



TRABAJO DE INVESTIGACION

**LA "MALARIA" COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA EN
BUENAVENTURA, CALI, BARRANQUILLA Y DABEIBA PARA LOS AÑOS
2012-2013.**

RUTH HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ. CC 33.109. 549

TATIANA ANDREA GERENA VALLEJO. CC 31.585.326

CARMEN OROZCO DÍAZ. CC32.881.875

SUGEY RIVAS. CC 31.712.614

YASMIN HELENA VARGAS VASQUEZ COD 32.243.638

GRUPO

252828_16

TUTOR

DILSON RIOS ROMERO

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA

ESCUELA DE CIENCIAS BÁSICAS, TECNOLOGÍA E INGENIERÍA

TECNOLOGIA EN REGENCIA DE FARMACIA

2013

TITULO

LA "MALARIA" COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA EN BUENAVENTURA, CALI, BARRANQUILLA Y DABEIBA PARA LOS AÑOS 2012-2013

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Saber que conocimiento tiene la comunidad con respecto a este problema de salud pública y que acciones se aplican por parte de los entes territoriales para combatir este problema.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar cuál es la situación de la malaria en los lugares de concurrencia y determinar qué grado de importancia y atención le brindan a esta enfermedad de salud pública.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer los proyectos existentes por los entes territoriales para la prevención de la malaria y que avances se han visto durante el periodo 2012-2013
- Calcular el porcentaje que se presenta de la enfermedad en cada una de las ciudades y municipios objeto de la investigación.
- Saber que conocimientos tiene la comunidad con respecto a este problema de salud publica
- Conocer la historia de la malaria

MARCO METODOLOGICO

Por medio de encuestas realizadas a la comunidad en los diferentes municipios saber que conocimiento se tiene sobre la malaria como problema de salud pública.

A través de entrevistas a los diferentes entes territoriales como son la secretaria de salud de cada municipio y la UES conocer los planes y proyectos que se aplican para combatir y prevenir este problema y conocer los casos que se han presentado durante el periodo 2012-2013.

Buscar información en la web para complementar el trabajo de investigación y conocer a profundidad el tema

INTRODUCCION

Nuestro grupo escogió este tema ya las Enfermedades Transmitidas por Vectores ETV representan un problema de salud pública, y producen una elevada carga social y económica en la población colombiana a riesgo que no afecta solo un municipio sino que se ven reflejados datos importantes en todo el país, por tal motivo quisimos conocer todo lo que compete con este problema de salud pública. Realizando entrevistas ante los diferentes entes territoriales como son la secretaria de salud que es quien se encarga de la vigilancia y control de todos los problemas de salud pública en nuestro país de donde se obtuvieron datos importantes como los casos presentados por malaria en algunos municipios en el periodo 2012- 2013.

SITUACION ACTUAL DE LA MALARIA EN COLOMBIA

En Colombia la situación actual revela que hasta el 19 de abril se han notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA, liderado por el INS, 18 548 casos de la enfermedad, de los cuales el 66,4% correspondieron a *P vivax*, el 32,1 a *P falciparum*, el 1,4 a la asociación *P vivax + P falciparum* y 0,08% a *P malariae*.

Cuando se observa el comportamiento de la notificación por especie hasta el tercer periodo epidemiológico (es decir de 1 de enero a 23 de marzo) se encuentra que:

-) Para malaria por *P. vivax* disminuyó en un 14,8%. En porcentaje, la notificación hasta este periodo se incremento en más del 100% en Cundinamarca, Amazonas, Huila, Vaupés, Santander y Risaralda.
-) Para malaria por *P. falciparum* aumentó la notificación en un 69,2%. En porcentaje, la notificación hasta este periodo se incrementó en más del 100% en Nariño.

Hasta el tercer periodo epidemiológico se notificaron en Colombia 14580 casos de malaria, de los que 9596 (65,6%) casos correspondieron a *P. vivax*, 4791 (32,9%) casos a *P. falciparum*, 207 (1,4%) casos a malaria mixta y 13 (0,09%) a *P. malariae*. La relación de casos *P. vivax* y *P. falciparum* fue de 2,0 a 1.

Del total de casos, 9233 (63,3%) de los afectados fueron hombres y 5347 (36,7%) mujeres. La distribución por edad mostró que las personas de 19 años fueron las más afectadas, mientras que por grupos de edad, el de 15 a 19 años tuvo 2121 (14,5%) casos, seguido del grupo de 20 a 24 años con 2009 (13,8%) casos, el de 25 a 29 años con 1743 (12,0%) casos, y de 10 a 14 años con 1616 (11,1%) casos.

JUSTIFICACION

La malaria es una de la patologías infecciosas más importantes y constituye un evento cuya vigilancia, prevención y control revisten especial interés en salud pública; es por esta razón que nuestra investigación se enfocará en determinar y conocer el porcentaje de casos que se pueden presentar en las ciudades de Cali y barranquilla y los municipios de Buenaventura y Dabeiba.

La malaria o paludismo es una enfermedad que ha estado ligada a la humanidad desde tiempos remotos. La causa un parásito, el Plasmodium, que es transmitido mediante la picadura de mosquitos. El hígado es el primer foco de infección, pero son los glóbulos rojos los que seguidamente son atacados provocando unos síntomas similares a los de la gripe aunque mucho más severos.

Cada año existen en el mundo entre 300 y 500 millones de casos de malaria y provoca la muerte de 1 a 3 millones de personas. De hecho, se ha calculado que cada 30 segundos muere un niño a causa de esta enfermedad, ya que son el principal grupo de riesgo junto a las mujeres embarazadas.

La malaria está presente en una amplia franja del planeta, en las zonas tropicales y subtropicales. Sin embargo, más allá de su distribución natural, se puede apreciar que existe una evidente correlación entre el número de casos de malaria y la pobreza: en los países desarrollados ha sido eficazmente erradicada mientras que los países con rentas *per capita* más bajas son, con diferencia, los más afectados. Es por ello que la mayor parte de la carga que la malaria supone, se concentra en el campesinado y personas de bajos estratos que viven en zonas de alto riesgo. Esta epidemia provoca ausentismo laboral y escolar, además de suponer un alto gasto sanitario en todo el país.

MARCO REFERENCIAL

- ✚ La malaria es una de las principales enfermedades tropicales que se presentan en esta región desde 1987, según estudio se muestra que esta enfermedad presenta unos picos cuatrienales de ocurrencia, es decir que cada 4 años se manifiesta con mayor fuerza. Esto se comprobó con el comportamiento en 1987, 1991 y 1995.

No se sabe porque se da esta situación pero en otras áreas geográficas donde la malaria es endémica, como el África, ocurre lo mismo" dice la epidemióloga Patricia Sánchez, coordinadora técnica de Insalpa

El estudio realizado por el Instituto de Salud del Pacífico muestra que la malaria se presenta principalmente en la zona rural de Buenaventura, el 70% de los casos están registrados en esta área. En el casco urbano la enfermedad no aparece de una manera homogénea. La población más afectada corresponde a la comuna 12. Esta comuna a pesar de ser considerada dentro del área urbana, presenta condiciones rurales. Son lugares densamente poblados por bosque, donde existen focos naturales del mosquito, y el hombre en su tarea de colonizar la tierra entra en contacto con estos

- ✚ La letalidad por malaria ha tenido una tendencia marcadamente descendente en el país desde las últimas cuatro décadas del siglo pasado. Según SIVIGILA, en la primera década del presente milenio se calcula que han ocurrido anualmente entre 50 a 120 muertes por malaria complicada, principalmente en municipios de la Costa Pacífica. Sin embargo, es un evento con un sub-registro cercano al 70% y un importante sobre registro como causa oficial de muerte. El número de muertes por malaria registradas por el DANE, mediante certificados de defunción, ha oscilado en la última década (1999-2009) entre 65 - 165 muertes al año y en los registros de notificación semanal del SIVIGILA revelan cifras de mortalidad entre 20 - 60 muertes al año

- ✚ Las Enfermedades Transmitidas por Vectores ETV representan un problema de salud pública, y producen una elevada carga social y económica en la población colombiana a riesgo. El riesgo de transmisión se encuentra relacionado con determinantes dinámicos, que han aumentado en los últimos años, como la intensificación de la migración interna, conflicto armado, cultivos ilícitos, violencia, pobreza en zonas rurales, crecimiento desordenado de los núcleos urbanos, la explotación de los bosques y metales preciosos (uso del suelo), las secuelas

ambientales de proyectos estatales y privados, una eficiente gestión del ambiente, además del pobre liderazgo de las entidades territoriales de salud, para identificar e intervenir oportunamente los brotes de cada enfermedad (Larsen, 2004) (Organización Panamericana de la Salud, 2002).

HISTORIA DE LA MALARIA

La malaria ha infectado a los humanos durante más de 50.000 años, y puede que haya sido un patógeno humano durante la historia entera de nuestra especie. De cierto, especies cercanas a los parásitos humanos de la malaria se han encontrado en los chimpancés, pariente ancestral de los humanos. Se encuentran referencias de las peculiares fiebres periódicas de la malaria a lo largo de la historia, comenzando desde 2700 a. C. en China.

Los estudios científicos sobre la malaria hicieron su primer avance de importancia en 1880, cuando el médico militar francés Charles Louis Alphonse Laveran, trabajando en Argelia, observó parásitos dentro de los glóbulos rojos de personas con malaria. Propuso por ello que la malaria la causaba un protozooario, la primera vez que se identificó a un protozooario como causante de una enfermedad.¹⁰ Por este y otros descubrimientos subsecuentes, se le concedió el Premio Nobel en Fisiología o Medicina en 1907. Al protozooario en cuestión se le llamó *Plasmodium*, por los científicos italianos Ettore Marchiafava y Angelo Celli.

Un año después, Carlos Finlay, un médico cubano que trataba pacientes con fiebre amarilla en la Habana, sugirió que eran los mosquitos quienes transmitían la enfermedad de un humano a otro. Posteriormente, fue el británico Sir Ronald Ross, trabajando en la India, quien finalmente demostró en 1898 que la malaria era transmitida por los mosquitos. Lo probó al mostrar que ciertas especies del mosquito transmitían la malaria a pájaros y aislando los parásitos de las glándulas salivales de mosquitos que se alimentaban de aves infectadas.¹² Por su aporte investigador, Ross recibió el premio Nobel de Medicina en 1902. Después de renunciar al Servicio Médico de la India, Ross trabajó en la recién fundada Liverpool School of Tropical Medicine y dirigió los esfuerzos por controlar la malaria en Egipto, Panamá, Grecia y Mauricio.

Los hallazgos de Finlay y Ross fueron confirmados luego por un comité médico dirigido por Walter Reed en 1900, y sus recomendaciones implementadas por William C. Gorgas en medidas de salud adoptadas durante la construcción del Canal de Panamá. Este trabajo salvó la vida de miles de trabajadores y ayudó a desarrollar los métodos usados en campañas de salud pública contra la malaria.

El primer tratamiento eficaz para la malaria fue la corteza del árbol *Cinchona*, que contiene el alcaloide quinina. Este árbol crece en las colinas de los Andes, en particular en Perú. Los habitantes del Perú usaban el producto natural para controlar la malaria, y los Jesuitas introdujeron esta práctica en Europa durante

los años 1640, donde fue aceptada con rapidez. Sin embargo, no fue sino hasta 1820 cuando la quinina, el ingrediente activo, fue extraída de la corteza y nombrada por los químicos franceses Pierre Joseph Pelletier y Jean Bienaime Caventou.

A comienzos del siglo XX, antes de los antibióticos, los pacientes con sífilis eran intencionalmente infectados con malaria para crear una fiebre, siguiendo las investigaciones de Julius Wagner-Jauregg.

Al controlar la fiebre con quinina, los efectos tanto de la sífilis como la malaria podían ser minimizados. Algunos de los pacientes murieron por la malaria, pero el riesgo era preferible por encima de la casi segura muerte por sífilis.

A pesar de que en el estadio sanguíneo y en el mosquito del ciclo de vida de la malaria se estableció en el siglo XIX y a comienzos del siglo XX, solo en 1980 se observó la forma latente hepática del parásito. Este descubrimiento explicó finalmente por qué daba la impresión de que algunas personas se curaban de la enfermedad, para recaer años después de que el parásito hubiese desaparecido de su circulación sanguínea.

HISTORIA NATURAL DE LA MALARIA

Agente etiológico: Los agentes causantes de malaria en humanos son cuatro especies de protozoarios del género Plasmodium: Plasmodium falciparum, Plasmodium vivax, Plasmodium ovale y Plasmodium malariae. De estas especies, P. falciparum es él que más frecuentemente causa complicaciones y mortalidad. En Colombia, las especies más frecuentes en zonas endémicas son P. vivax y P. falciparum; la transmisión de P. malariae ocurre en focos dispersos a lo largo de la costa Pacífica, y no existe transmisión de P. ovale. También pueden ocurrir casos de infecciones mixtas, definidas como infecciones simultáneas por dos especies, usualmente P. vivax y P. falciparum.

Modo de transmisión: el plasmodium es transmitido al hombre después de haber sido picado por la zancuda del genero anopheles, la cual se contagia con el parasito después de haber picado a una persona enferma. La transmisión puede ocasionalmente ocurrir por inoculación directa de glóbulos rojos infectados por vía transfusional, así como congénitamente y, en forma casual, por pinchazos con jeringas contaminadas.

Periodo de incubación: El lapso que media entre la picadura del mosquito infectante y la aparición de los síntomas clínicos es de 7 a 14 días para P. falciparum; de 8 a 14 días para P. vivax y P. ovale, y de 7 a 30 días para P. Malariae. Con algunas cepas de P. vivax, principalmente en las zonas templadas, puede haber un periodo de incubación más largo, de 8 a 10 meses.

Las características clínicas de la malaria dependen de la especie del parásito, la concentración de parásitos asexuales en sangre (parasitemia) y del estado inmunitario del huésped. El cuadro clínico clásico consiste en escalofrío, fiebre y sudoración. El ataque agudo se inicia con accesos febriles precedidos

por escalofrío y seguidos de intensa sudoración que se repiten cada 48 o 72 horas según la especie de Plasmodium.

Antes de iniciarse el episodio febril se presenta un período de escalofríos, frío intenso y progresivo seguido de temblor incontrolable; esta fase tiene una duración hasta de una hora. Seguidamente, asciende la temperatura hasta desaparecer el escalofrío, apareciendo el período febril, cuya duración es de más o menos 6 a 8 horas. Este período febril suele acompañarse de otros síntomas como cefalea intensa, mialgias, artralgias, náuseas, vómito y malestar general.

En la última fase se presenta sudoración profusa, la temperatura cae gradualmente hasta su valor normal y desaparecen los síntomas. Al terminar la sudoración el paciente entra en un período asintomático, durante el cual se siente mejor y puede reanudar sus actividades hasta el próximo episodio febril. Es importante anotar que en los pacientes infectados existe parasitemia circulante aun en los períodos asintomáticos, lo cual permite realizar el diagnóstico microscópico en cualquier momento del día.

FACTORES DE RIESGO

Los principales factores de riesgo que determinan la transmisión endémica y epidémica son de tipo ecológico como la pluviosidad, temperatura y humedad; aspectos socio demográficos y culturales, factores relacionados con los servicios de salud y problemas como la resistencia de los parásitos a los medicamentos animalarios y de los vectores a los insecticidas.

En los últimos años, una serie de factores como los desplazamientos de poblaciones por conflictos sociales, la inseguridad y la pobreza en el campo, la inestabilidad en la población, variaciones climáticas y los cambios en el funcionamiento de los servicios de salud han determinado en conjunto que se dieran las condiciones para que se intensificara la transmisión de la enfermedad.

MARCO NORMATIVO NACIONAL

Decreto 3518 de octubre 9 de 2006 del Ministerio de la Protección Social por el cual se crea y reglamenta el Sistema de vigilancia en salud pública y se dictan otras disposiciones.

En cumplimiento del Acuerdo 117 de 1998, del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en el año 2000, por medio de la Resolución 412, el Ministerio de Salud adoptó las normas técnicas y guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés en Salud Pública.

La Constitución política de 1991, específicamente en su artículo 49 establece que “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado, donde se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”.

El Decreto 1843 de 1991 sobre **Uso y Manejo de Plaguicidas**, que en el artículo 119 refiere que “Las direcciones seccionales de salud deberán establecer programas de control integral de vectores en las áreas de su jurisdicción para disminución o eliminación de artrópodos que constituyen un riesgo para la salud de la comunidad. (Presidencia de la República de Colombia, 1991)”.

La Ley 715 de 2001 dicta normas sobre recursos de destinación específica a Salud y Educación desde el Sistema General de Participaciones. En ella obliga a los municipios y departamentos a generar acciones para garantizar la Salud Pública, incluidos dengue y malaria en la población. Reglamenta, además las competencias intersectoriales dirigidas al mantenimiento de la Salud Ambiental (Congreso de la República de Colombia, 2001).

El decreto 2323 de 2006, que tiene como objeto organizar la red nacional de laboratorios y reglamentar su gestión en su artículo 23 estipula que “... La financiación de los exámenes de laboratorio de interés en salud pública para el diagnóstico individual en el proceso de atención en salud, serán financiados con cargo a los recursos del Plan Obligatorio de Salud contributivo y subsidiado (Presidencia de la República de Colombia, 2006)”.

El Plan Nacional de Salud Pública 2006 – 2010, establecido mediante el decreto 3039 de 2007, establece competencias en los departamentos y municipios. Involucra las acciones en la línea de política relacionada con la promoción de la salud y calidad de vida, además de la prevención de riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud (Ministerio de Protección Social, 2007).

El CONPES 3550 de 2008, define los lineamientos para la formulación de la política integral de salud ambiental con énfasis en los componentes de calidad de aire, calidad de agua y seguridad química. Propone el abordaje de las ETV desde la perspectiva de la Salud Ambiental. Siendo un acuerdo interministerial tiene un alcance en el abordaje integral que facilita su inclusión en una de las principales comisiones creadas como es la CONASA, dentro de la cual el programa nacional de ETV participa en una mesa temática (Departamento Nacional de Planeación, 2008).

La Resolución 425 de 2008 del Ministerio de la Protección Social orienta la implementación de las disposiciones establecidas en el decreto 3039 de 2007, y define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial y las acciones de Intervenciones colectivas a cargo de las entidades territoriales, que incluyen actividades de educación, información y comunicación y movilización social frente a dengue, malaria, Chagas y leishmaniosis (Ministerio de Protección Social, 2008).

Adicionalmente, mediante el artículo 44 del Acuerdo 008 de 2009 de la Comisión Reguladora de Salud, se adoptaron las actividades, procedimientos e

intervenciones individuales y familiares para la protección específica y detección temprana definidas en el Acuerdo 117 de 1998 y adoptadas mediante Resolución 412 de 2000 bajo la denominación de Normas Técnicas de obligatorio cumplimiento, para las enfermedades de interés en salud pública como lo son Tuberculosis, Lepra, Malaria y Leishmaniosis (Comisión Reguladora de Salud, 2009) .

El plan de desarrollo 2010-2014 se expidió mediante la ley 1450 de 2011. El gran objetivo del Plan nacional de desarrollo es velar por la igualdad de oportunidades para toda la población, procurando la consolidación de un sistema de salud equitativo, sostenible y de calidad. Dentro de este propósito el gobierno nacional se propone a 2014 reducir la mortalidad por dengue y malaria a 57 y 46 casos respectivamente (Departamento Nacional de Planeación, 2010)

La ley 1438 de 2011, que reforma parcialmente la Ley 100 de 1993, dándole un enfoque en Atención Primaria en Salud, define explícitamente que el gobierno nacional será de responsable de la política de salud pública y de garantizar la ejecución y resultados de las acciones de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como pilares de la estrategia de Atención Primaria en Salud, para lo cual determinará la prioridad en el uso de los recursos que para este fin administren las Entidades Territoriales y las Entidades Promotoras de Salud. El Plan Decenal de Salud. (Congreso de la República de Colombia, 2011).

El Ministerio de Protección Social mediante la resolución 2257 de 2011, adopta los protocolos y guías para la gestión de la vigilancia en Salud Pública, las guías de atención clínica integral y las guías de vigilancia entomológica para el control de las ETV (Ministerio de Protección Social, 2011).

Finalmente, la CRES, mediante el acuerdo 029 de 2011, en el artículo 12 establece la inclusión de medicamentos y procedimientos para el tratamiento y diagnóstico de dengue y malaria (Comisión Reguladora en Salud, 2011).

Responsables en la vigilancia y control de la malaria

Es responsabilidad del Instituto Nacional de Salud a través Subdirección de vigilancia y control en salud pública, emitir los parámetros para realizar la vigilancia a través de este documento y de los actores del sistema:

Ministerio de la Protección Social-Centro Nacional de Enlace.
Instituto Nacional de Salud-Subdirección de vigilancia y control en salud pública.

Unidades notificadoras: Entidades territoriales de carácter nacional, departamental, distrital y municipal.

Unidades primarias generadoras de datos: Entidades de carácter público y privado que captan los eventos de interés en salud pública.

Proyectos existentes en Colombia para combatir la malaria y entes participantes.

Actualmente en Colombia existen diferentes proyectos, para este trabajo tuve la oportunidad de entrevistar a una de las personas encargadas del proyecto malaria Colombia que es quizá uno de los proyectos que mejores resultados a dado en el periodo del 2010 al 2013.

(PMC) "Uso de la inteligencia epidemiológica con participación social, para fortalecer la gestión del Programa, mejorar el acceso al diagnóstico y tratamiento y ejecutar intervenciones eficaces para la prevención y control de la malaria, Colombia 2010-2015"

Este proyecto se inició en marzo del 2010 y está financiado por el fondo mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria, lo que se busca con el proyecto es reducir la morbilidad de la malaria en un 40% y la mortalidad en un 95%, este proyecto se ha concentrado en 5 departamentos de Colombia que es donde se ve la mayor carga de malaria del país; estos departamentos son Choco, Cauca, Córdoba, Antioquia y Valle del cauca.

Los objetivos que tiene este proyecto son:

- Incrementar el acceso al diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado-
- Implementar la protección con mosquiteros tratados de larga duración
- Implementar y sostener el subsistema de información y gestión inteligente
- Diseñar e implementar planes de comunicación y movilización social

Buenaventura, municipio priorizado por el proyecto, aportó en el 2011 el 86,3 % de los casos de malaria en todo el departamento. Para el 2011 notificaron 2390 casos de malaria en este municipio, de los cuales el 73% correspondió a malaria por *P. vivax*, el 26% a malaria por *P. falciparum* y un 1% a malaria mixta y ningún caso de malaria por *P. malariae*; en este municipio se abrieron puestos de diagnóstico por microscopia en el área marítima y rural, han entregado tratamientos para la malaria en las zonas de afectación, se han entregado TILD (toldillo insecticida de larga duración) y se han realizado capacitaciones a la comunidad perteneciente al área rural buscando cambiar la conducta de la comunidad utilizando que ayuden a prevenir esta enfermedad.

Entes que participan en el proyecto: Ministerio de protección social, Programa ETV del departamento, Fondo mundial de lucha contra la malaria, Autoridades locales y la comunidad

Actividades realizadas por la secretaria de salud de Buenaventura: se está trabajando con la comunidad procurando la cultura con lo que concierne al manejo de las aguas usadas se van a realizar fumigaciones en tres ciclos de la

ciudad para disminuir la presencia del sancudo, es la primera vez que se va hacer esto. Y lo tercero es la capacitación a los micros copista de la zona urbana a los bacteriólogos y a un grupo médico para el manejo de la malaria.

Se hacen capacitaciones en las IPS y EPS, se realiza acompañamiento de asesoría y asistencia técnica.

Las acciones de diagnóstico y tratamiento de la malaria en Colombia están incluidos dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS). El Ministerio de la Protección Social adquiere los medicamentos para tratamiento de la malaria y los distribuye de forma gratuita a través de las instituciones rectoras de la salud pública en cada entidad territorial. Los actores responsables por la prestación de los servicios en las zonas endémicas de malaria deben coordinar acciones para que la población tenga acceso gratuito a diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno.

Cómo prevenir la enfermedad

-) Durmiendo bajo mosquiteros, en lo posible impregnados con insecticida de larga duración, con sus orillas introducidas debajo del colchón.
-) Evitando las actividades fuera de la vivienda durante la noche (sobre todo entre las 18:00 y 20:00 horas), cuando los mosquitos transmisores son más abundantes y activos.
-) Las viviendas deben estar protegidas con telas metálicas finas sobre puertas y ventanas, y si no se dispone de ellas, cerrar por las noches puertas y ventanas.
-) Usar ropas de manga larga y pantalones largos cuando haya que salir de la casa por la noche, y no usar colores oscuros que atraigan los mosquitos.
-) Rociar por la noche las habitaciones con insecticidas en aerosol o asperjados por dispositivos manuales u operadores por batería que contengan tabletas impregnadas de piretroides en espirales u otras presentaciones.
-) Aplicar repelentes tópicos en forma adecuada en los lugares más expuestos de la piel.
-) Si en el lapso de dos semanas después de haber salido de la zona endémica presenta fiebre, escalofríos y sudoración, debe realizarse inmediatamente un examen parasitológico para confirmar o descartar la enfermedad.

MARCO CONCEPTUAL

ETV: enfermedades transmitidas por vectores; Las ETV son padecimientos relacionados con el saneamiento del ambiente doméstico y de los espacios cercanos a las comunidades, donde se reproducen o protegen los vectores y facilitan el contacto entre agentes y huéspedes

Malaria: o paludismo es una enfermedad parasitaria transmitida al humano por mosquitos del genero anopheles

Plasmodio (Plasmodium): Protozoo parásito que infecta diferentes clases de vertebrados; entre más de 175 especies existentes, cuatro son las que con mayor frecuencia infectan al hombre: Plasmodium falciparum, P. vivax, P. ovale y P. malariae

Plasmodium vivax es un parásito de los hematíes causantes de la más frecuente y extensamente distribuida forma de malaria benigna. Es una de las cuatro especies del parásito que causa la infección en humanos. No es tan virulenta o mortal como lo es Plasmodium falciparum, la más letal de las cuatro. P. vivax se transmite por la hembra del mosquito Anopheles.

Plasmodium falciparum: es un protozoo parásito, una de las especies del género Plasmodium que causa malaria en humanos. Es transmitida por mosquitos Anopheles. Se pueden observar diferentes fases evolutivas, en el mosquito Anopheles (donde se reproduce el parásito), en el interior de los hepatocitos y en el interior de los glóbulos rojos del hospedador humano. P. falciparum transmite la forma más peligrosa de malaria con los índices más altos de complicaciones y mortalidad, productor del 80% de todas las infecciones de malaria y 90% de las muertes por la enfermedad. Su prevalencia predomina en el África subsahariana, más que en otras áreas del mundo.

TILD: toldillo insecticida de larga duración

Casos de malaria reportados en los diferentes municipios periodo 2012-2013

CASOS DE MALARIA EN EL MUNICIPIO DE DABEIBA ANTIOQUIA

	AÑO 2012		AÑO 2013	
	VIVAX	FALSIPARUM	VIVAX	FALSIPARUM
ENERO	19	2	17	2
FEBRERO	15	3	22	0
MARZO	12	0	15	1
ABRIL	20	6	8	2
MAYO	22	5	4	0
JUNIO	10	3	12	0
JULIO	17	0	20	3
AGOSTO	13	4	8	0
SEPTIEMBRE	21	3	7	0
OCTUBRE	20	3	8	1
NOVIEMBRE	16	2	13	0
DICIEMBRE	17	4		

Dabeiba es considerada zona endémica de malaria por su clima tropical, la estadística es tomada por estudios epidemiológicos del SIVIGILA (sistema de vigilancia epidemiológica) Según la estadística la enfermedad se presenta más en los hombres que en las mujeres ya que viven a mayor exposición al clima y por su condición de trabajo en el campo.

Es de aclarar que en el casco urbano la enfermedad no es muy frecuente , la presencia de este mosquito es de la zona que cubre la vía al mar en el trayecto de Dabeiba a Mutatá en el cual se presentan lluvias constantemente haciéndolo muy húmedo y apto para la reproducción del anopheles.

Casos de malaria reportados en Buenaventura

El comportamiento histórico de la enfermedad en el municipio de Buenaventura en el 2011, se ubicó en zona de alarma, a excepción de las semanas 7, 51 y 52 en donde se ubicó en zona de seguridad. Esta zona de alarma se conserva en los casos derivados de P. vivax, contrario a lo reportado en los casos de malaria por P. Falciparum en donde se ubicaron en zona de seguridad la mayor parte del año.

Zonas de buenaventura que se ven afectadas por la malaria

En Buenaventura el 98% de los casos de malaria se presentan en la zona rural y el 2% en la zona periurbana, esto debido a la falta de condiciones de salubridad y al abandono de los tratamientos

En la zona rural de Zaragoza hacia el año 2010 se reflejó un aumento de esta enfermedad debido a la minería ilegal, ya que a diario se abrían huecos que en pocas horas se inundaban por las lluvias

Tipo de malaria	2010	2011	2012	2013
Falciparum	1264	700	146	122
Vivax	4135	1671	886	656
Malariae	2	-----	-----	-----
Mixtas	40	6	1	4
Complicada	33	19	9	4
Mortalidad	2	1	-----	-----

Casos de malaria reportados en Buenaventura en el periodo 2010-2013

Los datos recolectados en esta tabla fueron obtenidos en la secretaria de salud de Buenaventura por la doctora Isaura Benavides coordinadora de salud; quienes son los encargados de la inspección, vigilancia y control.

CONCLUSIONES

- Según los datos recolectados se muestra que esta patología es mas predominante en hombres que en mujeres y que el grupo de edad que se ve mayormente afectado oscila entre los 14 y 45 años ya que esta es una edad productiva.
-

Anexos

Resumen del plan territorial de cada municipio

PLAN DE ORDENAMIENTO TERRITORIAL DE SANTIAGO DE CALI

El modelo territorial actual del municipio de Santiago de Cali en el cual habitan dos millones doscientos mil habitantes, está caracterizado tanto por la fuerte presencia del medio natural paisajístico como de fuertes inequidades en la apropiación social del espacio privado como público.

El Modelo Rural

Está determinado por la geografía del territorio y comprende tres grandes espacios territoriales, así:

- **La Cordillera**, comprende el área de páramo en cotas superiores a los 3.400 m.s.n.m. poco poblado y más conservado, y el área de bosque andino, entre las cotas 2.500 y 3.400 m.s.n.m. Es un área de gran biodiversidad, donde nacen la mayoría de ríos y quebradas del Municipio; está afectado por procesos de degradación, fragmentación, erosión y pérdida de biodiversidad. En él se encuentran asentamientos dispersos producto del proceso de colonización. La conexión vial a esta área es escasa y corresponde a los tramos viales finales de penetración que vienen desde el área plana.

- **La Ladera**. Corresponde a la amplia franja entre los 1200 y 2500 m.n.s.m del bosque subandino. Área con variedad de usos forestal, relictos de minería, explotación agrícola, asentamientos nucleados, vivienda dispersa con carácter campestre, etc. En él, hay una diferenciación espacial por unidades de paisaje en la medida que los ríos consolidan cuencas, a saber: Pance, Meléndez-Lili, Cañaveralejo, Cali-

Pichindé, Aguacatal-El Chocho. De ellas las más extensas son las correspondientes a los ríos Pance y Cali. En la parte más baja se presentan asentamientos provenientes de extensiones de la expansión informal de la ciudad. Este subsistema está comunicado por un sistema de penetraciones en sentido oriente-occidente y en menor número de tramos de interconexión a manera de rondas entre cuencas.

- **La Zona Plana**. Corresponde a las áreas localizadas entre el Río Cauca y la cota 1.200 m.s.n.m., con un clima cálido donde se diferencian cinco unidades físico- funcionales:

- El área rural plana con usos agrícolas dominados por el cultivo de la caña.
- El área rural de asentamientos en corregimientos, localizados en forma lineal, en cercanías del Río Cauca así como vías colectoras hacia él.
- El Área del Bassin del Río Cauca al extremo oriente, terrenos bajos caracterizados por su alto nivel freático, presencia de humedales y con una destinación agrícola especialmente de caña.
- Una franja rural de óptima urbanización, caracterizada por pendientes suaves menores del 15% y áreas no inundables, drenadas naturalmente y ocupadas por pastos y rastrojos, conviviendo con el asentamiento de parcelaciones y vivienda campestre, equipamientos educativos y recreativos de diferentes escalas.

En resumen, podemos anotar que el área rural de Cali se encuentra en un difícil equilibrio, el área del Parque Natural Nacional Los Farallones y la zona de Reserva Forestal definida por la normativa ambiental ocupa un 50 por ciento y el área rural campestre que queda después de descontar el área urbana es realmente escasa (cerca de un 20% del total), con limitaciones, por su baja oferta ambiental, para la ocupación residencial, (por pendientes, fallas y condiciones de los suelos, coluviones, explotación minera etc.) y al mismo tiempo tiene fuertes presiones de ocupación por parte de los estratos altos y bajos. Por otro lado, presenta limitaciones a la misma producción agrícola, que hacen que sea la zona plana, con mayor capacidad agrológica, la única posibilidad real de

utilización productiva de importancia en la mira del aumento de la sostenibilidad alimentaria, zona al mismo tiempo, presionada por la demanda, real o ficticia, de expansión urbana.

El Modelo Urbano

La interpretación del modelo urbano actual surge de considerar:

- Que la calidad de oferta ambiental para la urbanización explica en gran parte la distribución de la población, según estratos.
- La morfología dada por la topografía, el sistema arterial urbano y la presencia de cauces naturales de los ríos.
- Que la distribución espacial de las actividades caracterizan sectores de la misma.

El modelo urbano se puede describir a partir de las franjas que conforman la ciudad y permiten reconocer las siguientes: una franja occidental longitudinal de ladera, una franja lineal de óptima urbanización, una franja plana y una franja baja oriental o de Bassin del Río Cauca.

a. La franja Occidental Longitudinal: de Ladera con una trama general vial de ramales y rondas subdivididas en 3 partes: parte central ocupada por vivienda y equipamiento con volumetrías altas y bajas y en sus partes sur y norte por viviendas bajas, equipamientos educativos principalmente y relictos de minería.

b. La Franja Intermedia o Franja de Óptima Urbanización, caracterizada por pendientes suaves menores del 12%, que se subdivide a su vez, en cuatro partes urbanas, así:

El centro Ampliado, localizado en el cono de deyección del Río Cali, contiene la mayor gama de actividades urbanas, con un trazado general donde convergen la mayor parte de la vialidad arterial urbana y particular donde predomina la retícula, tiene un desarrollo tipológico caracterizado por una alta ocupación del suelo y una volumetría variada y la mayor concentración de hitos y monumentos de nivel urbano.

El Centro - Sur, con una morfología dominada por un trazado general en retícula y en lo tipológico por desarrollos bajos y edificaciones en altura de vivienda, en las modalidades de loteo individual y de Conjunto y usos comerciales y de servicios ligados en su localización con el sistema vial arterial. Esta parte concentra una alta proporción de edificaciones excepcionales de carácter recreativo-deportivo y de equipamientos colectivos especialmente de salud y educación.

El sector sur definido entre los ríos Meléndez y Pance conforman una importante sub zona, la cual se caracteriza por localización de uso institucional, los valores paisajísticos y el potencial dado por sus áreas libres.

El Centro - Norte, con un desarrollo radio concéntrico entre el Río Cali y los cerros al occidente; tiene un desarrollo residencial caracterizado por un sistema de barrios en baja altura y conjuntos residenciales, bajos y en altura, hacia la periferia.

□ **El Centro - Oriente**, con un desarrollo reticular y parcialmente concéntrico en terrenos planos, con un desarrollo residencial de baja altura y bastante homogéneo en su tipología.

c. La Franja de la Zona Plana

Constituida por un desarrollo Morfológico arterial donde domina la retícula, pero con una escasa articulación con la parte central; tiene un uso predominante de vivienda de volumetría baja pero densa y con equipamientos de carácter local, se caracteriza por la pobreza en edificaciones excepcionales, pues los equipamientos colectivos asumen el carácter de edificaciones generalmente genéricas.

d. La Franja Baja Oriental que se corresponde con la parte urbana del Bassin del Cauca, terrenos bajos sin drenaje natural y altos niveles freáticos, con una morfología y actividades muy homogéneas en cuanto a su sistema de barrios de alta densidad en baja altura. Posee una retícula arterial general combinada de vías de recorrido circunvalar con vías de trama en retícula Aunque muestra las mismas consideraciones de edificaciones excepcionales del anterior, su morfología más diseñada presenta una mejor distribución de sus espacios abiertos.

Modelo Regional

La ciudad de Santiago de Cali es epicentro de la región sur –occidental del país, y desde la perspectiva de la Cuenca del Pacífico, Cali se constituye en el gran puerto seco del occidente del País, y como Centro Administrativo y de Servicios de la región, con un radio de acción que cubre los Departamentos del Valle, el sur del Chocó, Cauca e inclusive Nariño.

Este territorio regional está constituido por tierras de variados matices hipsométricos, con una calidad agrícola óptima en sus tierras planas, con una buena capacidad portante, pero afectada por fallas geológicas de diversa índole y magnitud, un sistema hídrico, que surca las laderas y atraviesan el valle hasta llegar al Río Cauca, eje central del sistema, con abundantes zonas pantanosas e inundables, articuladas con un sistema de aguas subterráneas; y el sistema atmosférico que por la conformación misma del geográfico, posee un excelente régimen de lluvias, vientos y humedad ambiente.

Las actividades económicas se especializan referenciadas al sistema geográfico; sobre la Cordillera Occidental, se desarrolla un corredor minero en sentido norte-sur, la industria manufacturera y de transformación se concentra entre Cali y Yumbo; en el valle geográfico un corredor norte-sur de carácter agroindustrial, con una tendencia a la industria transformadora de alimentos hacia el extremo norte de la región y una tendencia a la concentración de ingenios azucareros hacia el sur; en las laderas se ha desarrollado una explotación agropecuaria. Se observa en general, que la mitad de la tierra plana del Valle está dedicada al cultivo intensivo de la caña de azúcar.

En el área inmediata o microrregión los centros urbanos aquí localizados conforman un sistema de ciudades en donde Cali y Palmira son los dos centros superiores de la región sur que concentran cerca del 90% de su población; Cali es el mayor centro de actividades secundarias y terciarias, centro de gestión económica financiera y de servicios regionales y Palmira, es el mayor centro agropecuario de la región.

Pradera, Florida, Candelaria, El Cerrito, Jamundí, Dagua y Yumbo constituyen el grupo de los centros intermedios; los cuatro primeros desarrollan actividades agroindustriales; Jamundí y Dagua desarrollan actividades agropecuarias y mineras.

Así mismo se encuentra una red de centros menores, en donde el 93% de los corregimientos presentan poblaciones no concentradas que fluctúan entre 500 y 5.000 habitantes, conformando una densa red conurbada.

El ecosistema de la región del valle geográfico está seriamente amenazado por las incoherencias en la organización espacial de los asentamientos y el desarrollo de las actividades productivas sin control ambiental, convirtiendo la región en una zona ecológicamente crítica. Así mismo, la localización de las actividades productivas, es desequilibrada en relación con la distribución espacial de los asentamientos, generando flujos diarios interurbanos que no cuentan con la infraestructura y los servicios adecuados para su eficiente circulación, convirtiendo unas ciudades en dormitorio de otras. La dispersión de asentamientos rurales y la falta de planificación regional han producido una dispersión en la infraestructura básica de los servicios sociales.

Finalmente, la concentración de empleo terciario, de las inversiones y los servicios regionales en Cali, ha producido una macrocefalia urbana en la región, en detrimento del resto de cabeceras municipales y asentamientos rurales de importancia. En la microrregión, el modelo actual se expresa en el territorio con una fuerte conurbación con las siguientes características: entre Cali y Jamundí se empieza a carecer de límites mediante la extensión de la malla vial y de actividades residenciales y terciarias; las zonas de Agua blanca y Dese paz presentan un desdoblamiento sobre la margen derecha del Río Cauca, en territorio de los municipios de Palmira y Candelaria. Yumbo conserva el uso industrial hasta el límite con Cali; con Palmira la conurbación se presenta con la zona industrial de la Dolores y los asentamientos subnormales de Juanchito.

Acorde con lo anterior, la ocupación del territorio de la región presenta un sistema conformado por: Zonas urbanas constituidas por: a) las Cabeceras Municipales localizadas de manera radial con respecto a Cali; b) asentamientos conurbados menores aislados c) por unos núcleos especializados -industriales, agroindustriales y científicos, d) zonas "suburbanas" con construcciones dispersas y, finalmente, por los corredores viales regionales con alta intensidad de ocupación, que articulan los anteriores. Con la promulgación de la Ley Páez en junio de 1996 aparece una gran expectativa de ubicación de industria en la zona de Puerto Tejada, creando una nueva tensión en el mapa regional.

LOS RETOS, PLAZOS Y REQUERIMIENTOS DEL MODELO TERRITORIAL MUNICIPAL

Examinados los modelos de desarrollo rural y urbano, así como su contexto actual, se puede ver como Cali tiene ante sí una serie de desafíos, agudizados por la circunstancia de atravesar en este momento por una coyuntura de crisis económica y social que tiene hondas repercusiones territoriales y que se convierten en objetivos o retos de acción.

Los Retos

Los retos a los que se ve enfrentado el territorio municipal de Cali, se agrupan en cinco categorías: Físico – Espaciales, Económicos, Sociales, Ambientales y de Gobernabilidad.

Retos Físico – Espaciales

a. En el Modelo Rural

Sin duda el mayor reto espacio - funcional del modelo rural del municipio de Cali, es la reorientación de las formas de ocupación y uso del suelo en las diversas unidades espaciales de la ladera, a saber: de Parque Natural Nacional, de la Zona de Reserva Forestal y del área rural campestre a la cual se le ha dado un tratamiento de zona de amortiguación; la reorientación del manejo individual de los servicios públicos domiciliarios a sistemas colectivos de disposición y tratamiento de aguas servidas; asimismo, mantener los monumentos tutelares y generar nuevos espacios públicos apoyados en las amplias posibilidades que presentan las condiciones morfológicas y paisajísticas del territorio rural en especial las estribaciones de los cerros bajos en el borde urbano.

b. En el Modelo Urbano

En lo urbano el gran reto es hacer ciudad y construir un entorno físico donde el sistema de espacios públicos sea el lugar por excelencia del encuentro ciudadano, donde las áreas disponibles para el desarrollo residencial tengan condiciones ambientales tanto en lo urbanístico como en lo paisajístico, evitando las localizaciones en zonas de amenazas naturales, incluida la vivienda popular, que tradicionalmente ha ocupado los lugares ambientalmente menos favorables y de mayores problemas, obligando al Municipio y por ende a sus habitantes, a incurrir en costos crecientes de dotación de servicios públicos.

También es un reto el aprovechamiento máximo del gran potencial de paisaje y la riqueza de la arborización para promover una ciudad más atemperada al clima, atendiendo a la conservación de los valores urbanístico– arquitectónicos y de paisaje que conforman unidades homogéneas de barrio y de sector.

Retos Económicos

Definición de reglas de juego claras para la inversión privada en el Municipio, facilitando la permanencia y la localización de actividades industriales y de servicios en áreas adecuadas para ello y consolidando y mejorando las condiciones de conectividad vial con la microrregión y el Pacífico. Así mismo la adecuación y mejoramiento de la plataforma urbana que le garantice las condiciones de competitividad, generando proyectos y programas que reactiven los potenciales del territorio en oferta del sector servicios, centro de gestión y financiero, en educación, turismo, salud y recreación.

Retos Sociales

- Disminución de los déficits de vivienda, equipamiento social, espacios públicos e infraestructura de servicios públicos en las zonas más deprimidas Del Municipio, tanto en el área Urbana como en la rural.
- La búsqueda de una ciudad mejor dotada, tanto en equipamientos comunitarios Como en espacio público que apunte a la reducción de los niveles de exclusión e inequidad territorial, equilibrando la segregación espacial.
- Lo anterior apunta también a la creación de condiciones territoriales que contribuyan a reducir significativamente los niveles de inseguridad y violencia.
- Lograr una ciudad cuyo desarrollo satisfaga la demanda de vivienda de interés social y canalice los subsidios y beneficios hacia las propuestas de VIS.
- Generar espacio para desarrollo de la cultura y la recreación.
- Vincular la población a la ejecución y seguimiento del P.O.T.
- Educar la población para la productividad.
- Cambiar la cultura del manejo de residuos sólidos.

Retos Ambientales

- Resolver la disposición final de residuos sólidos, lodos y escombros e iniciar una gestión de los residuos sólidos municipales.
- Recuperación de la calidad del agua y de las rondas de los ríos y quebradas como Cauca, Aguacatal, Cali, Cañaveralejo, Meléndez, Lili, Pance y demás recursos paisajísticos urbanos.
- Realizar la reubicación de asentamientos humanos localizados en zonas de muy alta amenaza por fenómenos naturales y las obras en las zonas de alta y mediana amenaza.
 - Recuperación y conservación de los humedales y otros ecosistemas estratégicos existentes en el Municipio.
- Minimizar los impactos ambientales y por conflictos de uso del suelo en el espacio público.
- Lograr que los aprovechamientos mineros a cielo abierto y subterráneos y de los materiales de arrastre, se realicen bajo criterios de mínimos impactos ambientales, y que se realicen los planes de rehabilitación morfológica para la clausura de las explotaciones.

- Recuperación de las áreas con erosión muy severa en la zona de ladera.
- Optimizar el uso potencial del suelo agrícola del valle geográfico, para el manejo de la seguridad alimentaria del Municipio.
- Recuperar ecosistemas ambientales urbanos.

Retos de Gobernabilidad

- Fortalecimiento de la capacidad de gestión para liderar la aplicación del POT, en particular en lo relativo a la regulación y el control normativo y generación de proyectos productivos con el territorio.
- Fortalecimiento de la capacidad de concertación del Municipio y de la ciudadanía para el seguimiento, el control y la evaluación del POT.
- Coordinación interinstitucional e intersectorial para la aplicación del POT.
- Aplicación de los instrumentos de gestión del suelo, para fortalecer la capacidad de inversión del Municipio y darle viabilidad financiera al POT.

PLAN DE SALUD TERRITORIAL DISTRITO DE BARRANQUILLA

VISION

Alcanzar para el año 2015 mejores condiciones de salud de los barranquilleros a través de la promoción de estilo de vida saludable y el cumplimiento de estándares superiores de calidad en la prestación de servicios, acreditándonos como dirección territorial de salud y promoviendo la acreditación de los prestadores de servicios de salud para el logro de los indicadores de salud propuestos y la satisfacción de los usuarios

MISION

La Secretaria de de Salud Distrital de Barranquilla planea y direcciona los programas y proyectos del sector de acuerdo a las políticas nacionales y locales, realiza acciones de inspección, vigilancia y control al Sistema General de Seguridad Social en Salud para garantizar servicios de salud con calidad a la población buscando la satisfacción de los usuarios. De igual forma promueve factores protectores de la salud y minimiza los factores de riesgos de enfermar y morir mediante la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud propiciando la participación social y comunitaria y la integración de la red de servicio. En un marco de humanización, buenas prácticas, garantía de los derechos y armonización de las relaciones entre los actores del sistema.

PROPOSITO

Diseñar y ejecutar el Plan territorial de Salud del Distrito de Barranquilla en el periodo 2012-2015, como una herramienta que direcciona programas, proyectos

y estrategias que impacten positivamente la salud de todos los barranquilleros, disminuyendo la morbilidad y mortalidad evitable, esto fundamentados en el enfoque diferencial, la universalidad, integralidad y la calidad de los servicios de salud.

PRIORIDADES

Entre las razones que fundamentan la necesidad de establecer prioridades en salud, las más destacadas son; el cambio en los patrones en salud (por envejecimiento poblacional, cambio en los determinantes por desarrollo económico y social, nuevas patologías), el cambio en los conceptos de salud (descubrimientos de nuevas causalidades, tratamientos para situaciones antes incurables), las necesidades y expectativas de los grupos de interés, exceden los recursos disponibles (necesidades de salud infinitas, nuevas tecnologías, intereses particulares) y sobre todo, porque el uso de los recursos de salud es de interés público y existe la exigencia de hacerlo de forma eficiente, donde el bienestar para la mayoría prime y se impacte de la manera más amplia posible.

PERFIL EPIDEMIOLOGICO DEL DISTRITO DE BARRANQUILLA

1. La salud infantil.
2. La salud sexual y reproductiva.
3. La salud oral.
4. La salud mental y las lesiones violentas evitables.
5. Las enfermedades transmisibles y las zoonosis.
6. Las enfermedades crónicas no transmisibles.
7. La nutrición. 8. La seguridad sanitaria y del ambiente.
9. La seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral.
10. La gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

OBJETIVOS:

Objetivos	Proyectos	Responsable
Calidad e integralidad en la prestación de los servicios de salud del Distrito	Implementación de un sistema de Medición de la Satisfacción de los usuarios de los servicios de salud en el distrito de Barranquilla. Implementación del Sistema Integral de información en Salud para la vigilancia y el control en la prestación de los servicios con enfoque diferencial-	Oficina de Garantía de la Calidad

<p>Mejorar la salud física y mental de la población del Distrito de</p>	<p>Programa de Recuperación Nutricional en el Distrito de Barranquilla.</p> <p>Implementación del Sistema de Vigilancia nutricional en el distrito de Barranquilla.</p> <p>Implementación de la estrategia Atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI - EDA-IRA).</p> <p>Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en el Distrito</p> <p>Fortalecimiento del control a los servicios de atención Integral del Binomio Madre-Hijo en las IPS del Distrito de Barranquilla.</p> <p>Promoción y Fomento de la Salud Sexual y Reproductiva en el Distrito de Barranquilla.</p> <p>Acciones de IVC a la red prestadora del Distrito de Barranquilla.</p> <p>Implementación de los servicios Amigables en Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes y jóvenes en la red prestadora del Distrito.</p> <p>Promoción y Fomento de la Salud oral en el Distrito de Barranquilla</p> <p>Implementación del Modelo de Atención Primaria en Salud Mental en el distrito de Barranquilla.</p> <p>Fortalecimiento de la Vigilancia Epidemiológica en el distrito de Barranquilla</p> <p>Prevención de las enfermedades transmisibles y de zoonosis.</p> <p>Censo de población canina y felina del distrito de Barranquilla</p> <p>Prevención y Control de Vectores.</p> <p>Salud Sanitaria y del Ambiente</p>	<p>Oficina de Salud Ambiental</p>

<p>Realizar acciones de promoción social para el fortalecimiento de redes sociales, brindando apoyo y prevención a la población del Distrito en situaciones de desplazamiento, discapacidad, y los diferentes tipos de violencia</p> <p>Fortalecer la articulación de los diferentes actores que comprenden el sistema de emergencia y desastres.</p>	<p>Fortalecimiento del Centro Regulador de Urgencia Emergencias y desastres en Barranquilla.</p> <p>Fortalecimiento del Centro Regulador de Urgencia Emergencias y desastres en Barranquilla.</p>	<p>Oficina de Seguridad social en salud</p>
---	---	---

<p>Fortalecer la estrategia de atención primaria en salud en el Distrito</p>	<p>Salud en el Colegio</p> <p>Salud en Mi Casa</p> <p>Entornos Saludables</p> <p>Casas Saludables</p> <p>Barrios saludables</p>	<p>Secretaría de Salud</p>
--	---	----------------------------

Metas del Plan Nacional de Salud Pública y de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)

Las metas de resultado planteadas en el Plan de Salud territorial del Distrito de Barranquilla se formularon teniendo en cuenta los siguientes criterios:

1. Dar cumplimiento a las metas de la nación en el compromiso con las metas de los objetivos de desarrollo del milenio, las metas que se encuentran sombreadas en esta sección corresponden a metas de los ODM. Esto explica que en algunos casos las metas del distrito sean iguales a las metas del país, cabe anotar que el Distrito se plantea proyectos y estrategias encaminadas a alcanzar el mejoramiento máximo de todos los indicadores relacionados.
2. Dar cumplimiento a las metas planteadas en el Plan Nacional de Salud Pública, decreto 3039 de 2007, hasta tanto sean actualizadas en el plan decenal.
3. En este capítulo de metas, para algunos casos particulares el Distrito hasta la fecha no se planteó metas porque el país no ha dado direccionamiento en ese sentido, y estamos a espera de la publicación del plan decenal de salud, que marcará el derrotero en temas específicos.

4. El Distrito es prudente en la formulación de algunas metas al no trazarse compromisos diferentes a la meta país, esto fundamentado en el hecho de que muchas de estas metas son objeto de intervenciones intersectoriales, que aunque se midan desde salud, la intervención única del sector salud, no logra impactar completamente; enfatizando que el compromiso de la Secretaría de Salud es hacer todas las intervenciones pertinentes para alcanzar lo propuesto y más.

5. En indicadores de gran impacto social como mortalidad materna, mortalidad por ETV entre otros, el Distrito entiende que se requiere multiplicar esfuerzos para alcanzar metas ambiciosas como las formuladas pero que debido a la alta sensibilidad del tema se formularon estas metas.

6. Se tuvo en cuenta el análisis de tendencia de los indicadores en los últimos años para predecir el comportamiento de estos en el próximo cuatrienio

ESTRATEGIAS

Se dividen en:

ESTRATEGIAS DISTRITALES

Atención Primaria en Salud para todos y todas en Barranquilla

El operativismo del Modelo de atención primaria en salud en todo el distrito de barranquilla, está fundamentada en cuatro estrategias de intervención: Promoción y fomento de la salud - Atención Primaria: “La Salud En Mi Casa” y “Salud en el Colegio”.

Acciones para el mantenimiento de la salud.

Acciones para la recuperación de la enfermedad.

Acciones complementarias intra e intersectorialmente.

Servicios de salud con calidad para todos los barranquilleros, un paso a la excelencia

Está fundamentada en las siguientes estrategias

Fomentar acciones para la certificación de los prestadores de servicios de salud inscritos en el Distrito de Barranquilla.

Fomentar la acreditación de los prestadores de servicios de salud en el Distrito Barranquilla.

Asistencia técnica a los prestadores, vigilancia y control sobre la prestación de los servicios de salud.

Garantizar la continuidad de cobertura universal del SGSSS y nivelación de planes de beneficios del POS.

Salud Pública un compromiso de todos para Barranquilla.

Está fundamentada en estrategias intra e intersectorialmente que impacten positivamente

- a. La salud sexual y reproductiva
- b. La situación nutricional
- c. La reducción de las enfermedades transmisibles y las zoonosis
- d. La seguridad sanitaria y ambiental
- e. La salud infantil
- f. La reducción de enfermedades crónicas no transmisibles y las discapacidades
- g. La salud oral.
- h. La Salud Mental con énfasis en violencia, maltrato infantil y suicidio.
- i. La seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral

Salud Ambiental en el Distrito de Barranquilla

Está fundamentada en las siguientes estrategias
Asistencias técnicas y motivación de actores claves en la salud ambiental de Barranquilla.

Trabajo intersectorial con el Departamento del Atlántico

Conformación del COTSA

Implementar el enfoque de salud ambiental como política transversal a todos los proyectos de salud que se desarrollan en el Distrito.

ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA SALUD INFANTIL

Promoción de la salud y la calidad de vida

Conformación de mecanismos de coordinación y articulación local intersectorial para la formulación y seguimiento de los planes locales de salud infantil y control social de la política nacional de primera infancia y plan nacional de niñez y adolescencia.

Desarrollo de iniciativas de enfoque comunitario para mejorar las competencias de los individuos, las familias y la comunidad en la prevención y control de las enfermedades prevalentes de la infancia, Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia - AIEPI.

Desarrollo de iniciativas de enfoque comunitario para mejorar las competencias de los individuos, las familias y la comunidad para la promoción del buen trato al menor y la solución pacífica de conflictos.

Desarrollar y evaluar estrategias de educación, información, comunicación y movilización social con enfoque etnocultural, para promover los derechos en salud de la infancia y estilos de vida saludable.

Promoción de las medidas de protección para la ubicación familiar de los niños y jóvenes con derechos vulnerados.

Abogacía para desarrollar estrategias que promuevan la conformación de entornos favorables a la salud de la infancia y la adolescencia y prevención de accidentalidad con los sectores competentes y el fondo de prevención vial.

PLAN DE SALUD TERRITORIAL DABEIBA

La Constitución Política y la ley Orgánica del Plan de Desarrollo o ley 152 de 1994, constituyen el marco legal específico en todo lo que tiene que ver con los planes de desarrollo. Sin embargo, existen otras normas, que a nivel sectorial, tienen relación con la planeación, dentro de las cuales se encuentran: La Ley 388 de 1997 o Ley de Ordenamiento Territorial, cuyo objetivo es *“complementar la planificación económica y social con la dimensión territorial, para racionalizar las intervenciones sobre el territorio y orientar su desarrollo y aprovechamiento sostenible”* (artículo 6º); la Ley 115 de 1994 o ley general de educación, la Ley 101 de 1993 orientada al sector agropecuario, la ley 99 de 1993 o Ley ambiental, la ley 617 de 2000 o ley de ajuste fiscal, entre otras.

El diagnóstico o situación ex - ante del Plan identifica y especifica el nivel de la problemática local y en tal sentido, al momento de la formulación se podrán fijar

objetivos y metas más concretas. Para esto, se toma como materia prima los siguientes elementos: Programa de Gobierno del alcalde al inscribirse como candidato, Plan Básico de Ordenamiento Territorial – PBOT, Plan de Desarrollo del periodo anterior y el Diagnóstico Participativo.

SALUD.

Perfil epidemiológico

La comunidad dabeibana cuenta con algunos factores protectores como son la diversidad en el clima, la variedad de productos agrícolas, la presencia de algunos agentes de salud en las comunidades indígenas, que ejercen prácticas saludables, como son los jaibanás.

La educación es una de las herramientas básicas impartida por las instituciones de salud, para el manejo adecuado de los factores de riesgo de la comunidad. Además, dichas comunidades tienen sus propias tradiciones y realizan ciertas prácticas culturales (tratamientos de lo frío y lo caliente).

Cuadros de perfil EPIDEMIOLÓGICO

CAUSAS DE MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA	CAUSAS DE EGRESO HOSPITALARIO
Hipertensión Arterial	Bronconeumonía no especificada
Parasitosis	Celulitis
Rinofaringitis	Neumonía
Diarrea y Gastroenteritis	Parto
Infecciones vías urinarias	Infecciones vías urinarias

CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL
Parasitosis
Hipertensión Arterial
Diarrea y gastroenteritis
Enfermedades de los dientes

EVENTOS DE INTERÉS DE SALUD PÚBLICA:

Evento	Total de Casos
--------	----------------

Malaria por Vivax	110
Varicela	33
Leishmaniosis Cutánea	32
Dengue Clásico	25
Infecciones de Transmisión Sexual	7
Accidente Rábicos	7
Accidente Ofídico	5
Muerte Perinatal	5
Intento de Suicidio	5
Tuberculosis	4
VIH – Sida *Presuntivo	3
Malaria por Falciparum	2
Violencia Intrafamiliar (Abuso Sexual)	2
Sífilis Congénita	1
Muerte Materna	1
Meningitis Meningococcica	1
Intoxicación por Plaguicidas	1
Hepatitis B	1
EDA	934
IRA	1034
Total Casos	245

Los cuadros anteriores muestran las diez primeras causas de la morbilidad según registro, comparando estos datos con el análisis hecho según la morbilidad sentida encontramos que coinciden en las primeras causas de morbilidad: parasitosis intestinal, bronconeumonía y neumonía, enfermedades relacionadas directamente con la deficiente infraestructura sanitaria existente en el municipio y los hábitos higiénicos practicados en la población según su nivel educativo y cultural.

Las principales causas de morbilidad son de origen hídrico, infecciones respiratorias y gastrointestinales, hipertensión, heridas por armas de fuego y corto punzantes y la desnutrición. En cuanto a las principales causas de

mortalidad se establecieron problemas de los sistemas respiratorios, circulatorio, problemas prenatales y tumores o cáncer.

Factores de riesgo asociados al ambiente:

Residuos Sólidos: En el casco urbano para la recolección de residuos sólidos se cuenta con un carro recolector en buen estado, que realiza la recolección dos veces por semana y un relleno sanitario manual, manejado por un grupo de mujeres “NUEVA IMAGEN DE MUJER DABEIBANA”, la corporación autónoma CORPURABA ha considerado el relleno de este municipio como uno de los mejores del Occidente.

La dificultad se presenta en la separación domiciliaria de los desechos, ya que no toda la comunidad practica la cultura de la separación de los residuos en la fuente, lo que hace que se lleve al relleno gran cantidad de desechos que acortan la vida útil del relleno sanitario.

En el área rural la disposición de residuos se realiza a campo abierto, contaminando las fuentes de agua y en muy pocas viviendas se entierran los residuos sólidos

Aguas Residuales: En la actualidad no se cuenta con tratamiento de aguas residuales, las aguas servidas en la zona urbana, son vertidas sin ningún pre-tratamiento a las aguas del río Sucio. (Se han venido realizando estudios y análisis de aguas residuales en la cabecera municipal con el objetivo de iniciar algunos procedimientos para minimizar esta problemática.

En la zona rural los vertimientos se realizan a campo abierto o a los cauces de ríos y quebradas cercanas, algunas viviendas y la mayoría de establecimientos educativos tienen pozo séptico o sumidero.

Zoonosis: Existen en el municipio aproximadamente 850 caninos y 350 felinos, con los cuales se presentan aproximadamente 10 casos de accidentes rábicos anuales. También se presentan casos de mordeduras de serpiente, contaminación de alimentos por insectos y roedores.

Sustancias tóxicas y Plaguicidas: Por ser este un municipio netamente agrícola, esta actividad genera a su vez carga de sedimentos de agroquímicos a los cauces de los ríos y quebradas, generando contaminación a la gran mayoría de las fuentes de aguas municipales entre las cuales se encuentra la quebrada Antadó, de la cual se toma el agua para el acueducto de la cabecera municipal.

Condiciones del Aire, Ruido y Suelo: No se ha podido lograr que el total de las familias cultivadoras se eduquen en la siembra de cultivos limpios, debido a esto existe deterioro del suelo y del aire con las quemas en la preparación del terreno y la utilización de plaguicidas en los cultivos.

La estrategia de comunicación integral pretende contribuir a la protección de los factores que generan vulnerabilidad en los jóvenes, en aspectos como la prostitución, intento de suicidio, consumo de sustancias psicoactivas, anorexia-bulimia, embarazo adolescente y violencia, entre otros, permitiendo a su vez la formación para la convivencia y la paz, el auto-cuidado, la salud sexual y reproductiva y salud mental de este grupo poblacional, potenciándolo como actor estratégico del desarrollo

Plan de salud territorial de Buenaventura 2012-2015

El plan de salud pública define el quehacer de todos los actores, en la búsqueda de una mejor condición de salud, de prevención a la aparición de la enfermedad, al tratamiento oportuno y adecuado en caso de que aparezca y a limitar el daño y las secuelas.

El plan de salud debe responder a las características propias de la población de Buenaventura, sus riesgos, a los condicionantes y a los determinantes socio económicas que definen la calidad de vida de la población.

En este documento se recoge en una primera parte, la situación de salud del municipio de Buenaventura. Se inicia con una presentación de los antecedentes del proceso de planeación relacionados con las intervenciones en salud pública realizadas en el periodo del gobierno anterior a través del PAB y el programa de gobierno actual; luego presenta una descripción del territorio, la situación demográfica general, la situación de los determinantes sociales de la salud, iniciando por una breve descripción de la mortalidad y la morbilidad general y posteriormente la situación por los siguientes ejes programáticos definidos en la resolución 425 de 2008, la cual orienta los lineamientos para la formulación del plan territorial de salud

- salud pública
- aseguramiento
- prestación y desarrollo del servicio de salud
- promoción social
- atención de emergencias y desastres
- vigilancia y control de riesgos profesionales

La segunda parte del documento recoge la problematización sobre aspectos claves del estado de salud de la población y la tercera explicita la propuesta del plan territorial de salud para el periodo 2012- 2015.

El plan desarrollo municipal para el periodo 2012-2015 “**progreso en marcha justo y necesario**” centro su eje en la comunidad, tomando al ser humano como el órgano vital sobre el cual dirigir las actuaciones en salud integral, educación nutrición, participación, generación de empleo, convivencia ciudadana, derechos humanos, cultura, recreación y deporte.

El programa actual de gobierno ha establecido como prioridad el fortalecimiento de la democracia participativa local, involucrando las diferentes fuerzas vivas y productivas de la comunidad para hacer del municipio, un modelo de gestión, iniciando procesos de concertación y alianzas estratégicas que permitan la eficiente y eficaz administración de la inversión social, mediante la optimización en el manejo de los recursos.

En el sector salud como prioridad se ha definido

-) impulsar las políticas en materia de salud, optimizar los recursos haciendo eficiente y eficaz la cobertura y el servicio
-) fortalecer la gestión en sistemas de información que permitan un diseño cada vez más adecuado de las políticas y un fortalecimiento del equipo de salud de la secretaria por medio de los procesos de dialogo interdisciplinario
-) propender por la construcción de espacios físicos y sociales saludables en todos los ámbitos de la vida ciudadana en Buenaventura, que mejoren la calidad de vida de su población

Objetivo: Implementar la Política de Atención integral en Salud en sus diversos niveles con la red integrada de servicios de salud, con enfoque familiar y de participación comunitaria para el desarrollo humano del Distrito Especial de Buenaventura.

Programas:

Aseguramiento: el objetivo de este programa es garantizar el acceso para la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS a la población en el Distrito de Buenaventura.

Meta: A diciembre 31 de 2015, el 90% de la población pobre y vulnerable (identificadas en SISBEN nivel 1 o 2, o en listados censales) del Distrito de Buenaventura se encuentra afiliada al régimen subsidiado.

Prestación y desarrollo del servicio de salud: el objetivo de este programa es garantizar la prestación de los servicios de salud a la población pobre no asegurada y el desarrollo de los servicios a toda la población del distrito

Meta: A diciembre 31 de 2015 se garantizan los servicios de salud al 90 % de la población pobre no asegurada

Salud pública: el objetivo de este programa es fortalecer las estrategias de los programas de salud pública para disminuir las tasas morbilidad y mortalidad en el Distrito

Meta: A Diciembre 31 de 2015, se ha realizado el 80 % de las estrategias contempladas en el decreto 3039 de 2007, que inciden en la reducción de las tasas de morbilidad y mortalidad.

Participación social: el objetivo de este programa es fortalecer las formas de participación social para hacer control y seguimiento a la prestación de los servicios de salud del distrito.

Meta: A diciembre 31 de 2015 el 80% de los comités de participación social están operando

Promoción social: el objetivo de este programa es Garantizar la atención en salud a las poblaciones especiales (indígenas, desplazados, discapacitados, adulto mayor, gestantes, niños menores de cinco años)

Meta: A diciembre 31 de 2015, la Secretaria de Salud participa en el 100 % de las acciones de atención en salud programadas para las poblaciones especiales.

Vigilancia y control de riesgos laborales: este programa tiene como objetivo promover la participación democrática de los actores del sistema general de riesgos profesionales, la definición de acciones y políticas para prevenir o reducir los riesgos que puedan afectar la salud y el bienestar de la población laboralmente activa del distrito.

Meta: A Diciembre 31 de 2015, con el 100% de los actores del sistema general de riesgos profesionales se han definido acciones o políticas conjuntas para adelantar vigilancia y control de riesgos laborales.

Boletín epidemiológico preliminar 2012 eventos de interés en salud pública

Buenaventura oficialmente **Distrito Especial, Industrial, Portuario, Biodiverso y Eco turístico de Buenaventura**. Es una ciudad de Colombia ubicada en el Departamento del Valle del Cauca. Es el puerto marítimo más importante sobre el Océano Pacífico y el más importante de Colombia por el volumen de carga que mueve (más del 60% del comercio del país). Es la ciudad más grande en toda la región del Pacífico y el municipio de mayor extensión del departamento del Valle del Cauca

Teniendo en cuenta lo anterior el plan de Desarrollo 2012-1015 busca la organización de la acción humana, alrededor de una idea de bienestar colectivo, reconocimiento y protección de la biodiversidad y una meta de desarrollo material y no material compartida, que constituye la base para formular e implementar decisiones estratégicas que permitan mantener relaciones armónicas y equilibradas entre las dimensiones de desarrollo, y alcanzar las transformaciones necesarias en el territorio para que puedan sostenerse y perdurar en el tiempo, garantizando los derechos humanos y fortaleciendo la democracia participativa

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. AnualProyMalaria (2012) Guía de Vigilancia Entomológica y Control de Malaria, de <http://www.proyectomalariacolombia>
2. Benavides, I. recolección de datos casos de malaria en Buenaventura (210-2013)
3. “Las Enfermedades Transmitidas por Vectores ETV representan un problema de salud pública, y producen una elevada carga social y económica en la población colombiana a riesgo” Larsen, (2004) (Organización Panamericana de la Salud, 2002).
4. Montoya, A. (2012), proyecto Malaria Colombia en Buenaventura
5. Ministerio de la protección social, instituto nacional de salud, organización mundial de la salud. “Guía de vigilancia y control de la malaria”
6. Ministerio de la protección social, instituto nacional de salud, organización mundial de la salud.” Guía para la atención clínica integral del paciente con malaria” (2010)
7. Plan territorial de salud de Cali (2012-2015)
8. Plan territorial de salud “barranquilla florece para todos” distrito de Barranquilla (2012-2015)
9. Plan territorial de salud Dabeiba (2012-2015)
10. Plan territorial “progreso en marcha” Buenaventura (2012-2015)
11. SIVIGILA cita que El número de muertes por malaria registradas mediante certificados de defunción están entre 65 - 165 muertes al año DANE, (1999-2009)
12. 25-de-Abril-Dia-mundial-de-la-malaria, de <http://www.ins.gov.co/Noticias>