



# PLAN DE DESARROLLO CARTAGENA 2020 / 2023

ANEXOS



  
Salvemos Juntos  
a Cartagena

# ANEXO TÉCNICO PLAN DISTRICTAL DE SALUD POR UNA CARTAGENA CON SALUD PARA TODOS

Plan de Desarrollo  
**Cartagena 2020 / 2023**

Por una Cartagena  
**Resiliente · Incluyente · Contingente · Transparente**

## Alcalde

William Dau Chamat

Álvaro José Fortich Revollo  
Director del Departamento Distrital de Salud  
**DADIS**

**2020**



## INDICE

### 1. MARCO DE REFERENCIA DEL PLAN DE SALUD DISTRITAL

#### 1.1 Marco normativo

- 1.1.1 marco normativo nacional-internacional
- 1.1.2 marco normativo distrital

#### 1.2 Alcance

#### 1.3 principios y enfoques

- 1.3.1. Principios
- 1.3.2. enfoques

#### 1.4 Línea de políticas nacionales

#### 1.4 Prioridades y metas nacionales

### 2. PRIORIZACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

### 3. COMPONENTE ESTRATÉGICO

#### 3.1. Vision

#### 3.2. Desafíos

#### 3.3. Objetivos

#### 3.4. Metas

#### 3.5. Estrategias y líneas de políticas

#### 3.6. Armonización

### 4. PLAN PLURIANUAL DE INVERSIONES SALUD

## 1. MARCO DE REFERENCIA DEL PLAN DE SALUD DISTRITAL

Los Planes Territoriales de Salud son definidos como instrumentos estratégicos e indicativos de la política pública en salud, que permite a los diferentes entes territoriales de salud del país lograr las metas estratégicas determinadas en las políticas nacionales para salud pública, pero acorde a las características de los territorios y su situación en salud. Estos planes territoriales de salud son construidos de forma participativa con los otros sectores de las dinámicas del desarrollo, la comunidad y ciudadanía, para lograr la integración, el compromiso y la armonización de la concurrencia de recursos y obligaciones de otros sectores relacionados con la salud pública, así como el desarrollo de estrategias intersectoriales que impacten los determinantes sociales y económicos de la salud, reducir las inequidades en salud, mejorando el escenario de salud de los moradores y visitantes del territorio.

En ese orden de ideas, conforme a la Ley 152 de 1994 que reglamenta el proceso de planeación en el país donde se establece que el plan está conformado en su organización por una parte estratégica y una parte correspondiente al plan de inversiones a mediano y a corto plazo y a lo establecido en la Resolución 1536 de 2015, se desarrolla el Plan Distrital de Salud 2020-2023 “Por una Cartagena con Salud para todos” armonizado con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, el Plan Nacional de Desarrollo Pacto por Colombia, pacto por la equidad por la Ley 1955 de 2019 y el cual hace parte integral del presente Plan de Desarrollo Distrital “Salvemos Juntos a Cartagena ¡Por una Cartagena Libre! 2020-2023”

En el presente capítulo se desarrolla el marco de referencia sobre el cual se construye el presente plan, que incluye el marco legal actual del orden nacional, los convenios y declaraciones internacionales y la normatividad distrital en la materia.



## 1.1 MARCO NORMATIVO

En el presente numeral se desarrolla el marco normativo nacional-internacional y marco normativo del orden distrital que son de referencia esencial para la elaboración del Plan de Salud Distrital de Cartagena de Indias Distrito Turístico y Cultural.

### 1.1.1 MARCO NORMATIVO NACIONAL-INTERNACIONAL

Con relación al marco normativo nacional se realizó un normograma siguiendo el orden jerárquico según Hans Kelsen e incluyendo las normas relevantes para el desarrollo y elaboración del plan. Asimismo se elabora normograma de los CONPES, conceptos jurídicos y acuerdos de la CRES.

Con relación al marco de referencia internacional teniendo en cuenta que Colombia hace parte de diferentes organismos del orden internacional, donde al ser miembro asume compromisos internacionales que contienen de manera explícita metas en el área de la salud, y que son articuladas con las metas en plan de desarrollo y planes nacionales de salud pública, a continuación se hace relación de los más relevantes y que constituyen parte integral del presente documento.

En septiembre de 1978 en la ciudad de ALMA ATA se realizó la reunión de representantes de 134 países del mundo y después de haber hecho el análisis de situación mundial concerniente a la salud, elaboraron una estrategia para resolver los problemas de salud y llegar a la meta: “SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000”, esta estrategia es la Atención Primaria en Salud.

El 10 de Diciembre de 1984 la Asamblea General proclama la Declaración Universal de Derechos Humanos como ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos, tanto entre los pueblos de los Estados Miembros como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción.

Establece en su artículo numeral 1 que “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.” y en el numeral 2 del mismo artículo: “La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales”.

A finales de los ochenta, se promulga la Carta de Ottawa “Salud para todos en el año 2000” en donde se dice que la salud misma no es un objetivo sino una fuente de riqueza cotidiana, entendiendo que mejorando el estado de salud y educación en general de nuestra población tendremos una nación mejor preparada y más productiva para los retos del mundo actual. En este punto la salud deja de ser

una obligación del gobierno con su pueblo y se convierte en una fuente de inversión que a largo plazo mejorara los ingresos de cada nación y la fortalecerá.

En 1989, la Conferencia Internacional del Trabajo de la OIT adoptó en forma tripartita, con participación de gobiernos, organizaciones de trabajadores y empleadores, el Convenio N° 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes. Representa un plazo adicional a los esfuerzos de la OIT para garantizar el respeto de los derechos fundamentales tendientes a la igualdad de oportunidades y de tratos para grupos que se encuentran en situación de desventaja.

En 1997, entre el 21-25 o en Yakarta República de Indonesia, se promulga la Declaración de Yakarta, consistió en una conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, fue la primera en celebrarse en un país en desarrollo y en dar participación al sector privado en el apoyo a la promoción de la salud. Ofrece una oportunidad de reflexionar sobre lo aprendido con respecto a la promoción eficaz de la salud, reconsiderar los factores determinantes de la salud y señalar los derroteros y estrategias necesarios para resolver las dificultades de promoción de la salud en el siglo XXI.

En 2010, en la “Declaración de Adelaida sobre Salud en todas las Políticas” (OMS), se urge a los gobiernos incluir la salud en todas las políticas de los diferentes sectores como elemento transversal necesario, como causa y consecuencia de mejoras en el nivel de vida y el desarrollo de las personas y de las naciones, dado que la salud es resultado de la interacción de múltiples factores, muchos de ellos fuera del ámbito del sector mismo de la salud.

Esta declaración, pretende captar a los líderes e instancias normativas de todos los niveles de gobierno: local, regional, nacional e internacional, y hace hincapié en que la mejor forma de alcanzar los objetivos de gobierno consiste en que todos los sectores incluyan la salud y el bienestar como componente esencial de la formulación de políticas. Esto es así porque las causas de la salud y el bienestar están fuera del ámbito del sector de la salud y tienen una génesis económica y social.

En lo concerniente a lo relacionado al área comercial del país, y teniendo en cuenta la creciente desnivel entre exportaciones e importaciones, siendo las segundas mayoritarias para Colombia, se hizo evidente la necesidad de promover importantes cambios en materia de política comercial, como por ejemplo, encontrar nuevos mercados por lo que se hizo necesario enfocarse hacia la suscripción de tratados de libre comercio con varios países como Estados Unidos, la Unión Europea y otros..

Dentro de los convenios comerciales más relevante en los últimos tiempos, está el Acuerdo de Promociones Comerciales entre Estados Unidos y Colombia también llamado TLC (en inglés Colombia Trade Promotion Agreement (TPA)), aprobado el 10 de Octubre de 2011 por el congreso de los Estados Unidos, el cual entró en vigencia desde el 15 de mayo de 2012. Éste tiene diferentes fines que en

cierta forma favorecen a los dos países. El acuerdo inicialmente beneficia a los sectores exportadores porque podrán vender sus productos y servicios, en condiciones muy favorables, en el mercado estadounidense. Pero no sólo a los exportadores, también a todos los demás productores nacionales. Los temas que se negociaron fueron los considerados como generales, es decir, acceso a mercados, en sus dos vertientes (industriales y agrícolas); propiedad intelectual; régimen de la inversión; compras del Estado; solución de controversias; competencia; comercio electrónico; servicios; ambiental y laboral.

En el desarrollo de estos convenios en materia de política comercial en el marco de la globalización mundial, las enfermedades pueden propagarse rápidamente y a gran distancia al amparo de los viajes y el comercio internacionales lo cual se constituye en un gran riesgo y una crisis sanitaria en un país puede afectar a los medios de vida y la economía de muchas partes del mundo, por lo que el 15 de junio de 2007 entró en vigor el Reglamento Sanitario Internacional (RSI-2005) como un instrumento jurídico internacional de carácter vinculante para 194 países, entre ellos todos los Estados Miembros de la OMS que tiene por objeto ayudar a la comunidad internacional a prevenir y afrontar riesgos agudos de salud pública susceptibles de atravesar fronteras y amenazar a poblaciones de todo el mundo.

El Reglamento Sanitario Internacional está pensado para interferir lo menos posible en el tráfico y el comercio internacional y la vez proteger la salud pública previniendo la diseminación de enfermedades. Tiene como propósito prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública, y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales.

Las directrices del RSI (2005) son válidas en el marco de un mundo globalizado y dinámico, en donde no sólo la propagación de enfermedades infecciosas es una amenaza; el acceso rápido a la información que fluye sin ningún control a través de la Internet, hace que la población se entere de manera acelerada de brotes o epidemias y esto puede ser una amenaza si esta información no es veraz.

El temor generado por esta clase de información puede generar impactos de manera desfavorable en el comercio, los viajes de trabajo, el turismo, e incluso en la demanda de los servicios de salud. Para administrar eficientemente la información de las enfermedades o emergencias de interés internacional, los países establecer un Centro Nacional de Enlace, que será una estructura de mediación entre el nivel nacional y la OMS tanto para la implementación del RSI, como para la notificación de eventos que puedan constituir una emergencia de interés internacional. Para Colombia este Centro está a cargo de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Salud y Protección Social (Artículo 34 del Decreto 3518 de 2006). Este tema de carácter muy relevante en el marco de la construcción del presente plan distrital de salud toda vez en estos momentos se está ante la situación epidemiológica por el nuevo coronavirus SARS- Cov2 declarada como pandemia por la Organización Mundial de la Salud el pasado 11

de marzo de 2020, que requiere el esfuerzo y participación de todos los sectores para el abordaje en las diferentes fases de la pandemia.

Asimismo, en el año 2000, Colombia fue uno de los 189 estados miembros de las Naciones Unidas firmantes del acuerdo “Objetivos del Milenio” reafirmando el propósito de tener un mundo pacífico, más próspero y más justo para todos los habitantes, bajo los valores de libertad, igualdad, solidaridad, tolerancia, respeto por la naturaleza y responsabilidad común y que busca:

- Erradicar la pobreza extrema y el hambre
- Lograr la enseñanza primaria universal
- Promover la igualdad de géneros y la autonomía de la mujer
- Reducir la mortalidad infantil
- Mejorar la salud materna
- Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades
- Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
- Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

El país, ratificando lo acordado en la Cumbre del Milenio, desarrolló el documento CONPES SOCIAL 91 de 2005 “Metas y Estrategias para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio– 2015”, el cual fue modificado por el CONPES SOCIAL 140 de 2011, en lo concerniente a la inclusión de nuevos indicadores y ajuste en las líneas de base y metas de algunos de los indicadores inicialmente adoptados.

En Junio de 2007 en la ciudad de Panamá, en el marco de la XXXVII Asamblea General de la OEA se realizó la presentación oficial de la Agenda de las Américas 2008-2017 como una iniciativa de la Región en el fortalecimiento de un trabajo integrado y colectivo de los países hacia objetivos y metas comunes en salud. La Agenda establece áreas de trabajo como el fortalecimiento de la solidaridad y seguridad sanitaria en la región y plantea esfuerzos dirigidos a disminuir las inequidades en salud, reducción de riesgos y el incremento de la protección social en salud.

Río+20 es el nombre abreviado de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible, que tuvo lugar en Río de Janeiro, Brasil (del 20 al 22 de junio de 2012), veinte años después de la histórica Cumbre de la Tierra en Río en 1992. Río +20 fue también una oportunidad para mirar hacia el mundo que queremos tener en 20 años. En la Conferencia Río +20, los líderes mundiales, junto con miles de participantes del sector privado, las ONG y otros grupos, se unieron para dar forma a la manera en que puede reducir la pobreza, fomentar la equidad social y garantizar la protección del medio ambiente en un planeta cada vez más poblado. Las conversaciones oficiales se centraron en dos temas principales: cómo construir una economía ecológica para lograr el desarrollo sostenible y sacar a la gente de la pobreza, y cómo mejorar la coordinación internacional para el desarrollo sostenible.

Los OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (ODS), también conocidos como Objetivos Mundiales, se basan en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM);



los ODS van mucho más allá de los ODM, abordando las causas fundamentales de la pobreza y la necesidad universal de desarrollo que funcione para todas las personas. Contiene 17 Objetivos para el Desarrollo sostenible (los ODS) y 169 metas que buscan erradicar la pobreza, combatir las desigualdades y promover la prosperidad, al tiempo que protegen el medio ambiente de aquí a 2030.

Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS):

1. Erradicar la pobreza en todas sus formas en todo el mundo
2. Poner fin al hambre, conseguir la seguridad alimentaria y una mejor nutrición, y promover la agricultura sostenible
3. Garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos para todas las edades
4. Garantizar una educación de calidad inclusiva y equitativa, y promover las oportunidades de aprendizaje permanente para todos
5. Alcanzar la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas
6. Garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos
7. Asegurar el acceso a energías asequibles, fiables, sostenibles y modernas para todos
8. Fomentar el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo, y el trabajo decente para todos
9. Desarrollar infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible, y fomentar la innovación
10. Reducir las desigualdades entre países y dentro de ellos
11. Conseguir que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles
12. Garantizar las pautas de consumo y de producción sostenibles
13. Tomar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos (tomando nota de los acuerdos adoptados en el foro de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático)
14. Conservar y utilizar de forma sostenible los océanos, mares y recursos marinos para lograr el desarrollo sostenible
15. Proteger, restaurar y promover la utilización sostenible de los ecosistemas terrestres, gestionar de manera sostenible los bosques, combatir la desertificación y detener y revertir la degradación de la tierra, y frenar la pérdida de diversidad biológica
16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles
17. Fortalecer los medios de ejecución y reavivar la alianza mundial para el desarrollo sostenible.

El concepto de los ODS, se adoptó incluyendo las principales características presentadas por Colombia: orientados a la acción, ser concisos y fáciles de comunicar, limitados en número, tener un carácter global y ser universalmente aplicables a todos los países, teniendo en cuenta las diferentes realidades y capacidades nacionales.

Colombia tuvo un liderazgo internacional en la creación de los ODS adoptados en Río +20, razón por la cual fue designado por el Secretario General de Naciones

Unidas para participar en el Panel de Alto Nivel sobre la agenda de desarrollo Post – 2015, en donde se presentó un informe denominado “Una nueva alianza Mundial: Erradicar la pobreza y transformar las economías a través del Desarrollo Sostenible”. La principal contribución del panel corresponde a cinco grandes cambios transformativos que tuvieron fuerte influencia en las otras etapas del proceso: no olvidarse de nadie, colocar el desarrollo sostenible en el centro de la agenda, transformar las economías para crear empleo, construir paz e instituciones eficaces, abiertas y responsables para todos, y forjar una nueva alianza para el desarrollo.



Como se describió en el inicio del presente numeral, el marco normativo de referencia nacional para elaboración del plan distrital de salud se relaciona en normograma (ver Tabla 1).

● **TABLA 1.** Marco normativo nacional referencia para elaboración plan distrital de salud del cartagena de indias d.t. y c.

NORMA	
<b>CONSTITUCIÓN POLÍTICA</b>	Artículo 1 Define a la República de Colombia como un estado social de derecho, descentralizado con autonomía de sus entidades territoriales; siendo su papel como estado social reconocer que la sociedad no es un ente compuesto por sujetos en abstracto, sino un conglomerado de personas y grupos en condiciones de desigualdad real, para lo cual debe crear los supuestos sociales de la misma libertad para todos, esto es, suprimir la desigualdad de cualquier tipo, y en primer plano la social, para la que la acción del Estado se dirija a garantizarles a todos los ciudadanos condiciones de vida dignas.
	Artículo 13 Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica y que el Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados, especialmente protegerá a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.
	Artículo 48

**CONSTITUCIÓN  
POLÍTICA**

La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella.

**Artículo 49**  
La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se debe garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Asimismo corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

**Artículo 79**  
Hace alusión al derecho que gozan todas las personas a contar con un ambiente sano, para lo cual la ley garantizará la participación de la comunidad en las decisiones que puedan afectarla. De otra parte, en el artículo 80, se apunta que “el Estado planificará el manejo y aprovechamiento de los recursos naturales para garantizar su desarrollo sostenible, su conservación, restauración o sustitución, previniendo y controlando los factores de deterioro ambiental”.

**Artículo 80**  
El Estado planificará el manejo y aprovechamiento de los recursos naturales para garantizar su desarrollo sostenible, su conservación, restauración o sustitución, previniendo y controlando los factores de deterioro ambiental.

**El Artículo 311**  
Al municipio como entidad fundamental de la división político administrativa del Estado le corresponde prestar los servicios públicos que determine la ley, construir las obras que demande el progreso local, ordenar el desarrollo de su territorio, promover la participación comunitaria, el mejoramiento social y cultural de sus habitantes y cumplir las demás funciones que le asignen la Constitución y las leyes.

**Artículo 320**  
La ley podrá establecer categorías de municipios de acuerdo con su población, recursos fiscales, importancia económica y situación geográfica, y señalar distinto régimen para su organización, gobierno y administración.

**Artículo 339**  
Habrá un Plan Nacional de Desarrollo conformado por una parte general y un plan de inversiones de las Entidades públicas del orden nacional. En la parte general se señalarán los propósitos y objetivos nacionales de largo plazo, las metas y prioridades de la acción estatal a mediano plazo y las estrategias y orientaciones generales de la política económica, social y ambiental que serán adoptadas por el gobierno. El plan de inversiones públicas contendrá los presupuestos plurianuales de los principales programas y proyectos de inversión pública nacional y la especificación de los recursos financieros requeridos para su ejecución.

**Artículo 340**  
Habrá un Consejo Nacional de Planeación integrado por representantes de las entidades territoriales y de los sectores económicos, sociales, ecológicos, comunitarios y culturales. El Consejo tendrá carácter consultivo y servirá de foro para la discusión del Plan Nacional de Desarrollo. En las entidades territoriales habrá también consejos de planeación, según lo determine la ley. El Consejo Nacional y los consejos territoriales de planeación constituyen el Sistema Nacional de Planeación. Las entidades territoriales elaborarán y adoptarán de manera concertada entre ellas y el gobierno nacional, planes de desarrollo, con el objeto de asegurar el uso eficiente de sus recursos y el desempeño adecuado de las funciones que les hayan sido asignadas por la Constitución y la ley.

<b>CONSTITUCIÓN POLÍTICA</b>	<p>Artículo 341</p> <p>El Gobierno elaborará el Plan Nacional de Desarrollo con participación activa de las autoridades de planeación de las entidades territoriales y del Consejo Superior de la Judicatura y someterá el proyecto correspondiente al concepto del Consejo Nacional de Planeación: oída la opinión del Consejo procederá a efectuar las enmiendas que considere pertinentes y presentará el proyecto a consideración del Congreso, dentro de los seis meses siguientes a la iniciación del período presidencial respectivo.</p>
	<p>Artículo 342</p> <p>La correspondiente ley orgánica reglamentará todo lo relacionado con los procedimientos de elaboración, aprobación y ejecución de los planes de desarrollo y dispondrá los mecanismos apropiados para su armonización y para la sujeción a ellos de los presupuestos oficiales.</p>
	<p>Artículo 343</p> <p>La entidad nacional de planeación que señale la ley, tendrá a su cargo el diseño y la organización de los sistemas de evaluación de gestión y resultados de la administración pública, tanto en lo relacionado con políticas como con proyectos de inversión, en las condiciones que ella determine.</p>
	<p>Artículo 344</p> <p>Los organismos departamentales de planeación harán la evaluación de gestión y resultados sobre los planes y programas de desarrollo e inversión de los departamentos y municipios, y participarán en la preparación de los presupuestos de estos últimos en los términos que señale la ley.</p>
	<p>El Artículo 356</p> <p>Salvo lo dispuesto por la Constitución, la ley, a iniciativa del gobierno, fijará los servicios a cargo de la nación y de las entidades territoriales. Determinará, así mismo, el situado fiscal, esto es, el porcentaje de los ingresos corrientes de la nación que será cedido a los departamentos, el distrito capital y los distritos especiales de Cartagena, Santa Marta y Barranquilla, para la atención directa, o a través de los municipios, de los servicios que se le asignen. Los recursos del situado fiscal se destinarán a financiar la educación preescolar, primaria, secundaria y media, y la salud, en los niveles que la ley señale, con especial atención a los niños.</p>
	<p>Artículo 366</p> <p>El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable. Para tales efectos, en los planes y presupuestos de la Nación y de las entidades territoriales, el gasto público social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación.</p>
<b>ACTOS LEGISLATIVOS</b>	<p>Acto Legislativo 01 del 30 de julio de 2001</p> <p>Modifica los artículos 356 y 357 y adiciona el 347 de la Constitución Nacional, sobre el Sistema General de Participaciones (SGP)</p>
	<p>Acto legislativo 02 de 2009, por el cual se reglamenta el artículo 49 de la Constitución Política "La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud".</p>
	<p>Acto Legislativo 03 Por el cual se establece el principio de sostenibilidad fiscal</p>
	<p>Acto Legislativo 04 de 2007</p> <p>Nuevamente reforma el artículo 356 y el 357 de la constitución política, estableciendo nuevas disposiciones sobre los valores concernientes al Sistema General de Participaciones, priorizando los servicios de salud, educación, públicos domiciliarios, agua potable y saneamiento básico</p>
	<p>Acto Legislativo 05 de 2011</p>

<b>LEYES</b>	<p>Por el cual se constituye el Sistema General de Regalías, se modifican los artículos 360 y 361 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones sobre el Régimen de Regalías y Compensaciones. Acto Legislativo 4 de 2017, Por el cual se adiciona el artículo 361 de la Constitución Política, publicado en el Diario Oficial No. 50.350 de 08 de septiembre de 2017. Acto Legislativo 5 de 2019. Por el cual se modifica el artículo 361 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones sobre el Régimen de Regalías y Compensaciones.</p>
	<p>Ley 09 de enero de 1979. Por la cual se dictan Medidas Sanitarias. Se dictan las medidas sanitarias y establece las normas generales que servirán de base a las disposiciones y reglamentaciones necesarias para preservar, restaurar y mejorar las condiciones sanitarias en lo que se relaciona a la salud humana; los procedimientos y las medidas que se deben adoptar para la regulación, legalización y control de los descargos de residuos y materiales que afectan o pueden afectar las condiciones sanitarias del Ambiente.</p>
	<p>Ley 38 de 1989 La presente Ley constituye el Estatuto Orgánico del Presupuesto General de la Nación a que se refiere el inciso 1o. del artículo 210 de la Constitución Política. En consecuencia, todas las disposiciones en materia presupuestal deben ceñirse a las prescripciones contenidas en este Estatuto que regula el sistema presupuestal.</p>
	<p>Ley 10 de enero de 1990, reorganiza el Sistema Nacional de Salud, estableciendo niveles de atención, creando la noción de atención pública en salud, e introduciendo principios de salud como: universalidad, participación ciudadana, participación comunitaria, subsidiariedad, complementariedad e integración funcional. Se trata aquí el tema de la gratuidad para la prestación de los servicios básicos de salud.</p>
	<p>Ley 80 de 1993, Por la cual se expide el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública, define competencias territoriales para celebrar contratos por intermedio de los gobernadores y alcaldes para el caso de los departamentos y municipios.</p>
<b>LEYES</b>	<p>Ley 100 de 1993, crea el Sistema de Seguridad Social Integral, estableciendo en el artículo 153 los fundamentos del servicio público en salud, como son: Equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad. En el artículo 155 se establecen los integrantes del Sistema General de Seguridad Social, dentro de los cuales se destacan dentro de los organismos de Dirección, Vigilancia y Control el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), la Superintendencia de Salud, las Entidades Promotoras de salud (EPS) y las Direcciones Territoriales de Salud; en el mismo artículo 155, se crea como de los integrantes del sistema, el concepto de las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud (IPS). De otra parte, determina en el artículo 165 que: "El Ministerio de Salud definirá el plan atención básica que complementa las acciones previstas en el plan obligatorio de salud (POS) de esta ley y las acciones de saneamiento ambiental".</p>
	<p>Ley 152 de 1994, por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo, tiene como propósito establecer los procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes de desarrollo, así como la regulación de los demás aspectos contemplados por el artículo 342, y en general por el artículo 2 del Título XII de la constitución Política y demás normas constitucionales que se refieren al plan de desarrollo y la planificación. . Retoma el concepto del Plan de Inversiones, contemplado por el artículo 339 de la Constitución Nacional y extiende la obligatoriedad de realizar los planes de las entidades territoriales, para garantizar el uso</p>



<b>LEYES</b>	eficiente de los recursos, e introduce nociones de coordinación y concertación entre las entidades territoriales, así como entre estas y la nación.
	Ley 154 de 1994, establece los procedimientos y mecanismos de la elaboración, aprobación y ejecución de los planes de desarrollo para la Nación, las entidades territoriales y los organismos públicos de todo orden.
	Ley 134 de 1994: Establece los mecanismos de participación ciudadana, e introduce conceptos como iniciativa popular, los diferentes órdenes territoriales existentes, la revocatoria de mandato, el plebiscito y el cabildo abierto.
	Ley 136 de 1994: Determina las normas mediante las cuales se moderniza la organización y funcionamiento de los municipios, otorgando autonomía política, fiscal y administrativa. A través de la norma se busca el mejoramiento de la calidad de vida de la población en cada territorio.
	Ley 179 de 1994: Realiza modificaciones al Plan Operativo Anual de Inversiones, en el cual es necesario incluir los proyectos clasificados por sectores, órganos y programas, en concordancia con el Plan Nacional de Inversiones, e incluyendo en el presupuesto de rentas la estimación de los ingresos corrientes, las contribuciones parafiscales, los recursos de capital y los ingresos de los establecimientos públicos. Se define en la norma los principios del sistema presupuestal como son planificación, anualidad, la universalidad, la unidad de caja, la programación integral, la especialización, la inembargabilidad, coherencia macroeconómica, y homeostasis.
	Ley 225 de 1995 Por la cual se modifica la ley orgánica de presupuesto.
	Ley 344 de 1996, adopta medidas tendientes a racionalizar y disminuir el gasto público, garantizar su financiamiento y reasignar recursos hacia sectores deficitarios de la actividad estatal, como condición fundamental para mantener el equilibrio financiero y garantizar el cumplimiento de los principios de economía, eficacia y celeridad en el uso de los recursos públicos.
	Ley 388 de 1997, aborda lo relacionado con la Planeación Física, Económica y Social de los municipios, promoviendo el ordenamiento de su territorio, con uso equitativo y racional del suelo, y establece en su artículo noveno, el “Plan de Ordenamiento Territorial de los Municipios”, entendido como el compendio de directrices, políticas y estrategias, por medio de metas, programas y actuaciones, para administrar la evolución física del territorio, así como el uso adecuado del suelo. Esta norma fue modificada por la Ley 507 de 1999, puesto que amplía los plazos para la entrega de los POT por parte de los municipios, además de prestar asistencia técnica y capacitación a los municipios por parte del Gobierno Nacional. Posteriormente la Ley 614 de 2000, adiciona a la Ley 388 de 1997 la creación de los “Comités de Integración Territorial”, para la elaboración de los POT, dictando pautas de integración y armonización entre las diferentes entidades involucradas en el POT.
	Ley 617 2000, la cual modifica de manera parcial la Ley 136 de 1994, el Decreto ordinario 1222 de 1986, normas que propenden por la descentralización y la racionalización del gasto público. También se establecen otras disposiciones sobre la creación y categorización de los municipios, así como la financiación de los gastos de funcionamiento de las entidades territoriales, la viabilidad financiera de los municipios, y la transparencia en la gestión de la administración pública.
	<b>LEYES</b>
	Ley 691 de 2001, se reglamenta la participación de los diferentes grupos étnicos en el uso del Sistema General de Seguridad Social. Se garantiza el acceso, así como la participación de los Pueblos Indígenas en los Servicios de Salud, en condiciones dignas y apropiadas, con el debido respeto y protección a la diversidad étnica y cultural de los diferentes miembros de la nación.

**LEYES**

La ley orgánica 715 de 2001, está relacionada con el Sistema Nacional de Participaciones principalmente para salud y educación, y en la que se establecen las normas en materia de recursos y competencias.

Ley 776 de 2002, Por la cual se dictan normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales.

Ley 982 de 2005, se dictan normas para igualar las oportunidades de las personas sordas y ciegas, así como se establece la manera de acceso a la protección del Estado con derechos a la educación, la comunicación y la integración de la familia.

Ley 1098 de 2006 se constituye en el Código de la Infancia y la Adolescencia, cuya finalidad es la de establecer las normas para la protección integral de los niños, niñas, y adolescentes, además de garantizar sus derechos y libertades, la prevención de su amenaza o también la vulneración y la seguridad de su restablecimiento.

La ley 1122 de 2007, realiza algunas modificaciones en el sistema general de seguridad social en salud, con una filosofía justificada en el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Para lo anterior, se efectuaron reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, además de la racionalización y el mejoramiento en la prestación de servicios de salud, como también el fortalecimiento en los programas de Salud Pública y de las funciones de Inspección Vigilancia y Control (IVC), y la organización y funcionalidad de redes para la prestación de servicios de salud. Se destaca en esta ley la creación de la Comisión de Regulación en Salud (CRES), la cual tiene personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de la Protección Social.

La Ley 1176 de 2007 modifica la ley 715 de 2001 en lo que se refiere al artículo tercero relacionado con el Sistema General de Participaciones, al diferenciar la participación de agua potable y saneamiento básico, y la de propósito general. De otra parte, en el artículo sexto, se expresa la fórmula de participación de los recursos a nivel territorial para agua potable y saneamiento básico, y en el artículo séptimo se establece la distribución de recursos para los entes territoriales. Modificada Ley 1977 de 2019, Por la cual se modifica parcialmente la Ley 1176 de 2007 en lo que respecta al sector de agua potable y saneamiento básico. Julio 2019.

Ley 1393 de 2010 Por la cual se definen rentas de destinación específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud, para evitar la evasión y la elusión de aportes a la salud, se redireccionan recursos al interior del sistema de salud y se dictan otras disposiciones. Artículo 34. Los Departamentos y Distritos, de manera conjunta con el Gobierno Nacional definirán planes de transformación de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud y de las rentas cedidas, a más tardar el 31 de diciembre de 2010. Estos planes deberán enmarcarse en un plan financiero integral del Régimen Subsidiado que incluya todas las fuentes que financian y cofinancian la operación del Régimen Subsidiado, de acuerdo con las normas legales vigentes, con el propósito de alcanzar la cobertura universal y la unificación de los planes obligatorios de salud de los regímenes subsidiado y contributivo, unificación que deberá lograrse a más tardar el 31 de diciembre de 2015. Modificada por la Ley 1955 de 2019, Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022.

Ley 1473 de 2011 Por medio de la cual se establece una regla fiscal y se dictan otras disposiciones. Tiene por objeto expedir normas que garanticen la sostenibilidad de largo plazo de las finanzas públicas y contribuyan a la estabilidad macroeconómica del país.

	<p>Ley 1474 de 2011 Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.</p>
<b>LEYES</b>	<p>Ley 1438 de 2011, que modifica la Ley 100 de 1993, tiene como objeto en su artículo primero, fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS). Se crean en el artículo segundo indicadores de metas basados en criterios técnicos. Se actualizan los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como son: Universalidad, Solidaridad, Igualdad, Obligatoriedad, Prevalencia de Derechos (para los niños y las embarazadas), Enfoque diferencial, Equidad, Calidad, Eficiencia, Participación Social, Progresividad, Libre escogencia, Sostenibilidad, Transparencia, Descentralización, Complementariedad, Corresponsabilidad, Irrenunciabilidad, Inter-sectorialidad, Prevención y Continuidad. (Capítulo II), en los artículos 60, 61 y 62 se definen las redes integradas de servicios de salud como el conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivos, más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida, dispuesta conforme a la demanda. Modificada por la Ley 2010 de 2019.</p>
	<p>Ley 1551 de 6 de julio de 2012, es el nuevo régimen municipal, el cual establece las categorías para los distritos y municipios dependiendo de su población, ingresos corrientes de libre destinación, importancia económica y situación geográfica. Esta ley también autoriza a los entes territoriales para celebrar directamente convenios solidarios con las juntas de acción comunal.</p>
	<p>Ley 1523 del 24 de abril de 2012 por la cual se adopta la política nacional de gestión del riesgo de desastres y se establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se dictan otras disposiciones.</p>
	<p>Ley 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. En su art. 12, en cuanto a planeación en salud, acerca de la participación en las decisiones del sistema de salud, establece en el literal a), como uno de los derechos de la comunidad, el de participar en la formulación de la política de salud, así como en los planes de salud para su implementación. En el numeral e) se enuncia también el derecho de la comunidad de participar en los procesos de definición de prioridades de salud. El art. 13 establece que el sistema de salud, estará integrado en redes integrales de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas.</p>
	<p>Ley 1773 de 2016 Por medio de la cual se crea el artículo 116A, se modifican los artículos 68A, 104, 113, 359, y 374 de la Ley 599 de 2000 y se modifica el artículo 351 de la Ley 906 de 2004.</p>
	<p>Ley 1797 de 2016 Por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones</p>
	<p>Ley 1799 de 2016 Por medio de la cual se prohíben los procedimientos médicos y quirúrgicos estéticos para menores de edad y se dictan otras disposiciones.</p>
	<p>Ley 1822 de 2017 Por medio de la cual se incentiva la adecuada atención y cuidado de la primera infancia, se modifican los artículos 236 y 239 del Código Sustantivo del Trabajo y se dictan otras disposiciones.</p>
	<p>Ley 1823 de 2017 Por medio de la cual se adopta la estrategia salas amigas de la familia lactante del entorno laboral en entidades públicas territoriales y empresas privadas y se dictan otras disposiciones.</p>
	<p>Ley 1831 de 2017 Por medio de la cual se regula el uso del Desfibrilador Externo Automático (DEA), en transportes de asistencia, lugares de alta afluencia de público, y se dictan otras disposiciones.</p>

Ley 1850 de 2017 Por medio de la cual se establecen medidas de protección al adulto mayor en Colombia, se modifican las leyes 1251 de 2008, 1315 de 2009, 599 de 2000 y 1276 de 2009, se penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono y se dictan otras disposiciones.
Ley 1857 de 2017 Por medio de la cual se modifica la Ley 1361 de 2009 para adicionar y complementar las medidas de protección de la familia y se dictan otras disposiciones, "por medio de la cual se crea la Ley de Protección Integral a la Familia".
Ley 1929 de 2018 Por medio de la cual se modifica temporal y parcialmente la destinación de un porcentaje de los recursos del fondo de solidaridad de fomento al empleo y protección al cesante, definida en el artículo 6° de la ley 1636 de 2013; y se faculta a las cajas de compensación familiar a destinar recursos para el saneamiento de pasivos en salud y/o el cumplimiento de condiciones financieras aplicables a las EPS
Ley 1419 del 2019, Tiene por objeto desarrollar la TELESALUD en Colombia, como apoyo al Sistema General de Seguridad Social en Salud, bajo los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad, calidad y los principios básicos contemplados
Ley 1949 de 2019 Por la cual se adicionan y modifican algunos artículos de las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, y se dictan otras disposiciones.
Ley 1953 de 2019 Por medio de la cual se establecen los lineamientos para el desarrollo de la política pública de prevención de la infertilidad y su tratamiento dentro de los parámetros de salud reproductiva.
Ley 1955 de 2019, Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. "Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad", que se expide por medio de la presente ley, tiene como objetivo construir una Colombia en paz, equitativa y educada, en armonía con los propósitos del Gobierno nacional, con las mejores prácticas y estándares internacionales, y con la visión de planificación, de largo plazo prevista por los objetivos de desarrollo sostenible.
Ley 1968 de 2019 Por el cual se prohíbe el uso de asbesto en el territorio nacional y se establecen garantías de protección a la salud de los colombianos.
Ley 1966 de 2019 Por medio del cual se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el sistema de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.
Ley 1971 de 2019 Por medio de la cual se modifica el artículo 5° de la ley 1639 de 2013, se crean otras medidas de protección a favor de las víctimas de delitos con sustancias corrosivas a la piel, y se dictan otras disposiciones.
Ley 1972 de 2019 Por medio de la cual se establece la protección de los derechos a la salud y al medio ambiente sano estableciendo medidas tendientes a la reducción de emisiones contaminantes de fuentes móviles y se dictan otras disposiciones.
Ley 1977 de 2019 Por la cual se modifica parcialmente la ley 1176 de 2007 en lo que respecta al sector de agua potable y saneamiento básico.
Ley 1980 de 2019 Por medio de la cual se crea el programa de tamizaje neonatal en Colombia.
Ley 1996 de 2019 Por medio de la cual se establece el régimen para el ejercicio de la capacidad legal de las personas con discapacidad , mayores de edad.
Ley 1997 de 2019 Por medio del cual se establece un régimen especial y excepcional para adquirir la nacionalidad colombiana por nacimiento, para hijos e hijas de venezolanos en situación de migración regular o irregular, o de solicitantes de refugio, nacidos en territorio colombiano, con el fin de prevenir la apátrida.
Ley 2000 de 2019 Por medio de la cual se modifica el código nacional de policía y convivencia y el código de la infancia y la adolescencia en materia de consumo, porte y distribución de sustancias psicoactivas en lugares con presencia de menores de edad y se dictan otras disposiciones
Ley 2010 de 2019 Por medio de la cual se adoptan normas para la promoción del crecimiento económico, el empleo, la inversión, el fortalecimiento de las finanzas públicas y la progresividad, equidad y eficiencia del sistema tributario, de acuerdo con los objetivos que sobre la materia impulsaron la Ley 1943 de 2018 y se dictan otras disposiciones.
Ley 2015 de 2020 Por medio del cual se crea la historia clínica electrónica interoperable y se dictan otras disposiciones.
Decreto 1795 de 1995 Por el cual se adoptan los lineamientos para garantizar la prestación de los servicios de salud a las personas objeto del subsidio del Sistema General de

seguridad Social en Salud, dispuestos en el Acuerdo 22 de 1995 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.
Decreto 111 enero 1996. Por el cual se compilan la ley 38 de 1989, la ley 179 de 1994 y la ley 225 de 1995 que Conforman el estatuto orgánico del presupuesto.
Decreto 3260 de 2004, Por el cual se adoptan medidas para optimizar el flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Decreto 028 de 2008 Por medio del cual se define la estrategia de monitoreo, seguimiento y control integral al gasto que se realice con recursos del Sistema General de Participaciones. Reglamentado Parcialmente por el Decreto 2911 de 2008.

<b>DECRETOS</b>	Decreto 127 de 2010 Por el cual se adoptan medidas en materia tributaria
	Decreto 128 de 2010 Por medio del cual se regulan las prestaciones excepcionales en salud
	Decreto 129 de 2010 Por medio del cual se adoptan medidas en materia de control a la evasión y elusión de cotizaciones y aportes al sistema de la protección social
	Decreto 130 de 2010 Disposiciones del monopolio rentístico de juegos de suerte y azar
	Decreto 131 de 2010 Crea el Sistema Técnico Científico en Salud, se regula la autonomía profesional y se definen aspectos del aseguramiento del plan obligatorio de salud
	Decreto 132 de 2010 Establecen mecanismos para administrar y optimizar el flujo de recursos que financian el Régimen Subsidiado de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud
	Decreto 133 de 2010 Se adoptan medidas tendientes a garantizar el acceso, oportunidad, continuidad, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud
	Decreto 4828 de 2010, por el cual se dictan disposiciones para atender situaciones de desastre nacional y de emergencia económica, social, y ecológica, por grave calamidad pública declarada en el territorio colombiano e impedir sus efectos.
	Decreto 510 de 2011, mediante el cual se adoptan las directrices para la formulación del Plan de Acción para la Atención de la Emergencia y la Mitigación de sus Efectos, en el contexto del Estado de Emergencia Económica Social y Ecológica en todo el territorio nacional, con el fin de orientar y definir acciones que permitan controlar inundaciones y/o fenómenos de remoción en masa para la protección de la población.
	Decreto 4107 de 2011 Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social.
	Decreto 540 de 2012, mediante el cual se establece un Sistema de Registro Único de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud con el fin de integrar información actualizada de los afiliados, aportantes y beneficiarios para que estos puedan acceder a subsidios o servicios financiados con recursos públicos. Modificado por el Decreto 618 de 2014. En cuanto a la integración. La Comisión Intersectorial para la Operación del Sistema de Registro Único de Afiliados al Sistema de Seguridad Social Integral y de Protección.
	Decreto 790 de 2012, Por el cual se trasladan las funciones del Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia – SNAIPD, al Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas y del Consejo Nacional de



**DECRETOS**

Atención Integral a la Población Desplazada – CNAIPD, al Comité Ejecutivo para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas
Decreto 196 de 2013 art. 11, elaboración y presentación de los planes financieros por departamento y distrito.
Decreto 859 de 2014, el cual reglamenta el parágrafo 1 del artículo 7 de la Ley 1438 de 2011, en el cual se establece que para el desarrollo del Plan Decenal de Salud en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud, que se debe crear una Comisión Intersectorial de Salud Pública de orden nacional para hacer seguimiento cada seis meses a las acciones para el manejo de determinantes en salud y que le informará al CONPES. Una de sus funciones es orientar los lineamientos técnicos dirigidos a las entidades territoriales (departamentos, distritos y municipios), para promover la gestión transectorial para la gestión del Plan Decenal de Salud de competencia de estas, a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, con la participación de las otras instituciones y organizaciones involucradas con los determinantes de salud.
Decreto 0280 de 18 de Febrero de 2015, por el cual se crea la comisión interinstitucional de alto nivel para el alistamiento y la efectiva implementación de la agenda de desarrollo Post. 2015, y sus objetivos de desarrollo sostenible.
Decreto Único Reglamentario 1084 de 2015, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Inclusión Social y Reconciliación.
Decreto 780 de 2016. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.
Decreto 1370 de 2016, Por medio del cual se sustituye un artículo y se adiciona al Capítulo V del Título 1 de la Parte 6 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud una disposición, en relación con la operación de la Cuenta de Alto Costo.
Decreto 866 de 2017, Por el cual se sustituye el Capítulo 6 del Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en cuanto al giro de recursos para las atenciones iniciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de los países fronterizos.
Decreto 2228 de 2017, Por el cual se modifica el artículo 2.1.5.1 del Decreto número 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en relación con los afiliados al Régimen Subsidiado.
Decreto 2265 de 2017, Por el cual se modifica el Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social adicionando el artículo 1.2.1.10, y el Título 4 a la Parte 6 del Libro 2 en relación con las condiciones generales de operación de la ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
Decreto 682 de 2018, Por el cual se sustituye el Capítulo 3 del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto número 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con las condiciones para la autorización de funcionamiento, habilitación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud.

Decreto 710 de 2018, 'por el cual se modifican unos artículos del Título 12 de la Parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en relación con la evaluación de tecnologías para propósitos de control de precios de medicamentos nuevos.
Decreto 1355 de 2018. Por el cual se modifica el Decreto número 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con el manejo de los recursos de propiedad de las entidades territoriales destinados al aseguramiento de la población afiliada al Régimen Subsidiado.
Decreto 2497 de 2015, Por el cual se modifica el Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con las condiciones generales de operación de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) y el giro de los recursos de las rentas territoriales.
Decreto 2058 de 2018, 'por el cual se modifica el Título 2 de la Parte 1 del Libro 2 y el artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.
Decreto 494 de 2019, 'por el cual se adiciona una parte al Libro 3 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con la asignación de competencias administrativas para el cobro de las cuotas partes pensionales activas de las entidades liquidadas, adscritas o vinculadas al Ministerio de Salud y Protección Social.
Decreto 1424 de 2019, 'por el cual se sustituye el Título 11 de la Parte 1 del Libro 2, se modifica el artículo 2.1.7.11 y se deroga el párrafo del artículo 2.5.2.2.1.5 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con las condiciones para garantizar la continuidad de los afiliados de las Entidades Promotoras de Salud (EPS).
Decreto 1683 de 2019. Por el cual se modifican los artículos 2.5.2.2.1.10 y 2.5.2.3.3.6, y se adiciona el artículo 2.5.2.2.1.20 al Decreto número 780 de 2016, en relación con las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud.
Decreto 1630 de 2019. Por el cual se sustituye el Capítulo 1 del Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social relativo a las mujeres víctimas de violencia.
Decreto 2106 del 2019, "Por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública" donde se asignan nuevas competencias a las Direcciones Territoriales de Salud (DTS) entre otras como: en el artículo 91, modifica el artículo 151 de la Ley 9 de 1979 en el cual la Expedición de licencias de prestación de servicios de protección radiológica y control de calidad y, de práctica médica, veterinaria, industrial o de investigación que era competencia del Ministerio de Salud pasa a la DTS y en el artículo 92 modificó el párrafo del artículo 58 de la Ley 1438 de 2011 donde la habilitación de los nuevos servicios de salud Oncológicos que era competencia del Ministerio de Salud pasa a la competencia de la DTS..
Decreto 2359 de 2019 Por el cual se Regula la Integración de la Comisión Nacional del Ejercicio de la Cosmetología y se dictan otras disposiciones
Decreto 64 de 2019 Por el cual se modifican los artículos 2.1.3.11, 2.1.3.13, 2.1.5.1, 2.1.7.7, 2.1.7.8 y 2.1.3.17, y se adicionan los artículos 2.1.5.4 y 2.1.5.5 del Decreto 780 de 2016, en relación con los afiliados al régimen subsidiado, la afiliación de oficio y se dictan otras disposiciones
Decreto 268 de 2019 Por el cual se sustituye parcialmente la Parte 4 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social y se modifica el artículo 2.2.5.1.2 del Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector

<b>DECRETOS POR LA EMERGENCIA SANITARIAS POR EL COVID 19</b>	Administrativo de Planeación Nacional, en relación con la definición de los criterios, procedimientos y variables de distribución, asignación y uso de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud y se dictan otras disposiciones
	Decreto 292 de 2019 Por el cual se corrige un error formal del Decreto 268 de 2020
	Decreto 440 de 2020 Urgencia en contratación
	Decreto 488 de 2020 Medidas de orden laboral
	Decreto 491 de 2020 Garantía de servicios, gerentes ESE
	Decreto 499 de 2020 Contratación estatal de bienes COVID-19
	Decreto 500 de 2020 Acciones de promoción y prevención ARL
	Decreto 507 de 2020 Acceso a hogares vulnerables a alimentos y medicamentos
	Decreto 512 de 2020 Movimientos presupuestales entidades territoriales
	Decreto 513 de 2020 Inversión recursos de regalías
	Decreto 519 de 2020 Presupuesto FOME.
	Decreto 522 de 2020 Adición presupuestal
	Decreto 538 de 2020 Medidas en el sector salud
	Resolución 1013 abril 2005. Por la cual se definen las regiones en las cuales las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado podrán ser seleccionadas para operar el Régimen subsidiado de salud.
	Resolución 3042 del 2007. La cual establece la organización de los Fondos de Salud de las Entidades Territoriales, la operación y Registro de las cuentas maestras para el manejo de los recursos de los Fondos de Salud. La cual establece la organización de los Fondos de Salud de las Entidades Territoriales, la operación y Registro de las cuentas maestras para el manejo de los recursos de los Fondos de Salud.
La Resolución 425 de 2008 define la metodología para la elaboración, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales, para el cuatrienio 2007 - 2010.	
Resolución 5535 de 2010 da los criterios de distribución de los recursos financieros para el Plan Nacional de Salud Pública	
<b>RESOLUCIONES</b>	

**RESOLUCIONES**

Resolución 1841 de 2013 por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, el cual será de obligatorio cumplimiento tanto para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud — SGSSS, como del Sistema de Protección Social, en el ámbito de sus competencias y obligaciones.
Resolución 4015 de 2013, Por la cual se establecen los términos y se adopta la metodología para la elaboración de los Planes Financieros Territoriales de Salud por parte de los departamentos y distritos y se dictan otras disposiciones
Resolución 5521 de 2013 por el cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)
Resolución 1229 de 29 de Abril de 2013, Por la cual se establecen el modelo de inspección, vigilancia y control sanitario para los productos de uso y consumo humano
Resolución 0532 de 25 de feb. 2014 por la cual se efectúa un traslado y distribución en el presupuesto de gastos de funcionamiento del Ministerio de salud y la protección social.
Resolución 4015 de 2013 por la cual se establecen los términos y se adopta la metodología para la elaboración de los Planes Financieros Territoriales de Salud por parte de los departamentos y distritos y se dictan otras disposiciones.
Resolución 2003 2014 Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud
Resolución 518 de 2015 El objeto de esta resolución es establecer disposiciones en relación con la gestión de la salud pública y directrices para la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud pública de intervenciones colectivas (PIC). En esta resolución, se actualiza el listado de intervenciones, procedimientos, actividades e insumos a ser financiados con recursos del Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas, como mínimo cada 2 años
Resolución 1536 de 2015 establece las disposiciones para el proceso de Planeación Integral para la Salud a cargo de las entidades territoriales del nivel departamental, distrital y municipal como de las instituciones del Gobierno Nacional. También incluye las obligaciones que tienen las EPS, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB y las Administradoras de Riesgos Laborales – ARL para cumplir con el proceso de planeación acogiendo e integrando en los insumos que permitan su ejecución.
Resolución 2626 del 2019, por el cual se crea El Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE)El cuyo objeto será modificar el marco operacional de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), con el propósito de lograr los mejores resultados en salud, buscando dar respuestas concretas a las prioridades identificadas, mediante una atención de calidad centrada en las personas, familia y comunidades y que se operativiza a través de acuerdos interinstitucionales y comunitarios integrados a un esquema de acompañamiento permanente por parte del Ministerio de Salud.
Resolución 1441 de 2016 habilita la implementación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud –RIPSS como componente de la Política de Atención Integral en Salud –PAIS, determinando su conformación, organización, gestión, seguimiento y evaluación. Además de adoptar el “Manual de Habilitación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud
Resolución No. 2654 del 2019, Por la cual Establecen disposiciones para la telesalud y parámetros para la práctica de la telemedicina en el país
RESOLUCIÓN 3100 DE 2019, Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

	<p>Resolución número 1403 de 2007, por la cual se determina el Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico, se adopta el Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos y se dictan otras disposiciones</p> <p>RESOLUCIÓN 5596 DE 2015, Por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias “Triage”</p> <p>RESOLUCIÓN 1995 DEL 1999, Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica</p>
<b>RESOLUCIONES</b>	<p>Resolución 4834 de 2015 por la cual se modifica la Resolución 4015 de 2013 por la cual se establecen los términos y se adopta la metodología para la elaboración de los Planes Financieros Territoriales de Salud por parte de los departamentos y distritos y se dictan otras disposiciones, en su artículo 4.</p> <p>Resolución 429 del 17 de febrero de 2016 por medio de la cual se adopta la política de Atención Integral en Salud MIAS</p> <p>Resolución 256 del 5 de febrero de 2016 por la cual se dictan con relación al sistema de información para de la calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.</p> <p>Resolución 1441 del 21 de Abril de 2016 por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestación de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones</p> <p>Resolución 926 de marzo 30 de 2017 Por la cual se reglamenta el desarrollo y operación del Sistema de Emergencias Médicas. Modificada por la Resolución 1098 de 2018</p> <p>Resolución 1098 de 2018 Por la cual se modifica la Resolución 926 de 2017 en lo relativo al plazo para la implementación del Sistema de Emergencias Médicas (SEM).</p> <p>Resolución 3539 de 2019 Por la cual se adopta el instrumento para las entidades responsables del aseguramiento en salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, reporten los servicios y tecnologías en salud ordenados por el médico tratante, que sean negados y se modifica la Resolución No. 256 de 2016. Ministerio de Salud y Protección Social</p> <p>Resolución 94 de 2020 Por la cual se imparten lineamientos para el reconocimiento de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC de los afiliados a los Regímenes Contributivos y Subsidiado, por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud ADRES</p> <p>Resolución 113 de 2020 Por la cual se dictan disposiciones en relación con la certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad</p> <p>Resolución 205 de 2020 Por la cual se establecen disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación - UPC y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, y se adopta la metodología para definir el presupuesto máximo.</p> <p>Resolución 206 de 2020 Por la cual se fija el presupuesto máximo a transferir a cada Entidad Promotora de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, y Entidad Obligada a Compensar en la vigencia 2020</p> <p>Resolución 227 de 2020 Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis - PNPCT y se dictan otras disposiciones</p> <p>Resolución 228 de 2020 Por la cual se Adopta la Política Pública de Prevención y Tratamiento de la Infertilidad</p> <p>Resolución 229 de 2020 Por la cual se definen los lineamientos de la carta de derechos y deberes de la persona afiliada y del paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la carta de desempeño de las Entidades Promotoras de Salud - EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado</p>
<b>CIRCULARES</b>	<p>Circular 01 del 14 de noviembre de 2008, Lineamientos sobre la ejecución de las acciones colectivas de salud pública incluidas en la resolución 425 de 2008. Ministerio de Salud y Protección Social</p>



Circular 06 de 3 de Febrero de 2012. Jornada de vacunación contra el sarampión y la rubeola en instituciones educativas Ministerio de Salud y Protección Social
Circular 8 del 15 de febrero de 2012 Alerta para la identificación de la vigilancia epidemiológica y la atención del dengue y dengue grave. Ministerio de Salud y Protección Social
Circular 9 del 21 de febrero de 2012 Fortalecimiento de la vigilancia. control y manejo de casos de tos ferina. Ministerio de Salud y Protección Social
Circular 13 del 28 de marzo de 2012 Instrucciones para la aplicación de la ley 1468 de 2011 - reconocimiento de las licencias de maternidad y paternidad con cargo a los recursos del fondo de solidaridad y garantía – FOSYGA. Ministerio de Salud y Protección Social
Circular 16 del 20 de abril de 2012 Lineamientos para el funcionamiento de la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH. Ministerio de Salud y Protección Social
Circular 17 del 20 de abril de 2012 Publicidad de la cobertura y atención de los servicios de salud contenidos en el plan de beneficios para niños, niñas y adolescentes. Ministerio de Salud y Protección Social
Circular 19 del 3 de mayo de 2012 Atención en situaciones de urgencia y trámite ante el comité técnico a la junta técnico científicas de pares. Ministerio de Salud y Protección Social
Circular 21 del 18 de mayo de 2012 Cumplimiento cabal fallos de tutela. Ministerio de Salud y Protección Social
Circular 27 del 13 de junio de 2012 Continuidad en la prestación de servicios de salud respecto de la población de 18 a 59 años de edad. Afiliada al Régimen Subsidiado beneficiaria a partir del 1 de julio de 2012 de la unificación del Plan Obligatorio de Salud – POS Ministerio de Salud y Protección Social.
Circular 30 del 25 de junio de 2012 Celebración del vigésimo aniversario de la semana mundial de la lactancia materna .Ministerio de Salud y Protección Social
Circular 34 del 24 de julio de 2012 Reforzar y mantener las acciones emitidas en la circular 67 del 27/10/10. Ministerio de Salud y Protección Social
Circular 36 del 3 de agosto de 2012 Lineamientos para garantizar la notificación epidemiológica, el registro individual de prestación de servicios y el suministro de medicamentos para el manejo de eventos de interés en salud pública en fuerzas militares y Policía Nacional. Ministerio de Salud y Protección Social
Circular 38 del 8 de agosto de 2012 Intensificación de acciones en vigilancia, control y manejo de los casos de tosferina a nivel nacional. Ministerio de Salud y Protección Social
Circular 40 del 10 de agosto de 2012 Reiteración circular externa no. 33 del 2 de junio de 2001 aplicación artículo 143 de la ley 1438 del 2011. . Ministerio de Salud y Protección Social
Circular Conjunta 0041 de 2012 Introducción de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano -VPH en el esquema nacional de vacunación. Ministerio de Salud y Protección Social- Ministerio de Educación Nacional
Circular 42 del 22 de agosto de 2012. Instrucciones para adelantar la visita única oficial de arribo para otorgamiento la libre plática, en buques de carga de tráfico internacional con destino a varios puertos colombianos consecutivamente. . Ministerio de Salud y Protección Social
Circular 45 del 29 de agosto de 2012 Implementación de la estrategia de vigilancia en salud pública de infecciones asociadas a la atención en salud -IAAS - resistencia y control y consumo de antimicrobianos. . Ministerio de Salud y Protección Social
Circular 51 del 10 de octubre de 2012 Adopción e implementación del documento "lineamiento para la vigilancia y control de eventos de interés en salud pública en establecimientos penitenciarios y carcelarios. Ministerio de Salud y Protección Social
Circular 1 del 8 de enero de 2013 Lineamientos para el manejo programático de los medicamentos de segunda línea para tuberculosis farmacorresistente en Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social

Circular 7 del 20 de diciembre de 2013 Por la cual se incorporan unos medicamentos al Régimen de control directo con fundamento en la Metodología de la Circular 03 de 2013 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos y se les fija su precio máximo de venta. Ministerio de Salud y Protección Social
Circular 8 del 8 de febrero de 2013 Instrucciones para la intensificación de las acciones de vigilancia, prevención, atención y control del Dengue y Dengue Grave en Colombia, 2013. Ministerio de Salud y Protección Social
Circular 11 del 17 de abril de 2013 Lineamientos en salud para la preparación y realización del evento deportivo "Juegos Mundiales – Cali 2013 .Ministerio de Salud y Protección Social
Circular 16 del 15 de mayo de 2013 Carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente en el sistema general de seguridad social en salud y de la carta de desempeño de las EPS. Ministerio de Salud y Protección Social
Circular 17 del 20 de mayo de 2013 Obligatoriedad en el reporte de información de la población con discapacidad, beneficiaria de las ayudas técnicas entregadas en lo no cubierto por el plan obligatorio de salud (POS) y de la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC). Ministerio de Salud y Protección Social
Circular 20 del 27 de mayo de 2013 Fortalecimiento de las Acciones de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública de la Infección Respiratoria Aguda. Ministerio de Salud y Protección Social
Circular Externa 0023 del 16 de julio de 2013 Aspectos técnicos a reforzar en el esquema permanente de vacunación. Ministerio de Salud y Protección Social
Circular 44 del 19 de noviembre de 2013 Lineamientos para la implementación, operación y sostenimiento del Sistema de información nominal del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI. Ministerio de Salud y Protección Social
Circular 45 del 19 de noviembre de 2013 Aspectos técnicos sobre vacunación segura. Ministerio de Salud y Protección Social
Circular 50 del 6 de diciembre de 2013 Portabilidad Nacional -Decreto 1683 de 2013. Ministerio de Salud y Protección Social
Circular 1 del 7 de enero del 2014 Atención especial y preferencial al adulto mayor. Ministerio de Salud y Protección Social
Circular 10 del 25 de febrero de 2014 Manual de la Misión Médica, Resolución número 4481 de 2012" Ministerio de Salud y Protección Social
Circular 13 de 2014 Capacitación y apoyo técnico para la formulación de proyectos de inversión susceptibles de financiar con recursos del sistema general de regalías" Ministerio de Salud y Protección Social
Circular 14 del 12 de marzo de 2014 "Instrucciones para la detección y alerta temprana ante la eventual introducción del virus de la fiebre Chikungunya en Colombia" Ministerio de Salud y Protección Social
Circular 15 del 20 de marzo de 2014 Proyectos de inversión susceptibles de financiar con los recursos del sistema general de regalías - SGR para el sector salud y protección social. Ministerio de Salud y Protección Social
Circular 17 del 25 de marzo de 2014 Implementación de la campaña nacional para el registro de las personas con trastornos del espectro autista. Ministerio de Salud y Protección Social
Circular 18 del 14 de mayo de 2015 Directrices para la operación de la movilidad entre regímenes dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social
Circular 24 del 25 de abril de 2016 Protección de los recursos del SGSSS — deber de las entidades destinatarias de recursos de dicho sistema, de emplear los mecanismos legales para su defensa en sede jurisdiccional frente a medidas cautelares decretadas en su contra. Ministerio de Salud y Protección Social
Circular 1 del 16 de enero de 2017. Fuentes de acceso a la información básica requerida para el diligenciamiento de la carta de desempeño. Ministerio de Salud y Protección Social
Circular 6 del 30 de enero de 2017 Ministerio de Salud y Protección Social.

Circular 7 del 3 de febrero de 2017 Lineamientos en el marco de la entrada en vigencia de la ley 1805 de 2016. Ministerio de Salud y Protección Social.
Circular 12 del 27 de febrero de 2017 Envío de los datos al Ministerio de Salud y Protección Social del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud — RIPS, de las atenciones realizadas a ciudadanos extranjeros en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de los departamentos ubicados en las fronteras con Brasil, Ecuador, Panamá, Perú, Nicaragua y Venezuela. Ministerio de Salud y Protección Social.
Circular 16 del 1 de marzo de 2017 Fortalecimiento de acciones que garanticen la atención segura, digna y adecuada de las maternas en el territorio nacional. Ministerio de Salud y Protección Social.
Circular 25 del 1 de agosto de 2017 Fortalecimiento de Acciones en Salud Pública para responder a la Situación de Migración de Población Proveniente de Venezuela. Ministerio de Salud y Protección Social.
Circular 6 del 16 de enero de 2018 Instrucciones permanentes de prevención, atención, vigilancia y control para evitar la introducción o aparición de casos de Sarampión y Rubéola en el país y acciones de Sanidad Portuaria. Ministerio de Salud y Protección Social.
Circular 10 del 9 de febrero de 2018 Instrucciones Generales sobre el Reporte de Información para los Estudios de Suficiencia y de los Mecanismos de Ajuste de Riesgo, Para el Cálculo de la UPC - que Garantiza el Plan de Beneficios en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.
Circular 11 del 5 de marzo de 2018 Directrices para avanzar en la construcción e implementación del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural - SISPI a nivel territorial, en diálogo con el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.
Circular 16 del 14 de marzo de 2018 Difusión de Modificaciones y Ajustes al Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por capitación (UPC), Actualizado Integramente Mediante Resolución 5269 de 2017 . . Ministerio de Salud y Protección Social.
Circular 20 del 30 de mayo de 2018 Instrucciones sobre el uso de los recursos transferidos con cargo al FOSYGA - Numeral 3 artículo 21 Ley 1797 de 2016. . Ministerio de Salud y Protección Social.
Circular 26 del 24 de julio de 2018 Instrucciones para la comunicación de eventos que pueden convertirse en probables Emergencias en Salud Pública de Interés Nacional (ESPIN) o Emergencias en Salud Pública de Interés Internacional (ESPIL), en el marco del Reglamento Sanitario Internacional - RSI (2005), Al Centro Nacional de Enlace. . Ministerio de Salud y Protección Social.
Circular 27 del 24 de julio de 2018 Directrices para el fortalecimiento de las acciones de prevención, vigilancia, atención y control de cólera. Ministerio de Salud y Protección Social. Ministerio de Salud y Protección Social.
Circular 35 del 16 de octubre de 2018 Continuidad e integralidad en la prestación de los servicios de salud. Ministerio de Salud y Protección Social.
Circular 43 del 18 de diciembre de 2018. Directrices para el fortalecimiento de la prevención y vigilancia de la resistencia antimicrobiana de Neisseria gonorrhoeae. Ministerio de Salud y Protección Social.
Circular 3 del 23 de enero de 2019 Preparación y respuesta sectorial frente a los posibles efectos en salud ante la eventual ocurrencia del fenómeno del "niño". Ministerio de Salud y Protección Social.
Circular 8 del 12 de febrero de 2019 Instrucciones para la intensificación y fortalecimiento a las acciones de vigilancia, prevención, atención Integral y control de dengue en Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social.
Circular 13 del 4 de marzo de 2019 Acciones de Gestión en Salud Pública para la Prevención, el diagnóstico, manejo, control y vigilancia del VIH, Coinfección TB/VIH, Sífilis Gestacional y Congénita Hepatitis B y Hepatitis C. Ministerio de Salud y Protección Social.
Circular 17 del 26 de marzo de 2019 Difusión de Modificaciones y ajustes al Plan de Beneficios en Salud con Cargo a la Unidad de Pago por capitación (PBSUPC),

	Actualizado Integralmente Mediante Resolución 5857 de 2018. Ministerio de Salud y Protección Social.
	Circular 22 del 27 de junio de 2019 Preparativos sectoriales para garantizar el derecho fundamental a la salud durante movilizaciones sociales o posibles realizaciones de estas. Ministerio de Salud y Protección Social.
	Circular 23 del 2 de agosto de 2019 Afiliación al sistema general de seguridad social en salud de los recién nacidos, menores de edad, hijos de padres no afiliados y a cargo del ICBF. Ministerio de Salud y Protección Social.
	Circular 24 de Instrucciones para el Diligenciamiento de las Variables de tipo y número de identificación en el Certificado de Nacido Vivo y el Certificado de Defunción. Ministerio de Salud y Protección Social.
	Circular 30 del 21 de octubre de 2019 Implementación de la Resolución 2053 de 2019
	Circular 31 del 21 de octubre de 2019 Instrucciones para mantener la intensificación y fortalecimiento de las acciones de prevención, atención integral, vigilancia y control del dengue en Colombia. . Ministerio de Salud y Protección Social.
	Circular 32 del 21 de octubre de 2019. Directrices de alerta, instrucciones y recomendaciones relacionadas con las consecuencias nocivas a nivel sanitario por el uso de sistemas electrónico administración de nicotina y sin suministro de nicotina . SEAN/SSSN Ministerio de Salud y Protección Social.
	Circular 35 del 22 de noviembre de 2019 Alcance a la circular 035 de 2019 - garantía en la continuidad del aseguramiento y prestación de servicios de salud de los afiliados a Salud Vida EPS en liquidación. Ministerio de Salud y Protección Social
	Circular 36 del 25 de noviembre de 2019 Reiteración del Deber de Registro y Actualización de Novedades en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud – ReTHUS. Ministerio de Salud y Protección Social
	Circular 38 del 29 de noviembre de 2019 Garantía en la Continuidad del Aseguramiento y Prestación de Servicios de los afiliados a Salud Vida S.A. EPS en Liquidación. Ministerio de Salud y Protección Social
	Circular 44 del 26 de diciembre de 2019 Incremento Porcentual Resultante de la Aplicación del Valor de la UPC para la Vigencia 2020 y Estructura por EPS. Ministerio de Salud y Protección Social.
	Circular 45 del 31 de diciembre de 2019. Asignación Afiliados Salud Vida Eps en Liquidación. Cumplimiento de Sentencias Judiciales. . Ministerio de Salud y Protección Social.
	Circular 5 del 11 de febrero de 2020. “Directrices para la detección temprana, el control y la atención ante la posible introducción del nuevo coronavirus (2019-nCoV) y la implementación de los planes de preparación y respuesta ante este riesgo. Ministerio de Salud y Protección Social.
	Circular 6 del 13 de febrero de 2020. Directrices para el fortalecimiento de las medidas de prevención y atención Integral Hepatitis A y de las acciones de vigilancia y control para este evento. Ministerio de Salud y Protección Social.
	Circular 7 del 20 de febrero de 2020. Reporte de información sobre Disponibilidad de Talento Humano en salud. Ministerio de Salud y Protección Social.
	Circular Externa 11 del 10 de marzo de 2020 .Recomendaciones para la contención de la epidemia por el nuevo Coronavirus (COVID -19) en los sitios y eventos de alta influencia de personas. Ministerio de Salud y Protección Social
	Circular Conjunta 21 del 25 marzo de 2020. Acciones para la afiliación y reporte de novedades al Sistema General de Seguridad Social de Salud de los Niños, Niñas y adolescentes y Jóvenes a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF. Ministerio de Salud y Protección Social-ICBF
	Circular Externa 24 del 16 de Abril de 2020. Lineamientos para garantizar el proceso de referencia y contrareferencia de pacientes en el marco de la emergencia por coronavirus COVID-19. Ministerio de Salud y Protección Social
	Circular Externa 25 del 16 de abril de 2020.Instrucciones para formular acciones colectivas y procesos de gestión de la salud pública, en el marco de la emergencia sanitaria por causa del coronavirus (COVID-19). Ministerio de Salud y Protección Social

<b>RESOLUCIONES POR EMERGENCIA SANITARIAS COVID 19</b>	Resolución 380 de 2020 Aislamiento y cuarentena de viajeros, China, Italia, España, Francia
	Resolución 385 de 2020 Declaración de EMERGENCIA SANITARIA, mod. 407 y 450
	Resolución 414 de 2020 Conexión pasajeros con Aeronáutica
	Resolución 444 de 2020 Urgencia manifiesta
	Resolución 453 de 2020 Suspensión establecimiento de comercio y bebidas.
	Resolución 464 de 2020 Aislamiento personas mayores, centros día
	Resolución 470 de 2020 Aislamiento personas mayores, centros día
	Resolución 502 de 2020 Lineamientos prestación de servicios
	Resolución 507 de 2020 Compra de insumos recursos PIC
	Resolución 520 de 2020 Requisitos antisépticos
	Resolución 521 de 2020 Atención Domiciliaria
	Resolución 522 de 2020 Requisitos de importación y fabricación de bienes
	Resolución 536 de 2020 Plan de acción para la prestación de servicio de salud
	Resolución 537 de 2020 Modifica en CUBS, para incluir COVID-19
Resolución 539 de 2020 Suspensión de términos	
<b>CIRCULARES</b>	Circular 005 de 2020 Directrices detección y atención COVID-19
	Circular 011 de 2020 Educación
	Circular 011 de 2020 Eventos personas
	Circular 018 de 2020 Prevención IRA
	Circular 015 de 2020 Recomendaciones grupos étnicos
	Circular 019 de 2020 Detección temprana
	Circular 001 de 2020 Transporte de pasajeros
	Circular 001 de 2020 Reducir la exposición y contagio por COVID-19

Asimismo se realizó normograma con los CONPES, Acuerdos de la CRES y sentencias (Ver Tabla 2)

**Tabla 2.** Normograma conceptos jurídicos, CONPES y Acuerdos CRES

<b>NORMA</b>	
<b>CONPES</b>	CONPES SOCIAL 91 del 14 de marzo de 2005 “Metas y Estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio-2015” modificado por el CONPES SOCIAL 140 de 2011, en lo concerniente a la inclusión de nuevos indicadores y ajuste en las líneas de base y metas de algunos de los indicadores inicialmente adoptados.
<b>CONPES</b>	El CONPES SOCIAL 109 DE 2007 del 03 de diciembre de 2007. DNP. Política Pública Nacional de Primera Infancia.
<b>CONPES</b>	El CONPES 123 abril 2009 hace la distribución de recursos del SGP. Este documento contiene la distribución de los recursos para atención integral a la primera infancia para la vigencia 2009, correspondiente a las liquidaciones del mayor valor del Sistema General de Participaciones por crecimiento real de la economía superior al 4% de la Vigencia 2007 y la declaración estratégica del Programa Integral de atención a la Primera Infancia.
	El CONPES Social 137 de 2011, estipula la distribución de recursos del SGP para la vigencia de 2011, correspondiente a las participaciones para educación, agua potable y



	<p>saneamiento básico, y propósito General, y a las asignaciones especiales para Resguardos Indígenas, municipios Ribereños del Río Magdalena y alimentación escolar correspondientes a la vigencia 2011. Este CONPES incluye una modificación transitoria, debido a la vigencia temporal del Decreto 017 de 2011, que a su vez obedece al Decreto de emergencia social y ecológica numerado como el 4580 de 2010.</p>
	<p>El CONPES 138 del año 2011, pone en consideración la Política Social de distribución territorial de las once doceavas de la Participación para Salud del Sistema General de Participaciones –SGP– correspondiente a la vigencia 2011. Los recursos por este concepto corresponden al 0,5% de los recursos del Sistema General de Participaciones, conforme a lo establecido por el Artículo 4 del Decreto Ley 017 de 2011, expedido en atención al estado de emergencia económica, social y ecológica por la ola invernal; así mismo estos recursos equivalen al 2% del total de la Participación para Salud.</p>
	<p>CONPES 140 de 2011 Somete a consideración del Consejo Nacional de Política Económica y Social, la modificación al documento CONPES Social 91 del 14 de marzo de 2005 “Metas y Estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio-2015”, en lo concerniente a la inclusión de nuevos indicadores y al ajuste en las líneas de base, y metas de algunos de los indicadores inicialmente adoptados y cambios en fuentes de información.</p>
	<p>CONPES 148 de 2011 se establece la distribución general de participaciones, ajuste a la distribución de la última doceava y mayor valor de las participaciones para salud, agua potable, saneamiento básico, y la asignación especial de alimentación escolar de la vigencia 2011</p>

<b>CONPES</b>	<p>CONPES 152 de 2012 se ajusta distribución de los recursos del sistema general de participaciones, distribución de los recursos para la atención integral de la primera infancia, vigencia 2012.</p>
	<p>CONPES 153 de 2012 se asigna la distribución del sistema general de participaciones: recursos pendientes de las once doceavas de la participación para agua potable y saneamiento básico, vigencia 2012.</p>
	<p>El CONPES 160 del 2013 nos habla sobre la distribución de las once doceavas del Sistema General de Participaciones para la vigencia 2013, en sus componentes sectoriales para Salud, Agua Potable y Saneamiento Básico, y Propósito General, así como de las asignaciones especiales para municipios ribereños del Río Magdalena y para resguardos indígenas</p>
<b>CONPES</b>	<p>El CONPES 166 de 2013 rediseña la Política Pública Nacional de discapacidad e inclusión social</p>
<b>CONPES</b>	<p>El CONPES 171 de 2014 habla de distribución del sistema general de participaciones vigencia 2014, distribución de las once doceavas de las participaciones para salud, agua potable y saneamiento básico y propósito general, y de las asignaciones especiales para municipios ribereños del río Magdalena, alimentación escolar, y resguardos indígenas</p>
	<p>CONPES 177 de 2014, distribución de las once doceavas participaciones para salud, agua potable, y saneamiento básico, y las asignaciones especiales.</p>

<b>ACUERDOS DE LA CRES</b>	CONPES 179 de 2015, distribución de las once doceavas participaciones para salud, agua potable, y saneamiento básico, y las asignaciones especiales.
	CONPES 181 de 2015, Sistema general de participaciones. Distribución de los recursos para la atención integral de la primera infancia vigencia 2015.
	Acuerdo 029 DE 2011 define, aclara, y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud
	Acuerdo 32 de 2012 Por el cual se unifican los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado a nivel nacional, para las personas de dieciocho (18) a cincuenta y nueve (59) años de edad y se define la Unidad de Pago por Capitación (UPC), del Régimen Subsidiado.
<b>SENTENCIAS</b>	Sentencia 760 de 2008 referente a la regulación del Sistema del derecho a la Salud, para su goce efectivo en situaciones concretas y específicas. La sala segunda de la Corte Constitucional pronunció la Sentencia T 760 de 2008, donde se resolvió veintidós acciones de tutela, en las que se solicitaba proteger el derecho a la salud. Veinte de ellas fueron presentadas por personas que requerían acceder a un servicio de salud, las dos restantes fueron interpuestas por la EPS Sanitas la cual pedía al Ministerio de la Protección Social y al Consejo Superior de la Judicatura que se ajustara la regulación en materia de recobros al FOSYGA. En la Sentencia se resuelven 13 problemas jurídicos, la Corte constitucional reiteró que "El derecho a la salud es fundamental" sin significar que sea absoluto, pero como cualquier derecho fundamental la salud tiene un núcleo esencial que debe ser garantizado a todas las personas, en el ámbito de dicho derecho puede ser objeto de limitaciones que para ser admisibles deben estar justificadas a la luz de los principios de razonabilidad y proporcionalidad. Para ampliar más el concepto de la Corte Constitucional, esta dice, que el derecho fundamental a la salud comprende en otros "El derecho a acceder a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad"
	Sentencia 025 de 2004 La Sentencia T- 025 de 2004 emitida por la Corte Constitucional de Colombia. A través de esta sentencia los accionantes (las víctimas del desplazamiento forzoso) solicitan ayuda de entidades que les puedan proporcionar apoyo y seguridad con base en un sistema de amparo a sus derechos fundamentales inherentes. Las víctimas del desplazamiento forzoso no cuentan con la ayuda y el apoyo necesarios en ámbitos básicos tales como la salud, una vida digna, entre otros; de esta manera, mucho menos van a poder aprovechar las ayudas económicas que el país brinda tal y como son apoyos financieros para la educación etc.
	Considerando que el numeral 2° del artículo 165 de la Ley 1753 de 2015 "Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos Por un Nuevo País", eliminó la competencia del CONPES para aprobar la distribución de los recursos del SGP descrita en el artículo 85° de la Ley 715 de 2001; a partir de la expedición de la mencionada Ley, la distribución de los recursos del SGP se realizará a través de un documento de Distribución: Documento DNP Última doceava SGP-04-2015 Documento DNP once doceava SGP-06-2016
<b>CARTA DE CARTAGENA</b>	Carta de Cartagena de Indias 4 – 6 de junio de 2013 OIT, construyendo una Latinoamérica y un Caribe sin trabajo infantil.

En armonía con lo establecido en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 adoptado mediante la Resolución 1481 de 2013, se realizó revisión de las normas por cada dimensión del PDSP (Ver Tabla 3).

**Tabla 3. Marco normativo por Dimensiones Prioritarias y Transversales del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021**

<b>1. DIMENSIÓN SALUD AMBIENTAL</b>	Ley 09/79 Código Sanitario Nacional
	Protocolo de Montreal Ley 29/92
	Convención Marco Naciones Unidas Cambio Climático Mayo /92
	Convenio de Basilea Ley 253/96; Protocolo de Kioto 1998
	Convenio de Estocolmo Ley 994/2005; Reglamento Sanitario Internacional
	Convenio de Rotterdam Ley 1159 de 2007
	Convenio de Estocolmo Contaminantes Orgánicos Persistentes Ley 1196 de 2008
	CONPES 3550 de 2008, Política Integral Salud Ambiental
	Decreto 1575 de 2007, Por el cual se establece el Sistema para la Protección y Control de la Calidad del Agua para Consumo Humano
	Decreto 351 de 2014, por la cual se reglamenta la gestión integral de los residuos generados de la atención integral y otras actividades
	Decreto 554 de 24 de marzo de 2015, El objeto del presente título es determinar las medidas de seguridad aplicables a los establecimientos de piscinas de uso colectivo abiertas al público en general que deben ser cumplidas por los responsables de las mismas, tendientes a prevenir y controlar los riesgos que afecten la vida y la salud de las personas.
	REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL 2005
<b>2. DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES</b>	Resolución 412 de 2000, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
	Resolución 3577 de 2006, por la cual se adopta el plan nacional de salud bucal
	Ley 1384 DE 2010, Ley Sandra Ceballos por la cual se establecen las acciones para la atención integral de cáncer en Colombia.
	Ley 1388 de 2010, Por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia, disminuir la tasa de mortalidad por cáncer en niños y niñas menores de 18 años a través de una detección temprana y tratamiento integral.
	Resolución 0004496 de 2012, por el cual se organiza el sistema nacional de información en cáncer, y se crea el observatorio nacional de cáncer.
	Resolución 4505 de 2012 , Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.
<b>3. DIMENSIÓN CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL</b>	Ley 124 de 1994, en la cual se prohíbe el expendio de bebidas embriagantes a menores de edad
	la Ley 294 de 1996 en la cual se dictan normas para prevenir, remediar y sancionar la violencia intrafamiliar
	Ley 1257 de 2008 la cual se dictan normas frente a la sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres
	Resolución 2358 de 1996 Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental, contenida en el documento que hace parte integral de la presente resolución.

	<p>Ley 1616 de 2013 – Ley de Salud Mental El objeto de esta Ley es garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud.</p>
<p><b>4. DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL</b></p>	<p>Ley 09 de 1969, Código sanitario nacional.</p>
	<p>CONPES 3375 2005 el cual determina la Política Nacional de Sanidad Agropecuaria e Inocuidad de Alimentos para el Sistema de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias</p>
	<p>CONPES 3376 2005 Trata sobre la Política Nacional de Sanidad Agropecuaria e Inocuidad por cadena productiva</p>
	<p>CONPES 3458 2007 Política Nacional de Sanidad e Inocuidad para la Cadena Porcícola en Colombia</p>
	<p>CONPES 3468 de 2007 Política Nacional de Seguridad para la cadena avícola.</p>
	<p>Decreto 1500 de 2007, El Sistema Oficial de Inspección, Vigilancia y Control de la Carne, Productos Cárnicos Comestibles y Derivados Cárnicos Destinados para el Consumo Humano.</p>
	<p>CONPES 113 de 2008 Se determina la Política Nacional de seguridad Alimentaria y Nutricional PSAN.</p>
	<p>Resolución 2674 de 2013, la cual establece las Buenas Prácticas de Manufactura – BPM que se debe cumplir en materia de alimentos, y aplica a todos los establecimientos donde se fabrique, procese, prepare, envase, almacene, distribuya, importe, y comercialice alimentos para el consumo humano. Se exceptúa de la aplicación de la presente resolución la Carne, Productos Cárnicos Comestibles y Derivados Cárnicos.</p>
<p><b>5. DIMENSIÓN SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS</b></p>	<p>Resolución 1229 de 2013, Por la cual se establecen el modelo de inspección, vigilancia y control sanitario para los productos de uso y consumo humano.</p>
	<p>1994 Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo 1995 Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer</p>
	<p>Campaña Mundial contra el SIDA 2002–2003 Estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA Marco conceptual y base para la acción.</p>
	<p><b>Febrero 2003, Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva – Ministerio de la Protección Social (2003)</b> Esta Política plantea mejorar la Salud Sexual y Reproductiva y promover el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos de toda la población colombiana, con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a grupos con necesidades específicas.</p>
<p><b>6. DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y</b></p>	<p>CONPES 147 de 2011 Estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes, y jóvenes en edades entre 6 y 19 años. Prevención del embarazo en adolescentes, que acorde con los objetivos de Milenio juega un papel importante</p>
	<p>Plan Estratégico Colombia Libre de Tuberculosis 2010-2015, Para la Expansión y Fortalecimiento de la Estrategia Alto a la TB. Plan Estratégico de Colombia para aliviar la carga de la enfermedad y sostener las actividades de control de la Lepra.</p>

<b>ENFERMEDADES TRANSMISIBLES</b>	Resolución 412 de 2000, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
	Circular externa 058 de 2009 del Ministerio de Salud y Protección Social, por medio de la cual se dan lineamientos para el manejo programático de tuberculosis y lepra en Colombia.
	Circular 007 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, por medio de la cual se actualiza los lineamientos para el manejo programático de tuberculosis y lepra en Colombia.
	Resolución 3997 de 1996 Por la cual se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
<b>7. DIMENSIÓN SALUD PUBLICA EMERGENCIA Y DESASTRES</b>	Acuerdo 117 de 1998 CNSSS establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública
	Resolución 412 de 2000 establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
	Decreto 3888 de 2007, Por el cual se adopta el Plan Nacional de Emergencia y Contingencia para Eventos de Afluencia Masiva de Público y se conforma la Comisión Nacional Asesora de Programas Masivos y se dictan otras disposiciones
	Ley 1523 de 2012 adopta la Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se dictan otras disposiciones

<b>8. DIMENSIÓN SALUD Y AMBITO LABORAL</b>	La ley 789 de 2002, por la cual se dan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo
	Ley 1562 de 2012, por la cual se modifica el sistema de riesgos laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional.
	Decreto 723 de 2013 el cual reglamenta la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales de las personas vinculadas a través de un contrato formal de prestación de servicios con entidades o instituciones públicas o privadas y de los trabajadores independientes que laboren en actividades de alto riesgo y se dictan otras disposiciones.
<b>9. DIMENSION TRASVERSAL GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES</b>	Ley 361 DE 1997, por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación.
	Ley 762 de 2002, en la cual se aprueba la "Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad"
	Sentencia T-025 de 2004. Tutela los derechos de la población en condición de desplazamiento.
	Ley 1098 de 2006 Código de la Infancia y Adolescencia
	CONPES 109 de 2007 la Política Pública Nacional de Primera Infancia "Colombia por la primera Infancia "Colombia por la primera infancia". La política es el resultado de un proceso de movilización social, generado a partir de la necesidad de retomar y dar un nuevo significado a la temática de oportunidades efectivas de desarrollo de la primera infancia en Colombia. La Política se enmarca en el Plan Nacional de Desarrollo y se refuerza por los compromisos adquiridos en la Convención Internacional sobre los Derechos de los Niños.



	<p>La Ley 1145 de 2007, por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad.</p> <p>Ley 1251 de 2008, en el cual se procura la promoción y la defensa de los derechos de los adultos mayores.</p> <p>Ley 1295 de 2009 reglamenta la atención integral de niños y niñas de la primera infancia de los sectores clasificados como 1,2 y 3 del SISBEN.</p> <p>Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas, ratificada por Colombia mediante la Ley 1346 de 2009.</p> <p>la Ley 1448 DE 2011 en donde se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno</p> <p>CONPES 3726 DE 2012, en el cual se encuentran los Lineamientos, Plan de ejecución de metas, presupuesto y mecanismos de seguimiento para el Plan Nacional de Atención y Reparación Integral a Víctimas</p> <p>Decreto 4800 de 2012 Tiene por objeto establecer los mecanismos para la adecuada implementación de las medidas de asistencia, atención y reparación integral a las víctimas de que trata el artículo 3 de la Ley 1448 de 2011, para la materialización de sus derechos constitucionales.</p> <p>La Ley estatutaria 1618 de 2013, establece las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. El objeto de esta ley es garantizar y asegurar el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad, mediante la adopción de medidas de inclusión, acción afirmativa y de ajustes razonables y eliminando toda forma de discriminación por razón de discapacidad.</p> <p>Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social, contemplada en el documento CONPES 166 de 2013.</p> <p>Resolución 113 de 2020, “Por la cual se dictan disposiciones en relación con la certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad”.</p>
<p><b>10. DIMENSIÓN TRANSVERSAL FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA</b></p>	<p>Ley 715 de 2001 se establece la Organización y consolidación de redes. El servicio de salud a nivel territorial deberá prestarse mediante la integración de redes que permitan la articulación de las unidades prestadoras de servicios de salud, la utilización adecuada de la oferta en salud y la racionalización del costo de las atenciones en beneficio de la población, así como la optimización de la infraestructura que la soporta. También establece las competencias para los distritos.</p> <p>Resolución 1745 de 2002 Por la cual se modifica la fecha de entrada en vigencia de la Resolución 412 de 2000 que establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y adopta las Normas Técnicas y Guías de Atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.</p> <p>La ley 1122 de 2007, realiza algunas modificaciones en el sistema general de seguridad social en salud, con una filosofía justificada en el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Para lo anterior, se efectuaron reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, además de la racionalización y el mejoramiento en la prestación de servicios de salud, como también el fortalecimiento en los programas de Salud Pública y de las funciones de Inspección Vigilancia y Control (IVC), y la organización y funcionalidad de redes para la prestación de servicios de salud. Se destaca en esta ley la creación de la Comisión de Regulación en Salud (CRES), la cual tiene personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de la Protección Social.</p> <p>En la ley 1438 de 2011 (Capítulo II), en los artículos 60, 61 y 62 se definen las redes integradas de servicios de salud como el conjunto de</p>

	<p>organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivos, más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida, dispuesta conforme a la demanda. Esta prestación de servicios de salud se hace a través de las redes integradas de servicios de salud ubicadas en un espacio poblacional determinado. Se define para el futuro en salud del país a la Estrategia APS (Atención Primaria en Salud) como la ruta para el alcance de la prosperidad en el tema de la salud. Concepto al cual se le da mayor alcance en el documento del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.</p>
	<p>Ley 1751 de 2015, Ley Estatutaria de Salud, sancionada el pasado 16 de febrero, en el artículo 13, establece que el Sistema de Salud, deberá estar organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas. Esto, naturalmente favorece la consolidación de la estrategia de Atención Primaria en Salud.</p>
	<p>Ley 1753 de 2015, Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país". Tiene como objetivo construir una Colombia en paz, equitativa y educada, en armonía con los propósitos del Gobierno nacional, con las mejores prácticas y estándares internacionales, y con la visión de planificación, de largo plazo prevista por los objetivos de desarrollo sostenible.</p>

### 1.1.2.2 MARCO NORMATIVO DISTRITAL

El presente Plan Distrital de Salud, además de referenciarse en el marco normativo nacional-internacional, toma como referencia el marco normativo Distrital vigente.

#### Programa de Gobierno de Cartagena.

El Programa de Gobierno "SALVEMOS A CARTAGENA" Propone una ciudad integrada (tanto internamente como con el resto del mundo), cohesiva, para caminar de forma coordinada y armoniosa hacia el progreso de todos quienes habitan en Cartagena, plantea eliminar la pobreza, la corrupción, brindar seguridad y convivencia así como disminuir las brechas en materia de educación y salud lo cual se ve reflejado a nivel estratégico en la formulación y ejecución de 4 grandes pilares, 1. Cartagena Resiliente 2. Cartagena Transparente, 3. Cartagena Pujante 4. Cartagena Incluyente Pilar este último que incluye las propuestas para el sector salud.

Se hace imperativo reconocer la prominencia actual adquirida por nuestra ciudad en el mundo entero y conectar a Cartagena en el panorama global entendiendo que Cartagena es una ciudad mundial que puede lograr alianzas, ayudas, convenios internacionales.



- **Acto administrativo por el cual se adopta el plan ordenamiento territorial POT**

El Decreto 0977 de 2001, adopta el Plan de Ordenamiento Territorial del Distrito Turístico y Cultural de Cartagena de Indias.

- **Acuerdo de creación del Consejo Territorial de Planeación Distrital**

El Acuerdo 05 de 1995 del Honorable Concejo Distrital de Cartagena de Indias D. T. y C. crea el Consejo Territorial de Planeación Distrital de Cartagena de Indias, modificado en su Artículo 1 mediante Acuerdo 019 de 2007, definiendo la composición del Consejo Territorial de Planeación, y se dispuso que los Consejeros Territoriales serian designados para un periodo de ocho (8) años, y la mitad de sus miembros serán renovables cada cuatro (4) años.

Acuerdo No. 019 DE 2007, "Por medio del cual se modifica el acuerdo 05 de 1995, referente al Consejo Territorial de Planeación"

Decreto 0155 de 28 de Febrero de 2008, por medio del cual se designa a los miembros del Consejo Territorial de Planeación del Distrito de Cartagena de Indias, para el período 2008 – 2015.

Acuerdo 0077 de 31 de Enero de 2012, por el cual se renuevan la mitad de los miembros del Consejo Territorial de Planeación, en cumplimiento al artículo 5 del Acuerdo 019 de 2007.

Decreto No 1328 de 15 de Octubre 2013, "Por medio del cual se designan los miembros del Consejo Territorial de Planeación, por los Sectores Ambiental, y Cultural"

Decreto 1206 de 2013, por medio del cual se designan por vacancia absoluta, los miembros del consejo territorial de planeación, por el sector de los gremios económicos, y del consejo local de planeación, de la localidad industrial y de la bahía.

#### **Acuerdo de organización del Fondo de Salud del Distrito**

Acuerdo 013 de 28 de Agosto de 2008, por el cual se reglamenta la organización del fondo de salud del Distrito Turístico y Cultural Cartagena de Indias, la operación y registro de las cuentas maestras para el manejo de los recursos del fondo de salud.

#### **Acuerdo de categorización del Distrito de Cartagena de Indias**

En el Decreto 1414 de 27 de Octubre de 2015, de conformidad con lo previsto en la ley 617 de 2000 y la ley 1551 de 2012, el Distrito Turístico y Cultural de Cartagena se encuentra en categoría especial.

## • MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

El artículo 133 de la Ley 1753 de 2015 que adopta del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 ordenó integrar un nuevo Modelo de Gestión, es decir, la integración del Sistema de Desarrollo Administrativo, el Sistema de Gestión de la Calidad en uno solo: el Sistema de Gestión, el cual se debe articular con los Sistemas Nacional e Institucional de Control Interno consagrado en la Ley 87 de 1993 y en los artículos 27 al 29 de la Ley 489 de 1998, de tal manera que permita el fortalecimiento de los mecanismos, métodos y procedimientos de control al interior de los organismos y entidades del Estado.

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG (Actualizado por el Decreto 1499 de 2017 Artículo 2.2.22.3.1), se define como un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión institucional de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio.

El MIPG, toma como referencia conceptual la generación de valor público y los modelos de gestión para resultados, que se enfocan en la satisfacción de las necesidades de los ciudadanos.

MIPG enmarca el control dentro del ámbito del proceso de gestión interna, es transversal a las demás dimensiones operativas y se implementará a través del Modelo Estándar de Control Interno MECI.

El Decreto 1499 de 2017 Artículo 2.2.23.2, señala que la actualización del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado colombiano (MECI), se efectúa a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

El Modelo Estándar de Control Interno -MECI ha sido y continuará siendo la base para la implementación y fortalecimiento del Sistema de Control Interno de las entidades a las cuales se aplica, según la Ley 87 de 1993.

Objetivo del MECI es proporcionar una estructura de control de la gestión que especifique los elementos necesarios para construir y fortalecer el Sistema de Control Interno, a través de un modelo que determine los parámetros necesarios (autogestión) para que las entidades establezcan acciones, políticas, métodos, procedimientos, mecanismos de prevención, verificación y evaluación en procura de su mejoramiento continuo (autorregulación), en la cual cada uno de los servidores de la entidad se constituyen en parte integral (autocontrol). Marco General Sistema de Gestión-MIPG. 2018. Función Pública versión 2

La estructura del MECI actualizado está integrada por cinco componentes: Ambiente de control, Evaluación de riesgos, Actividades de control, Información y comunicación y Actividades de monitoreo.

El Departamento Administrativo de la Función Pública –DAFP, considera que la Norma Técnica de Calidad NTCGP1000:2009 pasó a ser parte del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG. La calidad, como marco en el cual se deben gestionar las entidades, pasa a ser una condición permanente y característica esencial del actuar institucional.

La Alcaldía Mayor de Cartagena de Indias, dando cumplimiento a lo establecido en las anteriores disposiciones adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión en la Entidad, mediante Decreto 0951 del 21 de Agosto de 2018.

El Sistema Integrado de Gestión, implementado en la Alcaldía Mayor de Cartagena de Indias mediante Decreto 0928 de 2008, hace parte del Modelo Integrado de Planeación y Gestión adoptado, así como el Modelo Estándar de Control Interno MECI actualizado, el cual está integrada por cinco componentes: Ambiente de control, Evaluación de riesgos, Actividades de control, Información y comunicación y Actividades de monitoreo.

En concordancia con lo anterior, estableció el Manual de Calidad y MECI de la Alcaldía Mayor de Cartagena de Indias, con código PTDPE01-D001 de fecha 04 de Diciembre de 2008, el cual establece como objetivo describir el Sistema de Gestión Integrado de la Alcaldía, estandarizando su estructura y contenido, permitiendo que los funcionarios y colaboradores se familiaricen con el enfoque aplicado a cada requisito de las normas involucradas y que tengan la posibilidad de alcanzar un nivel de apropiación y una posibilidad de cumplimiento mucho mayor.

Define como objetivos específicos del manual:

- Describir y comunicar la política de calidad, los objetivos y metas, los procedimientos y los requisitos aplicables según la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública, NYCGP1000:2004, y el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005.
- Demostrar a la ciudadanía y partes interesadas, las capacidades institucionales para la prestación de servicios.
- Proporciona un mecanismo de control adecuado para el cumplimiento de los requisitos legales, los establecidos por la entidad y los determinados por la ciudadanía y partes interesadas.

Asimismo el alcance del Sistema de Gestión Integrado contempla los procesos necesarios para promover el desarrollo económico, social y ambiental del Distrito la Alcaldía de Cartagena, los cuales se despliegan en Macroprocesos, Procesos y Subprocesos (ver gráfica 1)

- **Gráfica1.** Mapa de procesos SGI-MECI Alcaldía Mayor de Cartagena de Indias





Fuente: Manual de calidad y MECI Alcaldía Mayor de Cartagena de Indias  
El Sistema de Gestión Integral plantea macroprocesos estratégicos, macroprocesos misionales y macroprocesos de apoyo o soporte (ver Tabla 4)

● **Tabla 4.** Alcance del sistema de gestión integral alcaldía mayor de cartagena de indias d.t. y c.

<p><b>Macroprocesos Estratégicos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planeación Territorial y Dirección Estratégico</li> <li>• Evaluación y Control de la Gestión Pública y de la Calidad</li> <li>• Comunicación Pública</li> <li>• Gestión de Pensamiento Estratégico Institucional y de la Comunidad.</li> </ul>
<p><b>Macroprocesos Misionales</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión Participación Ciudadana</li> <li>• Gestión Desarrollo Social</li> <li>• Gestión en Educación</li> <li>• Gestión en Salud</li> <li>• Gestión en Infraestructura</li> <li>• Gestión en Tránsito y Transporte</li> <li>• Gestión en Seguridad y Convivencia</li> </ul>
<p><b>Macroprocesos de Apoyo o de Soporte</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión Administrativa</li> <li>• Gestión Documental</li> <li>• Gestión Hacienda</li> <li>• Gestión legal</li> <li>• Gestión Tecnología e Informática</li> </ul>

Fuente: Manual de calidad y MECI Alcaldía Mayor de Cartagena de Indias

## 1.2 ALCANCE

El alcance del presente plan distrital de salud se enmarca en las competencias y responsabilidades del Distrito de Cartagena de Indias D.T. y C, clasificado como Categoría Especial principalmente en la Ley 715 de 2001, Ley 1122 de 2007, Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 adoptado mediante la Resolución 1438 de 2011.

La Ley 715 de 2001 por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros, en su Artículo 45 establece las competencias por parte de los Distritos declarando que los Distritos tendrán las mismas competencias que los municipios y departamentos, excepto aquellas que correspondan a la función de intermediación entre municipios y la Nación.

En concordancia con lo explícito en el artículo 45, el Distrito de Cartagena de Indias D.T. y C., en materia de salud le corresponden las competencias establecidas en los Artículos 43 y 44 de la Ley 715 de 2001.

Artículo 43. Competencias de los departamentos en salud. Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. Para tal efecto, se le asignan las siguientes funciones:

43.1. De dirección del sector salud en el ámbito departamental.

43.1.1. Formular planes, programas y proyectos para el desarrollo del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en armonía con las disposiciones del orden nacional.

43.1.2. Adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar, en el ámbito departamental las normas, políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que formule y expida la Nación o en armonía con éstas.

43.1.3. Prestar asistencia técnica y asesoría a los municipios e instituciones públicas que prestan servicios de salud, en su jurisdicción.

43.1.4. Supervisar y controlar el recaudo y la aplicación de los recursos propios, los cedidos por la Nación y los del Sistema General de Participaciones con destinación específica para salud, y administrar los recursos del Fondo Departamental de Salud.

43.1.5. Vigilar y controlar el cumplimiento de las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas que expida el Ministerio de Salud, así como las actividades que desarrollan los municipios de su jurisdicción, para garantizar el logro de las metas del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin perjuicio de las funciones de inspección y vigilancia atribuidas a las demás autoridades competentes.

43.1.6. Adoptar, implementar, administrar y coordinar la operación en su territorio del sistema integral de información en salud, así como generar y reportar la información requerida por el Sistema.

43.1.7. Promover la participación social y la promoción del ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud.

43.1.8. Financiar los tribunales seccionales de ética médica y odontológica y vigilar la correcta utilización de los recursos.

43.1.9. Promover planes, programas, estrategias y proyectos en salud para su inclusión en los planes y programas nacionales.

43.1.10. Ejecutar las acciones inherentes a la atención en salud de las personas declaradas por vía judicial como inimputables por trastorno mental o inmadurez psicológica, con los recursos nacionales de destinación específica que para tal efecto transfiera la Nación.

#### 43.2. De prestación de servicios de salud

43.2.1. Gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas.

43.2.2. Financiar con los recursos propios, si lo considera pertinente, con los recursos asignados por concepto de participaciones y demás recursos cedidos, la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y los servicios de salud mental.

43.2.3. Adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar la Política de Prestación de Servicios de Salud, formulada por la Nación.

43.2.4. Organizar, dirigir, coordinar y administrar la red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas en el departamento.

43.2.5. Concurrir en la financiación de las inversiones necesarias para la organización funcional y administrativa de la red de instituciones prestadoras de servicios de salud a su cargo.

43.2.6. Efectuar en su jurisdicción el registro de los prestadores públicos y privados de servicios de salud, recibir la declaración de requisitos esenciales para la prestación de los servicios y adelantar la vigilancia y el control correspondiente.

43.2.7. Preparar el plan bienal de inversiones públicas en salud, en el cual se incluirán las destinadas a infraestructura, dotación y equipos, de acuerdo con la Política de Prestación de Servicios de Salud.

43.2.8. Vigilar el cumplimiento de las normas técnicas dictadas por la Nación para la construcción de obras civiles, dotaciones básicas y mantenimiento integral de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de los centros de bienestar de anciano.

#### 43.3. De Salud Pública

43.3.1. Adoptar, difundir, implantar y ejecutar la política de salud pública formulada por la Nación.

43.3.2. Garantizar la financiación y la prestación de los servicios de laboratorio de salud pública directamente o por contratación.

43.3.3. Establecer la situación de salud en el departamento y propender por su mejoramiento.

43.3.4. Formular y ejecutar el Plan de Atención Básica departamental.

43.3.5. Monitorear y evaluar la ejecución de los planes y acciones en salud pública de los municipios de su jurisdicción.

43.3.6. Dirigir y controlar dentro de su jurisdicción el Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

43.3.7. Vigilar y controlar, en coordinación con el Instituto Nacional para la Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, INVIMA, y el Fondo Nacional de Estupefacientes, la producción, expendio, comercialización y distribución de medicamentos, incluyendo aquellos que causen dependencia o efectos psicoactivos potencialmente dañinos para la salud y sustancias potencialmente tóxicas.

43.3.8. Ejecutar las acciones de inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo del ambiente que afectan la salud humana, y de control de vectores y zoonosis de competencia del sector salud, en coordinación con las autoridades ambientales, en los corregimientos departamentales y en los municipios de categorías 4ª, 5ª y 6ª de su jurisdicción.

43.3.9. Coordinar, supervisar y controlar las acciones de salud pública que realicen en su jurisdicción las Entidades Promotoras de Salud, las demás entidades que administran el régimen subsidiado, las entidades transformadas y adaptadas y aquellas que hacen parte de los regímenes especiales, así como las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud e instituciones relacionadas.

43.4. De Aseguramiento de la Población al Sistema General de Seguridad Social en Salud

43.4.1. Ejercer en su jurisdicción la vigilancia y el control del aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y en los regímenes de excepción definidos en la Ley 100 de 1993.

43.4.2. En el caso de los nuevos departamentos creados por la Constitución de 1991, administrar los recursos financieros del Sistema General de Participaciones en Salud destinados a financiar la afiliación al Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable de los corregimientos departamentales, así como identificar y seleccionar los beneficiarios del subsidio y contratar su aseguramiento.

Artículo 44. Competencias de los municipios. Corresponde a los municipios dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito de su jurisdicción, para lo cual cumplirán las siguientes funciones, sin perjuicio de las asignadas en otras disposiciones:

44.1. De dirección del sector en el ámbito municipal:

44.1.1. Formular, ejecutar y evaluar planes, programas y proyectos en salud, en armonía con las políticas y disposiciones del orden nacional y departamental.

44.1.2. Gestionar el recaudo, flujo y ejecución de los recursos con destinación específica para salud del municipio, y administrar los recursos del Fondo Local de Salud.

44.1.3. Gestionar y supervisar el acceso a la prestación de los servicios de salud para la población de su jurisdicción.

44.1.4. Impulsar mecanismos para la adecuada participación social y el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud.

44.1.5. Adoptar, administrar e implementar el sistema integral de información en salud, así como generar y reportar la información requerida por el Sistema.

44.1.6. Promover planes, programas, estrategias y proyectos en salud y seguridad social en salud para su inclusión en los planes y programas departamentales y nacionales.

44.2. De aseguramiento de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud

44.2.1. Financiar y cofinanciar la afiliación al Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable y ejecutar eficientemente los recursos destinados a tal fin.

44.2.2. Identificar a la población pobre y vulnerable en su jurisdicción y seleccionar a los beneficiarios del Régimen Subsidiado, atendiendo las disposiciones que regulan la materia.

44.2.3. Celebrar contratos para el aseguramiento en el Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable y realizar el seguimiento y control directamente o por medio de interventorías.

44.2.4. Promover en su jurisdicción la afiliación al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud de las personas con capacidad de pago y evitar la evasión y elusión de aportes.

44.3. De Salud Pública

44.3.1. Adoptar, implementar y adaptar las políticas y planes en salud pública de conformidad con las disposiciones del orden nacional y departamental, así como formular, ejecutar y evaluar el Plan de Atención Básica municipal.

44.3.2. Establecer la situación de salud en el municipio y propender por el mejoramiento de las condiciones determinantes de dicha situación. De igual forma, promoverá la coordinación, cooperación e integración funcional de los diferentes sectores para la formulación y ejecución de los planes, programas y proyectos en salud pública en su ámbito territorial.

44.3.3. Además de las funciones antes señaladas, los distritos y municipios de categoría especial, 1º, 2º y 3º, deberán ejercer las siguientes competencias de inspección, vigilancia y control de factores de riesgo que afecten la salud humana presentes en el ambiente, en coordinación con las autoridades ambientales.

44.3.3.1. Vigilar y controlar en su jurisdicción, la calidad, producción, comercialización y distribución de alimentos para consumo humano, con prioridad en los de alto riesgo epidemiológico, así como los de materia prima para consumo animal que representen riesgo para la salud humana.

44.3.3.2. Vigilar las condiciones ambientales que afectan la salud y el bienestar de la población generadas por ruido, tenencia de animales domésticos, basuras y olores, entre otros.

44.3.3.3. Vigilar en su jurisdicción, la calidad del agua para consumo humano; la recolección, transporte y disposición final de residuos sólidos; manejo y disposición final de radiaciones ionizantes, excretas, residuos líquidos y aguas



servidas; así como la calidad del aire. Para tal efecto, coordinará con las autoridades competentes las acciones de control a que haya lugar.

44.3.4. Formular y ejecutar las acciones de promoción, prevención, vigilancia y control de vectores y zoonosis.

44.3.5. Ejercer vigilancia y control sanitario en su jurisdicción, sobre los factores de riesgo para la salud, en los establecimientos y espacios que puedan generar riesgos para la población, tales como establecimientos educativos, hospitales, cárceles, cuarteles, albergues, guarderías, ancianatos, puertos, aeropuertos y terminales terrestres, transporte público, piscinas, estadios, coliseos, gimnasios, bares, tabernas, supermercados y similares, plazas de mercado, de abasto público y plantas de sacrificio de animales, entre otros.

44.3.6. Cumplir y hacer cumplir en su jurisdicción las normas de orden sanitario previstas en la Ley 9ª de 1979 y su reglamentación o las que la modifiquen, adicione o sustituyan.

Parágrafo. Los municipios certificados a 31 de julio de 2001 que hayan asumido la prestación de los servicios de salud, podrán continuar haciéndolo, si cumplen con la reglamentación que se establezca dentro del año siguiente a la expedición de la presente ley. Ningún municipio podrá asumir directamente nuevos servicios de salud ni ampliar los existentes y están obligados a articularse a la red departamental.

La Ley 1122 de 2007, por medio de la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones y que tiene por objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios, realiza reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

En su Artículo 34 modifica la Ley 715 de 2001 en relación con la supervisión en algunas áreas de Salud Pública y establece que corresponde al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA, como autoridad sanitaria nacional, además de las dispuestas en otras disposiciones legales, las siguientes:

- a. La evaluación de factores de riesgo y expedición de medidas sanitarias relacionadas con alimentos y materias primas para la fabricación de los mismos.
- b. La competencia exclusiva de la inspección, vigilancia y control de la producción y procesamiento de alimentos, de las plantas de beneficio de animales, de los centros de acopio de leche y de las plantas de procesamiento de leche y sus derivados así como del transporte asociado a estas actividades.
- c. La competencia exclusiva de la inspección, vigilancia y control en la inocuidad en la importación y exportación de alimentos y materias primas para la producción de los mismos, en puertos, aeropuertos y pasos fronterizos, sin perjuicio de las competencias que por ley le corresponden al Instituto Colombiano Agropecuario, ICA. Corresponde a los departamentos, distritos y a los municipios de categorías 1, 2, 3 y especial, la vigilancia y control sanitario de la distribución y comercialización de alimentos y de los establecimientos gastronómicos, así como, del transporte

asociado a dichas actividades. Exceptúase del presente literal al departamento archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina por tener régimen especial.

Asimismo, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 en su numeral nueve define las responsabilidades de los actores del sector salud en el PDSP, 2012-2021, en el numeral 9.3 declara que en concordancia con las competencias establecidas en las normas legales, corresponde a los departamentos y distritos asumir las siguientes responsabilidades frente al PDSP:

1. Realizar el análisis territorial de la situación de salud con modelo y enfoques del PDSP para la identificación de las inequidades en salud, socializarlo con la comunidad, los actores territoriales y la nación.
2. Ajustar, articular y armonizar el Plan Territorial de Salud, para el periodo 2014-2015 con lo establecido en el PDSP 2012-2021, en el marco del artículo 45 de la Ley 152 de 1994.
3. Formular, adoptar y armonizar el Plan Territorial de Salud en cada cuatrienio, y los planes plurianuales y bienales de inversiones públicas en el marco de lo establecido en la Ley 152 de 1994 y en el PDSP 2012-2021, con participación del Consejo de Planeación Territorial y del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud.
4. Elaborar y aprobar el Plan Operativo Anual, de conformidad con lo establecido en la ley 152 de 1994, el Plan Territorial de Salud, aprobado por la Asamblea Departamental, y socializar con los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios correspondientes.
5. Socializar el Plan Territorial de Salud y el Plan Operativo Anual aprobados con los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios correspondientes.
6. Asegurar la concurrencia a los municipios 4, 5 y 6, de conformidad con la normatividad vigente para el logro de los objetivos y metas del PDSP.
7. Acompañar técnicamente a las Entidades Promotoras de Salud EPS, o a quien haga sus veces, y a las Administradoras de Riesgos Laborales ARL, para que elaboren el Plan Institucional de Salud, en el marco de sus competencias.
8. Generar la información requerida por el sistema de información en salud.
9. Adoptar y adaptar las metodologías, lineamientos e instrumentos para la gestión administrativa y financiera de los recursos del Plan Territorial de Salud; armonizarlos con los instrumentos del Plan Nacional de Desarrollo y con los otros instrumentos de la gestión pública departamental y con el Presupuesto Anual de Resultados y Banco de Programas y Proyectos de acuerdo con los lineamientos del Departamento Nacional de Planeación.
10. Fortalecer los equipos de promoción social, para desarrollar en el marco de sus competencias las acciones de gestión diferencial de las poblaciones vulnerables definidas en las dimensiones prioritarias y transversales del PDSP y aquellas dirigidas a garantizar el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad.
11. Participar en la operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública bajo los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de sus competencias.
12. Coordinar el desarrollo y la operación del Sistema y redes de Vigilancia en Salud Pública en su territorio, tanto en el ámbito interinstitucional como intersectorial, y brindar la asistencia técnica y capacitación requerida a los actores transectoriales y comunitarios.

13. Integrar el componente del laboratorio de salud pública como soporte de las acciones de vigilancia en salud pública y gestión del sistema en su jurisdicción, de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.
14. Garantizar la infraestructura, el talento humano, los recursos financieros, materiales y técnicos para el funcionamiento del Laboratorio de Salud Pública de su jurisdicción, de forma constante y oportuna, con el fin de alcanzar los objetivos propuestos en el PDSP.
15. Adoptar las metodologías, herramientas e instrumentos para la planeación, el monitoreo, seguimiento y evaluación de la gestión del talento humano, los recursos técnicos, administrativos y financieros del Plan Territorial de Salud.
16. Formular y ejecutar el plan de intervenciones colectivas e individual en el marco de los lineamientos que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social, y asistir técnicamente a los municipios y actores territoriales en la planeación, ejecución, monitoreo y evaluación de las mismas.
17. Dirigir, incorporar, coordinar, controlar la organización y operación de los servicios de salud bajo la estrategia de Atención Primaria en Salud, en los ámbitos departamental, distrital y municipal, y en el marco del Plan Territorial de Salud de Desarrollo, el Plan Bienal de Inversiones, el PDSP y los lineamientos operativos que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social.
18. Fortalecer las capacidades básicas de los funcionarios para adelantar los procesos de participación social, respetando la autonomía, las diferencias y los intereses de las comunidades.
19. Definir, promover, coordinar y articular espacios de participación de la academia en los procesos de planificación, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud.
20. Coordinar y desarrollar procesos de movilización social, con la participación de los ciudadanos, las instituciones sectoriales, transectoriales, los Consejos Territoriales de Salud, el Consejo de Política Social, las organizaciones de base comunitaria, los gremios, el sector de la economía, que pueden desarrollar acciones sobre los Determinantes Sociales de la Salud.
21. Definir espacios y mecanismos que posibiliten la movilización social y fortalezcan la participación social, para garantizar la ejecución transparente y eficaz de los recursos en concordancia con las acciones.
22. Fortalecer la capacidad de la autoridad sanitaria territorial y disponer de talento humano idóneo, suficiente y permanente para la gestión en los procesos de planeación, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud.
23. Brindar asesoría y asistencia técnica a los municipios, instituciones sectoriales y de otros sectores, y al talento humano encargado de la elaboración del Análisis de Situación de Salud ASIS, y de la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud.
24. Adoptar y adaptar los lineamientos técnicos para la operación de las líneas de promoción de la salud, gestión del riesgo y gestión de la salud pública que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el desarrollo de las dimensiones prioritarias y transversales contenidas en el PDSP.
25. Promover, orientar y dirigir el desarrollo de herramientas, como observatorios, estudios e investigaciones periódicas y sistemáticas, que permitan identificar las necesidades y problemas de salud de la población y realizar el análisis de

la respuesta sectorial, transectorial y comunitaria, que provean evidencia para la evaluación y ajuste del Plan Territorial de Salud.

26. Disponer para la ciudadanía información completa, oportuna y veraz de la forma como avanza la implementación y ejecución del Plan Territorial de Salud, con el fin de facilitar el ejercicio de control social.
27. Coordinar con los diferentes organismos de inspección, vigilancia y control del ámbito territorial, el desarrollo de las auditorías, conforme lo establecido por la nación.
28. Desarrollar una cultura del buen gobierno, de manejo de información financiera
29. y contable de los recursos de salud, y de rendición de cuentas anual de los resultados en salud, de acuerdo con la normatividad vigente.



### 1.3 PRINCIPIOS Y ENFOQUES

El presente Plan Distrital de Salud se enmarca en los principios de la Ley 152 de 1994 por medio de la cual se establecen los procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes de desarrollo, Ley 10 de 1990, Ley 100 de 1993, la Ley 1438 por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, Ley 1751 de 2015 y el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 adoptado mediante la Resolución 1841 de 2013. Se realizó revisión de la normatividad antes mencionada y se realizó paralelo de los principios de las normas de salud como marco de referencia para los principios de la propuesta del Plan Distrital de Salud (ver Tabla 5).

● **Tabla 5.** Comparativo de los principios entre normas de salud para priorización principios PTS Distrito de Cartagena D.T. y C.

Ley 10 de 1990	Ley 100 de 1993	Ley 152 de 1994	Ley 1438 de 2011	Ley 1751 de 2015	Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021
Universalidad Participación ciudadana Participación comunitaria Subsidiariedad Complementariedad Integración funcional	Eficiencia Universalidad Solidaridad Integralidad Unidad Participación	Universalidad Equidad Calidad Eficiencia Responsabilidad Respeto por la diversidad cultural y étnica Participación social Intersectorialidad	Universalidad Solidaridad Igualdad Obligatoriedad Prevalencia de derechos Enfoque diferencial Equidad Calidad Eficiencia Participación social Progresividad Libre escogencia Sostenibilidad Transparencia Descentralización administrativa Complementariedad y concurrencia Corresponsabilidad Irrenunciabilidad Intersectorialidad Prevención Continuidad	Disponibilidad Aceptabilidad Accesibilidad Calidad e idoneidad Universalidad ProHomine Equidad Continuidad Oportunidad Prevalencia de derechos Progresividad del derecho Libre elección Sostenibilidad Solidaridad Eficiencia Interculturalidad Protección a los pueblos indígenas Protección a los pueblos y comunidades indígenas, ROM, negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras	El documento del PDSP 2012-2021 no tiene explícito principios, sin embargo en la introducción del mismo declara que el plan es indicativo y que contiene los principios rectores de política y las acciones fundamentales de intervención del entorno, de los comportamientos, de los servicios de salud y de la participación social. Asimismo, declara que es integral por cuanto se plantea de dimensiones prioritarias para la vida de toda persona.

Fuente: Equipo de trabajo PTS Distrito de Cartagena

Una vez realizado esta revisión se priorizaron los siguientes principios como los del Plan de Salud Distrital propuesto:

**Autonomía.** La Nación y las entidades territoriales ejercerán libremente sus funciones en materia de planificación con estricta sujeción a las atribuciones que a cada una de ellas se les haya específicamente asignado en la Constitución y la ley, así como a las disposiciones y principios contenidos en la ley orgánica de planeación.



**Ordenación de competencias.** En el contenido de los planes de desarrollo se tendrán en cuenta, para efectos del ejercicio de las respectivas competencias, la observancia de los criterios de concurrencia, complementariedad y subsidiariedad;

**Coordinación.** Las autoridades de planeación del orden nacional, regional y las entidades territoriales, deberán garantizar que exista la debida armonía y coherencia entre las actividades que realicen a su interior y en relación con los demás instancias territoriales, para efectos de la formulación, ejecución y evaluación de sus planes de desarrollo;

**Consistencia.** Con el fin de asegurar la estabilidad macroeconómica y financiera, los planes de gasto derivados de los planes de desarrollo deberán ser consistentes con las proyecciones de ingresos y de financiación, de acuerdo con las restricciones del programa financiero del sector público y de la programación financiera para toda la economía que sea congruente con dicha estabilidad.

**Participación.** Durante el proceso de discusión de los planes de desarrollo, las autoridades de planeación velarán porque se hagan efectivos los procedimientos de participación ciudadana previstos en la presente Ley;

**Sustentabilidad Ambiental.** Para posibilitar un desarrollo socio-económico en armonía con el medio natural, los planes de desarrollo deberán considerar en sus estrategias, programas y proyectos, criterios que les permitan estimar los costos y beneficios ambientales para definir las acciones que garanticen a las actuales y futuras generaciones una adecuada oferta ambiental;

**Coherencia.** Los programas y proyectos del plan de desarrollo deben tener una relación efectiva con las estrategias y objetivos establecidos en éste;

**Universalidad.** El Sistema General de Seguridad Social en Salud cubre a todos los residentes en el país, en todas las etapas de la vida.

**Solidaridad.** Es la práctica del mutuo apoyo para garantizar el acceso y sostenibilidad a los servicios de Seguridad Social en Salud, entre las personas.

**Igualdad.** El acceso a la Seguridad Social en Salud se garantiza sin discriminación a las personas residentes en el territorio colombiano, por razones de cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños.

**Obligatoriedad.** La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los residentes en Colombia.

**Prevalencia de derechos.** Es obligación de la familia, el Estado y la sociedad en materia de salud, cuidar, proteger y asistir a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva, a los niños, las niñas y adolescentes, para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral. La

prestación de estos servicios corresponderá con los ciclos vitales formulados en esta ley, dentro del Plan de Beneficios.

**Enfoque diferencial.** El principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación.

**Equidad.** El Sistema General de Seguridad Social en Salud debe garantizar el acceso al Plan de Beneficios a los afiliados, independientemente de su capacidad de pago y condiciones particulares, evitando que prestaciones individuales no pertinentes de acuerdo con criterios técnicos y científicos pongan en riesgo los recursos necesarios para la atención del resto de la población.

**Calidad.** Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada.

**Eficiencia.** Es la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida de la población.

**Participación social.** Es la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en conjunto.

**Progresividad.** Es la gradualidad en la actualización de las prestaciones incluidas en el Plan de Beneficios.

**Libre escogencia.** El Sistema General de Seguridad Social en Salud asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y los prestadores de servicios de salud dentro de su red en cualquier momento de tiempo.

**Sostenibilidad.** Las prestaciones que reconoce el sistema se financiarán con los recursos destinados por la ley para tal fin, los cuales deberán tener un flujo ágil y expedito. Las decisiones que se adopten en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben consultar criterios de sostenibilidad fiscal. La administración de los fondos del sistema no podrá afectar el flujo de recursos del mismo.

**Transparencia.** Las condiciones de prestación de los servicios, la relación entre los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la definición de políticas en materia de salud, deberán ser públicas, claras y visibles.

**Descentralización administrativa.** En la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud la gestión será descentralizada y de ella harán parte las direcciones territoriales de salud.

**Complementariedad y concurrencia.** Se propiciará que los actores sistema en los distintos niveles territoriales se complementen con acciones y recursos en el logro de los fines del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Corresponsabilidad.** Toda persona debe propender por su autocuidado, por el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos el Sistema General de Seguridad Social en Salud y cumplir con los deberes de solidaridad, participación y colaboración. Las instituciones públicas y privadas promoverán la apropiación y el cumplimiento de este principio.

**Intersectorialidad.** Es la acción conjunta y coordinada de los diferentes sectores y organizaciones que de manera directa o indirecta, en forma integrada y continua, afectan los determinantes y el estado de salud de la población.

**Prevención.** Es el enfoque de precaución que se aplica a la gestión del riesgo, a la evaluación de los procedimientos y la prestación de los servicios de salud.

**Continuidad.** Toda persona que habiendo ingresado al Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene vocación de permanencia y no debe, en principio, ser

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

**Estatal.** El PIC es dirigido y administrado por el Estado. Su formulación, ejecución, seguimiento y evaluación está a cargo de los Departamentos, Distritos y Municipios de acuerdo con las competencias definidas en la normatividad vigente, en el marco del Plan Decenal de Salud Pública y los Planes Territoriales de Salud, bajo los parámetros y lineamientos que determine este Ministerio.

**Gratuidad.** Las intervenciones colectivas que constituyen el PIC son gratuitas y están dirigidas a la totalidad de la población, independientemente de su estado de aseguramiento. Su ejecución no está sujeta a procesos de afiliación, periodos mínimos de cotización, copagos, cuotas moderadoras o cuotas de recuperación.

**Territorialidad.** El PIC se rige por los procesos de autonomía y poder local; su principal escenario de acción es el territorio - departamento, distrito y municipio. Las intervenciones colectivas que constituyen el Pie son definidas por cada

### 1.3.2 ENFOQUES

Los enfoques del Plan Distrital de Salud se realizó revisión previa de la Ley 1438 de 2011, Ley 1751 de 2015, Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 Pacto Por Colombia, pacto por la equidad reglamentado por la Ley 1955 de 2019 y los enfoques del Plan Decenal de Salud Pública adoptado mediante la Resolución 1841 de 2013 (ver Tabla 6).

● **Tabla 6.** Comparativo de enfoques marco referencia para Plan de Salud Distrital de Cartagena de Indias D.T. y C.

Ley 1438 de 2011	Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de salud)	Ley 1955 de 2019 (Plan Nacional de Desarrollo Pacto por Colombia, pacto por la equidad)	Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021
<p><b>Enfoque Diferencial:</b> Reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de situaciones de discriminación y marginación.</p>	<p>Revisada la ley se evidencia que en la misma implica un <b>enfoque de derecho</b> por cuanto desde su objeto se establece que la Ley busca garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.</p>	<p><b>Enfoque territorial: “Pactos Territoriales”</b> Estos <b>pactos regionales</b> están propuestos de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Pacífico: diversidad para la equidad, la convivencia pacífica y el desarrollo sostenible.</li> <li>· Caribe: por una transformación para la igualdad de oportunidades y la equidad.</li> <li>· Kriool &amp; Seaflower Region: promover el cuidado del ambiente teniendo en cuenta la protección a los ecosistemas, el impulso de negocios verdes y el uso de fuentes de energía alternativas.</li> <li>· Región Central: centro de innovación y nodo logístico de integración productiva nacional e internacional.</li> <li>· Gran Santander: eje logístico, competitivo y sostenible de Colombia.</li> <li>· Amazonia: por un Desarrollo Ambientalmente Sostenible.</li> <li>· Eje Cafetero y Antioquia: conectando para la competitividad y el desarrollo logístico sostenible.</li> <li>· Orinoquia/Llanos: conectando y potenciado la despensa sostenible con el país y el mundo.</li> <li>· Océanos: Colombia potencia bioceánica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfoque de derechos</li> <li>• Enfoque poblacional</li> <li>• Enfoque diferencial</li> <li>• Enfoque de ciclo de vida</li> <li>• Enfoque de género</li> <li>• Enfoque étnico</li> <li>• Situación de discapacidad</li> <li>• Víctimas del conflicto armado</li> <li>• Modelo de determinantes sociales</li> </ul>

En ese orden de ideas, el Plan Distrital de Salud se enmarca en los enfoques establecidos en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 adoptado mediante la Resolución 1841 de 2013 armonizados con la Ley 1955 de 2019.

El Plan Decenal de Salud Pública realiza su abordaje desde diferentes enfoques: La salud como un derecho, el enfoque diferencial, el enfoque poblacional y el modelo conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud.

### 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 históricos. 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.

### 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). 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.

Dentro de este enfoque diferencial se incluye los siguientes grupos:

- Ciclo de Vida (Niños, niñas y adolescentes, Vejez y envejecimiento)



- Género (orientaciones sexuales e identidades de género)
- Grupos Étnicos (Pueblos indígenas, Afrocolombianos, negros, palanqueros, raizales y ROOM).
- Personas con Discapacidad
- Personas víctimas del conflicto armado.
- Personas habitante de Calle

## 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 territorio.

Los cambios en el tamaño, crecimiento, estructura, localización o movilidad de la población influyen sobre las condiciones socioeconómicas y ambientales en el territorio, de igual manera que estas afectan la dinámica demográfica. Existen características sociales y económicas que son relevantes para la comprensión de la población de acuerdo con cada territorio, tales como la actividad económica, el nivel educativo, el estado civil y la condición socio-económica (UNFPA, 2008).

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.

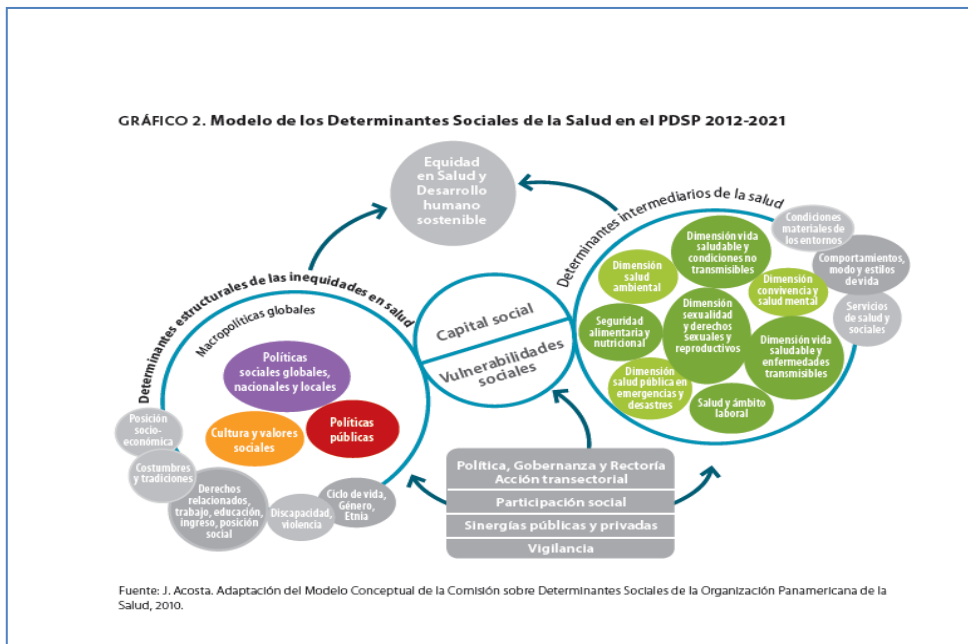
## MODELO DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

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).

De acuerdo con el análisis del marco conceptual descrito, el Ministerio de Salud y Protección Social adopta y adapta para la formulación del PDSP el modelo de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, vinculando los múltiples enfoques descritos (ver Gráfico 2)

● **Gráfico 2.** Modelo conceptual determinantes sociales en salud en el pdsp 2012-2021



**Fuente:** Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

## 1.4 LÍNEAS DE POLÍTICAS NACIONALES

Las líneas de políticas nacionales sobre las cuales se enfoca y desarrolla el presente documento del plan son con base en lo expuesto en el Plan Nacional de Desarrollo Todos por un nuevo país, las líneas operativas del Plan Decenal de Salud Pública y las líneas de políticas establecidas en la Ley 1751 de 2015 correspondiente a la Ley Estatutaria de Salud.

La Ley 1955 de 2019 por medio de la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 “Pacto Por Colombia, Pacto por la equidad”, plan plantea objetivos específicos guiados hacia el alcance de los tres pilares o pactos estructurales del plan a saber: Legalidad, emprendimiento y equidad

En el pacto estructural de equidad se encuentra la línea “salud para todos con calidad y eficiencia, sostenible por todos” para el sector salud; en esta línea se propone un pacto por construir una visión de largo plazo del sistema de salud, centrada en la atención de calidad al paciente, con acciones de salud pública consistentes con el cambio social, demográfico y epidemiológico que enfrenta Colombia y cobertura universal sostenible financieramente. Esta línea de salud incluye unos objetivos y estrategias que deben constituirse como un mecanismo que acelere la inclusión productiva en un contexto de trayectorias dinámicas y que, a su vez, fije como objetivo central el mejoramiento del estado de salud de la población y de su experiencia en el sistema, de manera equitativa y sostenible con la capacidad de gasto del país. Dicho lo anterior, la línea “salud para todos con calidad y eficiencia, sostenible por todos” plantea los siguientes objetivos y estrategias:

Objetivo 1. Fortalecer la rectoría y la gobernanza dentro del sistema de salud, tanto a nivel central, como en el territorio.

Estrategias

- a) Rediseñar el modelo de inspección, vigilancia y control del sector, y fortalecer las capacidades en el territorio
- b) Mejorar la institucionalidad del sector de la salud
- c) Blindar en forma efectiva al sector de la salud de los riesgos de corrupción y falta de transparencia

Objetivo 2. Definir prioridades e implementar las intervenciones en salud pública, para la transformación de la calidad de vida con deberes y derechos.

Estrategias

- a) Definir prioridades en salud pública de acuerdo con la carga de la enfermedad.
- b) Implementar intervenciones en salud pública, y liderar, monitorear y evaluar las acciones intersectoriales para la promoción de políticas saludables

Objetivo 3. Articular todos los agentes del sector salud en torno a la calidad.

Estrategias

- a) Robustecer los sistemas de habilitación y acreditación para prestadores y aseguradores.

- b) Generar incentivos al desempeño para la calidad, eficiencia y el mejoramiento de los resultados en salud.
- c) Redefinir e implementar una política de prestación de servicios garantizando la calidad y humanización de la atención con énfasis en optimizar la gestión de los hospitales públicos.
- d) Operativizar los modelos especiales de atención desde lo local, con enfoque integral para el paciente y diferencial para las zonas rurales con población dispersa.
- e) Incentivar herramientas que pongan a disposición información de calidad y desempeño de cara a los usuarios para empoderarlos en la toma de decisiones.
- f) Incentivar la investigación en salud.

Objetivo 4. Lograr más infraestructura y dotación en salud, como soporte al acceso efectivo y la calidad

Estrategias

- a) Instituciones prestadoras de servicios de salud dotadas con infraestructura adecuada y capacidad para responder con calidad y efectividad a las necesidades de toda la población

Objetivo 5. Formular acuerdos para el reconocimiento, formación y empleo de calidad para los trabajadores de la salud

- a) Cierre de brechas de talento humano en el sector de la salud
- b) Crear y desarrollar lineamientos para el cierre de brechas de cantidad, calidad y pertinencia del talento humano de la salud a nivel territorial.
- c) Implementar estrategias de educación continua para desarrollar y fortalecer competencias de los trabajadores de la salud.

Objetivo 6. Alcanzar la eficiencia en el gasto optimizando los recursos financieros disponibles y generando nuevos con el aporte de todos

Estrategias

- a) Hacer más eficiente el gasto en salud, a través de la actualización del plan de beneficios (PBS) y otras medidas que hagan más eficiente el gasto en tecnologías no financiadas con cargo a la UPC.
- b) Incrementar las fuentes de financiación del SGSSS, a través de la creación de la contribución al sistema de salud como alternativa para extender la corresponsabilidad de la población colombiana, de acuerdo con su capacidad diferencial de pago y la adquisición de seguros privados de salud complementarios para los individuos de mayores ingresos.
- c) Conciliar y sanear, de manera progresiva, la cartera entre los agentes del sistema de salud, generando un cambio de prácticas financieras que garantice un saneamiento definitivo y estructural de las deudas del sector.

Con el concurso de otros sectores, salud deberá trabajar en distintas líneas y estrategias intersectoriales dentro de este mismo pacto de equidad del PND,

- Prevención de embarazo adolescente, uniones tempranas
- Alimentación adecuada y mejorar el estado nutricional de la población, con énfasis en La Guajira, Chocó y zonas dispersas Modos y estilos de vida

- saludable
- Ampliación de la cobertura de riesgos laborales y mejor seguridad y salud en el trabajo
- Prevención de la malnutrición, competencias socioemocionales
- Factores protectores para la prevención de violencia intrafamiliar, consumo de sustancias, violencia y convivencia
- Envejecimiento activo

## Líneas operativas del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

En concordancia con lo establecido en el Artículo 6 de la Ley 1438 de 2011 por la cual se reforma el sistema de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones, el Ministerio de la Protección Social elabora el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 a través de un proceso de participación social y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, adoptado por la Resolución 1841 de 2013, buscando confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, incluyendo la salud mental, garantizando que el proceso de participación social sea eficaz, mediante la promoción de la capacitación de la ciudadanía y de las organizaciones sociales.

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 en su marco conceptual es concebido como una política de salud pública esencial del Estado que reconoce y garantiza la salud como un derecho fundamental, una dimensión central del desarrollo humano y un instrumento indispensable para lograr la paz y la equidad social con bienestar integral y calidad de vida, a través de la acción de todos los sectores que están involucrados directamente con los Determinantes Sociales de la Salud. Constituye una política de salud pública sectorial, transectorial y comunitaria, en la cual se definen los objetivos, metas estratégicas, dimensiones prioritarias y transversales, componentes, metas sanitarias, estrategias, líneas de acción, recursos y responsables de la salud pública en el país.

Dentro de su marco estratégico el Plan Decenal de Salud Pública define las orientaciones operativas de las acciones a través de tres líneas de acción que son complementarias toda vez que orientan las acciones sobre los determinantes intermedios. Estas acciones, teniendo en cuenta la naturaleza de las estrategias de las cuales hacen parte, se ordenan para su ejecución en tres líneas operativas:

1. Línea de promoción de la salud
2. Línea de gestión del riesgo en salud
3. Línea de gestión de la salud pública

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 define cada una de estas líneas así:

### 1. LINEA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Conjunto de acciones que debe liderar el territorio, convocando los diferentes sectores, las instituciones y la comunidad, para desarrollarlas por medio de proyectos dirigidos a la construcción o generación de condiciones, capacidades y medios necesarios para que los individuos, las familias y la sociedad en su



conjunto logren intervenir y modificar los Determinantes Sociales de la Salud en cada territorio, y así las condiciones de calidad de vida, consolidando una cultura saludable basada en valores, creencias, actitudes y relaciones, que permita lograr autonomía individual y colectiva que empodere para identificar y realizar elecciones positivas en salud en todos los aspectos de la vida, con respeto por las diferencias culturales de nuestros pueblos. Esta línea incluye acciones de:

- Formulación de políticas públicas
- Movilización social
- Generación de entornos saludables
- Generación de capacidades sociales e individuales
- Participación ciudadana
- Educación en salud

## 2. LINEA DE GESTIÓN DE RIESGO EN SALUD

Conjunto de acciones que sobre una población específica, con individuos identificables y caracterizables, deben realizar las entidades públicas o privadas que en el sector salud o fuera de él tienen a cargo poblaciones, para disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse. Estas acciones hacen parte de un enfoque estructurado para manejar la incertidumbre relativa a una amenaza (como la frecuencia y la severidad) de un evento o de los eventos, a través de una secuencia de actividades que incluye la evaluación del riesgo y el desarrollo de estrategias para identificarlo, manejarlo y mitigarlo como en el caso de las epidemias y/o pandemias. Las amenazas pueden estar causadas por el medio ambiente, la actividad laboral, la tecnología, los comportamientos humanos, la epidemiología poblacional y los factores biológicos de las personas, entre otros. En el riesgo en salud, el evento es la ocurrencia de la enfermedad o su evolución negativa o complicaciones; y las causas son los diferentes factores que se asocian con la ocurrencia de una enfermedad, su evolución negativa o su complicación. Esta línea incluye acciones de:

- Análisis de riesgo de la población con enfoque diferencial
- Planeación de la atención según riesgos con enfoque diferencial
- Modificación del riesgo
- Vigilancia de la gestión del riesgo
- Gestión de la calidad de la atención
- Coordinación administrativa y técnica de los servicios y planes

## 3. LÍNEA DE GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

Conjunto de acciones que la autoridad sanitaria, nacional o local, debe ejecutar sobre colectivos poblacionales indivisibles, encaminadas a modificar el riesgo primario o la probabilidad de pérdida de la salud, en forma de estrategias colectivas, políticas, normas y documentos técnicos, así como en ejercicios de planificación, dirección, coordinación, integración, vigilancia, administración y

fiscalización de recursos. Orienta la integración de manera coordinada y efectiva, las acciones de todos los actores que operan en el territorio, y garantiza el cumplimiento del rol de cada uno, armonizando los servicios de atención médica con las acciones de control realizadas sobre los determinantes de la salud por parte de la población, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, públicos y privados. Esta línea incluye acciones de:

- Conducción
- Sostenibilidad del financiamiento
- Garantía del aseguramiento
- Fiscalización
- Intervenciones colectivas
- Movilización de los otros sectores de la sociedad, de los territorios y de la ciudadanía

De otra parte, la Ley 1438 de 2011 por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en su Artículo 12 adopta la estrategia Atención Primaria en Salud y la define como una estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Asimismo establece que esta estrategia está constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana,

Define los equipos básicos en salud como un concepto funcional y organizativo que permita facilitar el acceso a los servicios de salud en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud y las redes integradas de servicios de salud como el conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivos, más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida, dispuesta conforme a la demanda. La prestación de servicios de salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud se hará a través de las redes integradas de servicios de salud ubicadas en un espacio poblacional determinado.

### **POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD – PAIS – MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL TERRITORIAL EN SALUD**

En concordancia con la Ley 175 de 2015 – Ley Estatutaria de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social traza la Política de Atención Integral en Salud PAIS, desarrollando un marco estratégico y un modelo operacional que permitan la acción coordinada de las normas, reglas, reglamentos, agentes y usuarios, a efectos de orientar la intervención de los diferentes integrantes hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población y el goce efectivo del derecho fundamental de la salud, al interrelacionar los elementos esenciales que lo configuran.

Esta Política de Atención Integral en Salud – PAIS tiene como objetivo orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud” en el marco de lo establecido en la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud), para así garantizar el derecho a la salud.

Para la articulación del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de la política de salud pública de acuerdo con la situación de salud de las personas, familias y comunidades la política PAIS desarrolla las siguientes estrategias y enfoques:

- Estrategia de Atención Primaria en Salud
- Estrategia de Gestión Integral de Riesgo en Salud
- Enfoque de cuidado de la salud
- Enfoque diferencial de derechos

Para el desarrollo de esta política PAIS se implementó el Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE que se define como el conjunto de acciones y herramientas que a través de acuerdos interinstitucionales y comunitarios orientan de forma articulada la gestión de los integrantes del sistema de salud en el territorio para responder a las prioridades de salud de la población y contribuir al mejoramiento de la salud, las expectativas de los ciudadanos y la sostenibilidad del sistema bajo el liderazgo del territorio, para este caso del Distrito.

El Modelo de Acción Integral Territorial comprende acciones y herramientas agrupadas en ocho (8) líneas que permiten la organización y el despliegue en los territorios, sin perjuicio de que puedan usarse o desarrollarse acciones o herramientas adicionales, en ejercicio de la autonomía y según las características propias de cada uno. Estas líneas son:

### **Aseguramiento.**

Esta línea comprende las acciones orientadas a garantizar en los territorios, el acceso de las personas a los servicios contemplados en el sistema de salud, mediante la acción coordinada de los diferentes agentes en el marco de sus competencias legales.

### **Salud pública**

Esta línea busca que todos los actores territoriales orienten sus acciones al mejoramiento de las condiciones de salud de la población, bajo el liderazgo y conducción de la entidad territorial, con el propósito de que las respuestas sectoriales, intersectoriales y comunitarias se desarrollen de manera articulada e integral, encaminadas al logro de resultados esperados en la salud de las personas, familias y comunidades, que contribuya a la garantía del derecho a la salud.

### **Prestación de Servicios de Salud.**

Esta línea comprende las acciones para garantizar el acceso a los servicios de salud que se prestan en el territorio, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los mismos, a través del mejoramiento de la capacidad resolutive, la implementación de mecanismos que permitan verificar la suficiencia de la oferta de servicios y la organización de redes de prestadores de servicios de salud para favorecer el cumplimiento de las prioridades y expectativas en salud de las personas, familias y comunidades de sus territorios.

### **Talento Humano en salud.**

Esta línea comprende los aspectos relacionados con la suficiencia, disponibilidad, calidad, eficiencia y dignificación del talento humano que apoya los procesos de atención integral en salud, como protagonista, al igual que la población, de la implementación efectiva de las acciones de cuidado.

### **Financiamiento.**

Línea que comprende la planeación, presupuestación, ejecución y seguimiento de los recursos financieros que garanticen una gestión eficiente, eficaz y sostenible del sistema de salud para el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

### **Enfoque Diferencial.**

Esta línea reconoce las particularidades de las poblacionales y las condiciones sociales y territoriales que ubican a las personas en situaciones de marginalidad y de mayor vulnerabilidad para el ejercicio del derecho a la salud. En consecuencia, los agentes del sistema de salud, adelantarán acciones para eliminar tanto barreras de acceso a los servicios de salud, como otras formas de exclusión, contribuyendo a la reducción de las inequidades en salud.

**Intersectorialidad.**

Alcance. Esta línea comprende la articulación de acciones, bienes, recursos y servicios, por medio de un trabajo coordinado y sistemático entre el sector salud, los sectores públicos, privados y las organizaciones sociales o comunitarias, alrededor de la atención integral en salud de las personas, familias y comunidades, a partir de sus prioridades y expectativas; entendiendo que la salud, dada su condición de producto social, conlleva para su abordaje un accionar que sobrepasa los alcances del sector salud.

**Gobernanza.**

Alcance. Esta línea comprende las acciones para la gestión de la salud como un asunto público, se fundamenta en la participación de la sociedad civil y se fortalece con el desempeño de la función de rectoría por parte de la autoridad sanitaria; implica que los gobernantes e instituciones (públicas y privadas), así como la participación de la comunidad funcionen activamente como un conjunto, para resolver los problemas priorizados y contribuir al goce efectivo del derecho a la salud.



## 1.5 PRIORIDADES Y METAS NACIONALES EN SALUD

El presente plan distrital de salud se realizó armonizado con las prioridades y metas nacionales establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, las del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 “Pacto por Colombia – pacto por la Equidad”, las de los Objetivos de Desarrollo Sostenible Agenda 2030 y el Modelo de Acción Integral Territorial -MAITE, aplicando la metodología de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud, teniendo en cuenta el análisis de situación en salud del Distrito, la caracterización de la población de las EAPB y los instrumentos de planeación distrital establecidos.

En relación con el Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021 que se define como un pacto social, es la ruta trazada para diez años para converger el desarrollo social, económico y humano en nuestro país. Es la expresión concreta de una política pública de Estado que apuesta por la equidad en salud, reconociendo la salud como un derecho humano interdependiente con otros y como dimensión central del desarrollo humano.

Plantea como meta central alcanzar la equidad y el desarrollo humano sostenible, afectando positivamente los Determinantes Sociales de la Salud y mitigando los impactos de la carga de la enfermedad sobre los años de vida saludables.

Para el logro de esta meta el PDSP orienta las acciones en tres grandes objetivos estratégicos:

1. Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud
2. Mejorar las condiciones de vida y salud de los habitantes
3. Mantener cero tolerancia con la mortalidad y discapacidad evitable

Como parte de la plataforma estratégica el plan decenal se despliega mediante estrategias configuradas como un conjunto de acciones para ocho dimensiones prioritarias y dos dimensiones transversales (ver Tabla 7)

● **Tabla 7.** Dimensiones prioritarias y transversales Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

<b>DIMENSIONES PRIORITARIAS</b>	1. Dimensión de salud ambiental
	2. Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles
	3. Dimensión convivencia social y salud mental
	4. Dimensión seguridad alimentaria y nutricional
	5. Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos
	6. Dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles
	7. Dimensión salud pública en emergencias y desastres
	8. Dimensión salud y ámbito laboral
<b>DIMENSIONES TRANSVERSALES</b>	1. Dimensión gestión diferencial de poblaciones vulnerables
	2. Dimensión fortalecimiento de la autoridad anitaria

La Resolución 2626 de 2019 “Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud – PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE”, define el modelo como un conjunto de acciones y herramientas que, a través de acuerdos interinstitucionales y comunitarios, orienta de forma articulada, la gestión de los integrantes del sistema de salud en el territorio para responder a las prioridades de salud de la población y contribuir al mejoramiento de la salud, la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y a la sostenibilidad del sistema, bajo el liderazgo del departamento o distrito.

En ese orden de ideas el Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE en su línea de acción de salud pública establece como prioridades en salud pública:

1. Enfermedades no transmisibles
2. Enfermedades transmisibles
3. Salud materna
4. Salud infantil
5. Salud mental
6. Consumo de sustancias psicoactivas
7. Salud ambiental
8. VIH/SIDA
9. Cáncer
10. Migrantes

En la actualidad cobra importancia y se determina como prioridad por parte del Distrito el tema o problemática suscitada por la pandemia COVID 19

## 2. PRIORIZACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

La priorización en salud pública se realizó aplicando la metodología de la estrategia PASE a la Equidad en Salud, con base al análisis de la situación de salud que aporta elementos de trascendencia, generando conocimiento complementario lo cual permite la orientación de las acciones de salud hacia los daños causan mayor asignación de recursos que permita alcanzar la equidad.

En ese orden de ideas, se identificaron y valoraron las tensiones en el Distrito de Cartagena, arrojando 10 tensiones (Ver Tabla 8).

● **Tabla 8.** Tensiones identificadas Distrito de Cartagena

Nº	NOMBRE DE LA DIMENSIÓN PRIORITARIA (Se deben incluir las 8 dimensiones prioritarias)	NÚMERO DE TENSIONES IDENTIFICADAS
1	Dimensión salud ambiental	1
2	Dimensión Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles	2
3	Dimensión Convivencia Social y Salud Mental	1
4	Dimensión seguridad alimentaria y nutricional	1
5	Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	2
6	Dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles	1
7	Dimensión salud pública en emergencias y desastres	1
8	Dimensión salud y ámbito laboral	1
<b>TOTAL</b>	<b>TOTAL</b>	<b>10</b>

Una vez realizada, la identificación de las tensiones se procedió a realizar la valoración de las mismas, aplicando la metodología establecida en PASE a la equidad en salud, teniendo en cuenta los criterios de intensidad, cronicidad, impacto, ingobernabilidad

Posteriormente se hace una descripción de las situaciones presentes en el territorio que actúan como **reforzadores para cada tensión**, es decir, aquellos eventos, situaciones o condiciones que están presentes y que contribuyen a agravar la situación, se procede a **valorar la intensidad del reforzador**. Es decir, qué tanto agrava la situación el evento o condición presente, siendo “1” una situación que poco agrava, “2” una situación que refuerza medianamente la tensión y “3” un reforzador que agrava significativamente la tensión.

Asimismo, se realiza una descripción por cada tensión de las situaciones, eventos o condiciones presentes en el territorio que ayudan a mitigar o disminuir el impacto de la tensión, actuando entonces como **liberadores**, se **valora la**

**intensidad del liberador**, es decir, qué tanto la situación, evento o condición presente ayuda a disminuir la tensión, siendo “1” un liberador con poco impacto sobre la tensión, “2” un liberador que medianamente ayuda a superar la tensión y “3” un liberador con efecto alto para equilibrar la tensión.

Una vez realizada todas estas valoraciones, se establece el balance final de la tensión que resulta de la suma del valor de la tensión más el valor del reforzador dividido por el valor del liberador.

El aplicativo genera automáticamente la operación y otorga un color, a semejanza de un semáforo, dependiendo de la gravedad o nivel de prioridad de la tensión: **rojo** para tensiones con alta prioridad dado que su balance final es alto (valores entre 4 y 6), **amarillo** para tensiones con prioridad media (valores entre 2 y 4) y **verde** para tensiones con baja prioridad (valores inferiores a 2).

Para el Distrito de Cartagena, el balance final arroja 8 tensiones clasificadas con prioridad alta y 2 tensiones clasificadas con prioridad media (Ver Tabla 2)

Las tensiones cuyo balance final genera alertas por cuanto su valoración es superior a 4 están ubicadas en las diferentes dimensiones del PDSP, una por cada dimensión (Ver Tabla 9).

Tabla 9. Número de tensiones con prioridad alta por dimensión PDSP Distrito de Cartagena

NOMBRE DE LA DIMENSIÓN PRIORITARIA	NÚMERO DE TENSIONES CON VALORACIÓN SUPERIOR A “4”
Dimensión salud ambiental	1
Dimensión Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles	1
Dimensión Convivencia Social y Salud Mental	1
Dimensión seguridad alimentaria y nutricional	1
Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	1
Dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles	1
Dimensión salud pública en emergencias y desastres	1
Dimensión salud y ámbito laboral	1
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>

## DESCRIPCIÓN TENSIONES IDENTIFICADAS DISTRITO DE CARTAGENA

IDENTIFICACIÓN Y VALORACIÓN DE TENSIONES EN SALUD DISTRITO DE CARTAGENA		
Dimensiones PDSP	Descripción de las tensiones entre cualquiera de las dimensiones PASE o de la salud que generan daño o riesgo para la salud	Balance Total
<b>Dimensión salud ambiental</b>	<p>El Distrito de Cartagena dispone de un buen suministro de agua potable y alcantarillado con coberturas del 99.5% y 99% respectivamente en el área urbana, mientras que el área corregimental sobre todo el insular y parte del continental presenta una baja cobertura de acueducto con un 65% y 43% de alcantarillado. En el área urbana las zonas sin coberturas de acueducto y alcantarillado se debe a los asentamientos humanos en zonas de alto riesgo, de difícil acceso, zonas de invasión y de ubicación de personas en desplazamiento, donde no hay legalización de lotes y dificulta la instalación de redes para suministro de agua potable. En el área corregimental incluyendo zona insular la baja cobertura tiene dentro de sus principales causas la falta continua de políticas públicas y voluntad política de las administraciones en la toma de decisiones para la instalación de redes de acueducto y alcantarillado que permitan el mejoramiento de las condiciones de vida de la población especialmente niñas, niños, adultos mayores y mujeres embarazadas entre otros, que habita en las islas de Tierra Bomba, Barú, Isla Fuerte, Archipiélago de San Bernardo, Islas de Rosario, en el área continental las veredas de Palmarito, La Europa, Arroyo de las Canoas, Pua y Bajo del Tigre; Zonas de alto riesgo Lomas de Marión, Lomas de Peyé, Parte de los Barrios Pozón, Mandela, Olaya, Lo Amador, Nariño y San Francisco. Actualmente el área rural corregimental e insular y continental no cuenta con un diagnóstico que permita establecer la calidad del agua que consumen sus pobladores. En relación con el servicio de aseo presenta un comportamiento similar con coberturas del 90% incluyendo área urbana y rural, sin embargo se encuentran zonas en las que la disposición de residuos sólidos al aire libre se convierte en factor de riesgo, obstruyendo canales pluviales, originando contaminación ambiental, reproducción de artrópodos y roedores y muy a pesar que el Distrito adelanta una adecuada recolección transporte y disposición final de residuos sólidos en un relleno sanitario ajustado a la normatividad; existen dentro de la población conexiones indebidas de aguas residuales a los calles y caños de agua pluviales, agravado por la acumulación inapropiada de residuos sólidos en estos sistemas de caños; evidenciándose de manera general malos hábitos y conductas inadecuadas dentro de la población en general en el mal manejo de los residuos sólidos y líquidos generando olores ofensivos, criaderos de insectos y roedores plagas lo que conlleva a la transmisión de distintas patologías, requiriéndose reforzar la implementación de la estrategia de Entornos saludable para contribuir desde salud Ambiental en la implementación de cambios de hábitos conductuales. El distrito cuenta con la conformación del COTSA con cuatro mesas de trabajo debidamente conformadas (Calidad de Agua, calidad de Aire, Factores de Riesgo del Ambiente y Seguridad Química), siendo necesario fortalecer el compromiso de cada una de las dependencias que lo integran debido a que se han incrementado las quejas por presencia de ruidos en altos decibeles, material Particulado, y radiaciones en distintos sectores de las tres localidades, actualmente el distrito de Cartagena no cuenta con un diagnóstico de las fuentes generadoras o emisoras de ruido, radiaciones electromagnéticas y radiación ultravioleta, igualmente se desconocen las fuentes generadoras de material Particulado y metales pesados, incluyendo el inventario de sustancias químicas presentes en el distrito, además no se cuenta con una línea de base, de las zonas de producción o emisión de contaminantes debidamente identificadas con las cuales se podría elaborar el perfil de la calidad del aire del Distrito y el Mapa de Riesgo. Conociendo el incremento de las muertes por accidente de tránsito, convertida en un problema de salud pública es imperativo implementar desde la dimensión de Salud Ambiental todas las actividades establecidas en para mejorar la seguridad vial y la Movilidad segura en el distrito de Cartagena.</p>	



Dimensiones PDSP	Descripción de las tensiones entre cualquiera de las dimensiones PASE o de la salud que generan daño o riesgo para la salud	Balance Total
<p><b>Dimensión Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles</b></p>	<p>El comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en el Distrito de Cartagena es de carácter relevante toda vez que se ubica dentro de las cinco primeras causas de morbimortalidad. La mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio fue de 119,9 muertes por 100.000 habitantes, dentro de las cuales las enfermedades isquémicas del corazón es el subgrupo de causa que más represento mortalidades con un total de 43,3 muertes por 100.000 habitantes seguidas de las enfermedades cerebrovasculares con 37,7 muertes por 100.000 habitantes. Situación que se ve determinada por la deficiente implementación de estrategias que intervengan las principales causas como son inadecuadas prácticas de autocuidado de la salud, sedentarismo, consumo de tabaco y alcohol, malos patrones alimentarios, deficientes espacios para la recreación y deporte, al igual que deficientes programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad por parte de las aseguradoras; ocasionando altos costos en los servicios de salud, discapacidad, cronicidad de la enfermedad y aumento de la morbilidad. Muy a pesar que el ente de salud territorial desarrolla programas y proyectos para minimizar los factores de riesgo que desencadenan las enfermedades crónicas no transmisibles, estas acciones son insuficientes por la falta de articulación con otras dependencias de la administración y otros sectores para la construcción de espacios recreativos y deportivos, la implementación de programas preventivos y la implementación de políticas públicas que brinden oportunidades a la población en general para acceder a programas recreativos y deportivos. Las afecciones de la salud oral, visual y auditiva son cada día más frecuentes en todos los grupos etáreos, y si bien, en general no son causa de muerte, afecta, la calidad de vida de las personas. Para el año 2016 la caries dental se encuentra ubicada dentro de las primeras 20 causas de morbilidad en el Distrito. La caries y las enfermedades de las encías no solo afectan la salud bucal; sino que pueden considerarse factores de riesgo para la generación de complicaciones ante la presencia de enfermedades generales como la diabetes, las enfermedades cardíacas, o incluso en mujeres gestantes, en quienes se incrementa el riesgo de preeclamsia, parto prematuro e incluso bajo peso al nacer. Según la caracterización de las personas con discapacidad del Ministerio de Salud y de la Protección Social en el Distrito de Cartagena hay 777 personas con discapacidad sensorial auditiva en edades de 0 a más de 60 años siendo el porcentaje más alto en edades de 18 a 59 años, seguida las edades de 6 a 12 años. Entre las causas esta la enfermedad general, las condiciones de salud de la madre durante el parto y alteraciones genética hereditaria. Se presenta en el Distrito además un patrón cultural muy arraigado relacionado con las costumbres de escuchar música a altos decibeles de los llamados pick - up e igualmente al uso indiscriminado de los audífonos en celulares y demás elementos tecnológicos de moda.</p>	

Dimensiones PDSP	Descripción de las tensiones entre cualquiera de las dimensiones PASE o de la salud que generan daño o riesgo para la salud	Balance Total
------------------	---	---------------



<p><b>Dimensión Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles</b></p>	<p>Debido a la no cultura del autocuidado, a desconocimiento de mecanismos de acceso a servicios de salud, demanda inducida inadecuada, deficiente prestación de servicios de salud, incumplimiento en la aplicación de los protocolos y guías de atención por parte de las IPS, detección inoportuna, la falta de vigilancia y control por parte del estado a las EAPB e IPS, barreras de acceso en la prestación de servicios de salud, y a la débil implementación de estrategias de atención primaria de EAPB y estado en general, en el Distrito de Cartagena, las muertes por neoplasias ubican el tercer lugar de causa de mortalidad dentro de las grandes causas con 84 muertes por 100.00 habitantes en el 2016. Dentro de estas neoplasias es importante mortalidad prematura son las leucemia linfoide aguda, presentándose en un 42.8 % en los grupos de edad de 10 a 14 años, en este mismo grupo de edad también se presenta el 80% de muertes por esta patología siendo que es una patología con expectativas de supervivencia alta. Asimismo, se viene presentando diagnóstico inoportuno de cáncer de mama, cáncer de útero y cáncer de próstata en las 3 Localidades incrementando la morbimortalidad por estas patologías, con mayor frecuencia en población adulta mayor. La tasa de mortalidad cáncer de cuello uterino representa el 9,1 por 100.000 mujeres, siendo esta la tasa más alta de las registradas en los últimos 6 años, al igual que las defunciones de por cáncer de mama, presentándose 68 defunciones por cáncer de Mama con una tasa de mortalidad para este evento de 13,9 por 100.000 mujeres. Esta situación genera un impacto alto negativo por cuanto algunas muertes son evitables, genera cronicidad, complicaciones, discapacidades, elevados costos y la mortalidad de los pacientes. Esta situación se presenta en las tres localidades del Distrito desde hace 5 años.</p>	<p>2,75</p>
---	---	-------------



Dimensiones PDSP	Descripción de las tensiones entre cualquiera de las dimensiones PASE o de la salud que generan daño o riesgo para la salud	Balance Total
<p><b>Dimensión Convivencia Social y Salud Mental</b></p>	<p>En el Distrito de Cartagena es evidente la ocurrencia de varios factores de riesgo que afectan de forma directa la convivencia social y la salud mental de sus habitantes. En el año 2014 ocurrieron 38 casos de muerte por suicidio en el Distrito de Cartagena y alrededor de 2000 casos de personas atendidas por los servicios de salud mental fueron notificados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública del DADIS. No obstante y teniendo en cuenta la población total del Distrito la cifra de notificación es muy baja aún evidenciando la poca demanda de los servicios de atención en salud mental, debilidad en la detección oportuna lo que agrava y cronifica el trastorno, falta de confianza en los servicios de atención en salud mental y desconocimiento de las rutas de atención en salud mental en general. Dentro de los factores de riesgo identificados y asociados a los diferentes trastornos mentales y suicidio, están las problemáticas del orden social presentes en el territorio, pobreza, desempleo, consumo de alcohol, consumo de sustancias psicoactivas, pandillismo, deserción escolar, personas en situación de calle situaciones de estrés como violencia y desplazamiento forzado. Uno de estos factores relacionados con el pandillismo, en el Distrito se presentan constantes enfrentamientos entre las pandillas para defender los límites territoriales invisibles que cada uno de estos grupos instaura. Hasta el año 2014 se han identificado en el Distrito unas 56 pandillas que están integradas por alrededor de 1.600 jóvenes. Estas pandillas se encuentran ubicadas en los barrios: Nariño, Paseo Bolívar, Loma Fresca, Pablo Sexto, Daniel Lemaitre, San Francisco, La María, La Esperanza, La Candelaria, Boston, Líbano, Olaya Herrera, Fredonia, El Pozón, Colombiatón, San José de los Campanos, Nelson Mandela, El Nazareno, Omara Cano, San Fernando, El Socorro y Blas de Lezo extendiéndose las consecuencias de este problema mas allá de los barrios mencionados afectando la seguridad de los habitantes de Cartagena. Algunos de los datos estadísticos que se pueden asociar a este fenómeno social son la tasa de homicidios 26,99 por 100.000 habitantes y atracos callejeros 792 casos a diciembre de 2012. De igual forma el pandillismo está relacionados con diferentes tipos de violencia, expendio, microtráfico y consumo de sustancias psicoactivas, inseguridad, aparición de trastornos mentales asociados al consumo y policonsumo de drogas. Otra problemáticas sociales está relacionada con el aumento del número de víctimas del conflicto armado en la ciudad: pasando de 71.437 en 2011 a 102.354 en 2014. Actualmente la atención psicosocial en salud integral, física y mental a las víctimas del conflicto armado no está fortalecida en el Distrito de Cartagena, de las 102.354 víctimas ubicadas en el 2014 se atendieron 1.109 personas en las 3 modalidades de PAPSIV lo que representa el 1,08%; 975 a nivel comunitario, 114 a nivel familiar y 20 a nivel individual. Lo anterior se debe a diversas causas entre las que están: El desconocimiento del principio que establece el enfoque diferencial y de la normatividad para la atención a las víctimas por parte de los usuarios y de las entidades de salud, las barreras de acceso en la prestación de los servicios, la débil gestión para ampliar la atención a un mayor número de personas, débiles acciones para la implementación de protocolos de atención con los componentes de la atención preferencial y diferencial por parte de las entidades del SGSSS, entre otras causas.</p> <p>Algunos programas que se vienen adelantando en el Distrito por parte de los diferentes actores de salud y otros sectores relacionados con la Salud Mental y la convivencia social no han sido suficientes en cuanto a dirigir mayores recursos económicos que sirvan para aumentar y garantizar la permanencia de acciones, de manera que permitan el sostenimiento de las mismas año a año; igualmente, se observa una desarticulación en las acciones que se adelantan entre las instituciones evidenciada en el desarrollo de acciones individuales en aspectos que deben ser abordados conjuntamente. A esto se le debe sumar la necesidad de capacitación continua del recurso humano que integran los equipos para el desarrollo eficaz de las intervenciones, así como el seguimiento y evaluación a corto, mediano y largo plazo del impacto de los diferentes programas.</p> <p>Los suicidios se presentaron en mayor número de casos en la localidad de la Virgen y Turística, con 16 muertes lo que corresponde al 42% del total de los casos, le sigue la localidad Industrial y de la Bahía con una ocurrencia de 12 casos que corresponde al 32% y en tercer lugar la localidad Histórica y del Caribe Norte donde fueron 10 muertes por suicidio que representa un porcentaje del 26% del total de los casos.</p>	





Dimensiones PDSP	Descripción de las tensiones entre cualquiera de las dimensiones PASE o de la salud que generan daño o riesgo para la salud	Balance Total
<p><b>Dimensión seguridad alimentaria y nutricional</b></p>	<p>Falta de sostenibilidad y seguimiento de las políticas de seguridad alimentaria en el Distrito de Cartagena debido a poco apoyo de proyectos productivos autosostenibles y a la deficiencias de asistencia técnicas y herramientas tecnológicas agropecuarias y pesqueras existentes, limitando la producción de productos agropecuarios en el Distrito, siendo el 80% de los alimentos que se consumen en el Distrito de Cartagena procedentes de otras regiones del país, esto a su vez limita la adquisición de alimentos básicos de la canasta familiar por elevados costos de los mismos e influyendo negativamente en la selección de la compra de los grupos de alimentos básicos modificando hábitos y favoreciendo inadecuadas practicas alimentarias que repercuten en la ingesta calórica de la población y mala nutrición de la misma. De otra parte, el principal centro de abasto del Distrito de Cartagena, el Mercado de Bazurto, con el transcurrir de los años se ha convertido en una zona neurálgica del Distrito con malas condiciones sanitarias y ambientales debido a su ubicación inadecuada, estando en una zona central de la ciudad, estrecha, al lado del cuerpo de agua de la Ciénaga de la Virgen, lo cual se potencializa con las débiles políticas institucionales de planificación, falta de coordinación y gerencia, no contar con un plan de manejo ambiental acorde a lo requerido, lo cual ha originado una alta contaminación ambiental (hídrica, atmosférica, suelos, auditiva), gran acumulo de basuras, sedimentación de canales, saturación del cuerpo de agua de la Ciénaga de la Virgen, contaminación de los alimentos comercializados, con débil apropiación de las buenas prácticas higiénicas de alimentos por una gran proporción de manipuladores muy a pesar de los esfuerzos permanentes realizados por el Departamento Administrativo Distrital de Salud en la materia, siendo el desinterés y desmotivación de ellos más ligado a las deficientes condiciones de infraestructura y deficiente prestación de los servicios públicos donde se encuentran ubicados. Se encuentran familias con inadecuados patrones culturales que inciden de manera negativa en la nutrición y adecuado aprovechamiento de los alimentos facilitando la restricción de algunos micronutrientes o déficit de estas afectando la velocidad del crecimiento y desarrollo de niñas y niños, malos patrones alimentarios que se implementan a temprana edad, introducción inadecuada de alimentos complementarios en la primera infancia reafirmando la ENSIN 2010 con la alta incidencia de anemia presentándose a partir del 6 mese de vida en niños y niñas predisponiendo la aparición de enfermedades a largo plazo como la obesidad, diabetes, hipertensión entre otras. Según base de datos de SIVIGILA del Distrito desde hace aproximadamente 3 años se evidencia un aumento inusual de bajo peso al nacer en el Distrito de Cartagena muy asociado a situaciones de pobreza, malnutrición de la gestante, poca cultura de autocuidado, siendo más elevado la notificación en la zona insular del Distrito. Esta situación se presenta en las tres localidades del Distrito.</p>	



Dimensiones PDSP	Descripción de las tensiones entre cualquiera de las dimensiones PASE o de la salud que generan daño o riesgo para la salud	Balance Total
<p><b>Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos</b></p>	<p>La falta de proyecto de vida en las zonas mas vulnerables del Distrito de Cartagena, baja autoestima en niñas y adolescentes, debiles entornos protectores, presion de grupo y familiar para inicio de relaciones sexuales tempranas sin protección, así como la falta de consciencia, responsabilidad y compromiso con el autocuidado de la ciudadanía frente a la importancia del uso de acciones y decisiones autoprotectoras, diagnósticos tardíos, incumplimiento de adherencia a tratamientos farmacológicos, la influencia de medios masivos de comunicación que incitan a copiar estilos de vida de paises desarrollados, las barreras de acceso a los servicios de salud, la no disponibilidad de servicios de salud adecuados a las necesidades de los y las adolescentes en el Distrito, así como el desconocimiento de los deberes y derechos en salud sexual y reproductiva ha originado en los últimos diez años un incremento de la morbimortalidad por VIH/SIDA y sífilis y el incremento de embarazo en adolescentes en el Distrito de Cartagena. Para el año 2013 se reportaron 273 casos nuevos de VIH/SIDA y 27 muertes asociados a VIH/SIDA. La tasa de reporte distrital de nuevos diagnósticos de VIH se evidencia en 20.74 x 100000 habitantes, relativamente con tendencia descendente desde el histórico conocido en VIH en los últimos tres años para el Distrito de Cartagena, el 19,78%(n=54) son casos en fase clínica de SIDA y el 5,85% (n=16) fueron casos de muerte por VIH. Esta patologia afecta mayoritariamente a varones (65.2% hombres (n=178) y 34.8% mujeres (n=95)), a personas jóvenes o de edad promedio de 35 años (mediana de edad de 35 años en los nuevos diagnósticos de VIH y en los casos de Sida, el 25% de los casos tiene menos de 29 años y el 75% menos de 42 años. La tasa de embarazo en adolescentes para el Distrito es de 21.6 por cada 100.000 nacidos vivos. Asimismo en los últimos años se ha presentado incremento de coinfecciones, aumento de la pobreza, aumento en el riesgo de transmisión de ITS. De otra parte, para el año 2014 en el Distrito, el porcentaje de casos de violencia notificados en las mujeres fue del 86% y un 14% para hombres. El grupo de edad que reporta la mayoría de los casos de violencia sexuales es de 10 a 14 años de edad(34%), seguido de 5 a 9 años y de 0 a 4 años con el 13% y 12% de la notificación, lo que indica que el reporte de los casos de violencia está concentrado rincipalmente en la población infantil. siendo el hogar o la casa(73%) el principal escenario donde ocurren los hechos. Los casos se presentan en las tres localidades, siendo la localidad de la virgen y turistica donde se presenta el mayor número de casos del Distrito(El barrio Olaya Herrera , Pozón,La candelaria, La María, La Esperanza y la Boquilla). Dentro de los factores de riesgo para la aparición de estos eventos está el no reconocimiento de los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos, delegación del cuidado de los mismos a otras personas, falta de entornos protectores, disfuncionalidad familiar,Falta de comunicacion, no empoderamiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos por hombres y mujeres, poca capacidad de respuesta de las entiddaes cooresponsables frente al abordaje Protección y justicia . Las poblaciones altamente o principalmente vulnerable son niños,niñas ,adolescentes , mujeres y población LGTBI.</p>	

Dimensiones PDSP	Descripción de las tensiones entre cualquiera de las dimensiones PASE o de la salud que generan daño o riesgo para la salud	Balance Total
<p><b>Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos</b></p>	<p>Aunque por debajo de la media nacional en el Distrito de Cartagena se presentan casos de mortalidad materna asociada a patrones culturales y poca cultura de autocuidado de las mujeres en edad fértil, bajos niveles educativos, embarazos en adolescentes, malnutrición y pobreza, así como a fallas en la calidad de la atención en salud de las gestantes evidenciado en no adherencia a protocolos y guías de atención por parte de personal en salud que atiende a la gestante, baja demanda inducida a consulta preconcepcional y controles prenatales por parte de aseguradoras y prestadores de servicios de salud, ingreso tardío a controles prenatales, barreras de acceso en la atención en salud, poca capacidad instalada de la red de atención, dificultad en el transporte para gestantes que habitan en la zona insular, así como débiles políticas de estado para la vigilancia y control. Esta situación se viene presentando hace más de diez años, con tendencia a disminución en los últimos 5 años, pero aún con ocurrencia de casos, con una razón de mortalidad materna de 45.8 por 100.000 nacidos vivos en el año 2012, generando un gran impacto negativo en lo social como orfandad, persistencia del ciclo de pobreza. Esta problemática se presenta en las tres localidades del Distrito, con mayor frecuencia en la localidad 2. Para el 2012 las defunciones maternas la edad mínima fue de 15 años, y la máxima de 37 años, con una media de 24 años y una desviación estándar de 7,58. El 83% de los casos la materna residía en área urbana; mientras que un 7% residían en zonas rurales del distrito de Cartagena.</p>	<p>5,75</p>

Dimensiones PDSP	Descripción de las tensiones entre cualquiera de las dimensiones PASE o de la salud que generan daño o riesgo para la salud	Balance Total
------------------	---	---------------



**Dimensión  
vida saludable  
y  
enfermedades  
transmisibles**

El Distrito de Cartagena presenta incremento morbilidad por enfermedades transmisibles principalmente por dengue y recientemente por chicungunya, remergencia de tuberculosis, aparición de caso SARS - COVID 19 y algunas inmunoprevenibles como brotes de tosferina, meningococemia, muy asociado a la no cultura de autocuidado, malos hábitos sanitarios, mal manejo de residuos tanto sólidos como líquidos que pese al conocimiento y las herramientas que se le ofrecen, no generan un cambio en la conducta de la comunidad hacia la disminución de los factores de riesgo para estas patologías, al alto índice de infestación larvaria, con una elevada conducta de almacenamiento de agua en plantas acuáticas, inservibles, tanques plásticos e incluso llantas, hacinamiento, pobreza extrema, debilidad en la aplicación de Guías de Atención y Protocolos de enfermedades transmisibles, por parte del personal de salud principalmente en el conocimiento de la clasificación, vigilancia epidemiológica, uso e interpretación del laboratorio clínico en el contexto del manejo del dengue, poca apropiación del personal asistencial, alta rotación del personal médico o del Servicio Social Obligatorio y debilidad en acciones de vigilancia y control, reduciendo la posibilidad de realizar diagnóstico y tratamiento oportuno a los pacientes afectados y aumentando el riesgo de enfermar y morir por este tipo de enfermedades. Se observa que sectores como Olaya Herrera sector Rafael Nuñez y Central, Once de Noviembre, El Pozón, Nelson Mandela, muy a pesar de las acciones desde el ente territorial aún persiste factores de riesgo, asociados a la falta de compromiso de la comunidad. De otra parte para los casos de tuberculosis, se evidencia la falta de adherencia e irregularidad de los esquemas de tratamiento, incremento de las tasa de abandono de los pacientes con tuberculosis originando el mantenimiento de la cadena de transmisión de la enfermedad e incremento del riesgo de farmacoresistencia y de muerte por tuberculosis ante las complicaciones de la cronicidad de estos pacientes abandonadores. De igual forma se ha incrementado los casos coinfectados por TB/VIH, se convierten en un gran desafío para los programas de salud pública, el diagnóstico tardío y el mal manejo de los casos generan incremento en la tasa de mortalidad por tuberculosis. La deficiencia en el diagnóstico de la tuberculosis en aquellas poblaciones especiales de difícil manejo, como la población infantil, generando un abordaje empírico de la enfermedad que en algunas ocasiones es innecesario y se ven interrumpidos los esquemas, poblaciones de alto riesgo epidemiológicos, privada de la libertad, habitantes de calle, población víctima del conflicto, entre otras. La Discapacidad severa en ojos, manos o en pies de las personas afectadas por la Lepra, son el reflejo de un diagnósticos tardío de la enfermedad y debilidades en la vigilancia epidemiológica de los casos. En el Distrito de Cartagena se han generado situaciones como barreras en la vacunación producto de la no contratación de las EAPB contributivas con la red pública de primer nivel el servicio de vacunación, la no continuidad del equipo extramural en jornadas nacionales, programas de demanda inducida no eficientes por parte de las EAPB responsables de esta actividad, insuficientes acciones de intersectorialidad con actores e instituciones que intervienen el curso de vida de primera infancia e infancia, lo que ha ocasionado las coberturas en vacunación y esquemas completos por edad no útiles, situación presente en todas las localidades de Cartagena y tenemos los siguientes resultados de cobertura: B.C.G. RECIEN NACIDO: 105%, COBERTURA DPT 3 : 92 %, COBERTURA POLIO 3: 92% COBERTURA TRIPLE VIRAL: 90 %.





Dimensiones PDSP	Descripción de las tensiones entre cualquiera de las dimensiones PASE o de la salud que generan daño o riesgo para la salud	Balance Total
<p><b>Dimensión salud pública en emergencias y desastres</b></p>	<p>En el Distrito de Cartagena aún se observan muertes asociadas a urgencias, emergencias y desastres, por la situación geográfica particular Cartagena, se han presentado diferentes eventos de emergencias y desastres en donde la respuesta del Distrito no ha sido oportuna en aras de evitar la afectación en la población y en la infraestructura. Situación que se ha venido acentuando desde el año 2009, con agravamiento durante la ola invernal en los años 2010 y 2011, así mismo a inicios de 2020 se han presentado eventos pandémico en la ciudad como consecuencia del ataque del SARS - COVID 19. En las tres localidades hay debilidad en el manejo de la gestión de riesgo por parte de los miembros del Concejo de Gestión de riesgo y desastres, dado quizás por la poca información sobre el análisis de riesgo local y la de la estrategia de respuesta ante eventos de diferentes riesgos. La baja implementación de acciones puede conllevar a la afectación de los medios básicos de subsistencia (alimentos, agua potable, vivienda y salud) de las comunidades y el hacinamiento, aumentando el riesgo de enfermedades. Sumado a lo anterior, los planes de emergencia hospitalarios de las IPS están un poco desarticulados y poco ajustados frente a diferentes eventos de emergencia y desastre que puedan y ya están ocurriendo en este caso SARS - COVID 19, de igual manera no existe una articulación en tiempo real con las entidades de respuesta del nivel Departamental y Nacional según sea el evento que se presente, la poca realización de asistencias técnicas y asesorías relacionadas en las tres localidades, zona insular y corregimientos con la falta de actualización de la información y la continuidad del talento humano responsable de gestionar el riesgo a nivel local, también afecta el desarrollo oportuno de la puesta en marcha de acciones de respuesta en Cartagena.</p>	<p>5,75</p>
<p><b>Dimensión salud y ámbito laboral</b></p>	<p>A 2021, se espera la amplia de la cobertura de toda la población trabajadora al Sistema General de Riesgos Laborales, de conformidad con la Ley 1562 de 2012 y al decreto 1443 de 2014, con un mejoramiento de políticas distritales que favorezcan el aseguramiento de la población al sistema de riesgo laboral, con una disminución en la tasa de accidentalidad en el trabajo así como de la enfermedad de origen laboral, reduciéndose el sub-registro de los eventos ocupacionales, con un perfil de morbilidad y mortalidad de la población trabajadora del Distrito con base en la información suministrada por los actores del sistema de seguridad social en salud y riesgos laborales, con estrategias de información, educación y comunicación desarrolladas que fomenten modos, condiciones y estilos de vida saludables en el ámbito laboral y prevención de riesgos laborales, con enfoque diferencial así como acciones de promoción de la salud y prevención de riesgo laboral en la población del sector informal de la economía. Se fortalecen las acciones de caracterización de la población vulnerable del sector informal de la economía.</p>	<p>4,25</p>

**EJES ESTRUCTURANTES DISTRITO DE CARTAGENA**

**EJE 1.**

Cartagena una ciudad de contrastes marcada por una alta problemática social incidente en la salud de la población como tal. Inequidad, pobreza, desigualdad, historia de discriminación y exclusión social, pertinentes o sin seguimiento o presupuesto, presencia de mitos, prejuicios, estigmatizaciones porcentaje alto de víctimas del conflicto armado, grupos poblacionales vulnerables sin políticas específicas, desempleo, falta de oportunidades y proyecto de vida, deserción escolar, embarazo en adolescentes, entornos familiares no protectores, descomposición familiar, estilos de vida insaludables, contaminantes del tiempo libre generalizados en la cultura, corrupción, falta de comprensión y participación activa frente a la solución de situaciones vigentes como el pandillismo, la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes, consumo y comercio de sustancias psicoactivas, ocasionadas y originante como causa de más problemáticas influyentes en la descomposición del tejido social cartagenero.

**EJE 2.**

La deficiente situación medioambiental presente en gran parte del Distrito evidenciado en el deterioro y contaminación de muchos de los cuerpos de agua ciénagas y de la Bahía de Cartagena y de los canales pluviales (caños) sobre los cuales se asienta la ciudad, mal manejo de residuos en general, la fuerte contaminación presente en el Mercado de Bazurto, Zona Industrial de Mamonal, la alta contaminación por ruido, la ocupación en zonas de alto riesgo sumado a la deficiente cultura ciudadana por mantener ambientes sanos y limpios así como el cambio climático está generando grandes tensiones asociadas al incremento en la morbilidad asociada a enfermedades transmisibles.

**EJE 3.**

El Distrito ha venido presentando una baja calidad en la atención en salud para toda la población; encontrando una población afiliada al Régimen Subsidiado en Salud con dificultad en la atención en salud, un porcentaje representativo de la población pobre y vulnerable sin capacidad de pago que no tiene la seguridad social definida, sumado a la deficiente oferta hospitalaria, incumplimiento de los estándares de habilitación, normatividad vigente que no garantiza la seguridad del paciente, al incumplimiento en los pagos a las IPS por parte de las EPS, la existencia de un débil proceso sancionatorio por parte del ente territorial, originado un fuerte impacto en la salud, asociado principalmente a una morbilidad por patologías no transmisibles, insatisfacción de los usuarios de servicios de salud, aumento de eventos adversos e incidentes, poca credibilidad en la atención en salud, sub-registros de la información de interés pública en salud e inseguridad del personal de la salud por parte de la comunidad insatisfecha y en algunos casos delincuencia común.

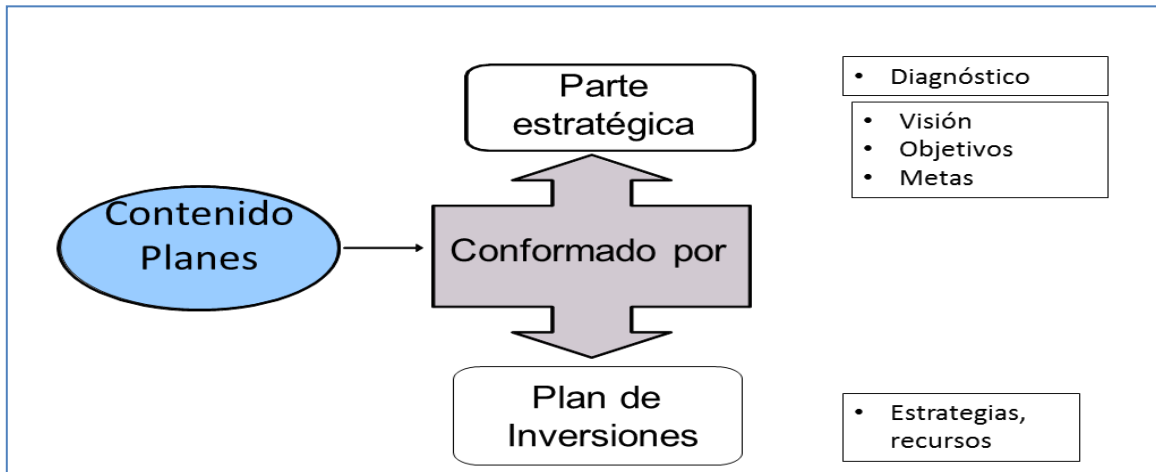
**EJE 4.**

El Distrito de Cartagena cuenta con una amplia zona corregimental insular y continental que hace parte del destino turístico de elección, por la belleza de sus playas, la diversidad gastronómica y riqueza histórica que ella enmarca; no

obstante se evidencia una desconexión político institucional de esta zona, dada la ubicación geográfica de la misma lo cual se ve traducido en problemas de deterioro por parte de varias islas, falta de vías de comunicación, no disponibilidad de acueducto, alcantarillado, no disponibilidad de una red de prestación de servicios de salud suficiente y eficaz, impactando negativamente en la salud de la población de estas zonas, deficiente desarrollo social, inequidad en salud.

### 3. COMPONENTE ESTRATÉGICO DEL PLAN

En concordancia con en el Artículo 31 de la Ley 152 de 1994 en relación con los contenidos de los planes de desarrollo de las entidades territoriales, donde se establece que los planes estarán conformados por una parte estratégica y un plan de inversiones a mediano y corto plazo, en el presente capítulo está contemplado el desarrollo de la parte estratégica del pan territorial de salud para el Distrito de Cartagena



En ese orden de ideas y acorde a lo establecido en la Resolución 1536 de 2015 el presente capítulo contiene el componente estratégico del Plan Distrital de Salud 2020-2023 “Por una Cartagena con Salud para todos”, orientado a construir la visión prospectiva de la salud en el territorio, los objetivos, las metas y las estrategias vinculadas a las dimensiones prioritarias y transversales del PDSP, acordes con el análisis de situación en salud y la priorización en salud pública establecida, con el fin de transformar los recursos para transformarlos en bienes y servicios, agregándoles valor público.

El plan de Desarrollo Distrital “Salvemos Juntos a Cartagena ¡Por una Cartagena Libre! 2020-2023”

asume la Salud como un compromiso enmarcado en el enfoque de derechos, con un abordaje transectorial que logre intervenir los determinantes sociales en salud y logrando avanzar significativamente hacia su goce efectivo mejorando las condiciones de vida de los habitantes del Distrito de Cartagena.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de enfermedad o dolencia y en la Declaración de Alma-Ata en 1978, se reconoció la salud como “un derecho humano fundamental” que busca el logro del grado más alto posible de salud que exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos además del sector salud. Es así como la salud se entiende como el resultado de la interacción de las condiciones biológicas, psíquicas, sociales y culturales del individuo con su entorno y la sociedad y que a su vez es el sustrato para acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida y está estrechamente relacionada con las condiciones en las que la vida tiene lugar y no solamente como un resultado de las acciones del sector salud per se.

En materia de salud, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, que se expresa como la política del estado en materia de salud pública para Colombia y que se constituye en la política sectorial, transectorial y comunitaria que tiene como visión lograr la paz, la equidad en salud y desarrollo sostenible, reconoce la salud como un derecho fundamental acogiendo el enfoque de los derechos económicos sociales y culturales. La comprende como un hecho ligado a las condiciones y posiciones de los distintos actores sociales que, de acuerdo con el enfoque diferencial, se encuentran inmersos en sus propias dinámicas culturales, económicas, políticas, étnicas, de género, de ciclo de vida o de vulnerabilidad. Este plan retoma la definición incluida en la Ley 1122 de 2007 con relación a que la salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país y recoge los elementos esenciales, principios, derechos y deberes de la Ley Estatutaria en Salud en relación con garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.

En ese orden de ideas, el Plan Decenal de Salud Pública es la respuesta política de estado en el marco de la estrategia de atención primaria en salud para alcanzar la equidad en salud, la cual se logra cuando todas las personas alcanzan su potencial de salud independientemente de sus condiciones sociales, culturales y económicas y se convierte en pacto social y en un mandato ciudadano que define la actuación articulada entre actores y sectores público, privado y comunitario para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia. Es pues, la carta de navegación de país que plantea la línea de trabajo para dar respuesta a los desafíos actuales en salud pública en Colombia, en busca de la reducción de la desigualdad en salud, planteando tres objetivos estratégicos: 1) Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; 2) Mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente; 3) Mantener cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable. Es de obligatorio cumplimiento tanto para los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud como los del Sistema de Protección Social en el ámbito de sus competencias y obligaciones, y los demás actores y sectores que ejerzan acciones y funciones relacionadas con la intervención de los determinantes sociales en salud, concurrirán al desarrollo y cumplimiento de los objetivos, estrategias y metas en el mencionado plan. Y es responsabilidad de las

entidades territoriales de acuerdo con sus competencias y necesidades, condiciones y características de su territorio, adaptar y adoptar los contenidos establecidos en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, en cada cuatrienio a través del Plan Territorial de Salud y coordinar su implementación en su área de influencia, de conformidad con los lineamientos que para el efecto define el Ministerio de Salud y Protección Social.

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 realiza su diseño estratégico mediante el abordaje de ocho dimensiones prioritarias y dos dimensiones transversales. Las dimensiones prioritarias son: salud ambiental, vida saludable y condiciones no transmisibles, convivencia social y salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, vida saludable y enfermedades transmisibles, salud pública en emergencias y desastres y salud y ámbito laboral. Las dimensiones transversales son gestión diferencial de poblaciones vulnerables y fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión integral de la salud.



El Distrito de Cartagena de Indias armonizado con las políticas y lineamientos nacionales pretende ser un territorio próspero e incluyente, una Cartagena saludable, con disminución en las brechas sociales, sin fronteras imaginarias, con ciudadanos conscientes, responsables y conocedores de sus derechos en salud y su autocuidado, capaces de transformar su entorno familiar, social y ambiental, con una autoridad sanitaria líder, vigilante y articuladora que logra la participación activa y armonizada de los otros sectores determinantes en la salud del territorio, dotado con los recursos suficientes, libre de corrupción, operativizando un modelo de atención en salud incluyente, soportado con una adecuada red de prestación de servicios, con enfoque poblacional y de determinantes sociales impactando con una disminución con tendencia sostenida de las tasas de morbilidad evitable, con mejoramiento de las condiciones de salud de la población, con corregimientos (insulares y continentales) con accesos y cobertura permanente a servicios públicos (agua potable, acueducto y alcantarillado), servicios de transporte, servicios de salud oportunos y de calidad, manifestado esto en un mejoramiento de la percepción año a año en salud por parte de la población cartagenera.

### 3.1 VISIÓN ESTRATÉGICA

La visión en salud es una imagen de salud deseable, posible y compartida por la mayoría sobre el futuro del territorio, en función del escenario deseado. Es la idea fuerza que sirve de inspiración para movilizar a los diferentes actores y sectores que intervienen en el territorio, para que sean autogestores de un futuro mejor en materia de salud resultante de ejercicio técnico-político y es un acuerdo sobre los asuntos estratégicos para mejorar la salud que posibilita que las políticas públicas respondan efectivamente a los intereses y necesidades fundamentales de la sociedad.

La visión en salud facilita la coordinación de políticas públicas y la toma de decisiones, se constituye en referente para las siguientes administraciones territoriales, quienes podrán ajustarla a medida que vayan cumpliendo con las metas definidas, aporta insumos de las particularidades territoriales para el diseño de Políticas Públicas Diferenciadas y permite utilizar óptimamente los recursos disponibles, potenciar las capacidades existentes y aprovechar las oportunidades del contexto.

La visión del Plan de Salud Territorial del Distrito de Cartagena se realizó teniendo en cuenta el escenario deseado, ejes estructurantes deseados, desafíos y la metáfora asociada a ese escenario, así como la visión del plan de desarrollo, construidos en el momento de comprensión en el marco de la aplicación de la estrategia PASE a la Equidad en Salud, se armonizó con los planes de desarrollo distrital y nacional así como con el plan decenal de salud pública y contó con la participación de diferentes actores y sectores



## VISIÓN POR UNA CARTAGENA CON SALUD PARA TODOS

“El Distrito de Cartagena de Indias, será un territorio próspero e incluyente, una Cartagena saludable, con disminución en las brechas sociales, sin fronteras imaginarias, con ciudadanos conscientes, responsables y conocedores de sus derechos en salud y su autocuidados, capaces de transformar familiar, social y ambiental, con una autoridad sanitaria líder, vigilante y articuladora que logra la participación activa y armonizada de los otros sectores determinantes en la salud del territorio, dotado con los recursos suficientes, libre de corrupción, operativizando un modelo de atención en salud incluyente, soportado con una adecuada red de prestación de servicios, con enfoque poblacional y de determinantes sociales impactando con una disminución con tendencia sostenida de las tasas de morbimortalidad evitable, con mejoramiento de las condiciones de vida de la población”

### 3.2. DESAFÍOS

Los desafíos se definen dentro del componente estratégico del Plan Territorial en Salud, como las situaciones y condiciones estructurales del territorio que se deben enfrentar de manera prospectiva para alcanzar la visión en salud, que deben ser realizables y realistas para que constituyan un estímulo y se conviertan en referentes para el territorio. Los insumos para la formulación de los desafíos son los ejes estructurantes de la configuración esperada construidos en el momento de comprensión dentro de la ruta lógica de la estrategia PASE a la Equidad en Salud.

Los desafíos formulados para el PTS del Distrito de Cartagena son:

1. Reestructurar y/o generar las suficientes políticas públicas, oportunidades de trabajo, oferta y demanda inducida de educación, conciencia ciudadana, pensamiento colectivo, formación, resocialización, rehabilitación, reparación, inclusión ciudadana, recreación, deporte y cultura sostenidas en el tiempo para el logro de una Cartagena con indicadores mejorados continuamente frente a ser la más educada, incluyente, sin límites territoriales invisibles y pandillas, con percepción social de seguridad, reducción de violencia, suicidio, el consumo y comercialización de sustancias psicoactivas, con infraestructura amplia en recreación, deporte, cultura y sus poblaciones vulnerables con mejor calidad de vida.
2. Mejorar las condiciones ambientales y sanitarias en todas las zonas del Distrito, incluyendo la descontaminación y mantenimiento de los cuerpos de agua salada con recuperación y conservación de los ecosistemas presentes en el territorio para asegurar el acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud y sociales, reducir los índices de morbimortalidad materna, morbimortalidad por enfermedades hídricas transmisibles y no transmisibles.
3. Contribuir a que el Distrito Turístico y Cultural Cartagena de Indias, como ente territorial fortalecido, cuente con instituciones de salud que presten servicios con calidad, oportunidad y suficiente oferta hospitalaria a su población afiliada al SGSSS con acceso a los planes de beneficios en salud y con normatividad vigente que garantiza la seguridad del paciente, el cumplimiento en los pagos a las IPS

por parte de las EPS, originando un fuerte impacto en la salud, asociado principalmente a una reducción de la morbimortalidad por patologías transmisibles y no transmisibles, satisfacción de los usuarios de servicios de salud, disminución de eventos adversos e incidentes y credibilidad en la atención en salud.

4. Lograr la integración territorial, conectando política e institucionalmente a los corregimientos insulares y continentales del Distrito, con accesibilidad y buenas coberturas de servicios públicos (agua, alcantarillado y aseo), con una red de atención en salud oportuna, mejorada y de calidad, servicios educativos de alta calidad, que permitirán aumentara los niveles de emprendimiento de la zona y por ende sus procesos productivos.

### 3.3. OBJETIVOS

Los objetivos generales son aquellos que corresponden a la contribución del Plan de Salud Territorial, para alcanzar la visión planteada en dicho plan, los objetivos estratégicos son los propósitos orientados a solucionar de manera integral o sinérgica, los problemas y necesidades, como también a explotar las potencialidades (fortalezas y oportunidades); identificadas y priorizadas en el diagnóstico del Plan de Salud Territorial, responden a la pregunta qué hacer para lograr la visión del Plan de Salud Territorial y los objetivos específicos son los propósitos que permiten que cada uno de los ejes programáticos del plan de salud territorial contribuyan al logro de los objetivos estratégicos y de la visión del plan de salud.

En ese orden de ideas, se plantearon tres objetivos estratégicos que son los fines estructurales y se constituyen en los grandes ordenadores de la parte estratégica del PTS, armonizados con los tres objetivos estratégicos del Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021 (ver tabla 10).

**TABLA 10. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS PLAN DISTRITAL DE SALUD, DISTRITO DE CARTAGENA**

OBJETIVOS ESTRATEGICOS DEL PDSP	OBJETIVOS ESTRATEGICOS DEL PTS DISTRITO DE CARTAGENA
<p>AVANZAR HACÍA LA GARANTÍA DEL GOCE EFECTIVO DEL DERECHO A LA SALUD</p>	<p>Alcanzar mayor equidad en salud, fortaleciendo la cooperación intersectorial y transectorial que permita mejorar el sistema de respuesta en atención, promoción y prestación de servicios de salud con adecuación al ciclo de vida, género, etnicidad y a las necesidades diferenciales de la población con discapacidad y de la población víctima del conflicto armado.</p>

MEJORAR LAS CONDICIONES DE VIDA Y SALUD DE LA POBLACIÓN	Mejorar las condiciones de salud individual y colectiva de la población residente en el Distrito de Cartagena, consolidando capacidades institucionales que afecten positivamente los determinantes sociales en salud.
lograr cero tolerancia frente a la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables	Disminuir la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitable en el Distrito de Cartagena mejorando el acceso y la calidad en la atención en salud.

### 3.4. METAS

Para el logro de los objetivos estratégicos planteados en salud se establecieron las metas de resultado que hacen parte del componente estratégico del Plan Territorial de Salud. Se construyeron armonizados con los tres objetivos estratégicos del PDSP, dimensiones del PDSP con sus respectivos componentes y objetivos sanitarios, acorde a la priorización, así:

#### FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA

INDICADOR DE RESULTADO	LINEA BASE DE INDICADOR DE RESULTADO	META RESULTADO	RESPONSABLE
Cobertura de Afiliación Régimen Subsidiado en Salud en el área urbana	95%	Aumentar la cobertura de aseguramiento al SGSSS de la población del Distrito de Cartagena	DADIS Dirección Operativa de Aseguramiento
Cobertura de afiliación al Régimen Subsidiado en Salud en el área rural	93,2%	Aumentar la cobertura de afiliación al Régimen Subsidiado en Salud en el área rural del Distrito de Cartagena de Indias para alcanzar la universalización (100%).	DADIS Dirección Operativa de Aseguramiento
Oportunidad de la consulta médica especializada	6 días	Mejorar la oportunidad en la atención por consulta externa medica de mediana y alta complejidad a 5 días.	DADIS-Dirección Operativa de Prestación de Servicios

Porcentaje de IPS visitadas manteniendo de forma permanente las condiciones de habilitación, controlando el riesgo asociado a la prestación de los servicios de salud, brindando seguridad a sus usuarios y mejorando continuamente la calidad en la atención en salud.	54%	Lograr que el 60% de los prestadores de servicios de salud que sean visitados mantengan de forma permanente las condiciones de habilitación, controlen el riesgo asociado a la prestación de los servicios de salud, brinden seguridad a sus usuarios y mejoren continuamente la calidad en la atención en salud.	Dirección Operativa de Vigilancia y Control - DADIS
Numero de IPS con Certificado de Visitas de Habilitación	0	Mejorar las condiciones de habilitación de los prestadores de servicios de salud	Dirección Operativa de Vigilancia y Control - DADIS
Porcentaje de establecimientos farmacéuticos vigilados y controlados con concepto favorable	85% Fuente: DADIS (2019)	Aumentar en un 5% el número de establecimientos farmacéuticos vigilados y controlados con concepto favorable	DADIS-Dirección Operativa de Salud Pública
<b>INDICADOR DE RESULTADO</b>	<b>LINEA BASE DE INDICADOR DE RESULTADO</b>	<b>META RESULTADO</b>	<b>RESPONSABLE</b>
Porcentaje de Instituciones generando estadísticas vitales por medio de la web.	100%	Mantener el 100% de cobertura en generación de estadísticas vitales por medio de la WEB.	DADIS- Oficina Asesora de Planeación
Porcentaje de los eventos de interés en salud pública notificados e intervenidos según lineamientos nacionales intervenidos oportunamente	100% Fuente: DADIS - 2019	Intervenir oportunamente el 100% de los eventos de interés en salud pública notificados según lineamientos nacionales.	DADIS-Dirección Operativa de Salud Pública
Porcentaje de la implementación del Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE).	62% Fuente: Dirección DADIS (2019)	Lograr la implementación del Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) en Salud Pública en un 100%	DADIS-Dirección
Porcentaje de usuarios satisfechos con la calidad de la atención en salud recibida	75% Fuente: Dirección DADIS (2019)	Aumentar a más de 85% la satisfacción de usuarios con la calidad de la atención en salud recibida	DADIS-Dirección
Porcentaje de aseguradoras con implementación de las Rutas de Promoción y Mantenimiento de la salud	0 Fuente: Salud Pública DADIS (2019)	Lograr que el 100% de las aseguradoras implementen las Rutas de Promoción y Mantenimiento de la salud	DADIS-Dirección Operativa de Salud Pública

## GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES

INDICADOR DE RESULTADO	LINEA BASE DE INDICADOR DE RESULTADO	META RESULTADO	RESPONSABLE
% de EAPB con atención preferencial y diferencial en los Grupos Poblacionales Vulnerables.	75%	Lograr que el 100% de las EAPB implemente la atención preferencial y diferencial en los Grupos Poblacionales Vulnerables.	Oficina Social y Participación y Atención al Usuario del DADIS
% de PQR notificadas relacionadas con la prestación en la atención en salud.	88%	Tramitar en un 90% las peticiones, quejas y reclamos relacionados con la prestación en la atención en salud notificada al DADIS.	Oficina Social y Participación y Atención al Usuario del DADIS
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL	11,7 x 1000 niños menor 1 año Fuente: ASIS 2018	Mantener Tasa de mortalidad infantil por debajo de 11,7 x1000 niños menor 1 año	DADIS-Dirección Operativa de Salud Pública



## SALUD AMBIENTAL

INDICADOR DE RESULTADO	LINEA BASE DE INDICADOR DE RESULTADO	META RESULTADO	RESPONSABLE
Índice de Riesgo de Calidad del Agua (IRCA) para consumos Humanos.	0% Fuente:INS	Mantener el Índice de Riesgo de Calidad del Agua (IRCA) menor al 5%	DADIS-Dirección Operativa de Salud Pública
Índice de Riesgo por abastecimiento de agua (IRABA) para consumos Humanos	10 % DADIS	Mantener el Índice de Riesgo abastecimiento de agua por debajo del 10%	DADIS-Dirección Operativa de Salud Pública
Cobertura de Establecimientos abiertos al público de Interés Sanitarios diferentes a expendio de alimentos y medicamentos Vigilados y Controlados	80% Fuente: Programa Salud Ambiental. (2019 )	Lograr que al menos el 80% de establecimientos abiertos al público de interés sanitario de alto riesgo, diferentes a expendio de alimentos y medicamentos, alcancen concepto sanitario favorable	DADIS-Dirección Operativa de Salud Pública
Tasa de mortalidad por rabia humana	0	Mantener la Mortalidad por rabia humana en Cero (0)	DADIS-Dirección Operativa de Salud Pública

## VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES

INDICADOR DE RESULTADO	LINEA BASE DE INDICADOR DE RESULTADO	META RESULTADO	RESPONSABLE
Tasa de muertes prematura por enfermedades circulatorias entre 30 a 70 años	113,23 x100.000 habitantes Fuente: RUAFA (2019)	Mantener por la tasa de muertes prematuras enfermedades circulatorias por debajo de 113,23 x 100.000 habitantes	DADIS-Dirección Operativa de Salud Pública
Tasa de mortalidad por tumor maligno de mama	15,52 x100 mil habitantes. Fuente: SIVIGILA (2018).	Disminuir la Tasa de mortalidad por tumor maligno de mama en 12,7 x 100 mil habitantes según la media nacional	
Tasa de mortalidad por tumor maligno de cérvix-	7,06 x 100 mil habitantes. Fuente: SIVIGILA (2018).	Disminuir la Tasa de mortalidad por tumor maligno de cérvix según media nacional 6,41x 100 mil habitantes.	



Tasa de mortalidad por cáncer infantil	2,59 x 100 mil habitantes Fuente: SIVIGILA (2018).	Mantener la Tasa de mortalidad por cáncer infantil por debajo de 2,59 por cada 100 mil habitantes
--	---	---

INDICADOR DE RESULTADO	LINEA BASE DE INDICADOR DE RESULTADO	META RESULTADO	RESPONSABLE
Tasa de morbilidad ajustada a pacientes con caries dental en menores de doce (12) años.	2.6 Fuente: SIVIGILA (2018).	Disminuir el índice de caries dentales (COP) a 2.3 en menores de doce (12) años.	DADIS-Dirección Operativa de Salud Pública
Porcentaje de atención oportuna en los casos identificados con hipoacusia en primera infancia e infancia (0 a 12 años)	100% Fuente: Programa salud auditiva. (2019)	Mantener la atención oportuna al 100% de los casos identificados con hipoacusia en primera infancia e infancia (0 a 12 años).	DADIS-Dirección Operativa de Salud Pública
Porcentaje de atención oportuna en los casos identificados con defectos refractivos en primera infancia e infancia (2 a 8 años).	100% Fuente: Programa salud visual. (2019)	Verificar la atención oportuna al 100% de los casos identificados con defectos refractivos en primera infancia e infancia (2 a 8 años).	DADIS-Dirección Operativa de Salud Pública

### CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL

INDICADOR DE RESULTADO	LINEA BASE DE INDICADOR DE RESULTADO	META RESULTADO	RESPONSABLE
Tasa de mortalidad por suicidio	4 Fuente: Programa Salud Mental. (2019)	Disminuir la Tasa de suicidio a menos de 4 casos por cada 100.000 habitantes	DADIS-Dirección Operativa de Salud Pública
Porcentaje de implementación de la Política Nacional de Salud Mental en el Distrito.	0 Fuente: Programa Salud Mental	Adoptar, adaptar e implementar la Política Nacional de Salud Mental según el contexto Distrital	DADIS-Dirección Operativa de Salud Pública

## NUTRICIÓN E INOCUIDAD DE ALIMENTOS

INDICADOR DE RESULTADO	LINEA BASE DE INDICADOR DE RESULTADO	META RESULTADO	RESPONSABLE
Tasa de Desnutrición global (bajo peso para la edad) en menores de 5 años	5,4 Fuente Programa Nutrición. (2019)	Mantener por debajo de 5,4 la tasa de desnutrición en menores de 5 años	DADIS-Dirección Operativa de Salud Pública
Mediana de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 mediana	2.62 meses Fuente: Univ. de Cartagena	Incrementar a 3 meses la duración media de la lactancia materna en menores de 6 meses	DADIS-Dirección Operativa de Salud Pública
Porcentaje de establecimientos alimentos y bebidas vigilados y controlados con concepto favorable	77% Fuente: DADIS - (2019)	Aumentar en un 5% el número de establecimientos de alimentos y bebidas vigilados y controlados con concepto favorable	DADIS-Dirección Operativa de Salud Pública

## SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

INDICADOR DE RESULTADO	LINEA BASE DE INDICADOR DE RESULTADO	META RESULTADO	RESPONSABLE
Tasa de Transmisión materno infantil del VIH/Sífilis, sobre el número de niños expuestos	0% Fuente: ASIS (2018)	Registrar Tasa de Transmisión materno infantil del VIH/Sífilis, entre 0% y el 2%	DADIS-Dirección Operativa de Salud Pública
Tasa de Embarazo en Adolescente	18,9 % Fuente: ASIS 2018.	Disminuir la Tasa de Embarazo en Adolescente al 17%	DADIS-Dirección Operativa de Salud Pública
Tasa de mortalidad materna -	42,7 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos. Fuente: ASIS (2018).	Disminuir la Tasa de Mortalidad materna a 32,5 x 100.000 nacidos vivos	DADIS- DIRECCION OPERATIVA DE SALUD PUBLICA

## VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

INDICADOR DE RESULTADO	LINEA BASE DE INDICADOR DE RESULTADO	META RESULTADO	RESPONSABLE
Tasa de Discapacidad Grado 2 Lepra	0,1 x 100.000 Habitantes Fuente: Sistema de información Lepra. (2019)	Disminuir la Tasa de Discapacidad Grado 2 a niveles de 0,05 x 100.000 Habitantes	DADIS- DIRECCION OPERATIVA DE SALUD PUBLICA
Tasa de Mortalidad por Tuberculosis – Casos por 100.000 Habitantes	4,43 Fuente: ASIS (2018)	Reducir a 2,21 la mortalidad por tuberculosis	DADIS- DIRECCION OPERATIVA DE SALUD PUBLICA
Coberturas de vacunación del 95% en niños y niñas menores de un año	89,6% Fuente: Sistema información PAI (2019)	Aumentar a un 95% cobertura de vacunación en niños y niñas menores de un año.	DADIS- DIRECCION OPERATIVA DE SALUD PUBLICA
Coberturas de vacunación del 95% en niños y niñas de un año año.	91,7% Fuente: Sistema información PAI (2019)	Aumentar a un 95% cobertura de vacunación en niños y niñas de un año.	DADIS- DIRECCION OPERATIVA DE SALUD PUBLICA
Tasa de Letalidad por Dengue	55% Fuente: ASIS (2018)	Disminuir la Tasa de Letalidad por Dengue a menos del 5%	DADIS- DIRECCION OPERATIVA DE SALUD PUBLICA
Tasa de Mortalidad IRA en menores de 5 años	32,01 Fuente: Programa IRA (2019)	Reducir a niveles de 28 x 100.000 la Tasa de Mortalidad IRA en menores de 5 años	DADIS-Dirección Operativa de Salud Pública

## SALUD PÚBLICA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

INDICADOR DE RESULTADO	LINEA BASE DE INDICADOR DE RESULTADO	META RESULTADO
Tasa de mortalidad por urgencias, emergencias y desastres.	1,7 por 100.000 habitantes	Reducir a niveles menores a 1 por cada 100.000 habitantes la mortalidad por urgencias, emergencias y desastres.

### SALUD Y ÁMBITO LABORAL

INDICADOR DE RESULTADO	LINEA BASE DE INDICADOR DE RESULTADO	META RESULTADO	RESPONSABLE
Porcentaje de población en economía informal con acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos laborales	2%	10% de la población del sector informal de la economía con acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos laborales	DADIS-Dirección Operativa de Salud Pública
Tasa de Accidentalidad en el Trabajo - casos por cada 100 trabajadores	5,027 FASECOLDA	Reducir la tasa de accidentalidad a niveles de 5 casos por cada 100 trabajadores.	DADIS-Dirección Operativa de Salud Pública

### 3.5 ESTRATEGIAS Y LÍNEAS DE POLÍTICAS

Las estrategias son la combinación de las acciones y recursos necesarios para lograr los objetivos y metas sanitarias. Se fundamentan en la misión y competencia de la entidad territorial, así como en el estilo y los valores que cimientan la gestión del respectivo mandatario. Una estrategia puede contribuir a cumplir uno o varios objetivos, así como un objetivo puede ser abordado por una o varias estrategias.

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 adoptado mediante Resolución 1481 de 2013 realiza su diseño estratégico mediante el abordaje de ocho dimensiones prioritarias y dos dimensiones transversales, las cuales a su vez se despliegan cada una por objetivos y por componentes que a su vez se despliegan en definición, objetivo, metas y estrategias. Es así que se evidencia que las estrategias para el PDSP están definidas por los componentes de cada dimensión y no estrategias de manera general.

En relación con las líneas de políticas, el PDSP establece dentro de su marco conceptual **tres líneas operativas**:

- Línea de promoción de la salud
- Línea de la gestión del riesgo en salud
- Línea de gestión de la salud pública.

#### 1. LINEA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Conjunto de acciones que debe liderar el territorio, convocando los diferentes sectores, las instituciones y la comunidad, para desarrollarlas por medio de proyectos dirigidos a la construcción o generación de condiciones, capacidades y medios necesarios para que los individuos, las familias y la sociedad en su conjunto logren intervenir y modificar los Determinantes Sociales de la Salud en cada territorio, y así las condiciones de calidad de vida, consolidando una cultura saludable basada en valores, creencias, actitudes y relaciones, que permita lograr autonomía individual y colectiva que empodere para identificar y realizar elecciones positivas en salud en todos los aspectos de la vida, con respeto por las diferencias culturales de nuestros pueblos. Esta línea incluye acciones de:

- Formulación de políticas públicas
- Movilización social
- Generación de entornos saludables
- Generación de capacidades sociales e individuales
- Participación ciudadana
- Educación en salud

#### 2. LINEA DE GESTIÓN DE RIESGO EN SALUD

Conjunto de acciones que sobre una población específica, con individuos identificables y caracterizables, deben realizar las entidades públicas o privadas que en el sector salud o fuera de él tienen a cargo poblaciones, para disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera

podido evitarse. Estas acciones hacen parte de un enfoque estructurado para manejar la incertidumbre relativa a una amenaza (como la frecuencia y la severidad) de un evento o de los eventos, a través de una secuencia de actividades que incluye la evaluación del riesgo y el desarrollo de estrategias para identificarlo, manejarlo y mitigarlo. Las amenazas pueden estar causadas por el medio ambiente, la actividad laboral, la tecnología, los comportamientos humanos, la epidemiología poblacional y los factores biológicos de las personas, entre otros. En el riesgo en salud, el evento es la ocurrencia de la enfermedad o su evolución negativa o complicaciones; y las causas son los diferentes factores que se asocian con la ocurrencia de una enfermedad, su evolución negativa o su complicación. Esta línea incluye acciones de:

- Análisis de riesgo de la población con enfoque diferencial
- Planeación de la atención según riesgos con enfoque diferencial
- Modificación del riesgo
- Vigilancia de la gestión del riesgo
- Gestión de la calidad de la atención
- Coordinación administrativa y técnica de los servicios y planes

### 3. LÍNEA DE GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

Conjunto de acciones que la autoridad sanitaria, nacional o local, debe ejecutar sobre colectivos poblacionales indivisibles, encaminadas a modificar el riesgo primario o la probabilidad de pérdida de la salud, en forma de estrategias colectivas, políticas, normas y documentos técnicos, así como en ejercicios de planificación, dirección, coordinación, integración, vigilancia, administración y fiscalización de recursos. Orienta la integración de manera coordinada y efectiva, las acciones de todos los actores que operan en el territorio, y garantiza el cumplimiento del rol de cada uno, armonizando los servicios de atención médica con las acciones de control realizadas sobre los determinantes de la salud por parte de la población, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, públicos y privados. Esta línea incluye acciones de:

- Conducción
- Sostenibilidad del financiamiento
- Garantía del aseguramiento
- Fiscalización
- Intervenciones colectivas
- Movilización de los otros sectores de la sociedad, de los territorios y de la ciudadanía

De otra parte, la Ley 1438 de 2011 por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en su Artículo 12 adopta la estrategia Atención Primaria en Salud y la define como una estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Asimismo establece que esta estrategia está constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción



intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana,

Define los equipos básicos en salud como un concepto funcional y organizativo que permita facilitar el acceso a los servicios de salud en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud y las redes integradas de servicios de salud como el conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivos, más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida, dispuesta conforme a la demanda. La prestación de servicios de salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud se hará a través de las redes integradas de servicios de salud ubicadas en un espacio poblacional determinado.

Bajo el liderazgo del Departamento Administrativo Distrital de Salud DADIS se orientará de forma articulada la gestión de los integrantes del Sistema de Salud en el territorio para responder a las prioridades de salud de la población y contribuir al mejoramiento de la salud, la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y la sostenibilidad del Sistema. Todo esto a través del Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) con sus diferentes Líneas de acción: Salud pública, Aseguramiento, Prestación de servicios, Talento Humano, Enfoque diferencial, Financiamiento, Articulación intersectorial y Gobernanza

Teniendo en cuenta que el aumento de población extranjera cada día es mayor, se hace necesario que se refuerce la capacidad territorial e institucional que reconozca la atención de los migrantes regulares e irregulares, como medida de regulación de los afectados, lo cual nos permitirá cumplir con las normas internacionales que determinan el tratamiento para atención a refugiados y población migrante vulnerable y en alto riesgo, refuerzo institucional que se daría a través de la transectorialidad con los actores involucrados para dicha problemática.

Para el logro de los objetivos y metas de resultado, se establecieron los siguientes programas y subprogramas con sus respectivas metas de producto.

### **PROGRAMA FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD**

La autoridad sanitaria tiene grandes retos, crecimiento de la población en el distrito, baja calidad de la atención en salud producida por, infraestructura deficiente e insuficiente, deficiente personal de salud, aumento de los migrantes colombianos y venezolanos, población desplazada, debilidad en el aseguramiento

El Distrito de Cartagena, registró para el año 2018 una población total de 1.036.134 habitantes, en los últimos 4 años la población se ha incrementado aproximadamente de 3,43%; se observa además un comportamiento demográfico en descenso en la población de menores de 14 años al comparar 2005 con 2020, con un incremento de las edades de los 25 a los 39 años y se reduce a los 40 a 44 años, a partir del grupo de los de 50 se evidencia un incremento de la población del 41% producto del retorno de la población migrante y del aumento de la esperanza de vida tanto en hombres como en mujeres.

Hay una situación problemática en el Distrito de Cartagena evidenciada en una baja calidad en la atención de la población pobre y vulnerable y desplazados a quienes el Distrito de Cartagena le debe garantizar los servicios de atención en salud de I, II, III y IV Nivel de complejidad, con accesibilidad, oportunidad, pertinencia y calidad en los términos definidos por la ley.

Dentro de las posibles causas que han generado dicha problemática podemos mencionar una deficiente infraestructura y de recurso humano en el 1er nivel de complejidad, aumento de la población migrante y desplazada que requieren atención en salud y hay debilidad en el aseguramiento porque hay todavía población sisbenizada con puntaje adecuado sin afiliar a la EPS y hay población vinculada sin sisbenizar porque llegan desplazada.

Desde el año 2014 se inició la remodelación de los centros y puestos de salud de la ese hospital local Cartagena de indias y a la fecha algunos no se han construido, otros están sin terminar afectando la calidad de la atención en salud de la población de Cartagena de indias, especialmente a la Población Pobre y vulnerable.

la llegada permanente de migrantes al Distrito de Cartagena de indias , especialmente de Venezuela , cuyo desplazamiento en su gran mayoría se ha originado por problemas de sector salud , han congestionado los servicios de salud de la red local, además de incrementar de manera considerable la deuda del ente territorial con la red pública y privada de la ciudad .

En el año 2018, encontramos que fueron generadas un total de 9.068 autorizaciones de prestación de servicios a 3.824 pacientes venezolanos, estos son el foco constante de atención en salud del Distrito con un 71,01 % del total de autorizaciones, De las atenciones prestadas, 1.429 autorizaciones fueron generadas para menores de edad, 7.342 para mujeres y 297 para hombres, convirtiéndose en prioridad y de especial protección la atención de niños y mujeres gestantes

Como autoridad sanitaria mejoraremos nuestra función por medio del fortalecimiento de la regulación, conducción, gestión financiera, fiscalización, vigilancia epidemiológica y sanitaria, movilización social, ejecución de las acciones colectivas y la garantía del aseguramiento y la provisión adecuada de servicios de salud.

Mediante el aseguramiento se buscará universalizar la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de la población residente en el distrito de Cartagena, gestionando y asegurando el uso eficiente de los recursos y vigilando la calidad de la atención en salud de la población.

Se organizará la prestación del servicio de salud, mediante la implementación de un modelo integral de atención en salud, orientado a la prevención. De este modelo se derivan, el cómo se organizan las instituciones de salud y los recursos para la atención en salud, desde la perspectiva del servicio a las personas, incluyendo las funciones asistenciales y logísticas, su capacidad resolutoria, la responsabilidad sobre los usuarios que requieren servicios, así como el proceso de referencia y contrarreferencia.

Con el objetivo de reorganizar y fortalecer la infraestructura hospitalaria del distrito de Cartagena, que permita la atención integral en salud acorde a estándares de habilitación, la autoridad sanitaria distrital en coordinación con la ESE Hospital Local Cartagena de Indias realizará los ajustes necesarios a los

diseños y verificara el cumplimiento de los requisitos que permitan viabilizar técnicamente los proyectos de obras civiles y de dotación a los centros y puestos de salud que actualmente se encuentran siniestrados.

Se realizaran visitas de verificación de la calidad en la prestación del servicio de salud a instituciones de baja , mediana y alta complejidad del distrito de Cartagena.

Se ejecutarán acciones de inspección, vigilancia y control al Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante la aplicación de las políticas y normas legales vigentes para garantizar la calidad en la prestación de servicios de salud en el Distrito de Cartagena de Indias. Estas acciones pretenden que los prestadores de servicios de salud cumplan y mantengan las condiciones de habilitación y su sistema de gestión de calidad de forma permanente, controlen el riesgo asociado a la prestación de los servicios de salud y brinden seguridad a sus usuarios, lo que se traducirá en una adecuada prestación de servicios de salud con calidad enfocado en una atención en salud humanizada reflejado en una mejor calidad de vida.

Se pretende fortalecer la autoridad sanitaria en salud para el Distrito, enfocado a la generación de gobernanza en salud, con el objetivo que las respuestas desde los diferentes sectores y respuestas comunitarias se desarrollen en forma articulada y orientados al logro de resultados en salud.

Se busca disminuir el riesgo primario en la población, es decir, la aparición de nueva morbilidad, evidenciada por la disminución de la incidencia de los eventos, controlando el riesgo técnico, entendido como la disminución de los eventos derivados de fallas de atención en los servicios de salud, y de la mayor carga de enfermedad por mortalidad y discapacidad evitable, fortaleciendo los procesos de gestión en salud pública y la implementación del plan de intervenciones colectivas en el Distrito.

Con el objetivo de mantener la salud, entendida más allá de la ausencia de enfermedad, la gestión de la salud busca la intervención organizada de la sociedad para promoverla y prolongar la vida, minimizando y si es posible, eliminando, los comportamientos dañinos y las influencias perjudiciales de factores medioambientales y sociales, y así mismo la respuesta adecuada de los servicios de salud en los casos en que se requieren para prevenir las enfermedades, detectarlas cuando existen y recuperar la salud o como mínimo, a reducir el sufrimiento y la dependencia.

Con este fortalecimiento se recupera la confianza de la comunidad hacia la autoridad sanitaria a fin de garantizar de manera efectiva el acceso a los planes de beneficios en salud (individuales y colectivos), para toda la población residente en el territorio, mejoraremos nuestra función como autoridad sanitaria, por medio del fortalecimiento de la regulación, conducción, gestión financiera, fiscalización, vigilancia epidemiológica y sanitaria, movilización social, ejecución de las acciones colectivas y la garantía del aseguramiento y la provisión adecuada de servicios de salud.

Mediante el aseguramiento se buscará universalizar la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de la población residente en el distrito de Cartagena, gestionando y asegurando el uso eficiente de los recursos y vigilando la calidad de la atención en salud de la población.

Se organizará la prestación del servicio de salud, mediante la implementación de un modelo integral de atención en salud, orientado a la prevención. De este modelo se derivan, el cómo se organizan las instituciones de salud y los recursos para la atención en salud, desde la perspectiva del servicio a las personas, incluyendo las funciones asistenciales y logísticas, su capacidad resolutive, la responsabilidad sobre los usuarios que requieren servicios, así como el proceso de referencia y contrarreferencia.

Con el objetivo de reorganizar y fortalecer la infraestructura hospitalaria del distrito de Cartagena, que permita la atención integral en salud acorde a estándares de habilitación, la autoridad sanitaria distrital en coordinación con la ESE Hospital Local Cartagena de Indias realizará los ajustes necesarios a los diseños y verificara el cumplimiento de los requisitos que permitan viabilizar técnicamente los proyectos de obras civiles y de dotación a los centros y puestos de salud que actualmente se encuentran siniestrados.

Se ejecutarán acciones de inspección, vigilancia y control al Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante la aplicación de las políticas y normas legales vigentes para garantizar la calidad en la prestación de servicios de salud en el Distrito de Cartagena de Indias. Estas acciones pretenden que los prestadores de servicios de salud cumplan y mantengan las condiciones de habilitación y su sistema de gestión de calidad de forma permanente, controlen el riesgo asociado a la prestación de los servicios de salud y brinden seguridad a sus usuarios, lo que se traducirá en una adecuada prestación de servicios de salud con calidad enfocado en una atención en salud humanizada reflejado en una mejor calidad de vida.

Además, con el objetivo de disminuir el riesgo de enfermar por el consumo de medicamentos, alimentos, bebidas alcohólicas y otros productos para el consumo se harán acciones de inspección, vigilancia y control sanitario.

De igual forma se desarrollarán estrategias, procedimientos e intervenciones de salud pública de manera coordinada y organizada entre los diferentes actores y sectores del sistema, a fin de alcanzar los resultados en salud acorde a las necesidades de los usuarios, enmarcados en el Modelo de Acción Integral Territorial en Salud del Distrito de Cartagena

Se fortalecerá el Sistema de Vigilancia en Salud Pública del Distrito de Cartagena-SIVIGILA-SIANIESP, con el fin de generar información sobre la dinámica de los eventos de forma sistemática y oportuna, e intervenir los eventos de interés en salud pública según protocolos y lineamientos nacionales para evitar la diseminación y propagación de enfermedades que puedan poner en riesgo la

comunidad en general, integrándolo o articulando con un verdadero sistema de información gerencial.

De igual forma El Departamento Administrativo Distrital de Salud – DADIS ha logrado conformar el equipo interno de trabajo integral de atención en Salud para implementar el Modelo de Acción Integral Territorial MAITE, y se dio inicio a la fase de planeación y seguimiento de actividades según los pasos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social por líneas operativas, sin embargo aún el modelo debe ser visibilizado y operativizado en las líneas articulación intersectorial y gobernanza. Información Nelson Melo

Se fortalecerá las actividades administrativas en la modalidad de teletrabajo hasta que desaparezca el riesgo ocasionado por la pandemia del COVID 19, adoptando y acatando las medidas dadas por el gobierno central y local como son: las medidas sanitarias y de emergencia sanitaria, medidas de emergencia social, económica y ecológica y medidas de orden público y otras de carácter ordinario.

### SUBPROGRAMA DE ASEGURAMIENTO

Entendiendo el aseguramiento como la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garanticen el acceso efectivo a los mismos, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud, la representación del afiliado ante el prestador de servicios y los demás actores del sistema, sin perjuicio de la autonomía del usuario, lo cual exige la asunción de parte de las Empresas Prestadoras de Salud Subsidiados de los riesgos en salud transferidos por los usuarios y el cumplimiento de su parte, de las obligaciones establecidas en el Plan Obligatorio de Salud, según lo dispuesto en la Ley 1122 de 2007, la Resolución 5261 de 1994, los acuerdos 244, 228, 282, 306, 336, 356, 363, del CNSSS y demás normas que las modifiquen, complementen y/o sustituyan, para la organización del mismo, se busca universalizar la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud en la población residente en el Distrito de Cartagena gestionando y asegurando el uso eficiente de los recursos y vigilando la calidad de la atención en salud de la población.

SUBPROGRAMA	INDICADOR DE PRODUCTO	LINEA BASE DE INDICADOR DE PRODUCTO	META PRODUCTO	RESPONSABLE
	Porcentaje de afiliados que mantienen continuidad en el régimen subsidiado	551.745	Garantizar y mantener la continuidad de la afiliación del 100% personas que vienen afiliados del 2019.	DADIS Dirección Operativa de Aseguramiento

	Número de nuevas personas afiliadas al régimen subsidiado en salud.	0	Afiliar a 15.000 nuevas personas al régimen subsidiado en salud que cumplan con los requisitos mínimos de afiliación.	DADIS Dirección Operativa de Aseguramiento
	Porcentaje de auditorías de RITSS habilitadas en cada EPS del Distrito de Cartagena de Indias.	100%	Realizar auditoría de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud - En un 100 % de RITSS habilitadas en cada EPS del Distrito de Cartagena de Indias.	DADIS Dirección Operativa de Aseguramiento

### SUBPROGRAMA PRESTACION Y DESARROLLOS DE SERVICIOS DE SALUD

Se realizará una atención en salud con enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio de salud mediante la implementación de un modelo integral de atención en salud según lineamientos nacionales enmarcado en la estrategia de atención primaria en salud, con acciones encaminadas hacia el control y la disminución de los factores de riesgo, potencializando factores protectores y minimizando los daños de la población priorizada, que incluya la detección temprana, protección específica, recuperación de la salud, rehabilitación del daño y atención paliativa, con acciones de seguimiento a los atributos de la calidad y mediciones de percepción por parte de los usuarios hacia el sistema.

De este modelo se derivan, como se organizan las instituciones de salud y los recursos para la atención en salud, desde la perspectiva del servicio a las personas, incluyendo las funciones asistenciales y logísticas, su capacidad resolutoria, la responsabilidad sobre los usuarios que requieren servicios, así como el proceso de referencia y contra referencia.

Teniendo en cuenta que el aumento de población extranjera cada día es mayor, se hace necesario que se refuerce la capacidad territorial e institucional que reconozca la atención de los migrantes regulares e irregulares, como medida de regulación de los afectados, lo cual nos permitirá cumplir con las normas internacionales que determinan el tratamiento para atención a refugiados y población migrante vulnerable y en alto riesgo, refuerzo institucional que se daría a través de la transectorialidad con los actores involucrados para dicha problemática.



<b>SUBPROGRAMA A</b>	<b>INDICADOR DE PRODUCTO</b>	<b>LINEA BASE DE INDICADOR DE PRODUCTO</b>	<b>META PRODUCTO</b>	<b>RESPONSABLE</b>
PRESTACION Y DESARROLLOS DE SERVICIOS DE SALUD	Número IPS de mediana y alta complejidad con auditoria de calidad	25	100% de IPS con servicios de urgencia habilitados de mediana y alta complejidad auditadas anualmente en la calidad en la prestación del servicio de salud	DADIS-Dirección Operativa de Prestación de Servicios
	Número de servicios de salud habilitados que conforman la red de servicios.	142 servicios	Lograr que mínimo 142 servicios de salud habilitados conformen la red integrada de salud del Distrito de Cartagena para atender Población Pobre No Asegurada.	DADIS-Dirección Operativa de Prestación de Servicios

## SUBPROGRAMA DESARROLLO INSTITUCIONAL

Al hablar de desarrollo institucional proyectamos los supuestos que tienen tanto los funcionarios, como los estudiosos y usuarios de los organismos correspondientes a la ampliación de recursos económicos y humanos, el mejoramiento de la infraestructura existente, mejoramiento de planes y otros elementos que se esperan aporten a la proyección y consecución de la gestión y enfoque de las instituciones.

El Desarrollo Institucional de una entidad tiene como finalidad principal realizar aportes en el desarrollo social, económico, competitivo, científico, tecnológico y financiero de la misma y de manera sostenible, posicionando a la Entidad como una entidad que preste servicios de alta calidad y pertinencia social y en el caso del DADIS también en salud.

En los actuales momentos se hace necesario un redireccionamiento que permita aumentar el grado de satisfacción con respecto a los servicios prestados por la institución y por la calidad en la atención en salud que se recibe.

Como aporte para el cabal cumplimiento de las competencias de ley asignadas, de acuerdo con criterios de calidad, eficiencia, eficacia, equidad y oportunidad, que logren el bienestar y una mejor calidad de vida a la población del Distrito de Cartagena, consideramos como aportes de solución a la gestión y visión institucional, el Fortalecimiento administrativo y funcional del Departamento Administrativo Distrital de Salud (DADIS) con sus componentes de mejoramiento de la Infraestructura física existente, gestión integral por parte de las áreas de apoyo institucional, calidad en la prestación de los servicios de salud por parte de las IPS contratadas, así como el garantizar la sostenibilidad financiera o gestión correspondiente que fortalezca la seguridad de bienes y usuarios del DADIS.

Este subprograma por lo tanto buscare también el mejorar la calidad de los servicios de salud, mediante el análisis de la aplicación del conocimiento profesional en la prestación de los servicios de salud y mejorar la gestión del DADIS, mediante la vinculación del conocimiento profesional en las áreas que lo requieran

Así mismo y paralelo a estas competencias el DADIS realizara los estudios de factibilidad que permitan reforzar el cumplimiento a la gestión correspondiente como autoridad sanitaria.

SUBPROGRAMA	INDICADOR DE PRODUCTO	LINEA BASE DE INDICADOR DE PRODUCTO	META PRODUCTO	RESPONSABLE
DESARROLLO INSTITUCIONAL	Número de IPS de baja complejidad con auditoria de calidad	39	Realizar auditoria de calidad en la prestación a 43 IPS con servicios de urgencia	DADIS-Dirección Operativa de Prestación de Servicios

			habilitados de baja complejidad.	
DESARROLLO INSTITUCIONAL.	% de PQR notificadas relacionadas con la prestación en la atención en salud.	88%	Tramitar en un 90% las peticiones, quejas y reclamos relacionados con la prestación en la atención en salud notificada al DADIS.	DADIS-Dirección Oficina Participación Social y Atención al usuario
DESARROLLO INSTITUCIONAL.	Porcentaje de reportes Presupuestal, Tesorería y Contable realizados.	100%	Reportar en un 100% informes sobre la situación Presupuestal, Tesorería y Contable.	DADIS-Dirección Administrativa y Financiera

**SUBPROGRAMA DE PROMOCION VIGILANCIA Y CONTROL DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD SOGC**

Se ejecutarán acciones de inspección, vigilancia y control al Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante la aplicación de las políticas y normas legales vigentes para garantizar la calidad en la prestación de servicios de salud en el Distrito de Cartagena de Indias. Estas acciones pretenden que los prestadores de servicios de salud cumplan y mantengan las condiciones de habilitación y su sistema de gestión de calidad de forma permanente, controlen el riesgo asociado a la prestación de los servicios de salud y brinden seguridad a sus usuarios, lo que se traducirá en una adecuada prestación de servicios de salud con calidad enfocado en una atención en salud humanizada reflejado en una mejor calidad de vida.

Se realizarán acciones de desarrollo de capacidades al personal de las diferentes instituciones prestadoras de salud mediante asesorías y asistencias técnicas y capacitación a los prestadores de servicios de salud con el propósito de promocionar el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud y fortalecer los procesos que conllevan a su implementación; de igual forma, se ejecutarán acciones de inspección, vigilancia y control al Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante la aplicación de las políticas y normas legales vigentes para garantizar la calidad en la prestación de servicios de salud en el Distrito de Cartagena de Indias; todo lo anterior, fundamentado en los procesos y procedimientos definidos en la Dirección Operativa de Vigilancia y Control.

Así mismo, se tramitará la totalidad de las quejas presentadas en la Dirección Operativa de Vigilancia y Control del DADIS, relacionadas con presuntas fallas en la prestación de los servicios de salud, para identificar faltas puntuales y presentar acciones correctivas que impidan la reaparición de estas irregularidades. También, se tramitarán los Procesos Administrativos a los Prestadores de servicios de salud

que hayan presentado incumplimiento a lo establecido en las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Estas acciones pretenden que los prestadores de servicios de salud cumplan y mantengan las condiciones de habilitación y su sistema de gestión de calidad de forma permanente, controlen el riesgo asociado a la prestación de los servicios de salud y brinden seguridad a sus usuarios, lo que se traducirá en una adecuada prestación de servicios de salud con calidad enfocado en una atención en salud humanizada reflejado en una mejor calidad de vida.

Además de lo anterior, se mantendrá actualizada la base de datos de los prestadores inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud –REPSS-, para lo cual contactaremos, vía página web, oficio, e-mail o telefónica, a cada uno de los prestadores que deben realizar la Autoevaluación y se les asesorará a quienes lo soliciten y evitar así que sean retirados del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPSS).

SUBPROGRAMA	INDICADOR DE PRODUCTO	LINEA BASE DE INDICADOR DE PRODUCTO	META PRODUCTO	RESPONSABLE
PROMOCION Y CONTROL SISTEMA OBLIGATORIO DE LA CALIDAD	Número de prestadores visitados.	305	Visitar anualmente a 305 prestadores de servicios de salud	Dirección Operativa de Vigilancia y Control - DADIS
	Número de prestadores autoevaluados.	780	Lograr que mínimo 780 prestadores de servicios de salud realicen el proceso de autoevaluación de sus servicios de salud.	Dirección Operativa de Vigilancia y Control - DADIS
	Número de Instituciones que prestan servicios críticos verificados.	25	Verificar anualmente las condiciones de habilitación a 25 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que prestan servicios críticos	Dirección Operativa de Vigilancia y Control - DADIS
	Número de personas capacitadas, de Instituciones que prestan servicios críticos	100	Capacitar anualmente 50 personas de 25 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que prestan servicios críticos	Dirección Operativa de Vigilancia y Control - DADIS

			(Urgencias, servicios hospitalarios, quirúrgicos y de alta complejidad).	
	Número de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS certificando condiciones de habilitación.	) 0	Lograr que cuatro (4) Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS certifiquen condiciones de habilitación	Departamento Administrativo Distrital de Salud DADIS

### SUBPROGRAMA VIGILANCIA Y CONTROL DE MEDICAMENTOS

Fortalecer las acciones de inspección, vigilancia y control de medicamentos, dispositivos médicos y otros productos farmacéuticos disponibles para el consumo y uso en el Distrito, con el objetivo de disminuir el riesgo de enfermar por el consumo o uso de los mismos, enmarcadas en las directrices de la Política Farmacéutica Nacional, fortaleciendo el sistema de vigilancia postconsumo de estos productos mediante las acciones de Farmacovigilancia, Tecnovigilancia y Reactivovigilancia como función esencial del estado y enmarcado en el modelo de Inspección, Vigilancia y Control sanitario que establecido a nivel nacional.

SUBPROGRAMA	INDICADOR DE PRODUCTO	LINEA BASE DE INDICADOR DE PRODUCTO	META PRODUCTO	RESPONSABLE
VIGILANCIA Y CONTROL DE MEDICAMENTOS	Número de establecimientos farmacéuticos priorizados vigilados anualmente	500 Fuente: DADIS (2019)	Vigilar y Controlar anualmente 500 establecimientos farmacéuticos priorizados en el Distrito Cartagena	DADIS-Dirección Operativa de Salud Pública

### SUBPROGRAMA SISTEMA DE INFORMACION Y APLICACIONES

En el ámbito departamental, distrital y municipal la Ley 715 del 21 de Diciembre de 2001 establece adoptar, administrar e implementar el sistema integral de información en salud, así como generar y reportar la información requerida por el Sistema. Las responsabilidades otorgadas a las entidades territoriales en salud en lo referente al aseguramiento, la salud pública y el control a entidades, demandan un gran esfuerzo y responsabilidad, constituyéndose en un imperativo la automatización de todos sus procesos a través de un sistema integrado de salud territorial, el cual debe garantizar la operación, gestión y control de cada uno de sus componentes, tanto al interior como entre cada instancia territorial.

En este contexto resulta vital, ampliar sistemas de información que apoyen la gestión y ejecución de la política social. El buen uso de la información permite la toma acertada de decisiones y favorece el ejercicio de la democracia, porque permite



puntualizar la realidad y generar condiciones para que las autoridades desarrollen a cabalidad sus funciones y las personas hagan uso de sus derechos.

El desarrollo del sistema de información de la salud está soportado no sólo por la definición de roles en las leyes pertinentes, sino también por un plan nacional de fomento de la utilización de tecnologías de la información. A pesar de la existencia de un marco legal, el Estado no ha tenido la fortaleza institucional para garantizar el cumplimiento de lo contenido en las normas y estos sistemas como es el caso del DADIS permanecen segmentados y con problemas en su integración.

El DADIS cuenta con varios subsistemas de información los que en la práctica se intentan integrar de manera permanente y su fortaleza en la integralidad se verá reflejado si las estrategias para fortalecer la institucionalidad y la masificación de las estrategias de TIC se desarrollan de la manera que se exige. Una de las estrategias gubernamentales en torno a las TIC en salud se centra en la implementación y aprovechamiento institucional del SISPRO, bodega de datos que es gestionada por el Ministerio de la Protección Social que integra la información de salud, pensiones, riesgos profesionales, trabajo, empleo y asistencia social.

El desarrollo del sistema de información debe proveer datos ligados a los diferentes niveles de análisis, de manera que se puedan llevar a cabo análisis comparables. La identificación de las necesidades de información en salud del país se traduce en un conjunto de indicadores que permitan hacer un análisis del estado de salud de la población y que sean comparables entre entes territoriales con la nación y así mismo con el nivel internacional.

El Departamento Administrativo Distrital de Salud a través de la implementación de este subprograma buscará fortalecer el sistema de información del Departamento Administrativo Distrital de Salud, mediante la gestión para la implementación de un Sistema Integrado de Información, con el fin de Centralizar la Información institucional y de interés en salud, se gestionaran recursos que permitan Integrar la información de las diferentes dependencias del DADIS, adecuando el centro de datos para dar soporte al sistema de información, mejorando la infraestructura tecnológica, mantenimiento y correcto funcionamiento de los equipos de cómputo del centro de datos y de las oficinas así como adquisición de tecnología de punta y sobre todo el seguir manteniendo a las instituciones que generan estadísticas vitales, generándolas por medio de la WEB con cobertura y calidad.

Es válido comentar como fortaleza adicional a las estadísticas vitales, el hecho de que el SIVIGILA ha logrado desarrollar una cultura del reporte, ya que ha podido evidenciar la importancia del mismo para la vigilancia epidemiológica.

SUBPROGRAMA	INDICADOR DE PRODUCTO	LINEA BASE DE INDICADOR DE PRODUCTO	META PRODUCTO	RESPONSABLE



SISTEMA DE INFORMACION APLICACIONES EL DADIS INFORMACION	DE Y EN DE	Número de instituciones generando estadísticas vitales.	58	Lograr que 58 de las instituciones que generan estadísticas vitales, la sigan generando por medio de la WEB.	DADIS-Asesora de Planeación Oficina de
--	------------	---	----	--	--

### SUBPROGRAMA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA.

Desde el Departamento Administrativo Distrital De Salud- DADIS se realiza la recolección, análisis, interpretación y divulgación de datos específicos en salud, según lineamientos nacionales emitidos por el Instituto Nacional de Salud, generando información dinámica de los eventos de interés en salud pública que afecten o puedan afectar la salud de la población del Distrito con el fin de orientar acciones y toma de decisiones para prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva.

Para tal efecto, en el Distrito de Cartagena se fortalecerá la capacidad técnica y operativa del Sistema de Vigilancia en Salud Pública que permitan definir áreas prioritarias de intervención en salud pública y orientar las acciones de prevención y control de los eventos bajo vigilancia en nuestra jurisdicción así como la formulación, implementación y evaluación de los planes de respuesta a situaciones evidenciadas tales como brotes y epidemias y ante la pandemia SARS-COVID19, se intensifican las acciones de vigilancia a cada una de las fases determinadas para la contención y mitigación de la misma siguiendo los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social MSPS, el Instituto Nacional de Salud, INS y la Organización mundial de la salud , OMS.

SUBPROGRAMA	INDICADOR DE PRODUCTO	LINEA BASE DE INDICADOR DE PRODUCTO	META PRODUCTO	RESPONSABLE
VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	Número de UPGD intervenidas en lineamientos nacionales de los Eventos de Interés en Salud Publica	169 Fuente: DADIS - 2019	Intervenir a 164 UPGD con desarrollo de capacidades en lineamientos nacionales de Notificación Obligatoria Inmediata y rutinaria	DADIS-Dirección Operativa de Salud Pública

## SUBPROGRAMA GESTION DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA

La gestión de la salud pública es un conjunto de procesos que, bajo la dirección y liderazgo de la autoridad sanitaria, buscan que todos los actores del Sistema de Salud logren resultados en salud, mediante el desarrollo e implementación efectiva y eficiente de las políticas, planes, programas y estrategias de promoción de la salud y gestión del riesgo en salud en el marco de las competencias de cada uno de ellos.

Para alcanzar este propósito, es necesario que la Autoridad Sanitaria desarrolle capacidades para el liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas entre todos los actores presentes en el territorio; es decir, construir gobernanza en salud.

Desde este subprograma se realizará la gestión integral de los programas, proyectos, intervenciones y estrategias establecidos en salud pública, incluyendo el seguimiento y evaluación de los mismos, de tal forma que permita orientar acciones y toma de decisiones para el logro de resultados en salud en el marco de la gestión del conocimiento. Asimismo, se liderará la implementación y seguimiento del proceso de gestión de las intervenciones colectivas de promoción de la salud y gestión del riesgo, dirigidas a grupos poblacionales a lo largo del curso de la vida acorde a los lineamientos establecidos en el orden nacional, así como el desarrollo de capacidades en el talento humano en actores del sistema general de seguridad social en salud que contribuyan a que las políticas en salud se ejecuten de forma eficiente y sostenible.

SUBPROGRAMA	INDICADOR DE PRODUCTO	LINEA BASE DE INDICADOR DE PRODUCTO	META PRODUCTO	RESPONSABLE
GESTION DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA	No. de EAPB con capacidades desarrolladas en Implementación del Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) en Salud Pública	0	Desarrollar Capacidades anualmente, al talento humano de las 19 EAPB en la implementación del Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) en Salud Pública	DADIS-Dirección Operativa de Salud Pública.
	No. de EAPB con capacidades desarrolladas en la implementación de la Rutas de Promoción y Mantenimiento	0	Desarrollar Capacidades anualmente, al talento humano de las 19 EAPB en la implementación de la Rutas de Promoción y	

	de la Salud en el cuatrienio.		Mantenimiento de la Salud	
--	-------------------------------	--	---------------------------	--

**PROGRAMA TRANSVERSAL GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES**

El presente programa reconoce las particularidades de la población, las condiciones sociales y territoriales que ubican a las personas en situaciones de marginalidad y de mayor vulnerabilidad para el ejercicio del derecho a la salud, en consecuencia se implementarán acciones e intervenciones sectoriales y transectoriales para garantizar los derechos y deberes en salud con enfoque diferencial, en aras de minimizar tanto las barreras de acceso a los servicios de salud, como otras formas de exclusión, contribuyendo a la reducción de las inequidades en salud y la atención integral.

Colombia por ser un “Estado Social de Derechos” le corresponde como función primordial garantizar los derechos humanos de todas las personas y proteger y reivindicar los derechos de los sujetos más vulnerables de la sociedad y como nación multicultural y pluriétnica, reafirmando la diversidad de la población. Donde existen grupos poblacionales que por su alto grado de vulnerabilidad, requieren de una atención diferencial como factor determinante, para lograr el goce efectivo de sus deberes y derechos de los grupos poblacionales vulnerables, entre los que encontramos: Niños, niñas, adolescentes, jóvenes, mujeres, adulto mayor, personas con discapacidad, población afrocolombiana, indígenas, habitantes de calle, víctimas del conflicto armado y población de acuerdo a su identidad de género y orientación sexual.

El Departamento Administrativo Distrital de Salud-DADIS seguirá implementando acciones que alcancen a dar respuesta a las necesidades en salud de los grupos poblacionales vulnerables del Distrito de Cartagena, en aras de mejorar las condiciones de salud de la población y propiciar el goce efectivo de sus deberes y derechos en salud, en condiciones de calidad, eficiencia, equidad y sostenibilidad.

Por consiguiente se busca fortalecer la respuesta en la atención en salud con enfoque diferencial a los grupos poblacionales vulnerables y la Participación Social en Salud en el Distrito de Cartagena, así como mejorar técnica y operativamente la implementación de la ruta integral de atención de promoción y mantenimiento en salud infantil a las instituciones prestadoras de salud del Distrito de Cartagena para mejorar la calidad, humanización y disminuir el riesgo de enfermar y/o morir por enfermedades prevalentes en la infancia.

**SUBPROGRAMA GARANTÍA DE LOS DEBERES Y DERECHOS DE LOS GRUPOS POBLACIONALES VULNERABLES Y FORTALECIMIENTO DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL**

El subprograma Garantía de los deberes y derechos en salud a los Grupos Poblacionales Vulnerables (GPV) y Fortalecimiento de la Participación Social en Salud

en el Distrito de Cartagena, nace al interior de la Oficina de Participación Social y Atención al Usuario del Departamento Administrativo Distrital de Salud – DADIS, sustentado en las dificultades en salud de los grupos poblacionales del Distrito de Cartagena, mediante la implementación de acciones que logren dar respuesta a las necesidades en salud, de atacar las problemáticas del sector salud, a través, de un ejercicio concreto y operativo de actividades y metas, cumpliendo con los objetivos trazados.

El marco normativo en Colombia nos insta a ejecutar acciones correspondientes a la protección de las poblaciones vulnerables, las cuales parten de la Constitución Política de Colombia de 1991 y demás normas reglamentarias, enmarcados dentro de los derechos fundamentales, (Ley 10 De 1990, Decretos 1946 del 1989 y 2379 de 1991, Ley 60 De 1993, Ley 100 De 1993, Ley 152 De 1994, Decreto 1757 De 1994, Resolución 5165 De 1994, Decreto Reglamentario 2569 Del 2000, Ley 715 De 2001, ley 850 del 2003, Sentencia T-025 De 2004, Ley 1122 De 2007, Ley 1145 Del 2007, Decreto 3039 De 2007, Resolución 425 De 2008, Ley 1438 De 2011, Decreto 4107 De 2011, Resolución 4110 De 2012, ley 361 De 1997, Ley 1346 Del 2009, Ley Estatutaria 1618 Del 2013, Ley 387 De 1997,, Sentencia T-760 De 2008, Autos 251 De 2008, 092 De 2008, 004, 005 y 006 Del 2009, Ley 1448 De 2011, Resolución 518 del 24 de febrero del 2015, resolución 0256 del 5 de febrero del 2016, Ley 850 del 2013, Ley 1122 del 2007, Ley 1757 del 2015, Ley 1098 de 2006, Ley 1618 de 2013, Resolución 113 de 2020). Por consiguiente se busca encaminar acciones que respondan a la normatividad, en especial, las que beneficien a los grupos poblacionales vulnerables.

Dentro de las responsabilidades del Plan de Salud de Intervenciones Colectivas, se encuentran todas aquellas que brinden a la colectividad acciones que van en pro de mejorar la salud de la comunidad independientemente de su vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, la vigilancia en salud pública, el manejo de factores de riesgo, el mejoramiento del ambiente y todas aquellas afines a la razón de ser de dicho Plan, es así como se han venido realizando ajustes al Plan de Salud de Intervenciones Colectivas del Distrito las cuales deben redundar en una comunidad más participativa y sana.

Es un hecho, que en la medida en que la comunidad conoce y pone en práctica sus deberes y derechos, realizando la defensa y cumplimiento de los mismos, ve esto reflejado en el aumento de su calidad de vida y en la medida en que el Estado le facilita las herramientas para participar en la toma de decisiones de los diferentes tópicos que atañen su diario desempeño en la sociedad, debe esto reflejarse en el avance de la comunidad como tal. He aquí el fundamento del legislador cuando contempla la Participación Social en el SGSSS.

El desarrollo del subprograma se han ajustado a la necesidad de brindar a la comunidad acciones que van en mejora de la salud, la vigilancia en salud pública, el manejo de factores de riesgo, el mejoramiento del ambiente, la vigilancia de los recursos, La Participación Social en el SGSSS y todas aquellas afines a la razón de ser del Plan de Salud de Intervenciones Colectivas del Distrito, como también, la posibilidad de la comunidad a participar en la construcción de los planes del sector, al igual que en la gestión, evaluación y control de los servicios.

Asimismo, en el marco de la definición de la salud como un derecho fundamental, desde este subprograma se realizará la gestión y seguimiento a las

no conformidades expresadas por los usuarios del SGSSS relacionadas con la atención en salud de tal manera que no se vulneren los derechos de las personas, contribuyendo de esta forma a la disminución de las barreras para alcanzar el goce efectivo a la salud, mejora de las condiciones de vida de la población enfocado en cero tolerancia de mortalidad evitable en el Distrito.

SUBPROGRAMA	Indicador de Producto	Línea Base	Meta 2020-2023	Responsable
GARANTÍA DE LOS DEBERES Y DERECHOS DE LOS GRUPOS POBLACIONALES VULNERABLES Y FORTALECIMIENTO DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL	Número de Personas víctimas del conflicto armado atendidas y orientadas en deberes y derechos en salud	4.190 Fuente: Oficina de PUA DADIS 2019	Atender y orientar en deberes y derechos en salud a 20.230 víctimas del conflicto armado, residentes en el Distrito de Cartagena, que asistan al Punto de Atención a Víctimas.	Oficina Participación Social y Atención al Usuario del DADIS
	Número de Personas con discapacidad certificada según Resolución 113 de 2020.	0	Lograr la certificación a 3.021 personas con discapacidad en el Distrito de Cartagena según Resolución 113 de 2020	Oficina Participación Social y Atención al Usuario del DADIS
	Número de Personas con discapacidad que reciben apoyo para su habilitación y/o rehabilitación funcional.	0	Atender a 400 personas con discapacidad mediante el suministro de Productos de Apoyo para su habilitación y/o rehabilitación funcional.	Oficina Participación Social y Atención al Usuario del DADIS
	Número de Estrategias Rehabilitación Basada en Comunidad-RBC	0	Ejecutar 4 Estrategias de Rehabilitación Basada en Comunidad-RBC en el Distrito de Cartagena	Oficina Participación Social y Atención al Usuario del DADIS

### SUBPROGRAMA PROMOCION Y PREVENCION DE LA SALUD EN LA INFANCIA

Este subprograma busca Fomentar ejecución de acciones intersectoriales e institucionales que respondan de manera integral tanto a las necesidades de los niños y niñas como a los entornos en los cuales se desarrollan a fin de reforzar los comportamientos y prácticas familiares que son esenciales para el desarrollo físico y mental, para la prevención de enfermedades, para asegurar la atención adecuada en el hogar y en las instituciones de salud.

Se armoniza con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 en la dimensión transversal para la gestión diferencial de poblaciones vulnerables así como a la política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre y estrategia Hechos y Derechos de la procuraduría general de la Nación poniendo en el centro siempre a las mujeres gestantes, niñas y niños desde su nacimiento hasta los seis años de edad; responde a lo descrito en la realización vive y disfruta del nivel más alto posible de salud porque se enfoca en acciones asociadas al acogimiento y pautas de crianza por parte de cuidadores, crecimiento y desarrollo, promoción de la salud, de forma diferencial y especializada si es requerida, contemplando los entornos familiar, social, sanitario y educativo, contribuyendo al impacto de los siguientes indicadores: Tasa de mortalidad menor de un año; Tasa de mortalidad menor de 5 años, Tasa de enfermedad diarreica aguda EDA,.

Los esfuerzos apuntan a mejorar capacidades permanentemente en cuarenta (40) instituciones prestadoras de salud para que ofrezcan atención con calidad y humanización a niños y niñas promoviendo trato preferente y reducción de inequidades; del mismo modo, motivar y movilizar a las comunidades para mejorar sus conocimientos y habilidades relacionadas con la salud y el desarrollo infantil.

SUBPROGRAMA	INDICADOR DE PRODUCTO	LINEA BASE DE INDICADOR DE PRODUCTO	META PRODUCTO	RESPONSABLE
<b>PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LA SALUD EN LA INFANCIA</b>	Número de Instituciones prestadoras de salud priorizadas que cuenten con servicios de atención materno - infantil con desarrollo de capacidades técnicas en protocolos, guías y estrategias de salud infantil.	40 Fuente: Programa Salud Infantil (2019)	Desarrollar anualmente las capacidades técnicas en protocolos, guías y estrategias de salud infantil en cuarenta (40) Instituciones prestadoras de salud priorizadas que cuenten con servicios de atención materno - infantil	DADIS-Dirección Operativa de Salud Pública

### PROGRAMA SALUD AMBIENTAL

Dotar de las oportunidades para una vida sana desde un ambiente sano e integrado en las poblaciones de las diferentes localidades del Distrito urbano y rural, mediante el desarrollo de acciones relacionadas con el ambiente que favorezcan y promuevan la calidad de vida y salud de la población; acciones relacionadas con el cambio climático, la calidad del agua para consumo humano, entornos saludables, manejo de residuos,



Se busca desde este programa que se intervengan positivamente los determinantes sanitarios y ambientales de la salud mediante la gestión intersectorial y participación comunitaria y social, con prioridad en la calidad del agua para consumo humano disponible para la población del Distrito, agua de uso recreacional, la calidad del aire, la gestión de los residuos sólidos y líquidos, con enfoque diferencial, contribuyendo además al mejoramiento de las condiciones de vida de la población cartagenera mediante la prevención, vigilancia y control sanitario.

Teniendo en cuenta las características propias del Distrito, se fortalecerá la vigilancia y control sanitario en terminales portuarios y puntos de entrada, así como en establecimientos de interés sanitario abiertos al público,

La salud ambiental tiene aproximadamente 20 áreas de actuación dentro de las que podemos mencionar el agua para consumo humano, aguas residuales, aire interior y exterior, desechos sólidos peligrosos y no peligrosos, emergencias químicas, excretas, plaguicidas, ruidos, sanidad de puertos, vectores, zoonosis. La actuación local sobre estas áreas se priorizan de acuerdo a los perfiles de morbimortalidad territorial.

Los mayores esfuerzos estarán orientados atender áreas como: la vigilancia y el control de enfermedades zoonóticas, las de transmisión hídrica, saneamiento de puertos, aeropuertos y fronteras y establecimiento de alto riesgo sanitario, implementando estrategias de monitoreo e intervención para evitar o disminuir el riesgo de enfermar o morir por acción de los factores de riesgos ambientales.

### SUBPROGRAMA VIGILANCIA Y CONTROL DE ZONOSIS

El subprograma está inmerso en la dimensión de vida saludable y enfermedades transmisibles, específicamente en el componente de condiciones y situaciones endemo-epidémicas, estableciendo como objetivo: Contribuir mediante acciones de promoción, prevención, vigilancia y control, en la reducción de la carga de las enfermedades transmitidas por animales vertebrados (Encefalitis, Rabia, Leptospirosis, Brucelosis, Toxoplasmosis y otras), producto de sus complicaciones y mortalidad en los humanos”.

En cumplimiento a lineamientos nacionales en el Distrito se implementara la Estrategia de Gestión Integral para la vigilancia, promoción, prevención, control y eliminación de la Zoonosis (EGI Zoonosis), el cual es un modelo de gestión, marco de la planeación, que responde al problema central de “modelo con deficiente eficacia, eficiencia y efectividad en relación con su misión”, contribuyendo a la reducción de la carga económica y social, producto de la morbilidad, mortalidad y discapacidad producida por zoonosis.

La EGI, mediante la concertación de actores, permite el fortalecimiento institucional a través de la concurrencia entre competencias, la intersectorialidad y el empoderamiento comunitario. Establece intervenciones a través de los componentes de gerencia del programa, inteligencia epidemiológica, gestión del conocimiento, promoción de la salud, prevención de la transmisión, atención de pacientes y la gestión y atención de contingencias por estos eventos.

En ese orden de ideas, en el distrito se continuaran implementando las acciones de vacunación en animales susceptibles para interrumpir la circulación viral en los reservorios y la transmisión a otras especies incluyendo al humano y la atención integral de los casos de agresión animal en humanos que se presenten en el territorio; promoción de la salud relacionadas con la tenencia responsable de mascotas, igualmente, en la vigilancia de la Rabia por Laboratorio, mediante envío de muestras, para el diagnóstico y la participación activamente en los Consejos Seccionales de Zoonosis.

SUBPROGRAMA A	INDICADOR DE PRODUCTO	LINEA BASE DE INDICADOR DE PRODUCTO	META PRODUCTO	RESPONSABLE
ZOONOSIS	Cobertura útil de vacunación contra la rabia en población de caninos y felinos	90% Fuente: Programa Salud Ambiental. (2019)	Mantener anualmente coberturas de vacunación de 90% contra la rabia en población de caninos y felinos	DADIS-Dirección Operativa de Salud Pública

### SUBPROGRAMA VIGILANCIA Y CONTROL DEL AGUA PARA CONSUMO HUMANO

El Distrito de Cartagena dispone de un buen suministro de agua potable y alcantarillado con coberturas del 99.5% y 99% respectivamente en el área urbana, mientras que el área corregimental sobre todo el insular y parte del continental presenta una baja cobertura de acueducto con un 65% y 43% de alcantarillado. En el área urbana las zonas sin coberturas de acueducto y alcantarillado se debe a los asentamientos humanos en zonas de alto riesgo, de difícil acceso, zonas de invasión y de ubicación de personas en desplazamiento, donde no hay legalización de lotes y dificulta la instalación de redes para suministro de agua potable. En el área corregimental incluyendo zona insular la baja cobertura tiene dentro de sus principales causas la falta continua de políticas públicas y voluntad política de las administraciones en la toma de decisiones para la instalación de redes de acueducto y alcantarillado que permitan el mejoramiento de las condiciones de vida de la población especialmente niñas, niños, adultos mayores y mujeres embarazadas entre otros, que habita en las islas de Tierra Bomba, Barú, Isla Fuerte, Archipiélago de San Bernardo, Islas de Rosario, en el área continental las veredas de Palmarito, La Europa, Arroyo de las Canoas, Pua y Bajo del Tigre; Zonas de alto riesgo Lomas de Marión, Lomas de Peyé, Parte de los Barrios Pozón, Mandela, Olaya, Lo Amador, Nariño y San Francisco. Actualmente el área rural corregimental e insular y continental no cuenta con un diagnóstico que permita establecer la calidad del agua que consumen sus pobladores. En relación con el servicio de aseo presenta un comportamiento similar con coberturas del 90% incluyendo área urbana y rural, sin embargo se encuentran zonas en las que la disposición de residuos sólidos al aire libre se convierte en factor de riesgo, obstruyendo canales pluviales, originando contaminación ambiental, reproducción de artrópodos y roedores y muy a pesar que el Distrito adelanta una adecuada recolección transporte y disposición final de

residuos sólidos en un relleno sanitario ajustado a la normatividad; existen dentro de la población conexiones indebidas de aguas residuales a los calles y caños de agua pluviales, agravado por la acumulación inapropiada de residuos sólidos en estos sistemas de caños; evidenciándose de manera general malos hábitos y conductas inadecuadas dentro de la población en general en el mal manejo de los residuos sólidos y líquidos generando olores ofensivos, criaderos de insectos y roedores plagas lo que conlleva a la transmisión de distintas patologías, requiriéndose reforzar la implementación de la estrategia de Entornos saludable para contribuir desde salud Ambiental en la implementación de cambios de hábitos conductuales . El distrito cuenta con la conformación del COTSA con cuatro mesas de trabajo debidamente conformadas (Calidad de Agua, calidad de Aire, Factores de Riesgo del Ambiente y Seguridad Química), siendo necesario fortalecer el compromiso de cada una de las dependencias que lo integran debido a que se han incrementado las quejas por presencia de ruidos en altos decibeles, material Particulado, y radiaciones en distintos sectores de las tres localidades, actualmente el distrito de Cartagena no cuenta con un diagnóstico de las fuentes generadoras o emisoras de ruido, radiaciones electromagnéticas y radiación ultravioleta, igualmente se desconocen las fuentes generadoras de material Particulado y metales pesados, incluyendo el inventario de sustancias químicas presentes en el distrito, además no se cuenta con una línea de base, de las zonas de producción o emisión de contaminantes debidamente identificadas con las cuales se podría elaborar el perfil de la calidad del aire del Distrito y el Mapa de Riesgo. Conociendo el incremento de las muertes por accidente de tránsito, convertida en un problema de salud pública es imperativo implementar desde la dimensión de Salud Ambiental todas las actividades establecidas en para mejorar la seguridad vial y la Movilidad segura en el distrito de Cartagena.

SUBPROGRAMA	INDICADOR DE PRODUCTO	LINEA BASE DE INDICADOR DE PRODUCTO	META PRODUCTO	RESPONSABLE
VIGILANCIA Y CONTROL DE CALIDAD DEL AGUA PARA CONSUMO HUMANO	Número de muestras de agua para consumo humano tomadas y analizadas	570 muestras-2019	Tomar y analizar anualmente al menos 1120 Muestras de agua Potable.	DADIS- Dirección Operativa de Salud Pública
VIGILANCIA Y CONTROL DE CALIDAD DEL AGUA PARA CONSUMO HUMANO	Número de muestras de agua para consumo humano tomadas y analizadas	10 muestras-2019	Tomar y analizar anualmente al menos 78 Muestras de agua anualmente en Corregimientos y Veredas	DADIS- Dirección Operativa de Salud Pública

			(Carrotanques y Bongos)	
VIGILANCIA Y CONTROL DE CALIDAD DEL AGUA PARA CONSUMO HUMANO	Número de actividades de Educación sobre Saneamiento Básico Ambiental, Entornos Saludables y Agua a la población de las 15 Unidades Comuneras y zona rural e insular	0	Realizar anualmente 48 actividades de Educación sobre Saneamiento Básico Ambiental, Entornos saludables y Agua a la población de las 15 Unidades Comuneras y zona rural e insular	DADIS-Dirección Operativa de Salud Pública

### SUBPROGRAMA SEGURIDAD SANITARIA DEL AMBIENTE

En este componente se verifica el cumplimiento de las condiciones higiénico-sanitarias locativas y funcionales de los establecimientos abiertos al público como puntos de entrada (Puertos Marítimos o terrestres y aeropuertos de Carácter Internacional) bares, discotecas, instituciones educativas, hogares de bienestar familiar así como factores de riesgos relacionados con la calidad del aire o contaminación ambiental y atmosférica.

Se realizan visitas periódicas priorizando su nivel de riesgo, con recurso humano profesional o técnico según los casos y actividades.

Se busca identificar oportunamente los factores de riesgos con el propósito de intervenirlos de manera inmediata y de este modo disminuir la probabilidad de deterioro del estado de salud tanto individual como colectiva de las personas que acuden a dichos sitios.

SUBPROGRAMA	INDICADOR DE PRODUCTO	LINEA BASE DE INDICADOR DE PRODUCTO	META PRODUCTO	RESPONSABLE
-------------	-----------------------	-------------------------------------	---------------	-------------

SEGURIDAD SANITARIA DEL AMBIENTE	Número de establecimientos abiertos priorizados al público de Interés Sanitarios diferentes a expendio de alimentos y medicamentos Vigilados y Controlados con concepto favorable anualmente	8.000 Establecimientos - 2019	7.600 establecimientos abiertos al público de interés sanitarios diferentes a expendio de alimentos y medicamentos, vigilados y controlados anualmente	DADIS-Dirección Operativa de Salud Pública
--	--	----------------------------------	--	--

### PROGRAMA VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES

Promoveremos el bienestar y el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas del curso de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los espacios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada de condiciones no transmisibles con enfoque diferencial a través de políticas e intervenciones sectoriales, transectoriales y comunitarias que eleve como prioridad la promoción de la salud, el control de las Enfermedades No Transmisibles ENT y las alteraciones de la salud

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

### SUBPROGRAMA PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES

Logar la construcción de una agenda transectorial que permita la concertación y crear mecanismos para fortalecer las alianzas estratégicas que potencialicen el desarrollo de políticas públicas saludables que sensibilicen y produzcan cambios comportamentales de autocuidado y educación en la población del Distrito de Cartagena, igualmente concertar políticas o acciones que así mismo garantizaran infraestructuras, bienes y servicios saludables de manera diferencial e incluyente.

En la situación de salud de un determinado grupo de población, se buscara desarrollar acciones encaminadas al fortalecimiento de la movilización, construcción de alianzas y desarrollo de redes de apoyo para el empoderamiento y la corresponsabilidad social por una cultura que promueva y proteja la salud.

Un alto porcentaje de ENT puede prevenirse mediante la reducción de los factores de riesgo comportamentales más importantes: el tabaquismo, el sedentarismo, el uso nocivo del alcohol y las dietas malsanas, Por ende, fomentar una cultura saludable basada en la educación y promoción de la salud y prevención de la enfermedad son elementos vitales, para que los pacientes disminuyan la exposición

a factores de riesgo y sigan indicaciones en cuanto a temas nutricionales y estilos de vida saludable, con el fin de ayudar a prevenirlas. Esta cultura en salud, es de tipo intersectorial y multidisciplinaria, la cual pretenderá mejorar el compromiso de las comunidades y en la adherencia en los planes de mejoramiento de estilos de vida que se recomienden.

Mejoraremos en el Distrito la capacidad de respuesta institucional del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS que fortalezca la prestación y gestión de servicios de salud individuales y colectivos en los territorios, así como su articulación con servicios socio-sanitarios para la prevención, control, intervención y atención integral de las ENT en los servicios de salud y otros servicios sociales, a través de la gestión del riesgo y la intervención de los Determinantes Sociales de la Salud, incluidos los factores de riesgo y el daño acumulado para disminuir la carga de enfermedad evitable y discapacidad de los individuos, familias y comunidades de acuerdo con las realidades territoriales.

SUBPROGRAMA	INDICADOR DE PRODUCTO	LINEA BASE DE INDICADOR DE PRODUCTO	META PRODUCTO	RESPONSABLE
PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES	Número de entornos con la estrategia “conoce tu riesgo peso saludable”.	4 Fuente: Programa ECNT. (2019)	Implementar en los 4 entornos: educativo, laboral, comunitario e institucional la estrategia “conoce tu riesgo peso saludable”.	DADIS- Dirección Operativa de Salud Pública
	Número de Instituciones de salud con desarrollo de capacidades al talento humano para fortalecer la detección temprana y tratamiento oportuno del cáncer de cérvix.	38 Fuente: Programa ECNT. (2019)	Realizar anualmente el desarrollo de capacidades al talento humano de las 18 EAPB y 20 IPS para fortalecer la detección temprana y tratamiento oportuno del cáncer de cérvix	DADIS- Dirección Operativa de Salud Pública
	Número de Instituciones de salud con desarrollo de capacidades al talento humano para fortalecer la detección temprana y tratamiento oportuno del cáncer de mama.	48 Fuente: Programa ECNT. (2019)	Realizar anualmente desarrollo de capacidades al talento humano de las 18 EAPB y 30 IPS para fortalecer la detección temprana y tratamiento oportuno del cáncer de mama	DADIS- Dirección Operativa de Prestación de Servicios
	Número de Instituciones de salud con desarrollo de capacidades al talento humano para fortalecer la detección temprana y	48 Fuente: Programa ECNT. (2019)	Realizar anualmente desarrollo de capacidades al talento humano de las 18 EAPB y 30 IPS para fortalecer la	DADIS- Dirección Operativa de Aseguramiento



	tratamiento oportuno del cáncer infantil.		detección temprana y tratamiento oportuno del cáncer infantil.	
--	---	--	--	--

**SUBPROGRAMA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ALTERACIONES DE LA SALUD ORAL, VISUAL Y AUDITIVA.**

Los componentes de salud bucal, auditiva y visual se encuentran en la dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles, que es un conjunto de políticas e intervenciones sectoriales, transectoriales y comunicativas que buscan el bienestar y el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas del transcurso de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los espacios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada de condiciones no transmisibles con enfoque diferencial y entre los objetivos de esta dimensión esta fortalecer la capacidad de gestión de los servicios de salud, el acceso y la atención de las enfermedades no transmisibles y las alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva.

Trabajar por la salud bucal, visual y auditiva, busca proveer hábitos, estilos, modos y condiciones de vida que le permitan a las personas desde que nacen y hasta cuando son adultas mayores, gozar a través de la boca, los ojos, y los oídos, de las experiencias que dan estos sentidos para incluirse en el mundo, es por eso que en el Distrito las acciones de prevención y control de salud bucal, visual y auditiva se planean y desarrollan a través de estrategias de educación con el fin de generar cambios positivos en las condiciones de higiene oral a nivel de las instituciones educativas, Centro De Desarrollo Infantil- CDI y Jardines Infantiles, teniendo en cuenta es uno de los entornos adecuado para el aprendizaje y el refuerzo de hábitos saludables desde los primeros años de vida, ya que las habilidades y capacidades desarrolladas en la misma, sientan bases para toda la vida.

Si bien en cierto que las condiciones que afectan la salud bucal, visual y auditiva, no ponen generalmente en juego directamente la vida misma, pero al ser parte de la salud general, si afectan la integridad personal y la calidad de vida. Una alta proporción de casos pueden ser evitados mediante acciones preventivas y otras pueden ser controladas de forma pronta mediante acciones efectivas, buscando reducir la alta carga económica que sus complicaciones generan a las personas de forma individual y a las sociedades.

En ese orden de ideas, en el Distrito se adelantaran acciones orientadas a mejorar la capacidad de respuesta institucional del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS- que fortalezca la prestación y gestión de servicios de salud individuales y colectivos en los territorios, así como su articulación con servicios socio-sanitarios para la prevención, control, intervención y atención integral de las alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva en los servicios de salud y otros servicios sociales, a través de la gestión del riesgo y la intervención de los Determinantes Sociales de la Salud, incluidos los factores de riesgo y el daño acumulado para disminuir la carga de

enfermedad evitable y discapacidad de los individuos, familias y comunidades de acuerdo con las realidades territoriales.

SUBPROGRAMA	INDICADOR DE PRODUCTO	LINEA BASE DE INDICADOR DE PRODUCTO	META PRODUCTO	RESPONSABLE
PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ALTERACIONES DE SALUD ORAL, VISUAL Y AUDITIVA	Número de odontólogos con desarrollo de capacidades sobre el impacto en salud pública de la fluorosis dental y uso controlado del flúor y no utilización del mercurio.	100 Fuente: Programa salud oral. (2019)	Realizar desarrollo de capacidades anualmente a 100 odontólogos de instituciones prestadoras de servicios de salud del Distrito de Cartagena, sobre el impacto en salud pública de la fluorosis dental y uso controlado del flúor y no utilización del mercurio.	Salud Pública DADIS- Dirección Operativa de Salud Pública
	Número de EAPB con desarrollo de capacidades sobre las enfermedades que impactan la salud bucal en el distrito de Cartagena.	18 Fuente: Programa salud oral. (2019)	Mantener el Desarrollo de capacidades anual al talento humano de las EAPB (18) sobre las enfermedades que impactan la salud bucal en el distrito de Cartagena.	Salud Pública DADIS- Dirección Operativa de Salud Pública
	Número de niños diagnosticados con hipoacusia entre 0 a 12 año con seguimiento	75 Fuente: Programa salud auditiva. (2019)	Mantener el Desarrollo de Seguimiento anual a la atención oportuna a 75 niños diagnosticados con hipoacusia entre 0 a 12 años, en las EPS y régimen especial del distrito de Cartagena de Cartagena sobre salud visual	Salud Pública DADIS- Dirección Operativa de Salud Pública
	Número de EPS con desarrollo de capacidades sobre las enfermedades que impactan la salud auditiva en el distrito de Cartagena.	18 Fuente: Programa salud auditiva. (2019)	Mantener el Desarrollo de capacidades anual al talento humano de las EPS (18) de las enfermedades que impactan la salud auditiva en el distrito de Cartagena.	Salud Pública DADIS- Dirección Operativa de Salud Pública
	Número de niños entre 2 a 8 años diagnosticados con defectos refractivos	100 Fuente: Programa salud visual. (2019)	Mantener el Seguimiento anual a la atención oportuna a 100 niños entre 2 a 8 años diagnosticados con defectos refractivos en las EPS y régimen especial.	Salud Pública DADIS- Dirección Operativa de Salud Pública

## PROGRAMA CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL

La salud mental es un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción, de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, trabajar, establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad (Ley 1616 de 2013).

La convivencia es entendida como el desarrollo y sostenimiento de relaciones interpersonales basadas en el respeto, la equidad, la solidaridad, el sentido de pertenencia, el reconocimiento de la diferencia, la participación para la construcción de acuerdos y el ejercicio de los derechos humanos para el logro del bien común, el desarrollo humano y social.

Se busca Generar espacios de construcción, participación y acción transectorial y comunitaria que, mediante la promoción de la salud mental y la convivencia social, la transformación de problemas y trastornos prevalentes en salud mental y la intervención sobre las diferentes formas de la violencia, factores de riesgo y capacidad de respuesta, contribuyan al bienestar y al desarrollo humano y social en todas las etapas del ciclo de vida, con equidad y enfoque diferencial, en los territorios cotidianos.

### SUPROGRAMA SALUD MENTAL

Se busca contribuir para que la atención en salud mental en el Distrito de Cartagena se dé temprana y oportunamente, proveer oportunidades que permitan el despliegue óptimo de recursos individuales y colectivos para el disfrute de la vida cotidiana, estableciendo relaciones interpersonales basadas en el respeto, la solidaridad y el ejercicio de los derechos humanos para el logro del bien común y el desarrollo humano y social, fomentando la cultura del autocuidado y la corresponsabilidad social en torno a la salud mental e Intervenir de manera positiva los determinantes psicosociales de la salud y la calidad de vida de la población víctima del conflicto mediante procesos de acción transectorial.

Prevenir y atender de manera integral de aquellos estados temporales o permanentes identificables por el individuo y/o por otras personas en los que las emociones, pensamientos, percepciones o comportamientos afectan o ponen en riesgo el estado de bienestar o la relación consigo mismo, con la comunidad y el entorno, y alteran las habilidades de las personas para identificar sus propias capacidades, afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y contribuir a su comunidad; igualmente incluye la prevención de la violencia en entornos familiares, escolares, comunitarios y laborales y la atención del impacto de las diferentes formas de violencia sobre la salud mental, se fortalecerá la gestión institucional y comunitaria para garantizar la atención integral de los problemas y trastornos mentales y los eventos asociados, incluyendo el consumo de sustancias psicoactivas, epilepsia, violencia escolar entre pares, suicidio y otros eventos emergentes, en población general y poblaciones e individuos en riesgos específicos.

La salud mental de la población está influida por factores macrosociales y macroeconómicos ajenos al sector de la salud, así mismo la pobreza se considera

como uno de los factores ambientales de mayor adversidad para la salud mental ya que las personas que viven en situación de pobreza tienen mayor probabilidad de padecer estrés y tener una alta prevalencia de trastornos mentales.

La urbanización no planificada, también está asociada con un incremento de los trastornos mentales, ya que con ella aumenta el riesgo de carecer de vivienda adecuada y se acentúan las consecuencias de la pobreza y la exposición a las adversidades ambientales; además trastoca los modelos tradicionales de vida familiar y reduce el apoyo social.

La carencia de vivienda, constituye un riesgo y puede a su vez ser consecuencia de los trastornos mentales, así mismo el desempleo aumenta el riesgo de depresión y está asociado con el abuso de alcohol y los comportamientos autodestructivos.

Las condiciones laborales cuyo mejoramiento es esencial para la promoción y preservación de la salud mental de los trabajadores, igualmente la educación, dado su papel determinante en la futura salud mental de las personas.

El Plan Decenal de Salud pública plantea la meta para tasa de mortalidad por suicidio de 4,7 por 100.000 habitantes.

SUBPROGRAMA	INDICADOR DE PRODUCTO	LINEA BASE DE INDICADOR DE PRODUCTO	META PRODUCTO	RESPONSABLE
SALUD MENTAL	Política Nacional de Salud Mental adoptada, adaptada e implementada	0	Adoptar, adaptar e implementar la Política Nacional de Salud Mental según el contexto Distrital.	DADIS – Dirección Operativa Salud Pública
	Porcentaje de los casos de intento de suicidio atendidos en el Distrito, notificado al SIVIGILA.	100% Fuente SIVIGILA (2019)	Realizar seguimiento anual al 100% de los casos de intento de suicidio atendidos en el Distrito, notificado al SIVIGILA.	DADIS – Dirección Operativa Salud Pública
	Porcentaje de EAPB e IPS de salud mental habilitadas en el Distrito con Acompañamiento o técnico para el desarrollo de capacidades en la atención integral del consumo de	100% Fuente: programa Salud Mental (2019)	Realizar anualmente acompañamiento o técnico para el desarrollo de capacidades en la atención integral del consumo de sustancias psicoactivas y los	DADIS – Dirección Operativa Salud Pública

	sustancias psicoactivas y los problemas y trastornos mentales		problemas y trastornos mentales, al 100% de las EAPB e IPS de salud mental habilitadas en el Distrito	
--	---	--	---	--

Desde este programa, como componentes de la seguridad alimentaria y nutricional, se busca a través de la implementación, seguimiento y evaluación de acciones transectoriales.

Se busca garantizar el derecho a la alimentación sana con equidad, mediante la reducción y prevención de la malnutrición, el control de los riesgos sanitarios y fitosanitarios de los alimentos y la gestión transectorial de la seguridad alimentaria y nutricional con perspectiva territorial, logrando incrementar a 3.0 meses la duración media de la lactancia materna en menores de 6 meses y hasta 2 años de edad con alimentación complementaria, como también mantener por debajo de 5.4 % la desnutrición global (bajo peso para la edad) en menores de 5 años y manteniendo en menos de 8.23% la proporción de bajo peso al nacer; el cual según la meta planteada en plan decenal de salud pública a 2021 es mantener en menos del 10% el bajo al nacer, teniendo en cuenta que es un indicador establecida en el segundo componente de la dimensión seguridad alimentaria y nutricional. La desnutrición infantil es un indicador multifactorial y multisectorial en el que el componente sanitario solo es capaz de identificar las deficiencias nutricionales, que son el resultado de la alimentación, la adecuada nutrición y de la reducción de la pobreza, por lo tanto, solo en la medida en que se garantice una adecuada y suficiente disponibilidad de alimentos podremos garantizar el logro del resultado. En ese sentido, la recuperación nutricional superaría el marco de la alimentación y sería necesaria la utilización de suplementos nutricionales para la corrección de las deficiencias nutricionales.

**SUBPROGRAMA NUTRICION**

Se realizarán acciones que busquen fortalecer la nutrición en la población infantil del Distrito, mediante la implementación de la estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia, IAMI, en una (1) institución prestadora de servicio por año. Las Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia IAMI, son instituciones que apoyan la lactancia materna, que ofrecen atención integral a las madres, niñas y niños y que mejoran la calidad de la atención que se les presta. Esta estrategia consta de 10 pasos y dedicaremos especial atención fomentando el paso número 4 de esta que es la atención del trabajo de parto y el parto con calidad y calidez, en compañía de una persona significativa para la madre, dentro de un ambiente de respeto y libre de intervenciones profesionales innecesarias, favoreciendo el contacto piel a piel y el inicio temprano de la lactancia materna dentro de la media hora siguiente al parto.

La selección adecuada, suficiente y completa de los alimentos y la práctica de hábitos alimentarios saludables que le permitan mantener un estado de salud y nutrición adecuado, incluye factores determinantes del medio ambiente, entornos y estilos de vida, situación nutricional de la población, disponibilidad, calidad y acceso a los servicios de salud, agua potable y saneamiento básico, bajo este panorama

lograremos disminuir el bajo peso al nacer, y control de pesos adecuado para menores de 5 años

Así mismo se gestionará ante el Concejo Distrital la elaboración de un decreto que obligue a las tiendas escolares la venta de alimentos saludable igualmente realización de acciones de desarrollo de capacidades en guías alimentarias a padres de familia y cuidadores de niños y niñas en CDI y hogares infantiles como también a estudiantes, docentes y padres de familias de Instituciones educativas del Distrito.

SUBPROGRAMA	Indicador de Producto	LINEA BASE DE INDICADOR DE PRODUCTO	META PRODUCTO	Responsable
NUTRICION	Número de IPS y EAPB con desarrollo de capacidades en estrategia IAMI y Consejería en Lactancia materna	40 Fuente Programa Nutrición. (2019)	Mantener el Desarrollo de capacidades a 40 IPS y EAPB en estrategia IAMI y Consejería en Lactancia.	Departamento Administrativo Distrital de Salud DADIS
	Número de CDI y Hogares infantiles con desarrollo de capacidades en Guías Alimentarias basadas en Alimentos GABAS.	120 Fuente Programa Nutrición. (2019)	Desarrollar capacidades a 80 CDI y 40 Hogares infantiles en Guías Alimentarias basadas en Alimentos GABAS.	Departamento Administrativo Distrital de Salud DADIS

### SUBPROGRAMA VIGILANCIA Y CONTROL DE ALIMENTOS

Contribuir a la seguridad alimentaria de la población, fortaleciendo las acciones de inspección, vigilancia y control en alimentos en el Distrito enfocados en la disminución del riesgo de enfermar por la ingesta de los alimentos en el Distrito. Nos apoyaremos en un marco regulatorio nacional que facilita y promueva la coordinación con todos los sectores involucrados, de tal forma que el sistema de inspección, vigilancia y control de los alimentos sea más preventivo e integrado, enmarcado en el modelo de inspección, vigilancia y control establecido a nivel nacional acorde a la norma sanitaria vigente.



SUBPROGRAMA	INDICADOR DE PRODUCTO	LINEA BASE DE INDICADOR DE PRODUCTO	META PRODUCTO	RESPONSABLE
VIGILANCIA Y CONTROL DE ALIMENTOS	Número de establecimientos de alimentos priorizados vigilados y controlados	3.000 Fuente: Programa IVC alimento (2019)	Vigilar y Controlar anualmente 3.000 establecimientos de alimentos priorizados en el Distrito Cartagena	DADIS-Dirección Operativa de Salud Pública

### PROGRAMA SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Promover, generar y desarrollar medios y mecanismos para garantizar condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que incidan en el ejercicio pleno y autónomo de los derechos sexuales y reproductivos de las personas, grupos y comunidades, velando por la salud integral, la salud sexual y la salud reproductiva de las personas y su entendimiento como medio para que el bienestar físico mental y social sea posible, para los pueblos, grupos y comunidades del distrito de Cartagena, sin ningún distingo propiciado en la diferencia o las condiciones de vulnerabilidad en que puedan encontrarse inmersos, asegurando reducir esas condiciones de vulnerabilidad y garantizando la atención integral de las personas y la promoción de prácticas y conductas protectoras para el ejercicio de una salud sexual y reproductiva sana, segura, responsable, placentera y libre de violencias, que permita disminuir índices de ITS, VIH-SIDA, abortos y embarazos no deseados o antes de culminar la adolescencia, la mortalidad Materna y Perinatal, la detección temprana de cáncer de seno, útero y próstata, así como el pleno goce y garantía del ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos disfrute mismo desarrollaremos acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias para promover las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que permitan, desde un enfoque de derechos humanos, de género y diferencial, el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad y que el ejercicio de la misma, sea realmente materializado, a través de la prestación de servicios de calidad, humanizados, dignos y solidarios.

Se pretende dar un nuevo sentido y resignificar la vivencia de la sexualidad como condición esencialmente humana y su pleno disfrute, desde una visión ampliada que incluye lo relacional-comunicacional, erótico, afectivo y reproductivo, donde se entienda el cuerpo como el espacio para el desarrollo político y social en el ejercicio de la ciudadanía.

El programa o dimensión de la Sexualidad, Derechos Sexuales Y Reproductivos, está dividida en dos componentes que se complementan: Salud Sexual y Reproductiva y Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal.

### SUBPROGRAMA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Para la Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y la equidad de género, garantizando el goce y disfrute efectivo de los mismos, y una sexualidad y

reproducción libre de violencias en el marco de igualdad, libertad, autonomía y no discriminación por motivos de sexo, edad, étnica, orientación sexual o identidad de género, discapacidad, religión, ser víctima del conflicto armado o migrante; que le permita la toma de decisiones autónomas, libres e informadas sobre el cuerpo, la sexualidad y la reproducción.

Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derechos: cuyos objetivos se orientan a la garantía de la salud sexual y la salud reproductiva, con atención integrada, humanizada y de calidad, a la mujer gestante y lactante y la prevención del aborto inseguro; el empoderamiento del acceso a los servicios integrales y de los sistemas de seguimiento y evaluación, priorizando la población de 10 a 19 años; la atención a las víctimas de violencia de género y sexual; la intervención en Infecciones de Transmisión Sexual ITS-VIH/Sida, con énfasis en poblaciones vulnerables. Todo en el marco de los enfoques de derecho, género y diferencial". (MSPS, 2013).

Se quiere direccionar el desarrollo de la sexualidad como dimensión prioritaria definida en el desarrollo del curso de vida, que incluye el disfrute de la sexualidad y el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en forma digna, libre, e igualitaria y la transformación de los lugares, conceptos e imaginarios desde donde se piensa y vive la sexualidad, no solo orientada por la necesidad de prevención del riesgo de enfermar; a fin de contribuir a que la ciudadanía alcance el más alto estándar de salud sexual, salud reproductiva, bienestar físico, mental y social, como de desarrollo humano, a partir de acciones que promuevan el ejercicio autónomo de estos derechos para todas y todos, permitiendo el desarrollo de las potencialidades de las personas durante todo su ciclo vital; y el desarrollo social de los grupos y comunidades.

Además, se implementarán los lineamientos impartidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en la contingencia del covid-19 y cualquier otro patógeno al personal de salud y las diferentes poblaciones o grupos vulnerables y la comunidad en general, que intervenga en el ejercicio pleno de la sexualidad y los derechos sexuales y reproductivos

SUBPROGRAMA	Indicador de Producto	LINEA BASE DE INDICADOR DE PRODUCTO	META PRODUCTO	Responsable
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	Número de EAPB, su red prestadora vigilada y monitoreada en la aplicación de la estrategia de prevención de embarazo en adolescentes.	70 Fuente: Programa SSR (2019)	Vigilar y monitorear anualmente las capacidades de 20 EAPB, su red prestadora y 50 instituciones prestadoras de salud a través del desarrollo de una estrategia de	DADIS-DIRECCION OPERATIVA DE SALUD PUBLICA

			prevención de embarazo en adolescentes.	
	Número de EAPB, su red prestadora y usuarios fortalecidas en acciones encaminadas a erradicar la transmisión materno – perinatal de VIH-Sífilis y hepatitis B y C	20 Fuente: Programa SSR (2019)	Realizar acciones encaminadas a erradicar la transmisión materno – perinatal de VIH-Sífilis y hepatitis B y C con el fortalecimiento en las 20 EAPB, su red prestadora y usuarios.	DADIS-DIRECCION OPERATIVA DE SALUD PUBLICA
	Número de estrategia intersectorial para promoción de los derechos sexuales y reproductivos implementada.	0	Implementar (1) una estrategia intersectorial para promoción de los derechos sexuales y reproductivos y la adopción e implementación de las Rutas Integrales de atención en Salud Sexual y Reproductiva.	DADIS-DIRECCION OPERATIVA DE SALUD PUBLICA
	Número de EAPB, su red prestadora y usuarios fortalecidas en acciones encaminadas a mejorar la Atención de las Víctimas de Violencia Basada en Género	20 Fuente: Programa SS y R (2019)	Realizar acciones encaminadas a mejorar las competencias del personal de salud en la Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia de Género en 20 EAPB	DADIS-DIRECCION OPERATIVA DE SALUD PUBLICA

### SUBPROGRAMA PREVENCION DE LA MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL

Se realizarán acciones que pretendan mejorar la salud sexual y la salud reproductiva de las cartageneras embarazadas y sus productos, promoviendo prácticas y conductas protectoras para el ejercicio de una gestación tranquila y saludable, sana, segura y responsable, que permita disminuir índices de Morbimortalidad materna y perinatal, así mismo detectar, prevenir y atender integralmente a través de los servicios que garantiza el Sistema General de Seguridad Social en salud a las

embarazadas y sus recién nacidos, e implementar mecanismos para hacer efectivo el derecho a la salud.

Se implementarán acciones de prevención de la mortalidad materna y mortalidad perinatal garantizándole una atención integral en salud desde el momento de deseo de procrear, el desarrollo en el vientre materno hasta que el niño nace, mediante la promoción y seguimiento del control prenatal, del desarrollo y mejoramiento de los estados nutricionales de la madre y el no nato y el recién nacido. Se capacitará a todo el equipo de salud en los protocolos de atención para la prevención de la mortalidad materna y perinatal como parte integral de la estrategia.

Se quiere actuar de manera más consistente y oportuna a través de las acciones de promoción, prevención y gestión del riesgo de las gestantes procurando la mejora en general de la salud materna y en específico de los indicadores de mortalidad materna y morbilidad materna extrema. En el marco de la Política de atención integral en salud (PAIS) y la aplicación del Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) para las mujeres gestantes, se busca garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud bajo condiciones de equidad como elementos determinantes para el fortalecimiento de buenas prácticas que redunden en una mejor salud materna (MSPS).

SUBPROGRAMA	INDICADOR DE PRODUCTO	LINEA BASE DE INDICADOR DE PRODUCTO	META PRODUCTO	RESPONSABLE
PREVENCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL	Número de EAPB, su red prestadora y usuarios fortalecidos en acciones encaminadas a disminuir la mortalidad materna.	20  Fuente: Programa SSR (2019)	Ejecutar anualmente acciones encaminadas a disminuir la mortalidad materna con el fortalecimiento en las 20 EAPB, su red prestadora y usuarios	DADIS-DIRECCION OPERATIVA DE SALUD PUBLICA

### PROGRAMA VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Se fortalecerá las acciones sectoriales, transectoriales y comunitarios creando condiciones y capacidades en el sector y en otros sectores, organizaciones, instituciones, servicios de salud y en la comunidad para la gestión de planes, programas y proyectos enfocados en lograr el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas del ciclo de vida

mediante la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludables mediante un modelo de intervención transectorial denominado Estrategia de Gestión Integral EGI que permita reducir de manera progresiva y sostenida la exposición a condiciones y factores de riesgo ambientales, sanitarios y biológicos, así como la garantía del acceso a una atención integrada ante situaciones, condiciones y eventos transmisibles en el Distrito mejorando en el acceso y calidad de los servicios de

promoción de la salud, prevención, protección y atención de los eventos transmisibles , un enfoque diferencial y de equidad, disminuyendo la morbimortalidad y discapacidad evitable asociada a enfermedades transmisibles en el Distrito

### SUBPROGRAMA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LEPRA

Implementar intervenciones sectoriales, transectoriales y comunitarias con el objetivo de reducir el impacto sobre la salud, el bienestar social y económico en la población del Distrito de enfermedades infecciosas consideradas emergentes, re-emergentes y desatendidas como la Enfermedad de Hansen, reduciendo la carga de esta enfermedad mediante acciones promocionales, gestión del riesgo y acciones intersectoriales.

SUBPROGRAMA	INDICADOR DE PRODUCTO	LINEA BASE DE INDICADOR DE PRODUCTO	META PRODUCTO	RESPONSABLE
PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA LEPRA	Porcentaje de estudio de convivientes con seguimiento para la detección oportuna de casos de Lepra de acuerdo al protocolo	100% Fuente: Sistema de información Lepra. (2019)	Mantener el Seguimiento anual del 100% de convivientes para la detección oportuna de casos de Lepra	Departamento Administrativo Distrital de Salud DADIS
	Porcentaje de conformación y fortalecimiento de las organizaciones de base comunitarias (OBC) que apoyen las acciones de prevención y control de la lepra.	50% Fuente: Sistema de información TB y lepra. (2019)	Lograr la conformación y fortalecimiento anual del 100% de las organizaciones de base comunitarias (OBC) que apoyen las acciones de prevención y control de la lepra	Departamento Administrativo Distrital de Salud DADIS

### SUBPROGRAMA PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS

Implementar intervenciones sectoriales, transectoriales y comunitarias con el objetivo de reducir el impacto sobre la salud, el bienestar social y económico en la población del Distrito de enfermedades infecciosas consideradas emergentes, re-emergentes y desatendidas como la Tuberculosis, reduciendo la carga de esta enfermedad mediante acciones promocionales, gestión del riesgo y acciones intersectoriales

Resolución 227 del 25 de febrero de 2020, la cual adoptó los lineamientos técnicos y operativos del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, la cual contiene varios capítulos y anexos que incluyeron:

- Algoritmos de diagnóstico para los diferentes grupos poblacionales, tanto para la enfermedad como para la infección tuberculosa latente.
- Esquemas de tratamiento para la tuberculosis sensible, farmacorresistente y la infección tuberculosa latente.
- Recomendaciones para el manejo de la tuberculosis en situaciones clínicas especiales.
- Un instrumento psicosocial para la identificación de factores de riesgo de no adherencia al tratamiento.
- La declaración de derechos y deberes de las personas afectadas por tuberculosis, adoptada en julio de 2019 por la Asociación Stop TB Partnership, que debe leerse en correspondencia con el artículo 10 de la Ley 1751 de 2015, relativo a los derechos y deberes de las personas frente al sistema de salud. Esta declaración constituye un avance significativo para la protección integral de las personas afectadas por este padecimiento.
- Obligaciones y actividades para desarrollar por cada uno de los agentes del sistema de salud acordes a sus competencias de ley.
- Las recomendaciones para los hogares de personas afectadas por tuberculosis.
- Lista de los principales códigos CUPS vigentes, los cuales serán actualizados anualmente de acuerdo con la normatividad.

SUBPROGRAMA	INDICADOR DE PRODUCTO	LINEA BASE DE INDICADOR DE PRODUCTO	META PRODUCTO	RESPONSABLE
PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS	Porcentaje de conformación y fortalecimiento de las organizaciones de base comunitarias (OBC) que apoyen las acciones de prevención y control de la Tuberculosis	50% Fuente: Sistema de información TB y lepra. (2019)	Conformación y fortalecimiento anual del 100% de las organizaciones de base comunitarias (OBC) que apoyen las acciones de prevención y control de la Tuberculosis	Departamento Administrativo Distrital de Salud DADIS
	Porcentaje implementación del plan de acción de investigación operativa en tuberculosis de la Red Distrital de Investigación operativa y gestión del conocimiento en TB.	25% Fuente: Sistema de información TB. (2019)	Lograr el 100% de la implementación del plan de acción de investigación operativa en tuberculosis, a 2023.	Departamento Administrativo Distrital de Salud DADIS



	Porcentaje de estudio de contactos con seguimiento para la búsqueda activa de sintomáticos y detección oportuna de casos de Tuberculosis	98% Fuente: Sistema de información TB. (2019)	Mantener el Seguimiento anual del 100% de los contactos para la búsqueda activa de sintomáticos y detección oportuna de casos de tuberculosis	Departamento Administrativo Distrital de Salud DADIS
--	--	--	---	--

### SUBPROGRAMA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES

El subprograma hace parte integral de la Dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles en el componente Enfermedades Inmunoprevenibles del Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, para el logro de los objetivos de la misma; implementa las acciones para la gestión y administración de los componentes del programa en el Distrito con el fin de alcanzar las metas y objetivos de este subprograma como es el alcanzar y mantener coberturas útiles de vacunación (95% y más) y prevenir, controlar y minimizar el riesgo que propician la aparición de las enfermedades prevenibles por vacunas y sus efectos negativos en la población, respectivamente.

Así como las intervenciones con la coordinación intra e intersectorial y comunitarias que apuntan al fortalecimiento del Programa Ampliado de Inmunización del Distrito con el propósito de lograr la atención integral de la población objeto con equidad y disminución de las brechas de acceso

SUBPROGRAMA	Indicador de Producto	LINEA BASE DE INDICADOR DE PRODUCTO	META PRODUCTO	Responsable
PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES PREVENIBLES INMUNOPREVENIBLES	Número de niños y niñas menores de un año vacunados con todos los biológicos del esquema de acuerdo a la edad.	16.575 Fuente: Sistema Información PAI. (2019)	Vacunar anualmente a 17.600 niños y niñas menores de un año con todos los biológicos del esquema de acuerdo a la edad.	Departamento Administrativo Distrital de Salud DADIS

	Número de niños y niñas de un año vacunados con todos los biológicos del esquema de acuerdo a la edad.	17.082 Fuente: Sistema Información PAI. (2019)	Vacunar anualmente a 17.700 niños y niñas de un año con todos los biológicos del esquema de acuerdo con la edad.	Departamento Administrativo Distrital de Salud DADIS
	Número de IPS que prestan el servicio de vacunación con desarrollo de capacidades al recurso humano asistencial en salud en la normatividad, planes y estrategias del PAI	70 Fuente: Sistema Información PAI. (2019)	Desarrollar capacidades del recurso humano asistencial en salud en la normatividad, planes y estrategias del PAI a 70 IPS que prestan el servicio de vacunación.	Departamento Administrativo Distrital de Salud DADIS

### SUBPROGRAMA VIGILANCIA Y CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

El subprograma de enfermedades transmitidas por vectores del distrito de Cartagena en contexto y en armonía con las políticas internacionales y nacionales acoge las disposiciones de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, estableciendo que los sujetos de derecho son las personas, familias y comunidades, quienes deben beneficiarse de la actuación sobre los determinantes y de atenciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de acceso, calidad, oportunidad, pertinencia, con universalidad y eficiencia de las mismas, entre otras.

El programa promoción prevención vigilancia y eliminación de las ETV, está inmerso en la dimensión de vida saludable y enfermedades transmisibles, específicamente en el componente de condiciones y situaciones endemo-epidémicas, estableciendo como objetivos:

Contribuir a la reducción de la carga de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (Malaria, Dengue, Leishmaniasis, Enfermedad de Chagas), producto de su discapacidad, morbilidad y mortalidad, que afecta a la población colombiana, a través de la implementación, monitoreo, evaluación y seguimiento de la estrategia de gestión integral para las ETV”.

Lo relacionado con factores de riesgo del ambiente está inmerso en la dimensión de salud ambiental, estableciendo los siguientes objetivos tanto para el componente de hábitat saludable, como situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales:

“Intervenir determinantes sanitarios y ambientales de la salud, con enfoque diferencial, relacionados con el riesgo biológico asociado a la presencia de vectores, tenencia de animales de producción, compañía y silvestres”.

“Identificar y abordar eventos de interés en salud pública, relacionados con factores ambientales”.

El programa de promoción, prevención, control y eliminación de las ETV es un conjunto articulado de subsistemas, subprogramas y proyectos organizado por niveles que responden a las políticas y planes relacionados con su misión, liderado por la autoridad sanitaria nacional o territorial, articulador de actores públicos y privados intra e interinstitucionales y promotor de la integración transectorial.

Comprende recursos, usuarios o actores institucionales y sociales, normas, procedimientos e instrumentos, organizados para operativizar los planes y políticas relacionados con su misión. Respeto y articula acorde con las competencias establecidas en el marco legal e institucional de cada uno de sus actores. Como misión el programa debe contribuir a la reducción de la carga económica y social producida por morbilidad, discapacidad, complicaciones y mortalidad generada por las ETV y zoonosis, mediante la gestión con los actores públicos y privados, para la intervención de los determinantes sociales en salud, la inteligencia epidemiológica, la gestión del conocimiento, la promoción de la salud y prevención primaria de las ETV, la atención integral de casos y manejo de contingencias relacionados con ETV, acorde a los principios del plan decenal de salud pública y del plan de desarrollo correspondiente.

El programa de ETV en el distrito de Cartagena busca implementar intervenciones sectoriales, transectoriales y comunitarias dirigidas a afectar los determinantes sociales así como a prevenir, controlar y minimizar los riesgos que favorecen la aparición de eventos que se caracterizan por epidemias focalizadas disminuyendo la carga de las enfermedades transmitidas por vectores.

La Estrategia de Gestión Integral para la vigilancia, promoción, prevención, control y eliminación de las ETV - EGI ETV, mediante la concertación de actores, permite a) el fortalecimiento institucional a través de la concurrencia entre competencias, b) la intersectorialidad y c) el empoderamiento comunitario. Establece intervenciones a través de los componentes de gerencia del programa, inteligencia epidemiológica, gestión del conocimiento, promoción de la salud, prevención de la transmisión, atención de pacientes y la gestión y atención

La EGI ETV materializa sus acciones por intermedio de sus componentes, cada uno de ellos enmarcados en los desarrollos de los programas y subprogramas, es decir, a través de la armonización de planes estratégicos para las arbovirosis (dengue – chikungunya, Zika y otros), malaria, leishmaniasis, enfermedad de chagas.

Implementación y seguimiento de la EGI ETV

El Departamento administrativo Distrital de salud (DADIS) como dirección territorial de salud debe tener adoptada, adaptada e implementada la EGI ETV con su respectivo monitoreo y seguimiento en sus fases descritas según el lineamiento nacional para tal fin.

Si bien es cierto que el concepto vector involucra un ser vivo capaz de transmitir un agente etiológico infeccioso, regularmente en salud pública se utiliza para señalar un

grupo de enfermedades cuya transmisión está relacionada habitualmente con un artrópodo; dentro de este grupo podemos mencionar el Dengue, la fiebre amarilla, el Chikungunya, el Zika, la leishnmaniasis, la malaria o paludismo y el mal de chagas.

La manera de enfrentar la presentación habitual de estas patologías se enmarca en términos generales en dos grandes componente: primero la atención Integral de casos, es decir la atención médica con calidad y en oportunidad a pacientes que padezcan la patología y segundo, el control entomológico que se refiere al control del Vector.

En el primer componente se socializan los protocolos y las guías de atención clínica existentes al recurso humano sanitario y se realiza auditoria a la adherencia a los mismos. Y en el segundo componente, el entomológico, se busca controlar los vectores en sus formas inmaduras a través de la destrucción de criaderos de mosquitos ya sea físico mecánicamente, biológico o químico y con la aplicación de sustancia química plaguicida cuando de controlar focos o brotes de estos eventos epidemiológicos.

Con el desarrollo de actividades de Información y comunicación en salud se imparte conocimiento básico a las comunidades sobre hábitos y biología de estos vectores, así como la manera de desarrollar actividades comunitarias que permitan controlar los criaderos y que los afectados acudan a la atención médica de manera oportuna de ser necesaria.

Con lo anterior el programa de ETV y zoonosis apoyará técnicamente en las intervenciones que aporten al mejoramiento de los distintos entornos -Hogar, educativo, comunitario, institucional y laboral- en sus aspectos físicos, sociales y culturales haciéndolos más sanos y amigables, iniciativas como instituciones libres de vectores, tenencia responsable de animales de compañía y de producción, escuelas saludables, movilizadores del cambio social, política de bienestar y protección animal entre otros, con el fin de fortalecer el cuidado en las comunidades, en los distintos ámbitos mejorando la percepción del riesgo ante estos eventos.

El programa de ETV y Zoonosis propenderá por el empoderamiento de las comunidades para que tengan un mayor control sobre los determinantes de ETV y Zoonosis, en consecuencia, todas las estrategias y mecanismos contemplados en las RIAS se enfocarán en incrementar la capacidad de las comunidades y sus organizaciones sociales en el actuar y proteger su salud de las ETV y Zoonosis.

El programa promoción prevención vigilancia y eliminación de las ETV- Zoonosis garantizará las acciones de prevención las cuales se desarrollarán a partir de la intervención, prevención y control de las ETV para cada entorno, establecidas en la Resolución 3280 de 2018, modificada por la resolución 276 de 2019. Estas intervenciones incorpora los tamizajes y las acciones relacionadas con el vector y por ende la interpretación es la establecida en cada una de las fichas del artículo 3.2.1 de la Resolución 3280 de 2018. Así mismo, el componente de prevención de transmisión de la EGI es el ordenador de los planes intensificados de eliminación de las ETV.

Por lo anterior, el programa de ETV debe garantizar información en salud, prevención de la enfermedad y comunicación del riesgo acorde con los lineamientos nacionales.

De conformidad con lo anterior y en armonía de los lineamientos y estrategias a nivel internacional y nacional el distrito de Cartagena y su entre territorial en salud (DADIS) debe garantizar la implementación adopción ejecución y monitoreo de la EGI en todos sus componentes.

SUBPROGRAMA	INDICADOR DE PRODUCTO	LINEA BASE DE INDICADOR DE PRODUCTO	META PRODUCTO	RESPONSABLE
VECTORES	Porcentaje de implementación de la Estrategia de Gestión Integrada (EGI) para la vigilancia, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y control de la ETV	60% Fuente: Programa ETV (2019)	Implementar en un 100% de sus componentes la Estrategia de Gestión Integrada (EGI) para la vigilancia, promoción de la salud prevención de la enfermedad y control de la ETV.	DADIS- DIRECCION OPERATIVA DE SALUD PUBLICA
	Porcentaje de focos de arbovirosis (dengue – chikungunya, Zika y otros controlados o eliminados con acciones integrales de prevención y control	60% Fuente: Programa ETV (2019)	Controlar o eliminar en el 80 % los focos de dengue grave y brotes de dengue con acciones integrales de promoción y prevención	DADIS- DIRECCION OPERATIVA DE SALUD PUBLICA
	Porcentaje de focos de ETV-Zoonosis (malaria, leishmaniasis, enfermedad de chagas, encefalitis y zoonosis controlados o eliminados con acciones integrales de prevención y control	100% Fuente: Programa ETV (2019)	controlar o eliminar en el 100 % de los focos de ETV-zoonosis (malaria, leishmaniasis, enfermedad de chagas, encefalitis y otras ETV - zoonosis) con acciones integrales de promoción y prevención	DADIS- DIRECCION OPERATIVA DE SALUD PUBLICA

### SUBPROGRAMA PREVENCIÓN, MANEJO Y CONTROL DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA.

Este subprograma pretende La morbilidad grave y la mortalidad por infección respiratoria aguda en menores de 5 años, genera un alta demanda de atención a casos y un número de muertes importante casi todas evitables, generan el gasto de significativos recursos para su atención en los servicios de urgencias, hospitalización así como el uso de niveles altos de complejidad e incluso el de las unidades de cuidado intensivo, pero cuando se revisan en forma crítica dichos casos, la mayoría de ellos deberían haberse manejado en niveles de baja complejidad, con un buen nivel de resolutivez, si dichos casos hubieran sido manejados en forma oportuna y adecuada.

Teniendo como punto de partida, los derechos del niño basados en la Convención Internacional de derechos del niño y el Código de Infancia y adolescencia, este subprograma pretende la búsqueda de respuestas, efectivas y eficientes, requiere una adecuada aplicación de la atención primaria en salud, que implica generar un proceso de trabajo comunitario con participación social, que lleve a la comunidad y a sus actores sociales claves a empoderarse del problema y de sus posibles soluciones, lograr un trabajo intersectorial en busca de modificar los determinantes sociales de la salud y mejorar la oportunidad y calidad en la atención de los casos, haciendo una realidad las redes integradas de servicios de salud. En este programa se considera que las respuestas desde el sector salud se deben concentrar en tres estrategias grande 2 de ellas de tipo comunitario y una tercera de tipo institucional.

Estrategias comunitarias. Orientada a fortalecer el trabajo en salud colectiva con la comunidad, con los actores sociales claves buscando reforzar y consolidar los diferentes sistemas de participación social que lleguen a empoderar a dicha comunidad de los problemas y de las soluciones frente a la IRA, de tal manera que generen bases para un programa sostenible y sustentable; complementado este proceso con estrategias de comunicación a actores sociales claves, educadores y cuidadores de niños y niñas para lograr un cambio en conocimientos, actitudes y prácticas en acciones de promoción de la salud, estilos de vida saludable y en lograr una cultura de prevención de la IRA, con énfasis en:

- Hábitos nutricionales, incluyendo lactancia materna en forma exclusiva los primeros seis meses de vida del menor.
- Hábitos de higiene con énfasis en cultura de lavado de manos.
- Aplicación de las vacunas.
- Uso de estrategias para disminuir el contagio ante casos agudos de IRA. Adicionalmente, busca dar herramientas para el manejo oportuno de los casos de IRA de leve severidad a nivel de la comunidad y para la identificación oportuna de los signos de alarma que conlleven a la consulta oportuna en una institución prestadora de servicios de salud.

Esta Estrategia Institucional busca fortalecer las competencias del talento humano y lograr una atención oportuna y adecuada de los usuarios en las instituciones de salud con énfasis en las de baja complejidad; para esto se requiere la operación de las redes de prestadores, funcionamiento del sistema de referencia y contra referencia, y consecuentemente solventar todas las dificultades generadas por el sistema de aseguramiento.



SUBPROGRAMA	INDICADOR DE PRODUCTO	LINEA BASE DE INDICADOR DE PRODUCTO	META PRODUCTO	RESPONSABLE
PREVENCION, MANEJO Y CONTROL DE LA INFECCION RESPIRATORIA AGUDA.	Número de Instituciones prestadoras de salud prioritizadas que cuentan con Salas de atención a Enfermedades respiratorias agudas en el Distrito de Cartagena con desarrollo de capacidades técnicas en guías y protocolo.	10 Fuente: Programa IRA (2019)	Mantener anualmente las capacidades técnicas en guías y protocolo a Diez (10) Instituciones prestadoras de salud prioritizadas que cuentan con Salas de atención a Enfermedades respiratorias agudas en el Distrito de Cartagena	DADIS-Dirección Operativa de Salud Pública

### SUBPROGRAMA GESTION INTEGRAL Y RESPUESTA EN SALUD ANTE EMERGENCIAS Y DESASTRES

Fortalecer la capacidad de respuesta integral desde los diferentes sectores del Distrito frente a los desastres que se puedan presentar reduciendo el impacto negativo sobre la población mediante la integración del proceso de desarrollo y planificación sectorial, transectorial y comunitaria tendientes a la identificación, prevención y mitigación de los riesgos, generando espacios de información y conocimiento sobre del riesgo de desastres en sus diferentes ámbitos, planificación de las emergencias y desastres, atención, seguimiento y evaluación de la gestión y resultados así como reducir el riesgo de desastres actual y futuro para enfrentar las consecuencias asociadas a los impactos del cambio climático ,incluyendo las acciones necesarias para contener y mitigar la pandemia del COVID19 y otros riesgos biológicos, así mismo desarrollaremos acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias en salud ante situaciones de emergencias y desastres incluidas en los Planes para la gestión del Riesgo de Desastres dirigidas a gestionar la atención de las contingencias que puedan afectar la salud de la población.

SUBPROGRAMA	INDICADOR DE PRODUCTO	LINEA BASE DE INDICADOR DE PRODUCTO	META PRODUCTO	RESPONSABLE
SUBPROGRAMA GESTION INTEGRAL Y RESPUESTA EN SALUD ANTE EMERGENCIAS Y DESASTRES	Número de sectores socializados	3	Socializar anualmente el Plan Distrital de Gestión de Riesgo de Desastres a los sectores (3) Salud, Comunidad y entes transectoriales.	Dirección Operativa de Vigilancia y Control - CRUED
	Porcentaje de instituciones con servicios de urgencias aplicando el reglamento sanitario internacional.	100%	Lograr anualmente que el 100% de Instituciones con servicios de urgencias respondan oportunamente ante las emergencias y desastres que enfrenten.	Dirección Operativa de Vigilancia y Control - CRUED
	Centro Regulador de Urgencias de Cartagena y Bolívar construido y dotado.	0	Construir y dotar Centro Regulador de Urgencias y Emergencias y Desastres	Dirección Operativa de Vigilancia y Control - CRUED
	Porcentaje de instituciones con servicios de urgencias con oportunidad en la respuesta	100%	Lograr anualmente que el 100% de Instituciones con servicios de urgencias respondan oportunamente ante las emergencias y desastres que enfrenten.	Dirección Operativa de Vigilancia y Control - CRUED
	Porcentaje de instituciones con servicios de urgencias con acciones en suministro de sangre fortalecidas.		Fortalecer las acciones de gestión hospitalarias para el suministro de sangre y componentes sanguíneos en el 100%	Dirección Operativa de Vigilancia y Control - CRUED

			instituciones con servicio de urgencias	
--	--	--	---	--

### PROGRAMA SALUD Y ÁMBITO LABORAL

Hablar de promoción de la salud, es hablar, entre otros, la calidad de vida en el entorno laboral, sin delimitarlo al espacio físico de una determinada actividad económica, considerando todas las consecuencias que las condiciones de una labor generan en las esferas de vida de los trabajadores, es decir, en el escenario familiar, social, político, económico, reconociendo la integralidad entre el trabajador y su familia y animando el desarrollo de acciones sectoriales, intersectoriales y comunitarias, para favorecer los modos, condiciones y estilos de vida, la promoción y estilos en los entornos donde la vida tiene lugar, con el fin de reducir desigualdades que produce la exposición diferencial a los factores de riesgo en su área de trabajo ya sea formal e informal.

En este sentido el abordaje del ámbito laboral con llevara a la reducción de inequidades presentes ante la exposición a factores de riesgo en los escenarios donde las personas se organizan para la producción de bienes y servicios, promoviendo y protegiendo la salud de los trabajadores, potenciando acciones protectoras y, así mismo afectando positiva los factores adversos a su salud en el sector formal e informal en el Distrito de Cartagena

Se fortalecerán las acciones sectoriales y transectoriales que buscan el bienestar y protección de la salud de los trabajadores, a través de la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludables en el ámbito laboral, el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de las personas en todas las ocupaciones y el fomento de las intervenciones que modifican positivamente las situaciones y condiciones de interés para la salud de los trabajadores del sector formal e informal de la economía, así como el mejoramiento de las condiciones de salud y medio ambiente de trabajo de la población trabajadora del Distrito de Cartagena, mediante la prevención de los riesgos laborales y ocupacionales, que puedan afectar negativamente el estado de bienestar y salud de igual manera promover la salud de las poblaciones laborales vulnerables a riesgos ocupacionales, con enfoque diferencial.

### SUBPROGRAMA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Desde la Seguridad y Salud en el Trabajo se denota gran importancia para controlar los riesgos a los que se expone un trabajador en el sector formal e informal de la economía, bajo este marco, la forma pertinente de controlar un peligro es eliminarlo o minimizarlo sistemáticamente del entorno laboral, para así, reducir su exposición y la afectación. En concordancia cuando se presentan enfermedades transmisibles y/o eventos de interés en salud pública, como es él es el caso del nuevo coronavirus COVID-19, la prevención, seguridad y el cuidado

en salud se constituyen en herramientas importantes e indispensables para fortalecer las capacidades de la población trabajadora e instaurar medidas de protección efectivas que contribuyan a favorecer el bienestar individual y colectivo y, así mismo el logro de resultados en salud en las personas, familias y comunidades.

En el desempeño laboral, el impulsar la articulación de las ARL con las EPS y Régimen Especial para la realización de programas de promoción y prevención dirigidos a los trabajadores, así como contribuir a que las ARL sensibilicen a la población trabajadora sobre el autocuidado de la salud y las condiciones laboral y segura y así disminuir la mortalidad asociada con enfermedades profesionales y accidentes laborales en el Distrito de Cartagena.

SUBPROGRAMA	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE DE INDICADOR DE PRODUCTO	META PRODUCTO	RESPONSABLE
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Número de asistencias técnicas relacionadas con el Sistema General de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST) de conformidad con la normatividad Vigente realizadas a microempresas o macroempresas del Distrito	480  DADIS. 2019	Aumentar a 600 el número de visitas de asistencia técnica a microempresas o macroempresas del Distrito de Cartagena para el fortalecimiento y desarrollo de capacidades relacionadas con el Sistema General de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST) de conformidad con la normatividad Vigente.	Departamento Administrativo Distrital de Salud DADIS
	Número de sinergias y planes de acción con los actores del Distrito	28  DADIS. 2019	Aumentar a 36 actividades de coordinación con actores de las instituciones, entidades y otras de los sectores público, privado y comunitario del Distrito para el abordaje de la población trabajadora informal	Departamento Administrativo Distrital de Salud DADIS
	Número de intervenciones colectivas a la población del sector de la economía informal del Distrito.	15  DADIS. 2019	Aumentar a 20 intervenciones colectivas a la población del sector de la economía informal del Distrito.	Departamento Administrativo Distrital de Salud DADIS

## SUBPROGRAMA SITUACIONES PREVALENTES DE ORIGEN LABORAL

Conjunto de acciones dirigidas a disminuir los accidentes de trabajo, evidenciar las enfermedades laborales y fortalecer el proceso de calificación de origen y pérdida de la capacidad laboral, en las diferentes instancias. Su objetivo es crear una serie de acciones enfocadas en la disminución de accidentes de trabajo, que evidencien las enfermedades laborales y fortalezcan el proceso de calificación de origen y pérdida de la capacidad laboral. con el fin de disminuir tiempos para el reconocimiento de derechos y establecer un adecuado flujo de recursos entre los sistemas de salud y riesgos laborales, al igual definir la política nacional de investigación científica en seguridad y salud en el trabajo que permita establecer los problemas de mayor incidencia y prevalencia de la salud de los trabajadores, identificar e intervenir problemas emergentes o sin intervención, relacionados con la salud y el bienestar de los trabajadores.

La meta para el año 2021 es reducir el sub-registro de los eventos ocupacionales, a través del fortalecimiento del talento humano en salud para la calificación del origen de eventos y pérdida de capacidad laboral.

Además de establecer la línea base de las enfermedades laborales, diagnosticadas por cada 100.000 trabajadores afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales, junto con el desarrollo de la línea de investigación en salud en el ámbito laboral.

SUBPROGRAMA	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE DE INDICADOR DE PRODUCTO	META PRODUCTO	RESPONSABLE
SITUACIONES PREVALENTES DE ORIGEN LABORAL	Porcentaje de Administradoras de Riesgos Laborales desarrollo de capacidades para el fortalecimiento en temas de salud y ámbito laboral	100% DADIS. 2019	Realizar desarrollo de capacidades para el fortalecimiento en temas de salud y ámbito laboral al 100% de las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL)	Departamento Administrativo Distrital de Salud DADIS

### 3.6 ARMONIZACIÓN

La Constitución Política de Colombia en su Artículo 1 define a la República de Colombia como un estado social de derecho, descentralizado con autonomía de sus entidades territoriales; siendo su papel como estado social reconocer que la sociedad no es un ente compuesto por sujetos en abstracto, sino un conglomerado de personas y grupos en condiciones de desigualdad real, para lo cual debe crear los supuestos sociales de la misma libertad para todos, esto es,

suprimir la desigualdad de cualquier tipo, y en primer plano la social, para la que la acción del Estado se dirija a garantizarles a todos los ciudadanos condiciones de vida dignas, teniendo en cuenta esta condición se crea la armonización como la instancia articuladora del Estado social de derecho y las entidades territoriales, basándose en los principios de concurrencia, complementariedad y subsidiariedad establecidos en la Ley 152 de 1994 por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo.

En el Artículo 3 la Ley 152 de 1994 se definen los principios generales que rigen las actuaciones de las autoridades nacionales, regionales y territoriales en materia de planeación incluyendo estos tres principios y los define así:

**Concurrencia.** Cuando dos o más autoridades de planeación deban desarrollar actividades en conjunto hacia un propósito común, teniendo facultades de distintos niveles su actuación deberá ser oportuna y procurando la mayor eficiencia y respetándose mutuamente los fueros de competencia de cada una de ellas.

**Subsidiariedad.** Las autoridades de planeación del nivel más amplio deberán apoyar transitoriamente a aquellas que carezcan de capacidad técnica para la preparación oportuna del plan de desarrollo.

**Complementariedad.** En el ejercicio de las competencias en materia de planeación las autoridades actuarán colaborando con las otras autoridades, dentro de su órbita funcional con el fin de que el desarrollo de aquéllas tenga plena eficacia.

En esta Ley igualmente en su Artículo 5 del contenido de la parte general en su literal d establece la armonización de la planeación nacional con la planeación sectorial, regional, departamental, municipal, distrital y de las entidades territoriales indígenas.

Para la elaboración del Plan Distrital de Salud para el Distrito de Cartagena se realizó una revisión de los instrumentos del orden Distrital, Nacional e Internacional que deben ser base para la formulación de ese plan de tal manera que se cumpliera con la armonización del mismo y los criterios de concurrencia, complementariedad y subsidiariedad establecidos en la Ley 152 de 1994 por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo





## 4. PLAN PLURIANUAL DE INVERSIONES SALUD

PLAN TERRITORIAL DE SALUD- PLAN PLURIANUAL DE INVERSIONES 2020-2023

PROGRAMA	SUBPROGRAMA	2.020	2.021	2.022	2.023
<b>T O T A L E S</b>		<b>583.521.061.426</b>	<b>608.087.972.132</b>	<b>654.017.940.065</b>	<b>677.499.400.977</b>
FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD	<b>PROGRAMA FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD</b>	<b>573.564.324.568</b>	<b>597.694.731.972</b>	<b>642.849.754.159</b>	<b>665.903.898.749</b>
	<b>SUBPROGRAMA ASEGURAMIENTO</b>	<b>546.966.464.179</b>	<b>569.894.100.017</b>	<b>612.967.951.016</b>	<b>634.731.718.964</b>
	SGP-Salud	195.167.852.830	203.323.073.418	218.716.254.627	226.475.233.576
	Ingresos Corrientes de Libre Destinación	600.000.000	637.344.000	678.452.688	721.195.207
	Otras fuentes de financiación	351.198.611.349	365.873.682.598	393.573.243.701	407.535.290.180
	<b>SUBPROGRAMA PRESTACION Y DESARROLLOS DE SERVICIOS DE SALUD</b>	<b>20.195.388.399</b>	<b>21.153.810.564</b>	<b>22.688.651.820</b>	<b>23.667.827.721</b>
	SGP-Salud	14.191.014.812	14.783.995.953	15.903.262.571	16.467.432.251
	Ingresos Corrientes de Libre Destinación	5.600.000.000	5.948.544.000	6.332.225.088	6.731.155.269
	Otras fuentes de financiación	404.373.587	421.270.611	453.164.162	469.240.201
	<b>SUBPROGRAMA DESARROLLO INSTITUCIONAL</b>	<b>2.584.673.739</b>	<b>2.708.016.820</b>	<b>2.904.106.149</b>	<b>3.030.472.514</b>
	Ingresos Corrientes de Libre Destinación	750.000.000	796.680.000	848.065.860	901.494.009
	Otras fuentes de financiación	1.834.673.739	1.911.336.820	2.056.040.289	2.128.978.505
	<b>SUBPROGRAMA PROMOCION VIGILANCIA Y CONTROL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD</b>	<b>815.282.642</b>	<b>849.349.778</b>	<b>913.652.343</b>	<b>946.064.243</b>
	Ingresos Corrientes de Libre Destinación	0	0	0	0
	Otras fuentes de financiación	815.282.642	849.349.778	913.652.343	946.064.243
	<b>SUBPROGRAMA SISTEMA DE INFORMACION Y APLICACIONES EN EL DADIS DE INFORMACION</b>	<b>250.000.000</b>	<b>265.560.000</b>	<b>282.688.620</b>	<b>300.498.003</b>
	Ingresos Corrientes de Libre Destinación	250.000.000	265.560.000	282.688.620	300.498.003
<b>SUBPROGRAMA VIGILANCIA Y CONTROL DE MEDICAMENTOS</b>	<b>287.363.641</b>	<b>299.371.325</b>	<b>322.036.126</b>	<b>333.460.387</b>	
SGP-Salud	287.363.641	299.371.325	322.036.126	333.460.387	
<b>SUBPROGRAMA VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA</b>	<b>1.457.788.306</b>	<b>1.524.839.273</b>	<b>1.636.710.116</b>	<b>1.704.109.730</b>	
SGP-Salud	1.157.788.306	1.206.167.273	1.297.483.772	1.343.512.127	
Ingresos Corrientes de Libre Destinación	300.000.000	318.672.000	339.226.344	360.597.604	
<b>SUBPROGRAMA GESTION DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA</b>	<b>1.007.363.662</b>	<b>1.059.684.195</b>	<b>1.133.957.968</b>	<b>1.189.747.187</b>	
SGP-Salud	507.363.662	528.564.195	568.580.728	588.751.181	
Ingresos Corrientes de Libre Destinación	500.000.000	531.120.000	565.377.240	600.996.006	
GESTION DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES	<b>PROGRAMA GESTION DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES</b>	<b>728.156.860</b>	<b>763.696.967</b>	<b>818.538.536</b>	<b>855.357.243</b>
	<b>SUBPROGRAMA GARANTIA DE LOS DERECHOS Y BIENESTAR DE LOS GRUPOS VULNERABLES (MADRES, NIÑOS, PERSONAS CON DISCAPACIDAD, PERSONAS EN SITUACION DE RIESGO)</b>	<b>250.000.000</b>	<b>265.560.000</b>	<b>282.688.620</b>	<b>300.498.003</b>
	Ingresos Corrientes de Libre Destinación	250.000.000	265.560.000	282.688.620	300.498.003
	<b>SUBPROGRAMA PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LA SALUD EN LA INFANCIA</b>	<b>478.156.860</b>	<b>498.136.967</b>	<b>535.849.916</b>	<b>554.859.240</b>
SGP-Salud	478.156.860	498.136.967	535.849.916	554.859.240	
SALUD AMBIENTAL	<b>PROGRAMA SALUD AMBIENTAL</b>	<b>1.044.136.025</b>	<b>1.087.765.954</b>	<b>1.170.118.528</b>	<b>1.211.628.589</b>
	<b>SUBPROGRAMA VIGILANCIA Y CONTROL DE CALIDAD DEL AGUA PARA CONSUMO HUMANO</b>	<b>219.408.743</b>	<b>228.576.886</b>	<b>245.881.982</b>	<b>254.604.688</b>
	SGP-Salud	219.408.743	228.576.886	245.881.982	254.604.688
	<b>SUBPROGRAMA ZONOSIS</b>	<b>597.363.641</b>	<b>622.324.884</b>	<b>669.439.850</b>	<b>693.188.290</b>
	SGP-Salud	597.363.641	622.324.884	669.439.850	693.188.290
	<b>SUBPROGRAMA SEGURIDAD SANITARIA DEL AMBIENTE</b>	<b>227.363.641</b>	<b>236.864.184</b>	<b>254.796.696</b>	<b>263.835.632</b>
SGP-Salud	227.363.641	236.864.184	254.796.696	263.835.632	
VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES	<b>PROGRAMA VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES</b>	<b>1.244.078.849</b>	<b>1.296.063.524</b>	<b>1.394.185.889</b>	<b>1.443.644.759</b>
	<b>SUBPROGRAMA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES</b>	<b>467.363.641</b>	<b>486.892.746</b>	<b>523.754.418</b>	<b>542.334.653</b>
	SGP-Salud	467.363.641	486.892.746	523.754.418	542.334.653
	Otras fuentes de financiación	0	0	0	0
<b>SUBPROGRAMA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ALTERACIONES DE SALUD ORAL, VISUAL Y AUDITIVA</b>	<b>776.715.208</b>	<b>809.170.778</b>	<b>870.431.471</b>	<b>901.310.106</b>	
SGP-Salud	776.715.208	809.170.778	870.431.471	901.310.106	
CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL	<b>PROGRAMA CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL</b>	<b>715.121.044</b>	<b>745.002.860</b>	<b>801.405.529</b>	<b>829.835.463</b>
	<b>SUBPROGRAMA SALUD MENTAL</b>	<b>715.121.044</b>	<b>745.002.860</b>	<b>801.405.529</b>	<b>829.835.463</b>
SGP-Salud	715.121.044	745.002.860	801.405.529	829.835.463	
NUTRICIÓN E INOCUIDAD DE ALIMENTOS	<b>PROGRAMA NUTRICIÓN E INOCUIDAD DE ALIMENTOS</b>	<b>777.733.889</b>	<b>810.232.025</b>	<b>871.573.063</b>	<b>902.492.196</b>
	<b>SUBPROGRAMA NUTRICION</b>	<b>306.100.277</b>	<b>318.890.884</b>	<b>343.033.472</b>	<b>355.202.615</b>
	SGP-Salud	306.100.277	318.890.884	343.033.472	355.202.615
	<b>SUBPROGRAMA VIGILANCIA Y CONTROL DE ALIMENTOS</b>	<b>471.633.612</b>	<b>491.341.141</b>	<b>528.539.591</b>	<b>547.289.581</b>
SGP-Salud	471.633.612	491.341.141	528.539.591	547.289.581	
SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	<b>PROGRAMA SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS</b>	<b>1.017.090.923</b>	<b>1.059.590.754</b>	<b>1.139.810.241</b>	<b>1.180.245.112</b>
	<b>SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA</b>	<b>729.727.282</b>	<b>760.219.429</b>	<b>817.774.114</b>	<b>846.784.725</b>
	SGP-Salud	729.727.282	760.219.429	817.774.114	846.784.725
	<b>PREVENCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL</b>	<b>287.363.641</b>	<b>299.371.325</b>	<b>322.036.126</b>	<b>333.460.387</b>
SGP-Salud	287.363.641	299.371.325	322.036.126	333.460.387	
PROGRAMA VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES-	<b>PROGRAMA VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES-</b>	<b>3.313.055.628</b>	<b>3.451.493.896</b>	<b>3.712.799.561</b>	<b>3.844.511.462</b>
	<b>SUBPROGRAMA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LEPRA</b>	<b>312.686.102</b>	<b>325.751.902</b>	<b>350.413.924</b>	<b>362.844.889</b>
	SGP-Salud	247.363.641	257.699.898	277.209.839	287.043.883
	Otras fuentes de financiación	65.322.461	68.052.004	73.204.085	75.801.006
	<b>SUBPROGRAMA PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS</b>	<b>440.776.842</b>	<b>459.195.000</b>	<b>493.959.731</b>	<b>511.482.997</b>
	SGP-Salud	284.363.641	296.245.968	318.674.155	329.979.149
	Otras fuentes de financiación	156.413.201	162.949.032	175.285.576	181.503.848
	<b>SUBPROGRAMA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES</b>	<b>610.163.641</b>	<b>635.659.741</b>	<b>683.784.262</b>	<b>708.041.571</b>
	SGP-Salud	610.163.641	635.659.741	683.784.262	708.041.571
	<b>SUBPROGRAMA VIGILANCIA Y CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES</b>	<b>1.626.865.402</b>	<b>1.694.845.072</b>	<b>1.823.158.386</b>	<b>1.887.835.095</b>
SGP-Salud	1.117.363.641	1.164.053.436	1.252.181.582	1.296.602.837	
Otras fuentes de financiación	509.501.761	530.791.636	570.976.804	591.232.258	
<b>SUBPROGRAMA PREVENCIÓN, MANEJO Y CONTROL DE LA INFECCION RESPIRATORIA AGUDA.</b>	<b>322.563.641</b>	<b>336.042.181</b>	<b>361.483.259</b>	<b>374.306.910</b>	
SGP-Salud	322.563.641	336.042.181	361.483.259	374.306.910	
PROGRAMA SALUD PÚBLICA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES	<b>PROGRAMA SALUD PÚBLICA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES</b>	<b>750.000.000</b>	<b>796.680.000</b>	<b>848.065.860</b>	<b>901.494.009</b>
	<b>SUBPROGRAMA GESTION INTEGRAL Y RESPUESTA EN SALUD ANTE EMERGENCIAS Y DESASTRES</b>	<b>750.000.000</b>	<b>796.680.000</b>	<b>848.065.860</b>	<b>901.494.009</b>
Ingresos Corrientes de Libre Destinación	750.000.000	796.680.000	848.065.860	901.494.009	
SALUD Y ÁMBITO LABORAL	<b>PROGRAMA SALUD Y ÁMBITO LABORAL</b>	<b>367.363.641</b>	<b>382.714.179</b>	<b>411.688.700</b>	<b>426.293.394</b>
	<b>SUBPROGRAMA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b>	<b>367.363.641</b>	<b>382.714.179</b>	<b>411.688.700</b>	<b>426.293.394</b>
	SGP-Salud	367.363.641	382.714.179	411.688.700	426.293.394
	<b>SUBPROGRAMA SITUACIONES PREVALENTES DE ORIGEN LABORAL</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
SGP-Salud	0	0	0	0	