolio, impuesto a ganadores, renta del monopolio utilidades y rifas y juegos promocionales). (Ley 643 de 2001): Corresponde a las rentas obtenidas en el ejercicio de los monopolios de suerte y azar estarán destinadas exclusivamente a los Servicios de Salud, de acuerdo con lo señalado en Inciso 4° Artículo 336 de la Constitución Política de 1.991.

En este concepto se recaudan recursos provenientes del impuesto a ganadores, impuesto a loterías foráneas, utilidades de sorteos ordinarios y utilidades de sorteos extraordinarios, entre otros según la ley 643 de 2001.

Derechos de explotación de juego de apuestas permanentes o chance. (Leyes 643 de 2001 y 1393 de 2010): Son aquellos ingresos que recibe el sector público de la salud, producto de la explotación, como arbitrio rentístico del juego de las apuestas permanentes o chance, tal y como ha sido reglamentado en la Constitución Política de Colombia de 1991, en la Ley 643 de 2001 y en las demás normas reglamentario.

La distribución de los ingresos provenientes de juegos de apuestas permanentes, será del 70% para el Fondo Financiero de Salud de Bogotá y el 30% para el Fondo de Salud de Cundinamarca, descontados los gastos administrativos de la explotación, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 73 del Estatuto de Rentas del Departamento.

Los recursos recaudados por este concepto, son girados directamente por parte del operador del juego GELSA Grupo Empresarial en Línea S.A., al Fondo Departamental de Salud de Cundinamarca, dentro de los primeros cinco (5) días hábiles del mes siguiente a su recaudo, de acuerdo con el cumplimiento de las condiciones, requisitos y términos establecido en las normas vigentes.

Sobretasa de cigarrillos. (Ley 1393 de 2010): De acuerdo con lo establecido en el Artículo 6 de la Ley 1393 de 2010, crea una sobretasa al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado equivalente al 10% de la base gravable que será la certificada antes del 1° de enero de cada año por la Dirección de Apoyo Fiscal del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en la cual se tomará el precio de venta al público efectivamente cobrado en los canales de distribución clasificados por el DANE como grandes almacenes e hipermercados minoristas según reglamentación del Gobierno Nacional, actualizado en todos sus componentes en un

porcentaje equivalente al del crecimiento del índice de precios al consumidor y descontando el valor de la sobretasa del año anterior.

La sobretasa será liquidada y pagada por cada cajetilla de veinte (20) unidades o proporcionalmente a su contenido, por los responsables del impuesto en la respectiva declaración y se registrará por las normas del impuesto al consumo de cigarros y tabaco elaborado.

Así mismo el Artículo 7° de la citada ley señala que los recaudos de los recursos que se generen con ocasión de la sobretasa a que se refiere el artículo anterior, serán destinados por los Departamentos y el Distrito Capital, en primer lugar, a la universalización en el aseguramiento, incluyendo la primera atención a los vinculados según la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional; en segundo lugar, a la unificación de los planes obligatorios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado.

En caso de que quedaran excedentes, estos se destinarán a la financiación de servicios prestados a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda, la cual deberá sujetarse a las condiciones que establezca el Gobierno Nacional para el pago de estas prestaciones en salud.

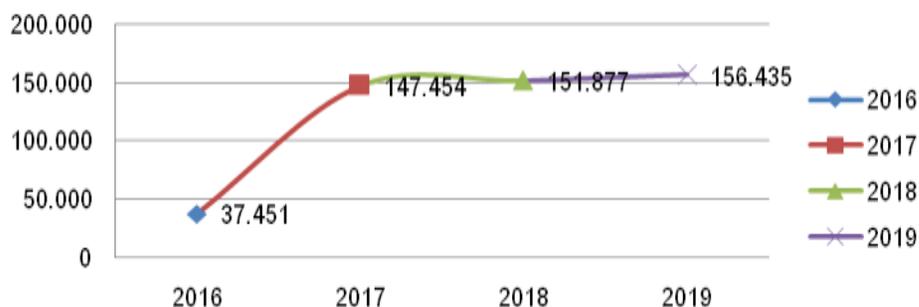
Recursos transferidos por COLJUEGOS al departamento - Monopolio de juegos de suerte y azar. (Ley 643 de 2001). Corresponde a los recursos por concepto de transferencia por parte de Coljuegos al fondo departamental de salud según ley 643 de 2001.

Premios no cobrados. (Artículo 12 de la Ley 1393 de 2010). Corresponde a los recursos por concepto de premios no cobrados que ingresan al fondo departamental de salud correspondientes a la prescripción del efectivo cobro de estos premios, el 75% de los recursos que constituyen esos premios se destinará a la unificación de los planes de beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud en los Departamentos y Distritos según ley 1393 de 2010..

Para el cálculo de los componentes de las rentas cedidas para las vigencias 2016 – 2019, se proyectan con fundamento en los supuestos porcentuales estimados en el Marco Fiscal de Mediano Plazo del Departamento 2016–2025 y en los términos y metodologías establecidas en la normatividad vigente (Gráfica 6).

Gráfica 6. Recursos asignados de Rentas cedidas, Fondo Departamental de Salud, Cundinamarca, 2016 – 2019.

Rentas Cedidas



Fuente: Oficina Asesora de Planeación Sectorial.

Nota: Los recursos 2016 corresponden a proyección de recursos no ejecutados a partir del 1 de Julio de la vigencia

La inversión total proyectada de recursos de rentas cedidas en el cuatrienio es de 493.218 millones de pesos, la vigencia 2019 presenta la mayor inversión en el cuatrienio por esta fuente de financiación con recursos por la suma de 156.435 Millones de pesos.

11.3. Fuente de financiación Transferencias Nacionales en Salud

El Ministerio de salud y protección social mediante resolución, define anualmente transferencias del orden nacional con el fin de financiar los programas de:

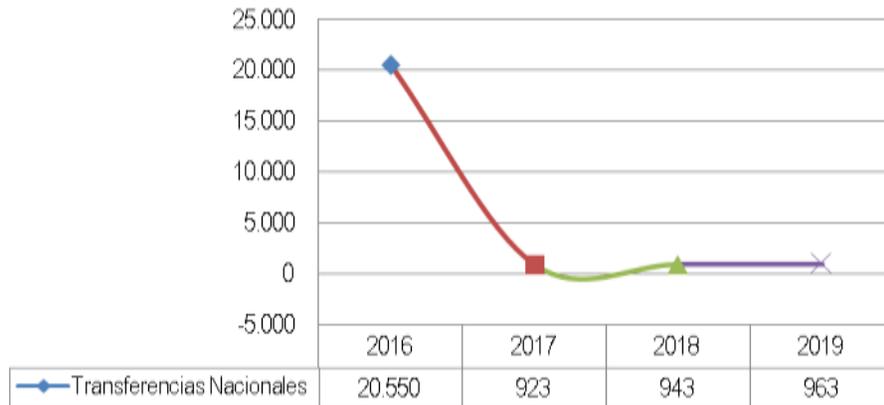
Enfermedades Transmitidas por Vectores –ETV, con destinación exclusiva para garantizar la eficiente operación y gestión de los programas de prevención y control de los factores de riesgo que inciden en las enfermedades transmitidas por vectores; Tuberculosis –TB, con destinación exclusiva para garantizar la operación y gestión del programa de control y prevención de la tuberculosis; Lepra, con destinación exclusiva para garantizar la operación y gestión del programa de control y prevención de la lepra

Para el cálculo de las transferencias nacionales para las vigencias 2016 – 2019, se realiza un promedio de transferencias de los últimos 3 años y se determina el crecimiento porcentual, que para los efectos de transferencias de Enfermedades Transmitidas por Vectores es el 2.14% y transferencias de tuberculosis y lepra el 2,35% de crecimiento anual (gráfica 7).



CUNDINAMARCA

Gráfica 7. Recursos asignados de transferencias nacionales, Fondo Departamental de Salud, Cundinamarca, 2016 – 2019.



Fuente: Oficina Asesora de Planeación Sectorial.

Nota: El valor atípico en los recursos 2016 corresponde a transferencias del orden nacional para la construcción del hospital de Zipaquirá y Excedentes Financieros que hacen parte de la resolución 4874 de 2013 y modificada por las resoluciones 3248 de 2014 y 4386 de 2015.

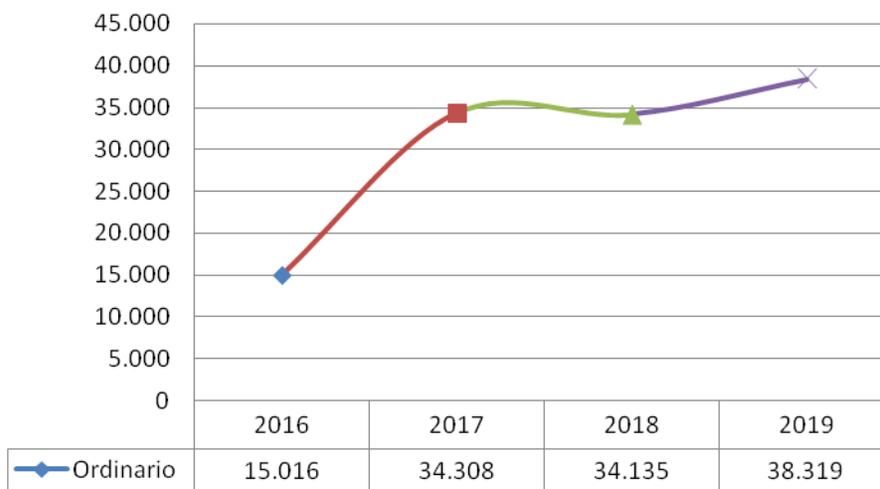
Se destaca una inversión total proyectada de recursos de transferencias nacionales en el cuatrienio por la suma de 23.378 millones de pesos, la vigencia 2016 presenta un pico en la tendencia a razón de recursos adicionales para la vigencia para la construcción del hospital de Zipaquirá y recursos para el saneamiento fiscal y financiero de los hospitales de la red pública del departamento.

11.4. Fuente de financiación Recursos Propios de Cundinamarca

Se refiere a los ingresos propios del orden departamental sin destinación específica que hacen parte del Fondo departamental de salud, los recursos que se recaudan por concepto de estampilla pro-hospitales universitarios según el decreto 00951 de 2002, y otros ingresos en salud (gráfica 8).



Gráfica 8. Recursos asignados de recursos propios, Fondo Departamental de Salud, Cundinamarca, 2016 – 2019.



Fuente: Oficina Asesora de Planeación Sectorial.

Nota: Los recursos 2016 corresponden a proyección de recursos no ejecutados a partir del 1 de Julio de la vigencia

El departamento de Cundinamarca proyecta una inversión de recursos propios del orden departamental por la suma de 121.777 Millones de pesos en el cuatrienio, incluyendo recursos ordinarios, recursos de estampilla pro-hospitales universitarios y otros ingresos en salud.

11.5. Fuente de financiación Recursos Sistema General de Regalías (SGR)

Describe que los recursos del SGR con los cuales se realizará el proyecto de investigación Innovación En El Modelo De Gestión De Medicamento En El Departamento De Cundinamarca Fase III por un valor de 4.700 millones de pesos distribuidos bianualmente entre los años 2017 y 2018.

Finalmente, el Plan Territorial de Salud 2016-2019 se financiará con recursos por un valor de **850.557** millones de pesos, distribuidos en las diferentes fuentes de financiación del fondo departamental de salud del departamento de Cundinamarca con el propósito de alcanzar las metas producto del desarrollo de la metodología PASE a la equidad en Salud. (Anexo. **Componente estratégico de inversión plurianual del plan territorial de salud**).

Referencias bibliográficas

1. CONGRESO de La República. Ley Estatutaria 1751 de 2015, “por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”
2. DEFENSORÍA del Pueblo, Colombia. “La tutela y el derecho a la salud 2011, Veinte años de uso efectivo de la tutela”.
3. FRENK J, Bobadilla JL, Stern C, Lozano R. Elements for a theory of the health transition. *HealthTransitionReview* 1991;1(1):21-38.
4. GOBERNACIÓN de Cundinamarca. “Evaluación de Resultados, Plan de Desarrollo Departamental 2012 – 2015.
5. GÓMEZ A., Rubén Darío. La transición en epidemiología y salud pública: ¿explicación o condena?, *REVISTA Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 19, núm. 2, 2001
6. MAX-Neef, Manfred y otros autores. *Desarrollo a Escala Humana, una opción para el futuro*. Medellín. Proyecto 20 Editores.1999.
7. MINISTERIO de Salud y Protección Social “Plan Decenal de Salud pública PDS, 2012 – 2021. La salud en Colombia la construyes tú”
8. MINISTERIO de Salud y Protección Social. “Plan Decenal de Salud pública PDS, 2012 – 2021. Estrategia PASE a la Equidad en Salud. Lineamientos Conceptuales”
9. MINISTERIO de Salud y Protección Social. “Plan Decenal de Salud pública PDS, 2012 – 2021. Estrategia PASE a la Equidad en Salud. Lineamientos Técnicos y Operativos”
10. ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud (OMS), UNICEF. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.
11. ORGANIZACIÓN Panamericana De La Salud, Organización Mundial De La Salud: La Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas. Washington D.C. 2007.
12. PROCURADURÍA delegada para la prevención en materia de derechos humanos y asuntos étnicos. Informe “El derecho a la salud en perspectiva de derechos humanos y el sistema de inspección, vigilancia y control del estado colombiano en materia de quejas en salud”, 2008.
13. SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2009 - 2013, DANE. Datos preliminares 2014-2015.
14. REPÚBLICA DE COLOMBIA, Gobierno Nacional Ministerio de Salud y Protección social, Resolución 1536 de 2015, [en línea]. Colombia. Mayo 2015. [Consultado el 26 de Abril de 2016]. Disponible en [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201536%20del%202015.PDF]