

**CURSO DE PROFUNDIZACIÓN EN FUNDAMENTOS DE SALUD PÚBLICA  
PROMOCION, PREVENCION Y CONTROL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL Y  
DIABETES EN DIFERENTES LOCALIDADES DE COLOMBIA: MIRANDA,  
SANTANDER, PEREIRA, PLATO MAGDALENA.**

**ACTIVIDAD 19  
TRABAJO DE CAMPO**

**HÉCTOR EDUARDO MOSQUERA**

**CÓDIGO: 10`347`845**

**GUAINER PONTÓN CORTES**

**CÓDIGO: 9103510**

**JAIRO TRUJILLO RAMOS**

**CÓDIGO: 10`543`755**

**VICTOR HUGO GOMEZ HENAO**

**CODIGO: 10247454**

**GRUPO: 252828\_2**

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA (UNAD)  
TECNOLOGIA EN REGENCIA DE FARMACIA**

**2012**

**CURSO DE PROFUNDIZACIÓN EN FUNDAMENTOS DE SALUD PÚBLICA  
PROMOCIO, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y  
DIABETES EN DIFERENTES LOCALIDADES DE COLOMBIA: MIRANDA,  
SANTANDER, PEREIRA, PLATO MAGDALENA.**

**ACTIVIDAD 19  
TRABAJO DE CAMPO**

**HÉCTOR EDUARDO MOSQUERA CÓDIGO: 10`347`845**

**GUAINER PONTÓN CORTES CÓDIGO: 9103510**

**JAIRO TRUJILLO RAMOS CÓDIGO: 10`543`755**

**VICTOR HUGO GOMEZ HENAO CODIGO: 10247454**

**GRUPO: 252828\_2**

**Curso de profundización en salud pública**

**Tutor**

**DR. DILSON RIOS ROMERO**

**DIRECTOR DE CURSO**

**[dilsonriosromero@yahoo.com](mailto:dilsonriosromero@yahoo.com)**

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA (UNAD)  
TECNOLOGIA EN REGENCIA DE FARMACIA**

**2012**

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>PAG.</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>5</b>
<b>2. PROBLEMA</b>	<b>6</b>
<b>2.1. TITULO DESCRIPTIVO DEL PROYECTO</b>	<b>6</b>
<b>2.2. FORMULACION DEL PROBLEMA</b>	<b>6</b>
<b>3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION</b>	<b>7</b>
<b>3.1. OBJETIVO GENERAL</b>	<b>7</b>
<b>3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>7</b>
<b>4. JUSTIFICACION</b>	<b>8</b>
<b>5. LIMITACIONES</b>	<b>9</b>
<b>6. MARCO REFERENCIAL</b>	<b>10</b>
<b>6.1 MARCO TEORICO</b>	<b>10</b>
<b>6.2 MARCO DE ANTECEDENTES DEL PROBLEMA</b>	<b>12</b>
<b>6.3 MARCO LEGAL</b>	<b>17</b>
<b>6.4 MARCO GEOGRAFICO</b>	<b>43</b>
<b>7. ELABORACION DE HIPOTESIS</b>	<b>46</b>
<b>8. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES</b>	<b>47</b>
<b>9. METODOLOGÍA</b>	<b>48</b>
<b>9.1 DISEÑO DE TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN</b>	<b>48</b>
<b>9.1.1 FUENTES PRIMARIAS</b>	<b>48</b>
<b>9.1.2 FUENTES SECUNDARIAS</b>	<b>48</b>
<b>9.2 POBLACIÓN Y MUESTRA</b>	<b>48</b>
<b>9.3 TECNICAS DE ANÁLISIS</b>	<b>49</b>
<b>9.3.1 TABLA DE TABULACION DE LOS DATOS</b>	<b>49</b>
<b>9.3.1.1. ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS EN TABLAS ESTADISTICAS</b>	<b>50</b>
<b>9.3.1.2. TABLA 1 MIRANDA</b>	<b>50</b>
<b>9.3.1.2.1. GRAFICAS Y ANALISIS ESTADISTICO DE LAS VARIABLES</b>	<b>51</b>

<b>9.3.1.3. TABLA 2 PEREIRA</b>	<b>58</b>
<b>9.3.1.3.1 GRAFICAS Y ANALISIS ESTADISTICO DE LAS VARIABLES</b>	<b>59</b>
<b>9.3.1.4. TABLA 3 PLATO MAGDALENA</b>	<b>74</b>
<b>9.3.1.4.1. GRAFICAS Y ANALISIS ESTADISTICO DE LAS VARIABLES</b>	<b>75</b>
<b>9.3.1.5. TABLA 4 SANTANDER DE QUILICHAO</b>	<b>83</b>
<b>9.3.1.5.1. GRAFICAS Y ANALISIS ESTADISTICO DE LAS VARIABLES</b>	<b>84</b>
<b>9.4 ÍNDICE ANALITICO TENTATIVO DEL PROYECTO</b>	<b>87</b>
<b>9.5 GUÍA DE TRABAJO DE CAMPO</b>	<b>87</b>
<b>9.6. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS</b>	<b>89</b>
<b>9.6.1. RECURSOS HUMANOS</b>	<b>89</b>
<b>9.6.2. PRESUPUESTO</b>	<b>89</b>
<b>9.6.3. CRONOGRAMA</b>	<b>90</b>
<b>10. CONCLUSIONES</b>	<b>91</b>
<b>11. RECOMENDACIONES</b>	<b>95</b>
<b>12. PROPUESTA DE SOLUCION</b>	<b>102</b>
<b>13. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS Y CIBERNETICAS</b>	<b>104</b>
<b>14. ANEXOS</b>	<b>105</b>
<b>14.1. ENCUESTA</b>	<b>105</b>
<b>14.2. RESUMEN</b>	<b>108</b>
<b>14.2.1. SANTANDER DE QUILICHAO</b>	<b>108</b>
<b>14.2.2. PEREIRA</b>	<b>114</b>
<b>14.2.3. MIRANDA</b>	<b>119</b>
<b>14.2.4. PLATO MAGDALENA</b>	<b>123</b>

## 1. INTRODUCCION

La morbimortalidad cardiovascular es hoy por hoy la principal preocupación no sólo de los médicos y responsables de la salud pública, sino también de la población general. Posiblemente ello se deba al impacto de diferentes formas de información masiva, que reflejan el propósito que anima a la ciencia médica de convertirse en herramientas útiles para la conservación de la salud y el impresionante cúmulo de nuevos conocimientos que se han logrado alrededor de este tema

La hipertensión arterial es una enfermedad asintomática y fácil de detectar, sin embargo, cursa con complicaciones graves y letales si no se trata a tiempo. Si bien la hipertensión es un trastorno complejo que tiene un componente genético, su desarrollo puede generarse a causa de otro tipo factores como la mala alimentación, el abuso de alcohol, el tabaco, la falta de ejercicios físicos y la vida sedentaria, entre otros.

La hipertensión puede afectar a la salud de muchas maneras, provocando, por ejemplo, accidente cerebrovascular, endurecimiento de arterias, agrandamiento del corazón, daños renales y oculares. La relevancia de la hipertensión no reside en sus características como enfermedad, sino en el incremento del riesgo de padecer enfermedades vasculares que confiere, el cual es controlable con el descenso de aquella. Esta constituye junto a la hipercolesterolemia y el tabaquismo, uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de aterosclerosis y, para la aparición de enfermedades cardiovasculares.

## **2. PROBLEMA**

### **2.1. TITULO DESCRIPTIVO DEL PROYECTO**

**PREVENCION Y CONTROL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL Y  
DIABETES EN DIFERENTES LOCALIDADES DE COLOMBIA:  
MIRANDA, SANTANDER, PEREIRA, PLATO MAGDALENA.**

### **2.2. FORMULACION DEL PROBLEMA**

Se observa un alto grado de enfermedades crónicas (hipertensión arterial y diabetes) dentro de la población con edades cada vez más cortas debido a estilos de vida y hábitos no sanos.

¿Qué factores inciden en la aparición y complicación de enfermedades no detectables como la diabetes y la hipertensión arterial?

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GENERAL**

Identificar los problemas que inciden directamente en la proliferación de enfermedades no detectables, en este caso la hipertensión arterial y la diabetes que afectan a la población de Miranda, Santander de Quilichao, Pereira, Plato Magdalena, Barranquilla.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- 3.2.1.** Recopilar y analizar la información obtenida mediante un cuestionario sobre los factores que presentan las enfermedades silenciosas no detectables por la población en estudio; (hipertensión arterial y diabetes).
- 3.2.2.** Indagar sobre el nivel de responsabilidad en el control y la adherencia al tratamiento farmacológico que presenta la población diagnosticada con este tipo de patologías.
- 3.2.3.** Determinar el nivel de asistencia que presenta la población en estudio, en cuanto a capacitaciones en los centros hospitalarios sobre este tipo de patologías.

#### 4. JUSTIFICACION

Las enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión arterial y diabetes) son un problema de salud pública a nivel mundial que ocasionan un alto porcentaje de mortalidad y son la mayor causa de riesgo en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, cerebro vascular, coronario, arteriosclerótico, renal entre otras.

A raíz de lo anterior el presente proyecto pretende crear cultura y conciencia dentro de la población sobre el manejo que se le debe dar a la enfermedad desde diferentes directrices; en primera instancia y como modo de prevención y a la vez de control, el auto cuidado mediante estilos de vida saludables (ejercicio, dieta adecuada, no consumo de tabaco y alcohol y control del estrés) en una segunda instancia y ya para pacientes diagnosticados con este tipo de patologías esta la

Adherencia al tratamiento farmacológico, y por último en tercera instancia tenemos el conocimiento que deben tener los pacientes en cuanto a definición, causas, consecuencias y control de la enfermedad.



## 5. LIMITACIONES

Los factores que se presentan con mayor frecuencia y que no permiten un adecuado manejo, control y prevención de las enfermedades no transmisibles (hipertensión arterial y diabetes) son:

**5.1. Factores socioculturales o conductuales:** Esta limitación se da debido al medio cultural y social en el que se desenvuelve la población en estudio como son creencias de salud y enfermedad que afectan el control de la enfermedad y así mismo su prevención.

**5.2. Constancia en el seguimiento y control de la enfermedad:** La falta de tiempo o de disposición por el paciente diagnosticado para asistir oportunamente a los controles establecidos por el médico tratante es un factor que no permite realizar un adecuado seguimiento y control de la enfermedad.

**5.3. La no adherencia al tratamiento farmacológico:** La creencia de los pacientes en tratamientos caseros o no farmacológicos que provocan la suspensión del tratamiento formulado por el médico sin autorización de este.

**5.4. Estilos de vida no sanos:** La falta de disposición y perseverancia de la población para aceptar un cambio en su estilo de vida en pro de su bienestar físico y mental.

## **6. MARCO REFERENCIAL**

### **6.1. MARCO TEORICO: FUNDAMENTOS TEORICOS**

#### **6.1.1. La Hipertensión Arterial:**

La Hipertensión Arterial (HTA) consiste en una serie de mecanismos fisiopatológicos que desembocan en la elevación persistente de los valores de presión arterial sistólica de 140 mm Hg y diastólica de 90 mm Hg. Por lo tanto se considera hipertenso, para el programa de salud del adulto, a todo individuo de 18 años y más con cifras tensionales iguales o superiores a éstas.

Se considera que los principales componentes de la mortalidad cardiovascular son las dadas por las enfermedades cerebro vasculares y enfermedades isquémicas del corazón. La HTA se convierte en un problema de salud pública, pues constituye uno de los factores de riesgo más importantes para ambas patologías.

Respecto al sexo, la mortalidad por ambas enfermedades es más frecuente en el sexo masculino, en todos los grupos etáreos. La Hipertensión Arterial representa una condición de alta prevalencia en la población adulta. En Chile alcanza un 18, 8% en forma global en el conjunto de adultos, con cifras inferiores al 10% de prevalencia en la población de menores de 35 años y superiores al 50% en personas de 65 y más años. (MINSAL, 1995).

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de presión sanguínea en las arterias.

Si no controla su tensión arterial, ésta puede afectar al funcionamiento de su corazón, cerebro y riñones. Recuerde que la hipertensión es un factor de riesgo cardiovascular y que aumenta el peligro de derrame cerebral.

Los factores de riesgo de la hipertensión arterial son: obesidad, consumo elevado de sal, alcohol, tabaco, falta de ejercicio y estrés. Formas y modos de clasificar HTA definiendo según etiología.

HTA en el adulto:

#### 6.1.1.1. EJERCICIO O ACTIVIDAD FISICA DEPORTIVA.

Un programa de ejercicio aeróbico ayuda a fortalecer el corazón, a bajar peso y a controlar la TA. Se debe realizar un ejercicio adecuado a cada edad y a cada persona, suave 2 ó 3 días por semana es suficiente para la mayor parte de las personas. Bajará y mejorara el perfil lipídico antes mencionado, desarrollara hábitos higiénicos con su cuerpo y noción de cuidado y respiración corporal, proveerá mayor oxigenación y buen humor evitando picos de stress o de HTA.

#### 6.1.1.2. MEDICACIÓN.

La guía Medicamentos para la HTA. Deberá ser dado solo por el profesional competente y deberá ser exclusiva en el requerimiento individual según criterio médico, no podrá compartirse, ni recomendar por más parecido que sean los síntomas.

## **6.1.2. LA DIABETES**

Se entiende por Diabetes Mellitus a un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por la presencia de hiperglicemia crónica, con alteración del metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas que resultan como consecuencia del defecto en la secreción o en la acción de la insulina.

### **6.1.2.1. ETIOLOGIA**

En La etiología de la Diabetes tipo 2 juegan papel primordial dos defectos: La resistencia a la insulina y el déficit en su secreción. Cualquiera de estos dos defectos puede llevar al desarrollo de la enfermedad pero sin lugar a dudas, el más frecuente es la resistencia a la insulina que desencadena una serie de eventos que finalmente llevan a la aparición de la diabetes.

La resistencia a la insulina sostenida y suficiente induce una mayor secreción de ésta por parte de las célula beta pancreática, con el fin mantener la e glicemia y compensar de esta manera su déficit relativo como consecuencia de esta resistencia; las células beta continúan respondiendo progresivamente hasta que fallan, falla que parece determinada genéticamente e inician una serie de alteraciones metabólicas representadas inicialmente por hiperglicemia de ayuno (HA) e intolerancia a los hidratos de carbono (IHC), que finalmente llevan al desarrollo de una diabetes manifiesta la cual puede ser controlada inicialmente con cambios en los hábitos de vida, en especial en el comportamiento alimentario y aumento de la actividad física, con la ingesta de diversos antidiabéticos orales y posteriormente la administración de insulina para su control.

## **6.2. MARCO DE ANTECEDENTES DEL PROBLEMA**

### **6.2.1. A NIVEL DE HIPERTENSION ARTERIAL**

La más antigua versión escrita sobre la circulación de la sangre proviene de China. En el Nei Ching (2600 A.C.), Canon de Medicina editado por el Emperador Amarillo Huang Ti se expresa: "Toda la sangre está bajo el control del corazón". "La corriente fluye en un círculo continuo y nunca se detiene". Estos conceptos fueron intuitos por medio de la observación y del razonamiento, pues en aquella época estaba proscrita la disección del cuerpo. La máxima de Confucio "el cuerpo es cosa sagrada" fue una de las normas que asentaron las bases de esa civilización.

El examen del pulso fue la técnica diagnóstica más usada en la antigua China. El médico palpaba el pulso del paciente en ambas arterias radiales y lo comparaba con su propio pulso. Comprobaba y anotaba a continuación los hallazgos del examen que pudieran tener influencia en la alteración de la onda pulsátil. La inspección visual constituía el procedimiento más extendido. Si la enferma era una mujer, ésta debía permanecer oculta tras un espeso cortinaje, limitándose a exteriorizar uno de sus brazos para que se le registrara el pulso y se constatará el aspecto, textura y temperatura de la piel.

La onda del pulso fue el primer atisbo de la onda de presión. En las cartas publicadas en China entre los siglos V o VI A.C. sobre los "secretos del pulso", se describen sus múltiples variedades de presentación junto con su correspondiente interpretación semiológica.

Debió darse un paso infinitamente largo en el reloj del tiempo, para que el Reverendo Sthephans Hales recomenzara los estudios sobre la onda de presión. Era éste un clérigo singular. Combinaba sus estudios académicos en ciencias naturales con la observancia de la doctrina de La Edad de la Razón basada en la Fe. Hales fue el primero en obtener un registro directo de la presión arterial. En la arteria femoral de una yegua tendida e inmovilizada sobre el dorso mediante cuerdas atadas a una base de madera, logró insertar un tubo hueco al que adaptó una larga columna de vidrio graduada. El Reverendo quedó atónito al observar que la columna de sangre subía hasta una altura de 2.5 mts.

El mérito de Hales no descansa únicamente en la novedad del método, sino en la trascendencia biomédica de su hallazgo. El procedimiento permitió medir no sólo la fuerza capaz de movilizar la sangre en el interior del cuerpo, sino establecer con precisión que el latido era rítmico. La cúpula de ascenso de la onda de presión arterial era sincrónica con la contracción del corazón y su nivel más bajo coincidía con la relajación de éste, períodos que relacionó con el mayor o menor volumen y resistencia que las arterias oponen al paso de la sangre en ambas fases.

Nicolai Korotkoff, un pionero en cirugía vascular graduado en la Universidad de Moscú, había descubierto que el diagnóstico diferencial entre un aneurisma arterias y un tumor sólido se hacía con mayor facilidad por auscultación que por palpación. En 1905 resuelve aplicar sus pericias acústicas a las técnicas, aún rudimentarias, de medición de la presión arterias. Una arteria ocluida no emite ruidos y el primer tono débil, que corresponde al paso inicial de sangre bajo el manguito, señala la presión sistólica o máxima. Si se descomprime gradualmente el manguito, llega un momento en que desaparecen los sonidos, lo que

indica el libre paso de sangre por debajo de éste y corresponde a la presión diastólica o mínima. El procedimiento llegó a tener tal consistencia y precisión en normales e hipertensos, que se difundió con rapidez. El manómetro de mercurio sigue siendo hasta hoy el patrón de medida más confiable para el registro de la presión arterial.

El problema parece residir en un defecto en la excreción de sodio por el riñón. Algunos estudios demuestran que la concentración de sodio intracelular está aumentada no sólo en el riñón sino también en la musculatura lisa vascular y en las células sanguíneas. Las investigaciones actuales se han concentrado en el transporte activo de sodio mediado por bomba y en el factor natriurético auricular o atriopeptina.

La aurícula tiende a preservar el volumen circulatorio y la homeostasis de la sal. Se comporta como una glándula endocrina que estimula la excreción de sodio por aumento de la filtración glomerular, a la vez que inhibe la secreción de renina y aldosterona. Ambos mecanismos, actuando en forma simultánea, tienden a reducir la presión arterial. Se augura que la atriopeptina jugará un importante rol terapéutico en el manejo de la hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca e insuficiencia renal.

Debemos detenernos aquí. El futuro nos entregará nuevos datos que irán completando el mosaico que intuyera Irving Page. En algún momento veremos alzarse al cerebro como centro de coordinación de los mecanismos opresores. No podría ser de otro modo, a juzgar por las pistas que nos proporciona la clínica. Destacamos: a) el ritmo circadiano en la etapa de transición sueño-vigilia, en que se advierte un brusco aumento de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca b)

la íntima relación entre emoción e hipertensión y entre crisis hipertensiva y crisis de asfixia e) la rápida normalización de la presión por ansiolíticos e incluso por la actitud reconfortante y relajada del médico o de un familiar ante el paciente víctima de una crisis opresora. Más sugerente aún, se ha podido comprobar la sostenida eficacia de agentes como la clonidina en casos que habían sido resistentes a hipotensores consagrados. No cabe duda que las investigaciones sobre los neurotransmisores del sistema nervioso central seguirán proporcionando valiosas armas para descubrir los mecanismos y los recursos que eliminen la hipertensión.

#### **6.2.2. A NIVEL DE LA DIABETES**

El Ministerio de Salud considera esta patología como “Una enfermedad crónica, de diferentes etiologías, que se caracteriza por hiperglicemia, que resulta de un déficit en la secreción y/o acción de la insulina” (Ministerio de Salud, 2005, p. 3).

La hiperglicemia presente en las personas diabéticas condiciona el desarrollo de diversas patologías, presentando este grupo una alta morbilidad y mortalidad respecto a la población general (Ministerio de Salud, 2005). En Chile el riesgo de muerte aumenta entre 2 y 4 veces en comparación a personas que no viven con diabetes (Silva, 2004).

El desarrollo de la medicina ha permitido que las personas diabéticas puedan acceder a mejores tratamientos, pese a lo anterior, actualmente aún hay niños y adolescentes que fallecen o vivencia consecuencias orgánicas debido a dificultades derivadas del mal manejo de la enfermedad (Ludvigsson, 2004).

Esta patología ha sido calificada como de efectos “penetrantes pero invisibles” (Alcayaga, 2004, p. 99). La diabetes no provoca molestias dolorosas, pero si es necesario un tratamiento complejo y continuo,



pues presenta graves consecuencias para el organismo cuando no se asumen las medidas de auto cuidado necesario o el diagnóstico es hecho en forma tardía. En esta enfermedad se han propuesto diferentes clasificaciones, reconociéndose en la actualidad dos grandes tipos: Diabetes tipo 1 y Diabetes tipo 2.

### **6.3. MARCO LEGAL**

**MINISTERIO DE SALUD  
RESOLUCION NÚMERO 412 DE 2000  
(Febrero 25)**

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

**EL MINISTRO DE SALUD**

En uso de sus facultades legales, especialmente las conferidas por el artículo 173 de la Ley 100 de 1993 y

**CONSIDERANDO**

Que al Ministerio de Salud le corresponde expedir las normas técnicas y administrativas de obligatorio cumplimiento para las Entidades Promotoras de Salud, las Instituciones Prestadoras de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y para las Direcciones Seccionales, distritales y locales de Salud.

Que las Administradoras del Régimen Contributivo y Subsidiado tienen la obligatoriedad de prestar todos los planes de beneficios a su población, incentivando las acciones de Promoción y Prevención.

Que de conformidad con lo establecido en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de, Seguridad Social en Salud, al Ministerio de Salud le corresponde expedir las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en Salud Pública.

Que los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben realizar las acciones conducentes a reducir el riesgo de enfermar y morir por causas evitables, alcanzar mejoría en los niveles de salud y garantizar la salud colectiva, buscando impactar positivamente las metas de salud pública del país.

**RESUELVE:**

**CAPITULO I.**

**ASPECTOS GENERALES**

**ARTICULO 1. OBJETO.** Mediante la presente resolución se adoptan las normas técnicas de obligatorio cumplimiento en relación con las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y las guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública, a cargo de las Entidades Promotoras de, Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado. Igualmente se

**Hoja 2 de 2**

**RESOLUCION NÚMERO 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** establecen los lineamientos para la programación, evaluación y seguimiento de las actividades establecidas en las normas técnicas que deben desarrollar estas entidades.

**ARTICULO 2. CAMPO DE APLICACIÓN.** Las disposiciones de la presente resolución se aplicarán a todas las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado.

**ARTICULO 3. NORMA TECNICA.** Es el documento mediante el cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones costo – efectivas de obligatorio cumplimiento, a desarrollar en forma secuencial y sistemática en la población afiliada, para el cumplimiento de las acciones de protección específica y de detección temprana establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Igualmente determinan las frecuencias mínimas anuales de atención y los profesionales de la salud responsables y debidamente capacitados para el desarrollo de las mismas.

**PARAGRAFO. PARAGRAFO.** Las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado, no podrán dejar de efectuar las actividades, procedimientos e intervenciones contenidas en las normas técnicas.

Tampoco podrán disminuir la frecuencia anual, ni involucrar profesionales de la salud que no cumplan las condiciones mínimas establecidas en la norma.

**ARTICULO 4. GUIA DE ATENCION.** Es el documento mediante el cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones a seguir y el orden secuencial y lógico para el adecuado diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de interés en salud pública establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado.

Las guías de atención relacionadas con tuberculosis, lepra, leishmaniasis y malaria contienen elementos normativos de obligatorio cumplimiento.

**ARTICULO 5. DEMANDA INDUCIDA.** Son todas las acciones encaminadas a informar y educar a la población afiliada, con el fin de dar cumplimiento a las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana establecidas en las normas técnicas.

Las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado deberán elaborar e implementar estrategias que le garanticen a sus afiliados, de acuerdo con las condiciones de edad, género y salud, el acceso a las actividades procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana así como la atención de enfermedades de interés en salud pública.

**ARTICULO 6. PROTECCIÓN ESPECÍFICA.** Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de los afiliados frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad.

**ARTICULO 7. DETECCION TEMPRANA.** Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte.

## **CAPITULO II.**

**Hoja 3 de 3**

### **RESOLUCION NÚMERO 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**

#### **NORMAS TECNICAS**

**ARTICULO 8. PROTECCION ESPECÍFICA.** Adóptense las normas técnicas contenidas en el anexo técnico 1-2000 que forma parte integrante de la presente resolución, para las actividades, procedimientos e intervenciones establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud enunciadas a continuación:

- a. Vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)
- b. Atención Preventiva en Salud Bucal
- c. Atención del Parto
- d. Atención al Recién Nacido
- e. Atención en Planificación Familiar a hombres y mujeres

**PARAGRAFO. PARAGRAFO.** Los contenidos de las normas técnicas de protección específica serán actualizados periódicamente, de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico, la tecnología disponible en el país, el desarrollo científico y la normatividad vigente.

**ARTICULO 9. DETECCION TEMPRANA.** Adóptense las normas técnicas contenidas en el anexo técnico 1-2000 que forma parte integrante de la presente resolución, para las actividades, procedimientos e intervenciones establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, enunciadas a continuación:

- a. Detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo (Menores de 10 años)
- b. Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años)
- c. Detección temprana de las alteraciones del embarazo
- d. Detección temprana de las alteraciones del Adulto (mayor de 45 años)
- e. Detección temprana del cáncer de cuello uterino
- f. Detección temprana del cáncer de seno
- g. Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual

**PARAGRAFO. PARAGRAFO.** Los contenidos de las normas técnicas de detección temprana serán actualizados periódicamente de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico, la tecnología disponible en el país y el desarrollo científico y la normatividad vigente.

## **CAPITULO II.**

### **GUIAS DE ATENCION PARA EL MANEJO DE ENFERMEDADES DE INTERES EN SALUD PÚBLICA**

**ARTICULO 10. GUIAS DE ATENCION DE ENFERMEDADES DE INTERES EN SALUD PÚBLICA.** Adóptense las guías de atención contenidas en el anexo técnico 2-200 que forma parte integrante de la presente resolución, para las enfermedades de interés en Salud Pública establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud:

- a. Bajo peso al nacer
- b. Alteraciones asociadas a la nutrición (Desnutrición proteico calórica y obesidad)
- c. Infección Respiratoria Aguda (menores de cinco años)  
Alta: Otitis media, Faringitis estreptocócica, laringotraqueitis.  
Baja: Bronconeumonía, bronquiolitis, neumonía.
- d. Enfermedad Diarreica Aguda / Cólera
- e. Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar

**Hoja 4 de 4**

### **RESOLUCION NÚMERO 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**

- f. Meningitis Meningocócica
- g. Asma Bronquial
- h. Síndrome convulsivo
- i. Fiebre reumática

- j. Vicios de refracción, Estrabismo, Cataratas.
- k. Enfermedades de Transmisión Sexual (Infección gonocócica, Sífilis, VIH/SIDA)
- l. Hipertensión arterial
- m. Hipertensión arterial y Hemorragias asociadas al embarazo
- n. Menor y Mujer Maltratados
- o. Diabetes Juvenil y del Adulto
- p. Lesiones preneoplásicas de cuello uterino
- q. Lepra
- r. Malaria
- s. Dengue
- t. Leishmaniasis cutánea y visceral
- u. Fiebre Amarilla

**PARAGRAFO. PARAGRAFO.** Los contenidos de las guías de atención serán actualizados periódicamente de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico, la tecnología disponible en el país, el desarrollo científico y la normatividad vigente.

#### **CAPITULO IV**

#### **OFERTA DE ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES DE DEMANDA INDUCIDA Y OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO**

**ARTICULO 11. RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS.** Las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado deberán garantizar en el municipio de residencia del afiliado, la prestación de la totalidad de las actividades, procedimientos e intervenciones contenidos en las normas técnicas de obligatorio cumplimiento y en las guías de atención, a través de la red prestadora de servicios que cumpla los requisitos esenciales para la prestación de los mismos.

**PARAGRAFO. PARAGRAFO.** En el evento en que la red de prestadores de servicios de salud del municipio de residencia del afiliado, no pueda prestar la totalidad de los servicios establecidos en las normas técnicas y guías de atención, las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado deben asumir los gastos del desplazamiento a que hubiere lugar para la prestación de los mismos.

**ARTICULO 12. LISTADO DE PRESTADORES DE SERVICIOS.** Las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado deben entregar al momento de la afiliación, el listado de las diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios con su dirección y teléfono, indicando las diferentes actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento que las mismas prestan.

**ARTICULO 13. COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS.** De conformidad con lo establecido en el Acuerdo 30 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, no podrán aplicarse copagos ni cuotas moderadoras a las actividades, procedimientos e, intervenciones contenidas en las normas técnicas y guías de atención a que se refiere la presente resolución.

**ARTICULO 14. CAMBIO DE REGIMEN Y TRASLADOS ENTRE ENTIDADES.**

Las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado deberán garantizar la continuidad de las acciones de demanda inducida y

**Hoja 5 de 5**

**RESOLUCION NÚMERO 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** obligatorio cumplimiento, cuando por cualquier motivo un afiliado cambie de un régimen a otro o cuando se produzca el traslado de Entidad Promotora de Salud, Entidad Adaptada o Administradora del Régimen Subsidiado. Para tal efecto la respectiva Entidad deberá proporcionar a aquella a la cual se traslade, la totalidad de la información relacionada con las actividades de detección temprana y protección específica realizadas al afiliado y a su núcleo familiar.

**ARTICULO 15. VIGILANCIA Y CONTROL.** El Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, y las Direcciones Territoriales de Salud ejercerán las funciones de vigilancia y control de conformidad con las normas vigentes y lo establecido en el artículo 18º del Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

**ARTICULO 16. PROGRAMACION, SEGUIMIENTO Y MONITOREO PERMANENTE.**

Para la programación de actividades, el seguimiento y el fortalecimiento y perfeccionamiento de la gestión de las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras de Régimen Subsidiado, en relación con las acciones de protección específica, detección precoz y atención de enfermedades de interés en salud pública establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, se adoptan la metodología única contenida en el "Anexo Técnico 3-2000 de Programación", en el "Anexo 4-2000 de Indicadores de Gestión" y los lineamientos establecidos en el "Anexo Técnico 5-2000 Sistema de Fortalecimiento de Gestión de las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras de Régimen Subsidiado frente a las acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública" los cuales forman parte integrante de la presente resolución.

**ARTICULO 17. REQUERIMIENTOS PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACION DE LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES DE DEMANDA INDUCIDA Y OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PARA LOS REGIMENES CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO.** Las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Adaptadas, deberán radicar ante la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud o la dependencia que haga sus veces, el informe de gestión trimestral, dentro de los quince días calendario siguientes al vencimiento del respectivo

trimestre, en forma impresa y en medio magnético, de acuerdo con el “Anexo Técnico 6-2000 Especificaciones para la Transferencia de Datos sobre ejecución de Acciones de Protección Específica, Detección Temprana y Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública”.

Las Administradoras del Régimen Subsidiado, deberán radicar ante las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud trimestralmente un informe de gestión correspondiente al trimestre y para cada uno de los contratos existentes, de acuerdo con los criterios técnicos anexos a esta resolución en el anexo “Anexo Técnico para la Transferencia de Datos sobre Ejecución de Acciones de Protección Específica, Detección Temprana y Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública”.

**PARAGRAFO.-** Semestralmente las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud remitirán a la Dirección General de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud un informe sobre la gestión de las ARS DE su departamento, presentando para cada una y por cada contrato el estado de los indicadores establecidos en el “Anexo de Indicadores de Gestión”.

**ARTICULO 18. CONTROL DE LA INFORMACION.** Con el objeto de garantizar la calidad de la información suministrada tanto para la programación como para la ejecución de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, la Dirección General de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud

**Hoja 6 de 6**

#### **RESOLUCION NÚMERO 412 DE 2000**

**Por la cual se establece 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** desarrollará un sistema de control sobre la información decepcionada. Dicho proceso se realizará trimestralmente de acuerdo con los cortes de evaluación.

Cuando se comprueben fallas en la información, la Dirección General de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud o la dependencia que haga sus veces, dará aviso a la Superintendencia Nacional de Salud para que se establezcan los correctivos o sanciones pertinentes.

**ARTICULO 19. ASISTENCIA TECNICA.** Una vez adoptadas las normas técnicas y guías de atención, el Ministerio de Salud adelantará la correspondiente fase de inducción a las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado, con el objeto de fortalecer la gestión de dichas entidades y de garantizar el cumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente resolución.

**ARTICULO 20. VIGENCIA Y DEROGATORIAS.** Esta Resolución rige tres (3) meses después, contados a partir de la fecha de su publicación y deroga las

disposiciones que le sean contrarias, en especial la Resolución 3997 de 1996, la cual continuará aplicándose mientras entra en vigencia la presente resolución.

**PUBLIQUESE Y CUMPLASE**

Dada en Santafé de Bogotá, D.C. a los 25 de Febrero de 2000

**EL MINISTRO DE SALUD**

**VIRGILIO GALVIS RAMIREZ**

**LEY 1355 DE 2009**

**(Octubre 14)**

**Diario Oficial No. 47.502 de 14 de octubre de 2009**

**CONGRESO DE LA REPÚBLICA**

**Por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención.**

**EL CONGRESO DE COLOMBIA**

**DECRETA:**

**ARTÍCULO 1o. *DECLÁRASE.*** La obesidad como una enfermedad crónica de Salud Pública, la cual es causa directa de enfermedades cardiacas, circulatorias, colesterol alto, estrés, depresión, hipertensión, cáncer, diabetes, artritis, colon, entre otras, todos ellos aumentando considerablemente la tasa de mortalidad de los colombianos.

**ARTÍCULO 2o. *AMBITO DE APLICACIÓN.*** Las determinaciones establecidas en esta ley serán aplicables a las Entidades y Organizaciones del Estado a nivel nacional y territorial responsables de promover los ambientes sanos, la actividad física, la educación, la producción y la distribución de alimentos; así como a las entidades encargadas de la prestación y la garantía de los servicios de salud y los sectores de transporte, planeamiento y seguridad vial. Serán



beneficiarios de esta ley la población colombiana, en especial los grupos vulnerables.

**ARTÍCULO 3o. *PROMOCIÓN.*** El Estado a través de los Ministerios de la Protección Social, Cultura, Educación, Transporte, Ambiente y Vivienda y Desarrollo Territorial y Agricultura y Desarrollo Rural y de las Entidades Nacionales Públicas de orden nacional Coldeportes, el ICBF y Departamento Nacional de Planeación, promoverá políticas de Seguridad Alimentaria y Nutricional, así como de Actividad Física dirigidas a favorecer ambientes saludables y seguros para el desarrollo de las mismas. Estas políticas se complementarán con estrategias de comunicación, educación e información.

**ARTÍCULO 4o. *ESTRATEGIAS PARA PROMOVER UNA ALIMENTACIÓN BALANCEADA Y SALUDABLE.*** Los diferentes sectores de la sociedad impulsarán una alimentación balanceada y saludable en la población colombiana, a través de las siguientes acciones:

- Los establecimientos educativos públicos y privados del país en donde se ofrezcan alimentos para el consumo de los estudiantes deberán garantizar la disponibilidad de frutas y verduras.
- Los centros educativos públicos y privados del país deberán adoptar un Programa de Educación Alimentaria siguiendo los lineamientos y guías que desarrollen el Ministerio de la Protección Social y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, para promover una alimentación balanceada y saludable, de acuerdo con las características culturales de las diferentes regiones de Colombia.
- El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, deberá establecer mecanismos para fomentar la producción y comercialización de frutas y verduras, con participación

de los entes territoriales, la empresa privada y los gremios de la producción agrícola.

**ARTÍCULO 5o. *ESTRATEGIAS PARA PROMOVER ACTIVIDAD FÍSICA.***

Se impulsarán las siguientes acciones para promover la actividad física:

– El Ministerio de Educación Nacional y las Instituciones Educativas en desarrollo de las Leyes [115](#) de 1994 y [934](#) de 2004, promoverán el incremento y calidad de las clases de educación física con personal idóneo y adecuadamente formado, en los niveles de educación inicial, básica y media vocacional.

**PARÁGRAFO.** El Ministerio de Protección Social reglamentará mecanismos para que todas las empresas del país promuevan durante la jornada laboral pausas activas para todos sus empleados, para lo cual contarán con el apoyo y orientación de las Administradoras de Riesgos Profesionales.

**ARTÍCULO 6o. *PROMOCIÓN DEL TRANSPORTE ACTIVO.*** Los entes territoriales, en ejercicio de los planes de desarrollo, reglamentarán mecanismos para promover el transporte activo y la prevención de la obesidad.

Los entes territoriales en coordinación con las autoridades de planeación y transporte, deberán llevar a cabo acciones que garanticen la integración modal de formas de transporte activo con los sistemas de transporte público, debiendo diseñar estrategias de seguridad vial para ciclistas y peatones, buscando, además, incrementar la disponibilidad de espacios públicos para la recreación activa: parques, ciclovías y recreovías.

**ARTÍCULO 7o. *REGULACIÓN EN GRASAS TRANS.*** El Gobierno Nacional a través del Ministerio de la Protección Social y del Invima, reglamentará y controlará los contenidos, y requisitos de las grasas

trans en todos los alimentos, con el fin de prevenir el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a estas, para lo cual contará con un plazo de seis (6) meses a partir de la promulgación de la presente ley.

**ARTÍCULO 8o. *REGULACIÓN EN GRASAS SATURADAS.*** El Gobierno Nacional a través del Ministerio de la Protección Social y del Invima, reglamentará los contenidos, y requisitos de las grasas saturadas en todos los alimentos, con el fin de prevenir el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a estas, para lo cual contará con un plazo de seis (6) meses a partir de la promulgación de la presente ley.

**ARTÍCULO 9o. *PROMOCIÓN DE UNA DIETA BALANCEADA Y SALUDABLE.*** En aras de buscar una dieta balanceada y saludable el Ministerio de la Protección Social, establecerá los mecanismos para evitar el exceso o deficiencia en los contenidos, cantidades y frecuencias de consumo de aquellos nutrientes tales como ácidos grasos, carbohidratos, vitaminas, hierro y sodio, entre otros que, consumidos en forma desbalanceada, puedan presentar un riesgo para la salud. Para esto, contará con un plazo de seis (6) meses a partir de la promulgación de la presente ley.

**ARTÍCULO 10. *ETIQUETADO.*** Con el ánimo de mejorar el conocimiento que tiene la población en general referente a los contenidos nutricionales y calóricos, los productores de alimentos entregarán la información en el etiquetado de acuerdo a la reglamentación expedida por el Ministerio de la Protección Social.

**PARÁGRAFO.** En la expedición de esta reglamentación, el Ministerio será cuidadoso de ofrecer un periodo de transición que permita que los pequeños productores puedan adecuarse a esta obligación.

**ARTÍCULO 11. REGULACIÓN DEL CONSUMO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS EN CENTROS EDUCATIVOS.** Las instituciones educativas públicas y privadas que suministren el servicio de alimentación de manera directa o a través de terceros, deberán ofrecer una diversidad de alimentos que cubran las necesidades nutricionales de su comunidad, siguiendo, entre otras referencias, las guías alimentarias del Ministerio de la Protección Social y del ICBF, velando por la calidad de los alimentos que se ofrecen y de conformidad con los lineamientos establecidos por el Ministerio de la Protección Social a que se refiere el artículo 8o de la presente ley.

**PARÁGRAFO.** Las instituciones educativas públicas y privadas deberán implementar estrategias tendientes a propiciar ambientes escolares que ofrezcan alimentación balanceada y saludable que permitan a los estudiantes tomar decisiones adecuadas en sus hábitos de vida donde se resalte la actividad física, recreación y el deporte, y se adviertan los riesgos del sedentarismo y las adicciones. Para el desarrollo de esta estrategia podrán contar con el apoyo de las empresas de alimentos.

**ARTÍCULO 12. PUBLICIDAD Y MERCADEO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS EN MEDIOS DE COMUNICACIÓN.** El Ministerio de la Protección Social a través del Invima creará una sala especializada, dirigida a regular, vigilar y controlar la publicidad de los alimentos y bebidas, con criterios de agilidad y eficiencia operativa en su funcionamiento, buscando la protección de la salud en los usuarios y en especial de la primera infancia y la adolescencia, teniendo en cuenta lo establecido por la Organización Mundial de la Salud – OMS, con respecto a la comercialización de alimentos en población infantil.

**PARÁGRAFO.** Las funciones que se asignen a la Sala Especializada se ejercerán sin perjuicio de las funciones asignadas al Ministerio de

Comunicaciones, a la Comisión Nacional de Televisión y a las demás entidades competentes.

**ARTÍCULO 13. *ESTRATEGIAS DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN.*** El Ministerio de la Protección Social y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) adelantarán actividades educativas y acciones que propendan por ambientes saludables dirigidos a promover la alimentación balanceada y saludable de la población colombiana en especial de niños y adolescentes, haciendo énfasis en la generación de ambientes saludables. Para tales propósitos, el Ministerio de la Protección Social y el ICBF atenderán los lineamientos de las Organizaciones Mundial y Panamericana de la Salud.

**PARÁGRAFO.** Las empresas productoras, importadoras y comercializadoras de alimentos, trabajarán en conjunto con el Ministerio de la Protección Social y el ICBF para la elaboración y divulgación del material didáctico informativo y educativo, que incluya explicación sobre los contenidos nutricionales de los productos alimenticios y sus implicaciones en la salud, esto para un mejor y amplio conocimiento por parte de los consumidores.

**ARTÍCULO 14. *COMERCIALIZACIÓN DE PRODUCTOS PARA LA REDUCCIÓN DE PESO CORPORAL.*** Los productos estéticos o para consumo humano que se comercialicen con el propósito de reducir el peso corporal deberán indicar claramente en su etiqueta y comerciales que el uso de los mismos no suprime la práctica de actividad física y una alimentación saludable.

El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de la Protección Social, reglamentará la materia dentro del término de seis (6) meses posteriores a la expedición de esta ley, teniendo en cuenta que la extensión de esta advertencia corresponderá al mínimo aprobado por

el Ministerio de la Protección Social en la reglamentación tanto para la etiqueta como para la publicidad que se haga en televisión, radio o prensa.

**ARTÍCULO 15. LA COMISIÓN INTERSECTORIAL DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL (CISAN).** La Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CISAN) creada por el Conpes 113 de 2008 será la máxima autoridad rectora de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en Colombia.

La CISAN será la máxima instancia estatal de dirección, coordinación y seguimiento interinstitucional, de articulación de políticas y programas y de seguimiento a los compromisos de cada uno de los actores de la Seguridad Alimentaria y Nutricional, debiendo realizar campañas educativas dirigidas a las madres comunitarias, centros educativos públicos y privados, así como a la población en general sobre hábitos alimenticios, deporte y vida saludable.

**ARTÍCULO 16. INTEGRACIÓN.** La Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional –CISAN– estará conformada por los siguientes funcionarios:

- Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural o su delegado.
- Ministerio de la Protección Social o su delegado.
- Ministerio de Comercio, Industria y Turismo o su delegado.
- Ministerio de Educación Nacional o su delegado.
- Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial o su delegado.
- Director del Departamento Nacional de Planeación o su delegado.
- Director del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF–, o su delegado.
- Alto Consejero para la Acción Social y la Cooperación Internacional o su delegado.

-- Gerente del Instituto Colombiano de Desarrollo Rural –Incoder–, o su delegado.

-- Un miembro de la Asociación Colombiana de Facultades de Nutrición designados por su Junta Directiva.

**PARÁGRAFO 1o.** La Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional –CISAN–, estará presidida de manera rotativa por los Ministerios de Agricultura y Desarrollo Rural y de la Protección Social, para períodos de dos (2) años.

**PARÁGRAFO 2o.** La Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional

–CISAN–, en aras del cumplimiento de sus objetivos y funciones podrá invitar a los funcionarios representantes de las entidades, expertos, académicos y demás personas, cuyo aporte estime puede ser de utilidad para los fines encomendados a la misma.

**ARTÍCULO 17. FUNCIONES DE LA CISAN.** La Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CISAN), desarrollará las siguientes funciones:

1. Coordinar y dirigir la Política Nacional de Nutrición, y servir como instancia de concertación entre los diferentes agentes de la misma.
2. Coordinar y concretar la elaboración del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional.
3. Proponer medidas de carácter normativo destinadas a mejorar, actualizar, armonizar y hacer coherente la normatividad que se aplica en las diversas fases de la cadena alimentaria y realizar evaluación y seguimiento permanente a su aplicación.
4. Coordinar el proceso de inclusión de nuevos programas y proyectos que se requieran en la política nacional de seguridad alimentaria y nutricional.

5. Asesorar de manera permanente la actualización de las tablas nutricionales de los alimentos que se consumen en las instituciones públicas y privadas de educación preescolar, educación media y vocacional.
6. Promover la creación del observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional - SAN.
7. Promover y concretar políticas y acciones orientadas a estimular la actividad física y los hábitos de vida saludable en la población colombiana.
8. Acompañar al Ministerio de la Protección Social en el desarrollo de las directrices de políticas públicas encaminadas a fomentar campañas educativas que promuevan estilos de vida saludable, deporte y nutrición balanceada dirigidas a los consumidores de acuerdo con el artículo doce de la presente ley.
9. Las demás que determine el Ministerio de la Protección Social en la reglamentación que lo regulará.

**ARTÍCULO 18. PROGRAMAS DE RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL.** Las empresas productoras, importadoras y comercializadoras de alimentos que tengan establecidos programas de responsabilidad social empresarial, presentarán en sus informes periódicos aquellas actividades que hayan adelantado o promovido para estimular en la población colombiana hábitos de alimentación balanceada y saludable, prácticas de actividad física y prevención de las enfermedades asociadas a la obesidad.

**ARTÍCULO 19. AGENDA DE INVESTIGACIÓN.** El Ministerio de la Protección Social deberá establecer en conjunto con el Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología “Francisco José de Caldas” - Colciencias, acciones orientadas a definir y desarrollar una agenda de investigación, para estudiar los



determinantes del ambiente físico y social asociados con las enfermedades crónicas no transmisibles y la obesidad en el contexto de las regiones colombianas, las evaluaciones económicas y evaluación de la efectividad de intervenciones políticas, ambientales y comunitarias dirigidas a la promoción de la actividad física y de una alimentación balanceada y saludable.

**ARTÍCULO 20. *DÍA DE LUCHA CONTRA LA OBESIDAD Y EL SOBREPESO Y LA SEMANA DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE.***

Declárese el 24 de septiembre como el Día Nacional de Lucha contra la Obesidad y el Sobrepeso y su correspondiente semana como la semana de hábitos de vida saludable.

**ARTÍCULO 21. *VIGILANCIA.*** Los Ministerios de la Protección Social y de Educación en conjunto con el Invima, ICBF y Coldeportes Nacional, según cada caso, tendrán la responsabilidad de vigilar el cumplimiento de lo establecido en la presente ley.

El Ministerio de la Protección Social deberá garantizar la existencia de mecanismos de monitoreo poblacional a través de los cuales el país pueda establecer de manera periódica los avances o retrocesos que se han obtenido frente a las medidas aquí adoptadas. Este monitoreo deberá incluir, como mínimo, indicadores de antropometría, actividad física (recreativa y por transporte) y balance nutricional entre otras.

**ARTÍCULO 22. *VIGENCIA.*** Esta ley rige a partir de su promulgación.

El Presidente del honorable Senado de la República,

**JAVIER ENRIQUE CÁCERES LEAL.**

El Secretario General (E.) del honorable Senado de la República,

**SAÚL CRUZ BONILLA.**

El Presidente de la honorable Cámara de Representantes,

**EDGAR ALFONSO GÓMEZ ROMÁN.**

El Secretario General de la honorable Cámara de Representantes,

**JESÚS ALFONSO RODRÍGUEZ CAMARGO.**

**REPUBLICA DE COLOMBIA - GOBIERNO NACIONAL**

**Publíquese y cúmplase.**

**Dada en Bogotá, D. C., a 14 de octubre de 2009.**

**ÁLVARO URIBE VÉLEZ**

**El Ministro de la Protección Social,**

**DIEGO PALACIO BETANCOURT.**

**El Ministro de Transporte,**

**ANDRÉS URIEL GALLEGO HENAO.**

**MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL**

**CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

**ACUERDO NÚMERO 395 DE 2008**

**Por medio del cual se incluyen servicios ambulatorios especializados en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado para la atención de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 e Hipertensión Arterial y se ajusta el valor de la UPC en el Régimen Subsidiado para el año 2008**

**EL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, en ejercicio de las facultades legales, conferidas en el numeral 1º del artículo 172 de la Ley 100 de 1993,**

**CONSIDERANDO:**

**Que es función del CNSSS actualizar los contenidos del POS, de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema, según lo establecido en el parágrafo 2 del artículo 162 de la Ley 100/93.**

**Que en el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 adoptado mediante**

**Decreto No 3039 de 2007, para el desarrollo de las estrategias para la recuperación y superación de los daños en la salud se establece que está a cargo de la Nación la “Definición, seguimiento y evaluación de las acciones de detección temprana, prevención específica y atención en salud incluidos del plan obligatorio de salud – POS de los regímenes contributivo y subsidiado”.**

**Que en el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 adoptado mediante**

**Decreto No 3039 de 2007 dentro de las prioridades nacionales en salud se incluye disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles y las discapacidades, con especial énfasis en el diagnóstico temprano, la prevención y control, y la identificación de la población en riesgo de desarrollar enfermedad renal crónica.**

**Que la atención del conjunto de actividades y servicios ambulatorios de segundo y tercer nivel de complejidad para el manejo de la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus Tipo 2 contribuye al cumplimiento de las metas de la política de salud pública adoptada por el Gobierno Nacional para promover las acciones de diagnóstico temprano de la Enfermedad Renal Crónica.**

**Que el estudio de la Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud indica las acciones costo efectivas para la atención de la Diabetes Mellitus Tipo 2 y la Hipertensión Arterial para detección y control oportuno de los riesgos de las complicaciones de estas afecciones en los adultos de 45 años o más, así**

***ACUERDO N° 395 de 2008***

**Por medio del cual se incluyen servicios ambulatorios especializados en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado para la atención de pacientes con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial y se ajusta el valor de la UPC en el Régimen Subsidiado para el año**

**2008 - -como las frecuencias mínimas anuales de atención y los profesionales de la salud idóneos para el desarrollo de las acciones propuestas.**

**Que con base en el “Estudio de Ajuste de la UPC-S secundario al ajuste del POS-S por la inclusión de actividades para el manejo de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus Tipo 2” elaborado por la Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud del Ministerio de la Protección Social, el Comité de Medicamentos y Evaluación de Tecnología encontró que la inclusión del conjunto de actividades y servicios ambulatorios de segundo y tercer nivel de complejidad, según clasificación en la Resolución 5261 de 1994, para el manejo de la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus Tipo 2 para los adultos de 45 años o más, en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado, contribuye a la atención integral de los pacientes con estos diagnósticos y previene la ocurrencia de complicaciones incluida la Enfermedad Renal Crónica, siendo esta última una enfermedad de alto costo para el sistema. El Comité recomienda al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, aprobar su inclusión en el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado, en el esquema de subsidio pleno para las personas de 45 años o más.**

**Que por tanto se considera necesario realizar un ajuste del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado que incluya actividades para la atención de la Diabetes Mellitus Tipo 2 y la Hipertensión Arterial en los grupos poblacionales de mayor riesgo.**

**Que el Estudio Técnico elaborado por el Ministerio de la Protección Social no incluyó las actividades de hospitalización del segundo y tercer nivel de complejidad para el manejo de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus Tipo 2, por cuanto la información relativa al uso de servicios de la población pobre no asegurada no está disponible y por**

lo tanto no quedan incluidas en el presente Acuerdo. Por lo anterior, el Consejo considera que es necesario iniciar un estudio de seguimiento y levantamiento de información para ajustar, si hay lugar a ello, las actividades del ámbito hospitalario.

Que los medicamentos necesarios para la atención ambulatoria especializada de los pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus Tipo 2 a que se refiere el presente acuerdo, son los mismos que ya se encuentran incluidos en el POS-S mediante los Acuerdos 228 y 282, y los demás que los modifiquen, adicionen o complementen, que por no ser de uso exclusivo del especialista ya se vienen utilizando para la atención de dichos pacientes en el Nivel I de atención del POS-S según lo establecido en el Acuerdo 306 de 2005.

Que corresponde al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud fijar el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que a partir del mencionado Estudio Técnico efectuado por el Ministerio de la Protección Social se evidencia la necesidad de realizar un incremento de la UPC-S que permita financiar las actividades que se incluyen en el POS-S mediante el presente acuerdo.

Que en razón a que actualmente la UPC-S no se define por grupo etáreo, la incorporación al Régimen Subsidiado de los recursos que se necesitan para financiar las actividades que se incluyen por el presente Acuerdo, para el *ACUERDO N° 395 de 2008* Por medio del cual se incluyen servicios ambulatorios especializados en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado para la atención de pacientes con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial y se ajusta el valor de la UPC en el Régimen Subsidiado para el año 2008 - - tratamiento de la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus Tipo 2 de

los pacientes de 45 años o más, se realiza expresando dicho monto en términos de un incremento de la UPC del Régimen Subsidiado, considerando también los criterios de dispersión geográfica y de ciudades principales.

Que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud considera que la inclusión de algunas actividades y el incremento de la UPC-S se deben reflejar en la prestación de los servicios de salud incluidos en el presente acuerdo y en el respectivo gasto en salud, atendiendo los niveles de complejidad, puesto que de otra manera los recursos no cumplen su propósito.

Que el presente Acuerdo, de conformidad con lo establecido en el artículo 16 del Acuerdo 31 del CNSSS, cuenta con el concepto previo favorable de la Oficina Jurídica del Ministerio de la Protección Social por considerarlo ajustado a las normas vigentes, el cual se anexa al acta correspondiente;

**ACUERDA:**

**ARTÍCULO PRIMERO.-** Incluir en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado -POS-S- en el esquema de subsidio pleno los siguientes servicios o prestaciones de segundo y tercer nivel de complejidad del POS, necesarias para la atención ambulatoria de mediana y alta complejidad de los pacientes hipertensos de 45 años o más, con y sin complicaciones o condiciones clínicas asociadas, según la clasificación y recomendaciones contenidas en la guía de atención de la Hipertensión Arterial publicada por el Ministerio de la Protección Social en Mayo de 2007 en sustitución a la contenida en el anexo 2 de la Resolución 412 del 2000 o la norma que la adicione, modifique o sustituya:

1) Consulta médica especializada ambulatoria para evaluación o valoraciones, incluyendo particularmente la necesaria para valoración

del sistema visual, sistema nervioso, sistema cardiovascular y función renal.

**2) Exámenes paraclínicos o complementarios:**

**a) Potasio Sérico**

**b) Electrocardiograma 12 derivaciones**

**c) Ecocardiograma modo M y bidimensional**

**d) Fotocoagulación con Láser para manejo de retinopatía**

**e) Angiografía con Fluoresceína para manejo de retinopatía, con fotografías a color de segmento posterior.**

**Parágrafo 1: Estos servicios se adicionan a los incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado según Acuerdo 306 y los demás acuerdos que los adicionan y complementan.**

**Los medicamentos cubiertos para el manejo ambulatorio de la Hipertensión Arterial, son los ya incluidos en el POS-S mediante los Acuerdos 228 y 282 y que no son de uso exclusivo del especialista y que por lo tanto ya venían siendo cubiertos cuando eran formulados en el I nivel de atención.**

**Parágrafo 2: De conformidad con lo expuesto en la parte considerativa del presente Acuerdo, respecto de esta patología, no se incluyen ni la atención hospitalaria de II y III nivel de complejidad, ni los medicamentos usados durante**

***ACUERDO N° 395 de 2008***

**Por medio del cual se incluyen servicios ambulatorios especializados en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado para la atención de pacientes con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial y se ajusta el valor de la UPC en el Régimen Subsidiado para el año 2008 - - esta hospitalización, con excepción de los eventos de atención inicial de urgencias y los ya contemplados en el Acuerdo 306 de 2005.**

**ARTÍCULO SEGUNDO.-** Incluir en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado -POS-S- en el esquema de subsidio pleno los siguientes servicios o prestaciones de segundo y tercer nivel de complejidad, necesarias para la atención ambulatoria de mediana y alta complejidad de los pacientes diabéticos tipo 2 de 45 años o más, con y sin complicaciones o condiciones clínicas asociadas, según las recomendaciones contenidas en la guía de atención de la Diabetes Mellitus tipo 2 publicada por el Ministerio de la Protección Social en Mayo de 2007 en sustitución a la contenida en el anexo 2 de la Resolución 412 del 2000 o la norma que la adicione, modifique o sustituya:

- 1) Consulta médica especializada ambulatoria para evaluación o valoraciones, incluyendo particularmente la necesaria para la valoración del sistema visual, de la función cardiovascular y circulación periférica, del sistema nervioso, del sistema osteomuscular y para evaluación de la función renal.
- 2) Consulta ambulatoria con nutricionista
- 3) Consulta ambulatoria de valoración por psicología
- 4) Exámenes paraclínicos o complementarios:
  - a) HbA1c (Hemoglobina glicosilada)
  - b) Electrocardiograma 12 derivaciones
  - c) Ecocardiograma modo M y bidimensional
  - d) Fotocoagulación con Láser para manejo de retinopatía diabética
  - e) Angiografía con Fluoresceína para manejo de retinopatía, con fotografías a color de segmento posterior
  - f) Doppler o Dúplex Scanning de vasos arteriales de miembros inferiores



**Parágrafo 1:** Estos servicios se adicionan a los incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado según el Acuerdo 306 y los demás acuerdos que lo adicionan y complementan.

Los medicamentos cubiertos para el manejo ambulatorio de la Diabetes Mellitus Tipo 2, son los ya incluidos en el POS-S mediante los Acuerdos 228 y 282 y que no son de uso exclusivo del especialista y que por lo tanto ya venían siendo cubiertos cuando eran formulados en el I nivel de atención.

**Parágrafo 2:** De conformidad con lo expuesto en la parte considerativa del presente Acuerdo, respecto de esta patología, no se incluyen ni la atención hospitalaria de II y III nivel de complejidad, ni los medicamentos usados durante esta hospitalización, con excepción de los eventos de atención inicial de urgencias y los ya contemplados en el Acuerdo 306 de 2005.

**ARTÍCULO TERCERO.-** La prestación de los servicios de segundo y tercer nivel de complejidad cuya inclusión se determina mediante el presente acuerdo, deberá establecerse en forma precisa y clara en cada uno de los respectivos contratos, y no podrá en ningún caso comprender o corresponder a actividades y/o servicios contratados bajo la modalidad de capitación del I nivel de complejidad.

***ACUERDO N° 395 de 2008***

Por medio del cual se incluyen servicios ambulatorios especializados en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado para la atención de pacientes con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial y se ajusta el valor de la UPC en el Régimen Subsidiado para el año 2008 - -

**ARTÍCULO CUARTO.-** A partir de la vigencia del presente Acuerdo, el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado para el año 2008, que había sido fijado por el artículo

cuarto del Acuerdo 379 del CNSSS, será de \$248.773.00 que corresponde a un valor diario de \$691,04 el cual será único por afiliado independientemente de su grupo etéreo.

**ARTICULO QUINTO.-** El valor de la UPC más la prima adicional que se reconoce por dispersión geográfica, por cada afiliado a las EPS-S, establecido en el artículo segundo del Acuerdo 381 del CNSSS, será a partir de la vigencia del presente Acuerdo de \$286.088,95 que corresponde a un valor diario de \$794,69.

**ARTICULO SEXTO.-** El valor de la UPC más la prima diferencial que se reconoce para las ciudades de Bogotá, Cali, Medellín y Barranquilla y sus municipios conurbados fijado por el Artículo tercero del Acuerdo 381 del CNSSS, será a partir de la vigencia del presente acuerdo la suma de \$261.211,65 que corresponde a un valor diario de \$725,59.

**ARTICULO SÉPTIMO.-** El presente Acuerdo rige a partir de octubre 1 de 2008 y deroga las normas que le sean contrarias.

**PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE**

**Dado en Bogotá, D. C., a los 21 DIC 2007**

**DIEGO PALACIO BETANCOURT**

**Ministro de la Protección Social**

**Presidente CNSSS**

**OSCAR IVAN ZULUAGA ESCOBAR**

**Ministro de Hacienda y Crédito Público**

**CARLOS IGNACIO CUERVO VALENCIA**

**Secretario Técnico CNSSS**

**NOTA AL MEDIO MAGNÉTICO:** En el documento original y en las publicaciones oficiales en medio físico, se presentan las firmas originales. El presente Acuerdo se encuentra publicado en el Diario Oficial 47.081 del 14 de Agosto de 2008.

## 6.4. MARCO GEOGRAFICO

### 6.4.1. PEREIRA

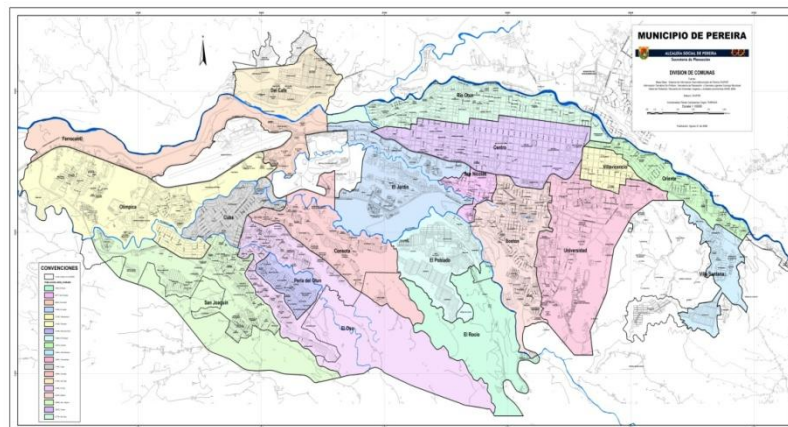
#### Escudo de Pereira



#### Bandera de Pereira



#### Mapa de Pereira



[comunaspeimrbl2.jpg](http://comunaspeimrbl2.jpg) skyscrapercity.com

El municipio de Pereira cuenta con 50 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de nivel I, II, III, IV, entre entidades públicas y privadas prestando sus servicios en el área de influencia de la investigación de la cual se tomo la muestra para aplicarlo.

#### 6.4.1.1. Características de la ciudad de Pereira

Pereira ciudad capital del Departamento de Risaralda fue fundada el 30 de Agosto de 1863, población aproximada de 421.648 de acuerdo al censo realizado por el DANE año 2005 pero con error en el conteo alrededor de 150.000 personas.

#### 6.4.1.2. Datos de interés

**Tabla: 1 Datos de interés ciudad de Pereira.**

<b>Año de fundación</b>	<b>30 de Agosto de 1863</b>
<b>Año de creación</b>	30 de Agosto de 1863
<b>Categoría del Municipio</b>	Segunda categoría
<b>Extensión total del Municipio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Área del Municipio: 658 Km cuadrados</li> <li>➤ Área urbana: 29 Km cuadrados</li> </ul>
<b>Hidrografía</b>	Territorio bañado por la cuencas de los ríos Otún, Consota, La Vieja y Barbas
<b>Localización</b>	La capital del departamento de Risaralda Pereira, se localiza en un valle pequeño que es formado por la terminación de un contrafuerte que se desprende de la cordillera Central a los 4 grados y 42 minutos de longitud oeste de Greenwich.
<b>Población</b>	<p>412.648 habitantes. Concentra el 57% de la población total del Departamento de Risaralda que es el 88% urbano y 12% rural.</p> <p>Cabecera municipal: habitantes 410.535 en el área urbana localizadas en 19 comunas.</p> <p>Zona rural: habitantes 78.304 en el área rural divididos en 12 corregimientos.</p>

<b>Habitantes por kilómetro cuadrado</b>	626 habitantes.
<b>Límites</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Norte: Municipio de La Virginia, Marsella, Dosquebradas, Santa Rosa y Balboa que son municipios del departamento de Risaralda.</li> <li>➤ Sur: Departamento de Quindío.</li> <li>➤ Oriente: Departamento del Tolima.</li> <li>➤ Occidente Departamento de Valle del Cauca.</li> </ul>
<b>División Política Administrativa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La zona urbana está dividida en 19 comunas.</li> <li>➤ La zona rural está conformada por 12 corregimientos.</li> </ul>

## **7. ELABORACION DE HIPOTESIS**

"Estudio de la evolución de la hipertensión arterial y diabetes en personas mayores de edad tanto en hombres como mujeres en distintas localidades de Colombia".

## **8. IDENTIFICACION DE VARIABLES**

**8.1.** Las personas en su edad avanzada sufren de HTA y diabetes puede ser por su alimentación en la adolescencia o falta de una rutina de ejercicio al cuerpo.

**8.2.** Estas enfermedades se están transmitiendo en nuestras familias de una

forma genética efecto catastrófico para nuestra población.

## **9. METODOLOGIA**

### **9.1. A DISEÑO DE TECNICAS DE RECOLECCION DE INFORMACION**

#### **9.1.1. FUENTES PRIMARIAS**

**ENCUESTAS:** en este proyecto de investigación se aplico este tipo de

técnica de información primaria en la recolección de datos sobre la promoción, prevención y control de la hipertensión arterial y la diabetes en las cinco localidades de estudio. Miranda, Santander de Quilichao, Pereira, Plato Magdalena y Barranquilla.

**9.1.2. FUENTES SECUNDARIAS:** Las fuentes secundarias utilizadas en la realización de este proyecto fueron herramientas bibliográficas y cibergráficas como: libros de consulta e internet. La investigación se realizó bajo la base metodológica empírico analítico de tipo observacional, y fue un estudio descriptivo.

## **9.2. POBLACION MUESTRA**

**9.2.1. Población:** La población analizada en el proyecto corresponde a la comunidad de cinco localidades identificadas como: Miranda, Santander de Quilichao, Pereira, Plato Magdalena y Barranquilla.

**9.2.2. Muestra:** La muestra utilizada para la toma de encuestas corresponde a 50 personas.

Miranda: 10 personas

Santander de Quilichao: 10 Personas

Pereira: 20 personas

Plato Magdalena: 10 personas

## **9.3. TECNICAS DE ANALISIS**

### **9.3.1. TABLA DE TABULACION DE DATOS**

En las siguientes tablas observaremos los datos tabulados de la correspondiente encuesta realizada en los municipios de Miranda, Santander de Quilichao, Plato Magdalena, Pereira y Barranquilla



(Ausente) la realizamos con personas adultas mayores a 20 años para analizar si padecían de estas enfermedades silenciosas en esta edad avanzadas y nos sirve para prevenir en un futuro a las personas jóvenes la HTA y diabetes.



### 9.3.1.2.1. GRAFICAS Y ANALISIS ESTADISTICOS DE LAS VARIABLES. TRABAJO DE CAMPO MIRANDA.

#### Resultados:

La recolección de los datos es de fuente primaria (encuesta) se realizó con una muestra de 10 personas que se escogieron con adultos mayores de 50 años la edad de los encuestados en forma ascendente:

50, 53, 56, 56, 56, 60, 64, 68, 69, 74

¿Que edad tienen?

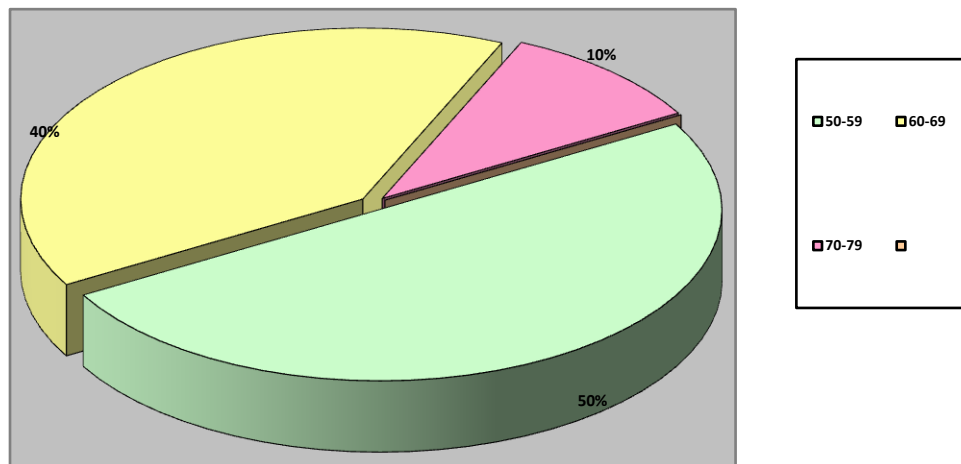


Tabla 1: sexo de los encuestados

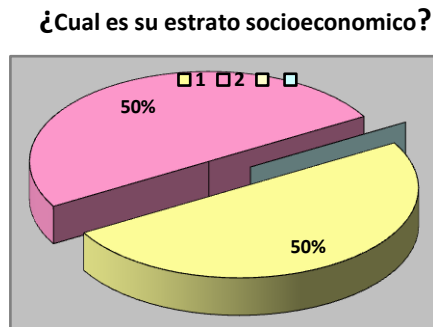
SEXO	Frecuencia	%FR
M	4	40%
F	6	60%
TOTAL	10	100%

-Sexo de los encuestados da como resultado un 60% en mujeres y u 40% en los hombres.

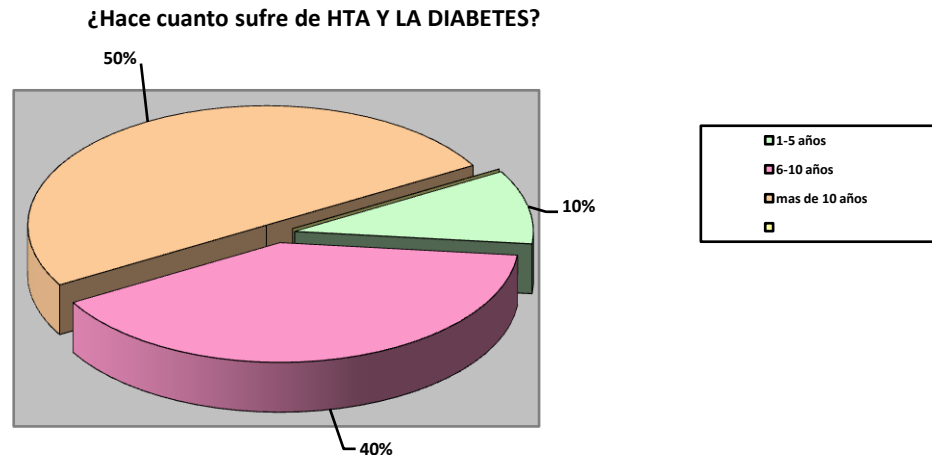


-Resultado del género de las personas que padecen estas enfermedades. En este grafico se que el 60% de las personas hipertensas y diabéticas son femeninos y el 40% masculinos

### Estrato socioeconómico de las personas encuestadas.

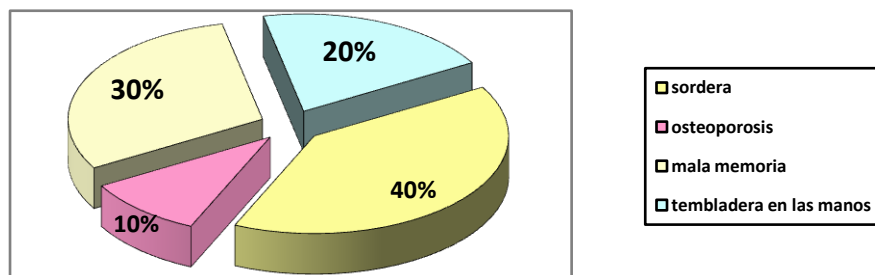


En este grafico nos demuestra que el 50% de las personas hipertensas y diabéticas tienen estrato socioeconómico en nivel 2, seguido del 50% que se ubican en el estrato 1.



Tiempo que lleva el personal encuestado con el problema de la HTA y la DIABETES? De acuerdo a la información realizada a través de la encuesta nos dimos cuenta que el 50 %sufre HTA con más de 10 años y un 40% con 6 a 10 años y solo un 10% está sufriendo de 1 a 5 años.

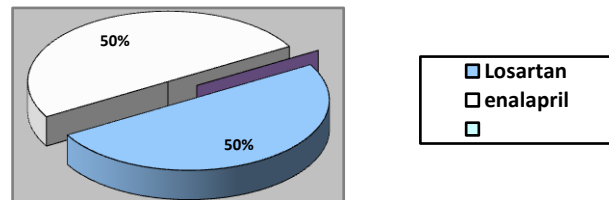
### ¿Padece de otra enfermedad?



Encontramos que los adultos sufren de otras enfermedades en las edades avanzadas un 40% respondió que sufría de sordera es la enfermedad llamada como hipoacusia, con un 30% encontramos la mala memoria que tenían y se llama fibromialgia, con el 20% respondió que tenían tembladera en las manos y

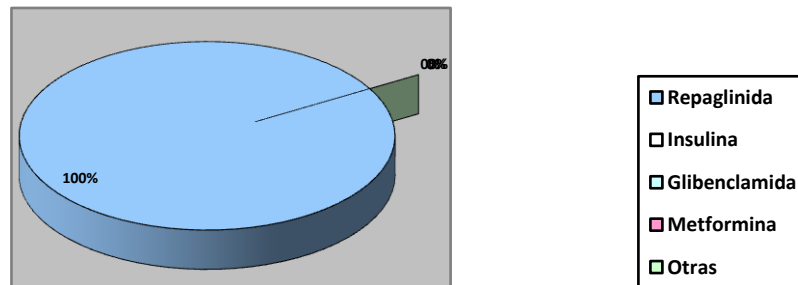
esta se llama es la esclerosis y por ultimo con un 10% que tenía osteoporosis que es una enfermedad avanzada en los huesos que los desclasifica

¿Que medicamentos esta consumiendo para el tratamiento de la HTA?



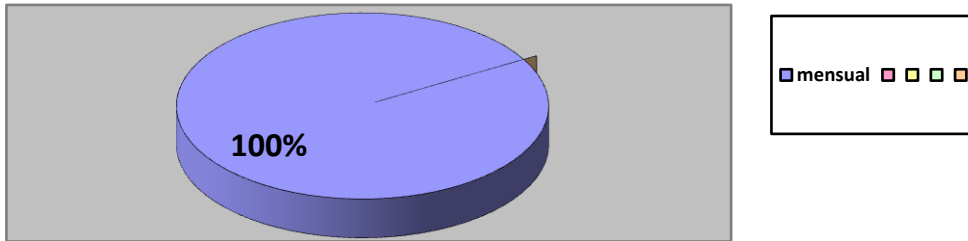
Los medicamentos que consumen los encuestados en los estratos 1 y 2 son por mitad como la losartan y enalapril que se dividen en un 50% para cada uno.

¿Que medicamentos esta consumiendo para el tratamiento de la DIABETES?



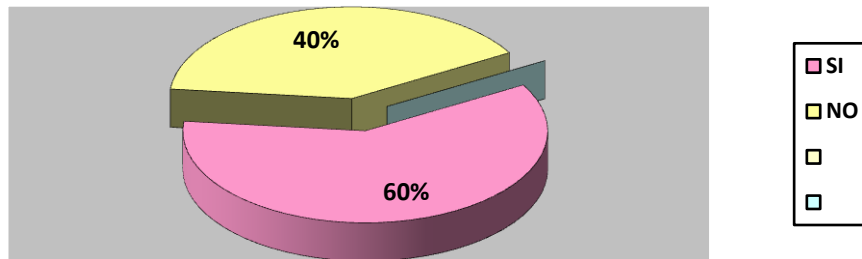
Encontramos que las personas con diabetes consumen repaglinida pero son pocas el problema más grave es la HTA.

**¿Cada cuanto visita al medico?**



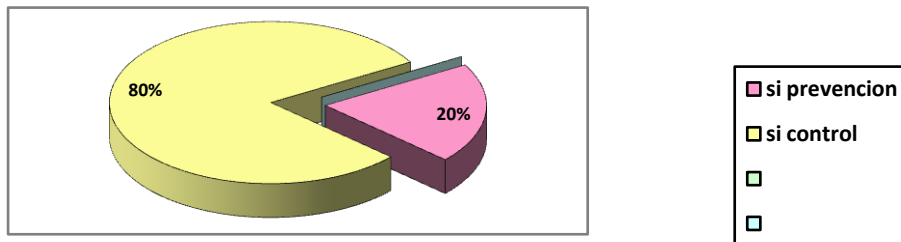
Los encuestados observamos que todos tienen su visita al médico mensual para tener su control mensual esto en un 100%

**¿usted recibe capacitación en los centros de salud?**



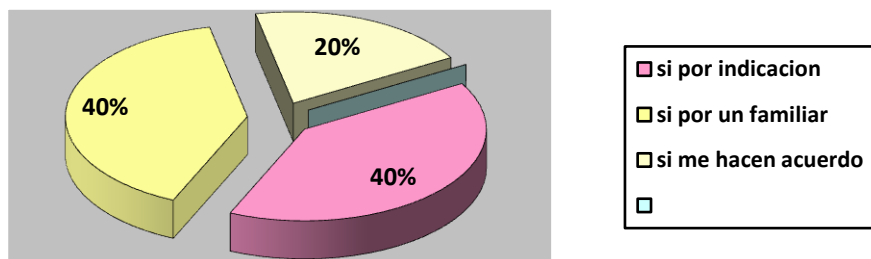
Miramos que un 60% de las personas reciben la capacitación de su enfermedad y un 40% no lo recibe puede incluir un factor de la mala memoria u otros factores.

**¿Asiste a control ?**



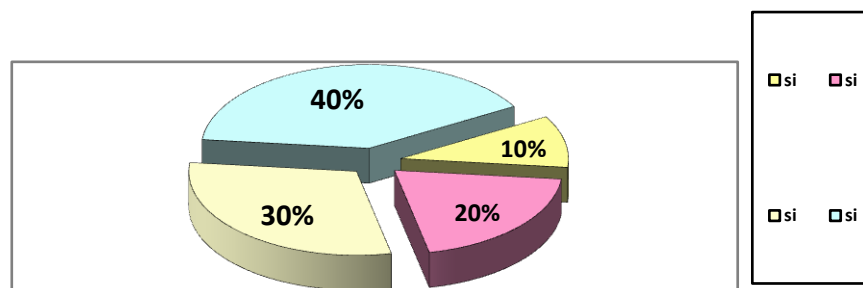
Los encuestados asisten al control ya sea por prevención o control de su enfermedad esto refleja que hay compromiso de los encuestados con su propia salud.

### ¿Toma los medicamentos a la hora indicada por el medico?



Analizamos que las personas se toman correctamente los medicamentos para el control de su enfermedad ya sé porque le acuerdan en un 20% y en un 40% son familiares o por indicación médica.

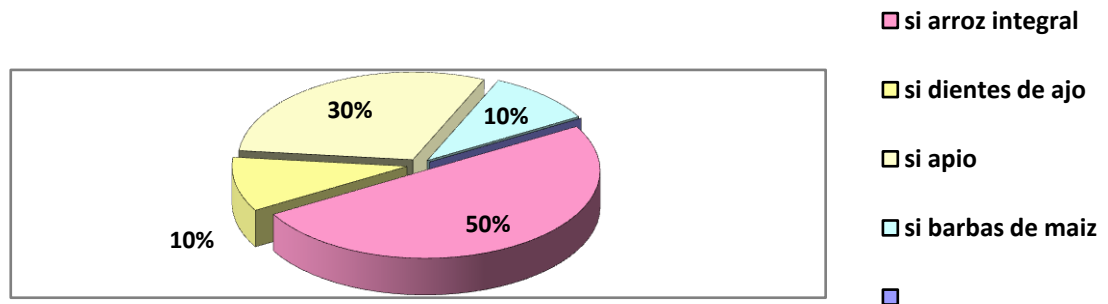
### ¿Existen persona con la misma enfermedad en su flia.?



Analizamos que en todos los encuestados tienen la misma enfermedad otros familiares que podrían ser hereditarios o por hábitos que tengan los familiares de los encuestados.



### ¿ Utiliza plantas medicinales para el tratamiento de la HTA y la DIABETES?



Los encuestados utilizan remedios caseros para combatir las enfermedades con un 50% con el arroz integral que lo utilizan para presión y un 30% con el apio que lo comen crudo y el ajo y barbas de maíz con un 10% cada uno también lo utilizan.



**9.3.1.3.1. GRAFICAS Y ANALISIS ESTADISTICO DE LAS VARIABLES. TRABAJO DE CAMPO PEREIRA.**

**9.3.1.3.1.1.** Muestra: 20 personas (muestra poblacional) en DROGUERÍA GARMISCH PHARMACEUTICAL

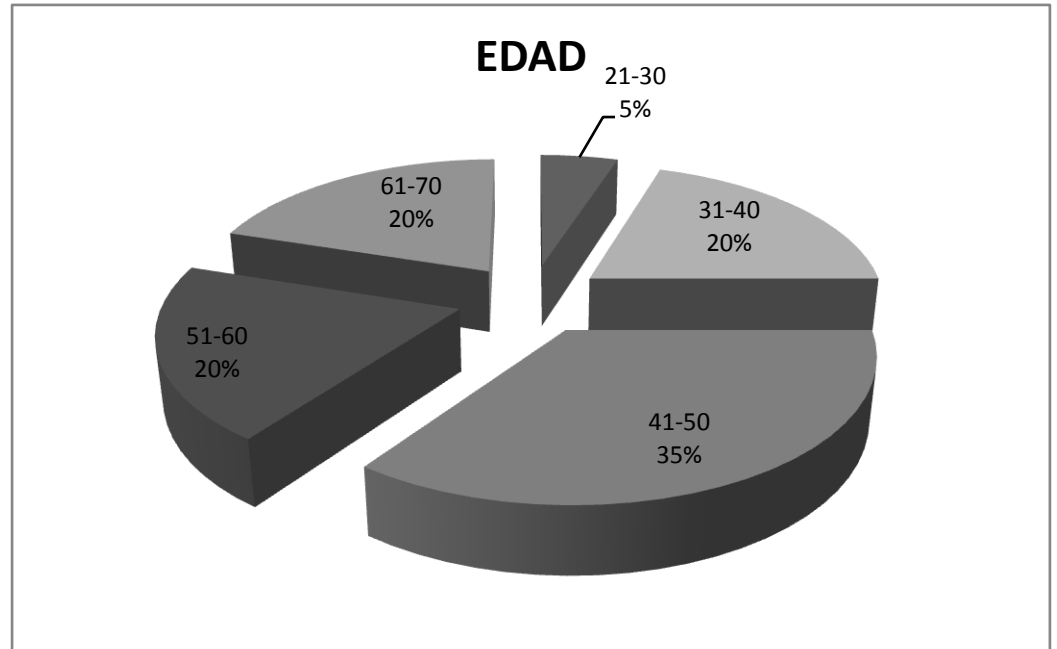
**9.3.1.3.1.2.** Población: Encuesta de once preguntas (datos).

**9.3.1.3.2.** En las siguientes casillas, seleccione su edad (en años).

52-45-57-40-35-65-55-60-50-30-46-40-65-68-47-44-40-43-45-69
---

**Tabla: 1 Edad de las personas encuestadas**

EDAD	
21 - 30	1
31 - 40	4
41 - 50	7
51 - 60	4
61 - 70	4
TOTAL	20

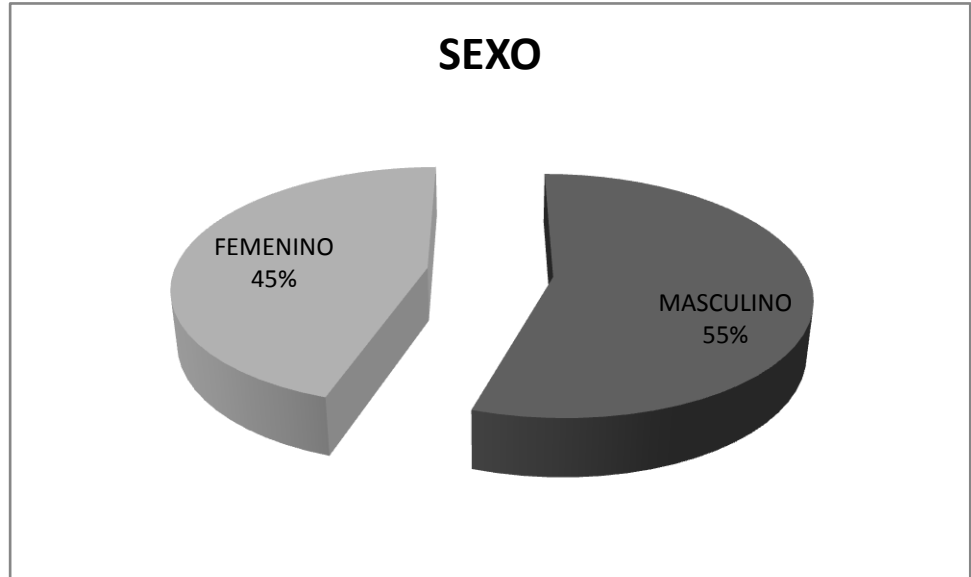
**Gráfica: 1 Edad de las personas encuestadas**

Edades de las personas encuestadas entre 30 y 69 años; repartidos así: entre 21-30 años (5%), 31-40 años (20%), 41-50 años (35%), 51-60 años (20%), 61-70 años (20%).

**9.3.1.3.3.** Selección de sexo de encuestados: Masculino (M) y Femenino (F).

**Tabla: 2 Sexo de personas encuestadas**

SEXO	
MASCULINO	11
FEMENINO	9
TOTAL	20

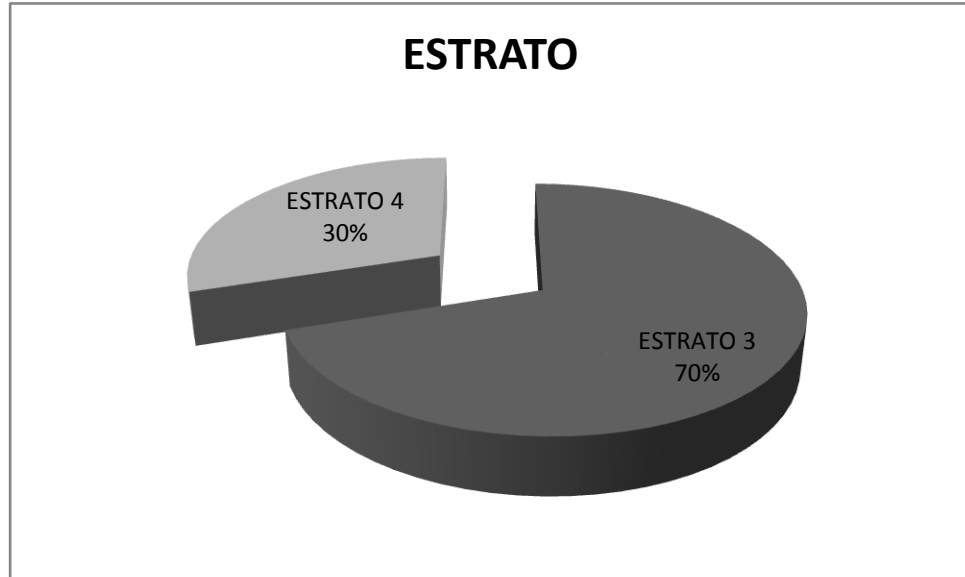
**Gráfica: 2 Sexo de personas encuestadas**

Sexo seleccionado Masculino 11 (55%) y Femenino 9 (45%).

#### 9.3.1.3.4. Selección de estrato

**Tabla: 3 Estrato de personas encuestadas**

ESTRATO	
3	14
4	6
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>

**Gráfico: 3 Estrato de personas encuestadas**

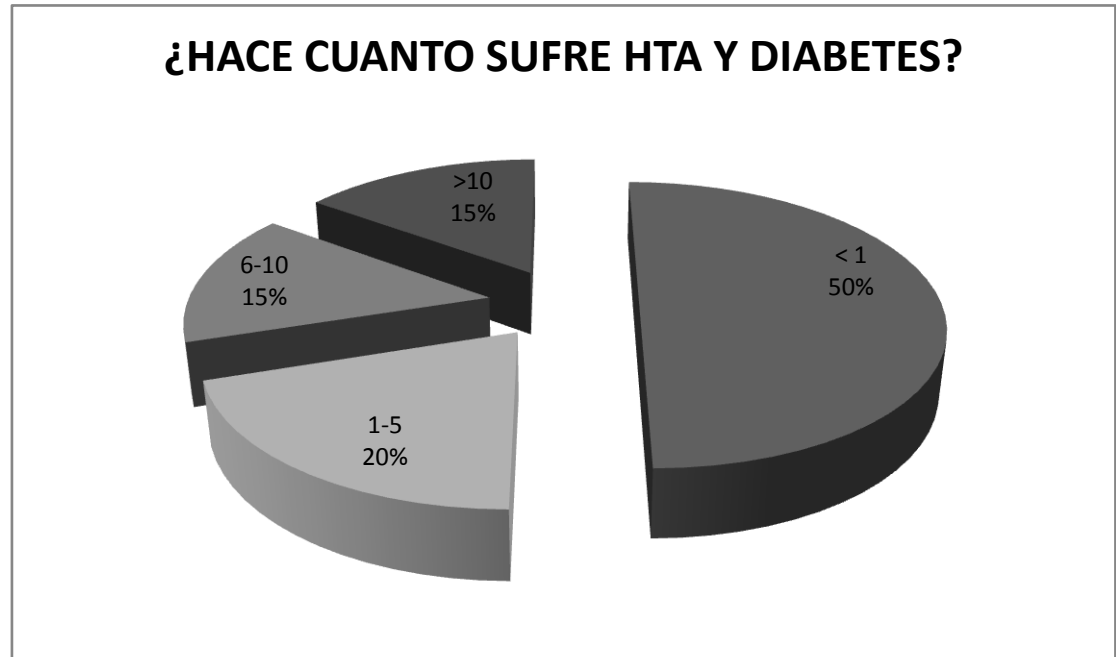
Estrato de personas encuestadas fue: estrato 3 (70%) y 4 (30%).

**9.3.1.3.5.** Pregunta ¿Hace cuanto sufre HTA y Diabetes?

**Tabla: 4 ¿Hace cuanto sufre HTA y Diabetes?**

<b>¿HACE CUANTO SUFRE HTA Y DIABETES?</b>	
<b>&lt; 1</b>	<b>10</b>
<b>1 - 5</b>	<b>4</b>
<b>6 - 10</b>	<b>3</b>
<b>&gt; 10</b>	<b>3</b>
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>

**Gráfico: 4 ¿Hace cuanto sufre HTA y Diabetes?**



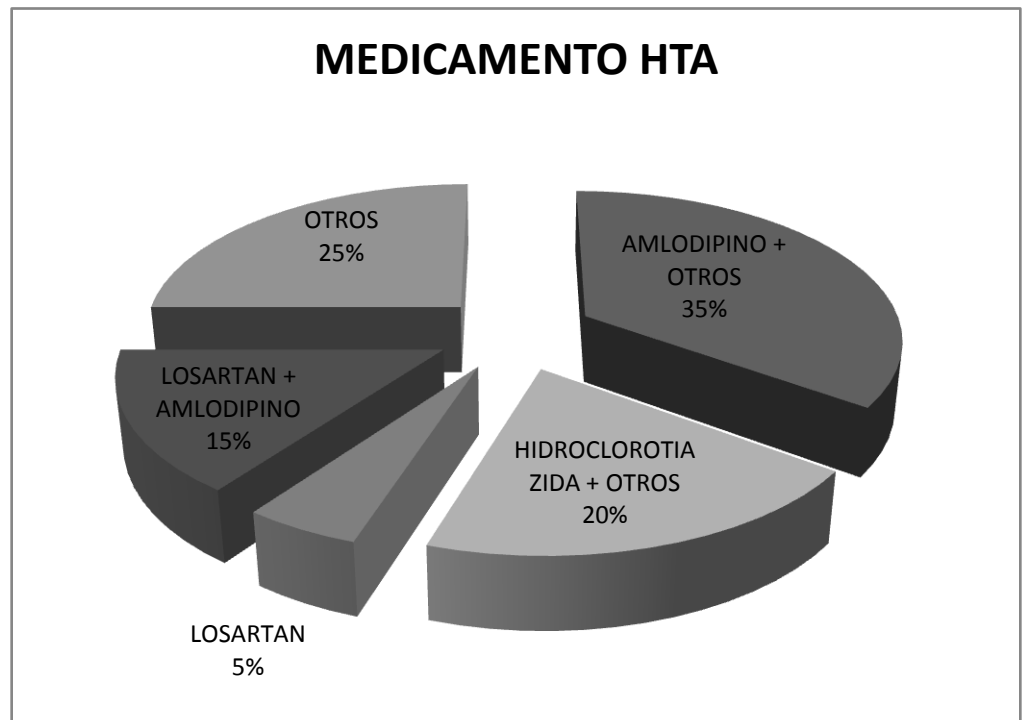
Padecimiento de las dos patologías en tiempo <1 año (50%), de 1-5 años (20%), 6-10 años (15%), >10 años (15%).

**9.3.1.3.6.** Pregunta ¿Qué medicamentos está consumiendo para el tratamiento de la HTA?

**Tabla: 5 ¿Qué medicamentos está consumiendo para el tratamiento de la HTA?**

<b>MEDICAMENTO HTA</b>	
<b>AMLODIPINO + OTROS</b>	<b>7</b>
<b>HIDROCLOROTIAZIDA + OTROS</b>	<b>4</b>
<b>LOSARTAN</b>	<b>1</b>
<b>LOSARTAN + AMLODIPINO</b>	<b>3</b>
<b>OTROS</b>	<b>5</b>
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>

**Gráfico: 5 ¿Qué medicamentos está consumiendo para el tratamiento de la HTA?**



Medicamentos utilizados por los pacientes en el sitio donde se realizó las encuestas en HTA: amlodipino + otros (35%), hidroclorotiazida + otros (20%), losartan (5%), losartan + amlodipino (15%), otros (25%); se entiende por otros de acuerdo a la encuesta sustancias como (Candesartán, Carvedilol, Irbesartán, Clonidina Clorhidrato, Nebivolol, Telmisartán; Valsartán, todas las sustancias anteriores asociadas etc.).

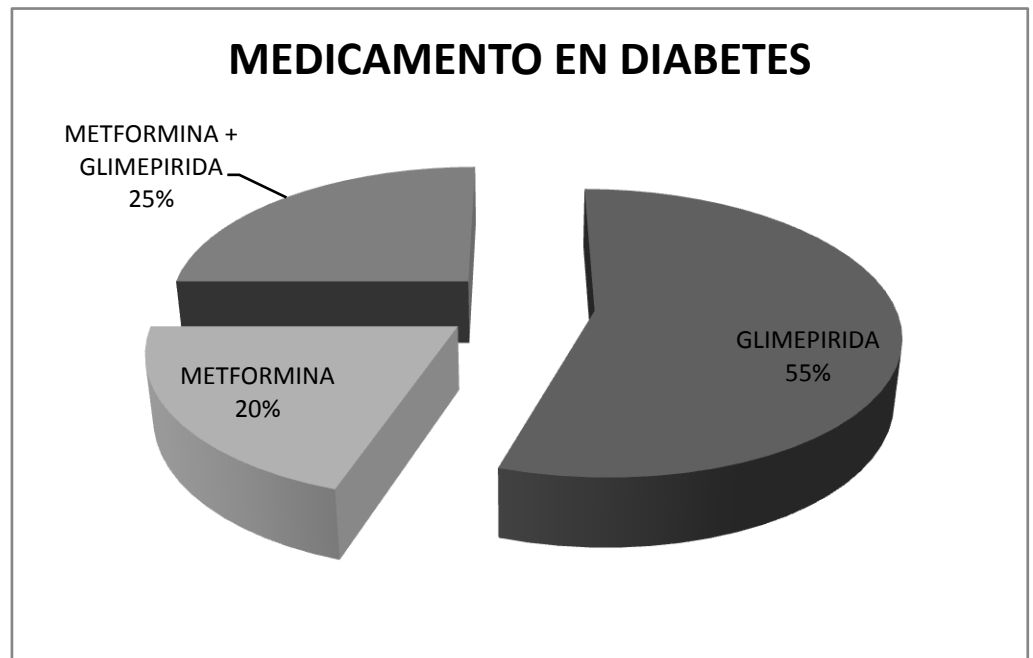
**9.3.1.3.7.** Pregunta ¿Qué medicamento está consumiendo para el tratamiento de de la diabetes?



**Tabla: 6 ¿Qué medicamento está consumiendo para el tratamiento de de la diabetes?**

<b>MEDICAMENTO DIABETES</b>	
<b>GLIMEPIRIDA</b>	<b>11</b>
<b>METFORMINA</b>	<b>4</b>
<b>METFORMINA + GLIMEPIRIDA</b>	<b>5</b>
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>

**Gráfico: 6 ¿Qué medicamento está consumiendo para el tratamiento de de la diabetes?**



Como la encuesta fue realizada en un punto de venta de la compañía a la cual yo presto mis servicios, mas no se coloco un sitio exclusivo para hacerlo (Llámesse Público o Privado: Hospital, Clínica, puesto de salud, Droguería, Farmacia, etc.) en Diabetes toman los

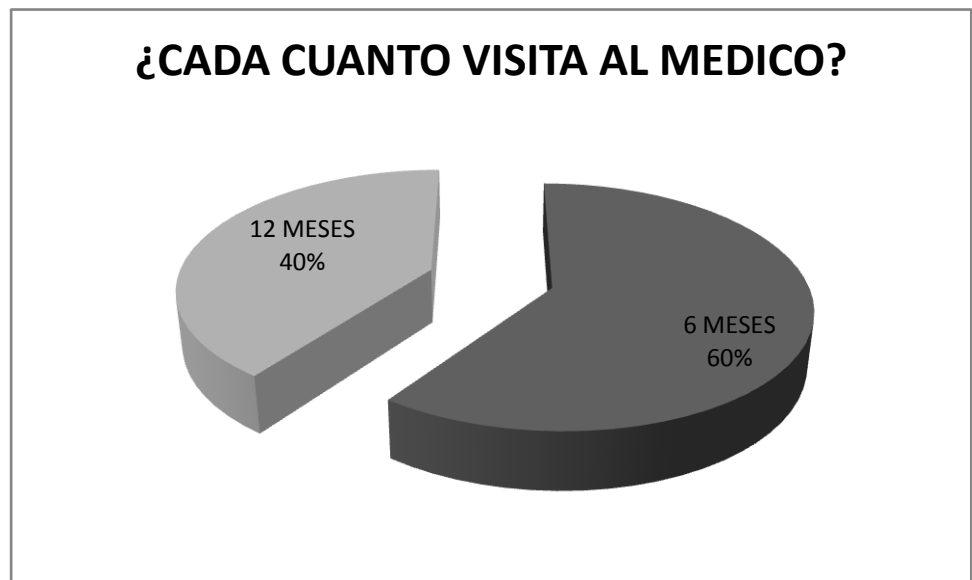
siguientes medicamentos: Glimepirida (55%), Metformina (20%), Metformina + Glimepirid (25%).

**9.3.1.3.8.** Pregunta ¿Cada cuanto visita al médico?

**Tabla: 7 ¿Cada cuanto visita al médico?**

¿CADA CUANTO VISITA AL MEDICO?	
6 MESE	12
12 MESES	8
TOTAL	20

**Gráfico: 7 ¿Cada cuanto visita al médico?**



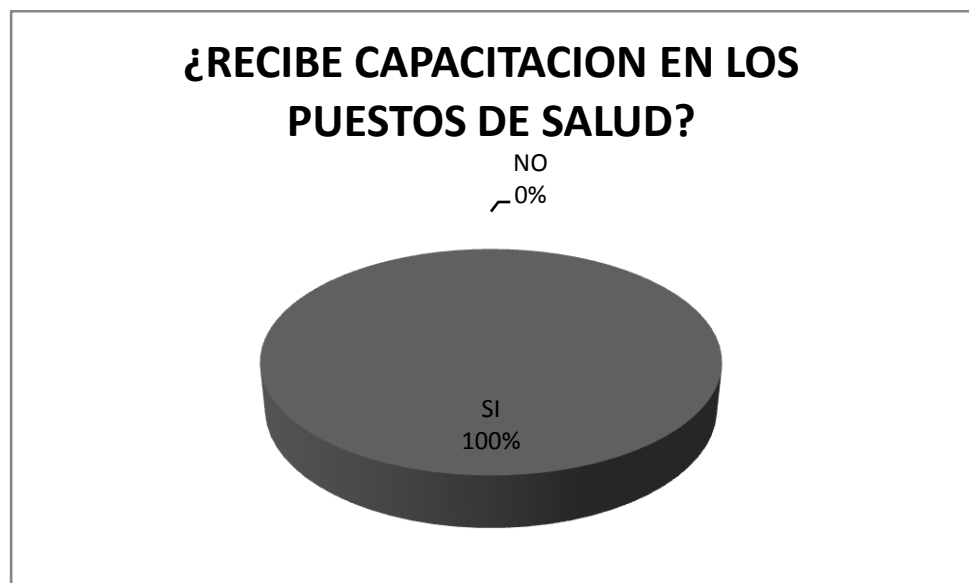
Los pacientes encuestados visitan al médico a sus respectivos controles así: cada 6 meses (60%), cada 12 meses (40%).

**9.3.1.3.9.** Pregunta ¿Usted recibe capacitación en los centros de salud?

**Tabla: 8 ¿Usted recibe capacitación en los centros de salud?**

¿RECIBE CAPACITACION EN LOS PUESTOS DE SALUD?	
SI	20
NO	0
TOTAL	20

**Gráfico: 8 ¿Usted recibe capacitación en los centros de salud?**



La capacitación recibida por los pacientes de los encuestados es: reciben capacitación (100%), no reciben capacitación (0%).

**9.3.1.3.10. Pregunta ¿Cada cuanto?**

**Tabla: 9 ¿Cada cuanto?**

¿CADA CUANTO?	
6 MESES	13
12 MESES	7
TOTAL	20

**Gráfico: 9 ¿Cada cuanto?**

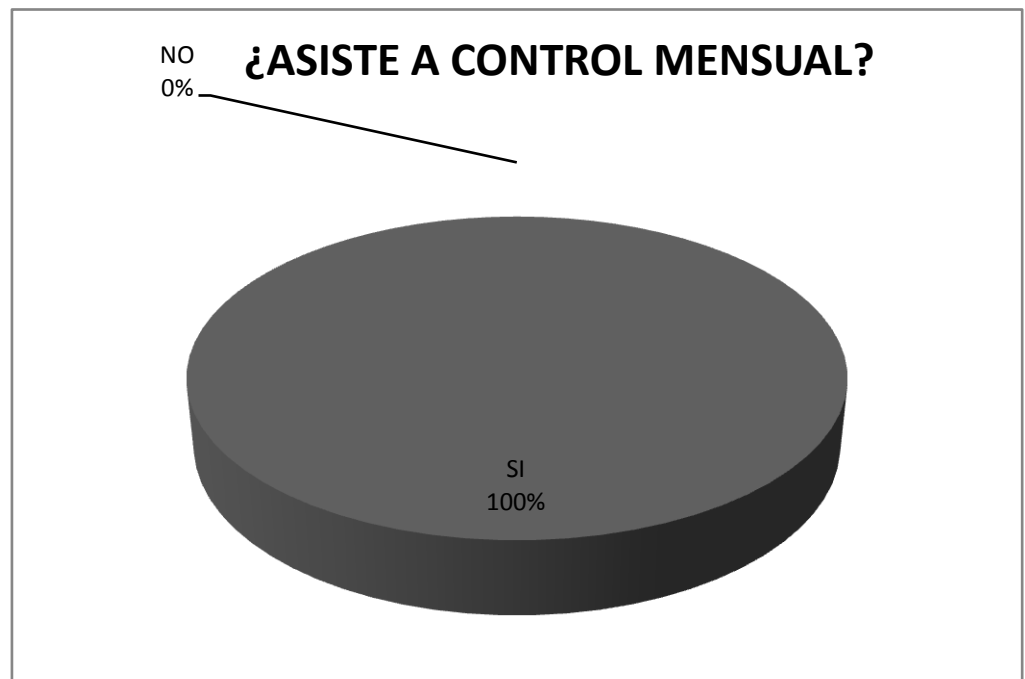
El tiempo que demoran los pacientes para reciben la capacitación es:  
Cada 6 meses (65%), cada 12 meses (35%).

**9.3.1.3.11.** Pregunta ¿Asiste a control?

**Tabla: 10 ¿Asiste a control?**

<b>¿ASISTE A CONTROL MENSUAL?</b>	
<b>SI</b>	<b>20</b>
<b>NO</b>	<b>0</b>
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>

**Gráfico: 10 ¿Asiste a control?**



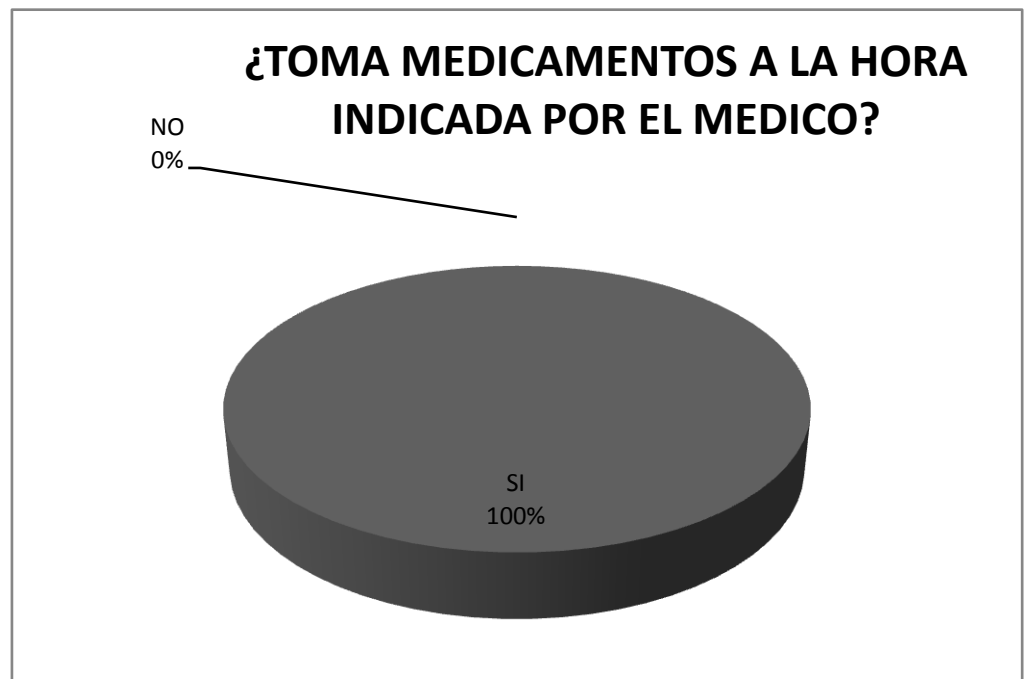
La respuesta sobre la asistencia a control mensual por parte de los pacientes es: Mensual: Si (100%), No (0%).

**9.3.1.3.12.** Pregunta ¿Toma los medicamentos a la hora indicada por el médico?

**Tabla: 11 ¿Toma los medicamentos a la hora indicada por el médico?**

<b>¿TOMA LOS MEDICAMENTOS A LA HORA INDICADA POR EL MEDICO?</b>	
<b>SI</b>	<b>20</b>
<b>NO</b>	<b>0</b>
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>

**Gráfico: 11 ¿Toma los medicamentos a la hora indicada por el médico?**



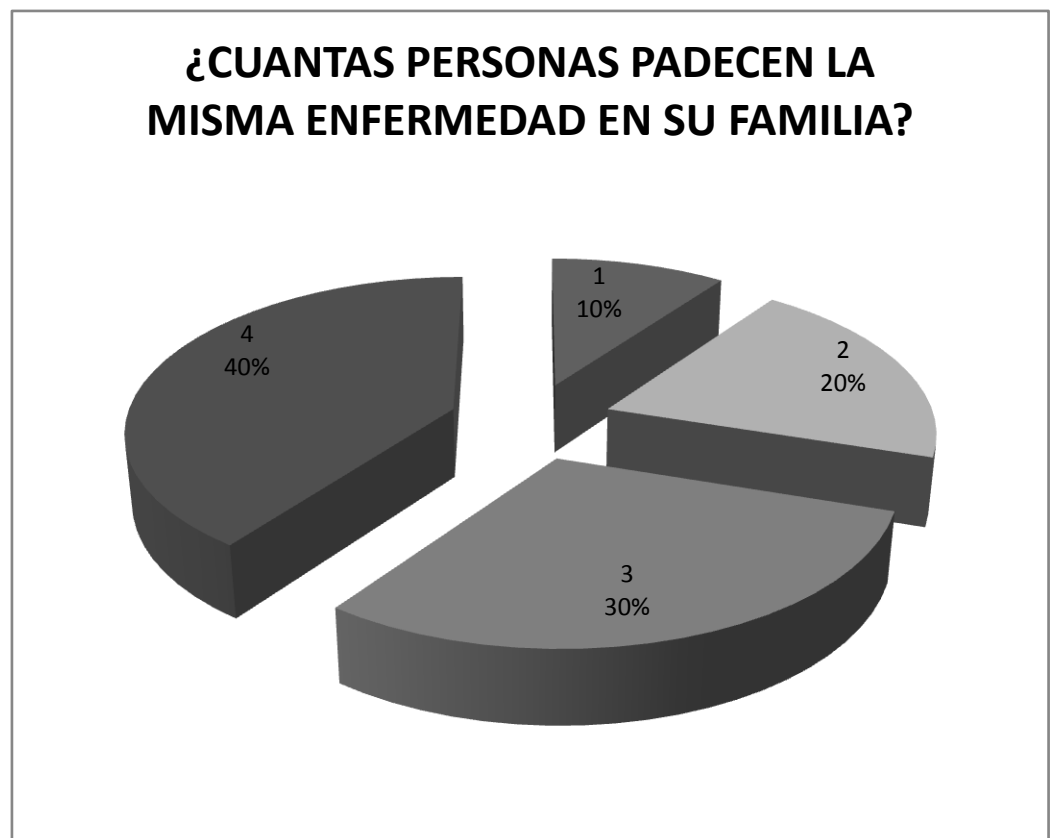
La toma de los medicamentos a la hora indicada por el médico, los pacientes respondieron: Si (100%), No (0%).

**9.3.1.3.13.** Pregunta ¿Cuántas personas padecen la misma enfermedad en su familia?

**Tabla: 12 ¿Cuántas personas padecen la misma enfermedad en su familia?**

<b>¿CUANTAS PERSONAS PADECEN LA MISMA ENFERMEDAD EN SU FAMILIA?</b>	
<b>1</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>1</b>
<b>3</b>	<b>3</b>
<b>4</b>	<b>1</b>
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>

**Gráfico. 12 ¿Cuántas personas padecen la misma enfermedad en su familia?**



De la misma enfermedad padecen familiares de las personas encuestadas así. Familiares 1 (10%), Familiares 2 (20%), Familiares 3 (30%), Familiares 4 (40%).

**9.3.1.3.14.** Pregunta ¿Utiliza plantas medicinales para el tratamiento de la HTA y Diabetes?

**Tabla: 13 ¿Utiliza plantas medicinales para el tratamiento de la HTA y Diabetes?**

¿UTILIZA PLANTAS MEDICINALES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HTA O DIABETES?	
SI	0
NO	20
TOTAL	20

**Gráfico: 13 ¿Utiliza plantas medicinales para el tratamiento de la HTA y Diabetes?**





Pacientes que utilizan plantas medicinales para el tratamiento de la HTA y Diabetes respondieron: Si (0%), No (100%).

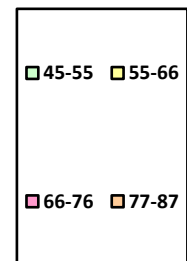
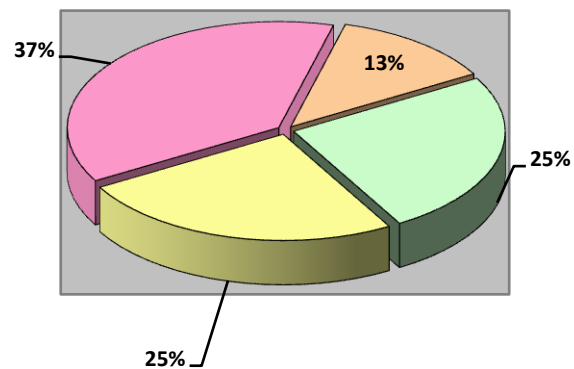
9.3.1.4. TABLA 3 PLATO MAGDALENA

NOMBRE	EDAD	SEXO	HACE CUANTO PADECE ESTA ENFERMEDAD	MEDICAMENTO QUE TOMA HTA	MEDICAMENTO DIABETES	CADA CUANTO VISITA AL MEDICO	RECIBE CAPACITACIÓN	CADA CUANTO	TOMA LOS MEDICAMENTOS A LA HORA QUE INDICA EL MEDICO	UTILIZA PLANTAS MEDICINALES	TIENE CONTROL MENSUAL
María Vergara	56	f	3	captopril	glibencanida	5 meses	si	5 mes	si	no	No
Graciela ramos	66	f	2	metoprolol	metformina	1mes	si	mensual	si	no	Si
Roberto Restrepo	70	m	6	captopril	metformina	1 mes	si	mensual	si	no	Si
Aníbal casas	55	m	4	captopril	otro	4 meses	si	4 meses	si	no	No
Vicente león	45	m	1	amlodipino	glibencanida	1 mes	si	mensual	si	no	Si
Ana Aragón	68	f	6	metoprolol	glibencanida	1m es	si	mensual	si	no	si
José saumeth	73	m	4	verapamilo	glibencanida	2 meses	si	2 meses	si	no	Si
Juan forero	86	f	4	verapamilo	metformina	1 mes	si	1 mes	si	no	si

### 9.3.1.4.1. GRAFICAS Y ANALISIS ESTADISTICO DE LAS VARIABLES. TRABAJO DE CAMPO PLATO MAGDALENA

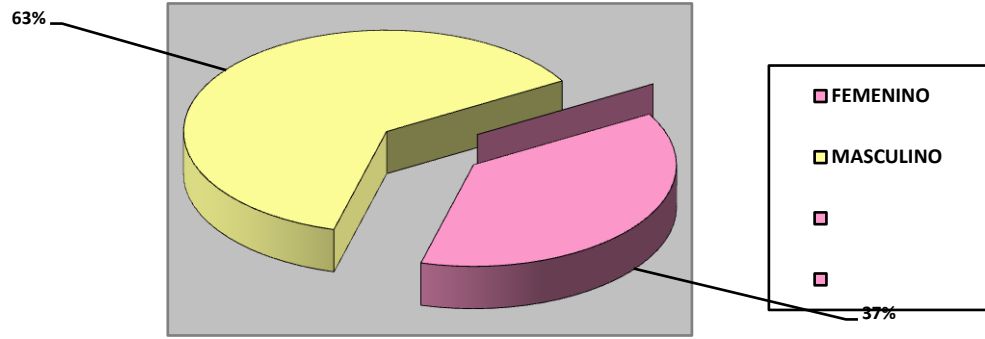
Edad	
45-55	2
56-66	2
66-76	3
77-87	1

¿Que edad tienen?



sexo	
Masculino	3
Femenino	5

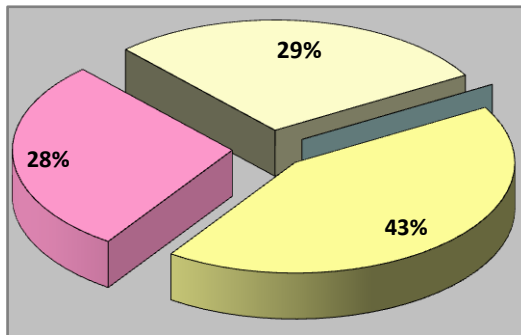
¿Cual es su sexo?



Medicamentos HTA	
Captopril	3
Metoprolol	2
Verapamilo	2

### ¿Medicamentos HTA?

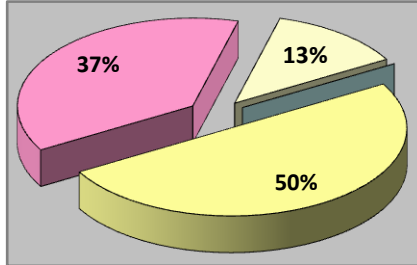
■ captopril 
 ■ metoprolol 
 ■ verapamilo 
 ■



Medicamento diabetes	
Glibencamida	4
Metformina	3
Otros	1

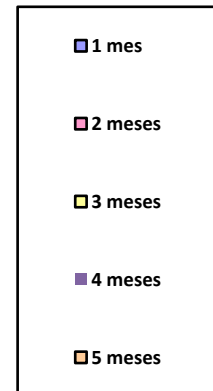
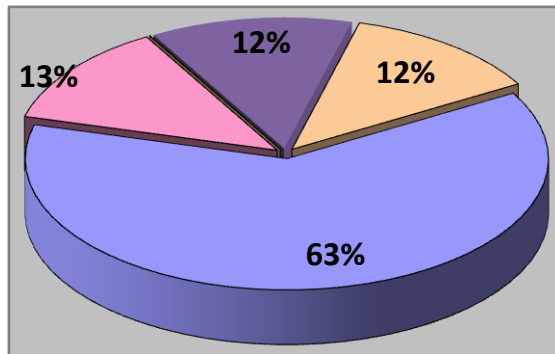
**¿medicamentos diabetes?**

■ glibencamida 
 ■ metformina 
 ■ otros 
 ■



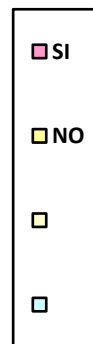
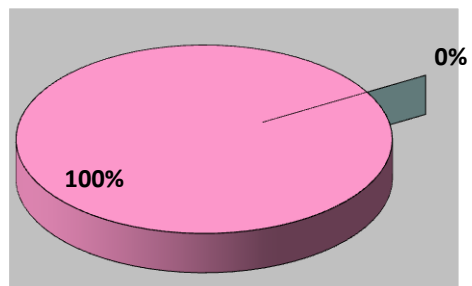
Cada cuanto visita al medico	
1 mes	5
2 meses	1
3 meses	0
4 mese	1
5 mese	1

**¿Cada cuanto visita al medico?**



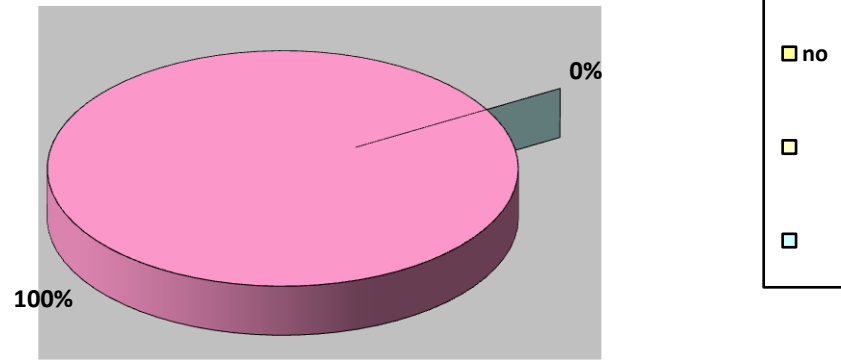
<b>¿RECIBE CAPACITACION EN LOS PUESTOS DE SALUD?</b>	
SI	8
NO	0
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>

**¿recibe capacitacion en los puestos de salud?**



<b>¿TOMA LOS MEDICAMENTOS A LA HORA INDICADA POR EL MEDICO?</b>	
SI	8
NO	0
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>

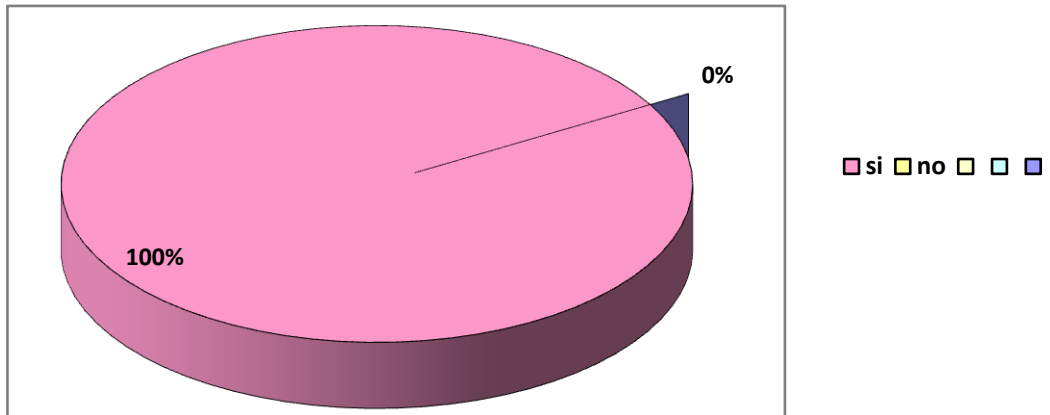
**¿Toma los medicamentos a la hora indicada por el medico?**



<b>¿UTILIZA PLANTAS MEDICINALES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HTA O DIABETES?</b>	
SI	0
NO	8
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>

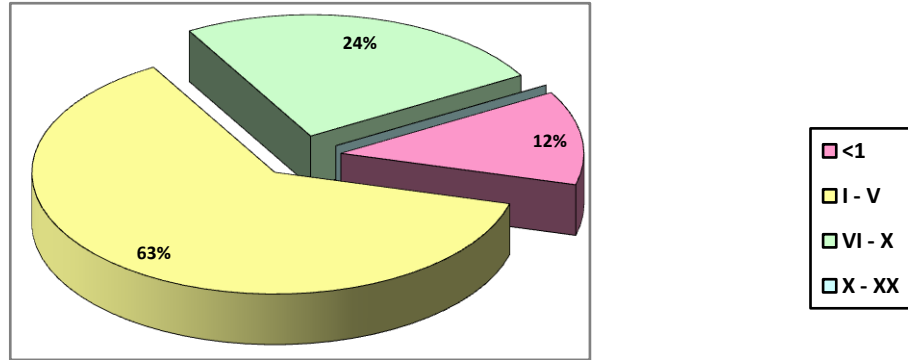


**¿ Utiliza plantas medicinales para el tratamiento de la HTA y la DIABETES?**



¿HACE CUANTO SUFRE HTA Y DIABETES?	
< 1	1
1 - 5	5
6 - 10	2
10-20	0
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>

### ¿HACE CUANTO SUFRE HTA Y DIABETES ?



9.3.1.5. TABLA 4 SANTANDER DE QUILICHAO

ENCUESTADOS	EDAD	SEXO	EXTRACTO	MEDICAMENTO 1	MEDICAMENTO 2	MEDICAMENTO_3	HACE CUANTO SUFRE	PADECE OTRA ENFERMEDAD	CADA CUANTO VISITA	RECIBE CAPACITACION	CADA CUANTO	CONTROL MENSUAL
María Luisa Castro	48	F	1	Asa	Verapamilo	Enalapril	1-5 años	Gastritis	Mensualmente	Si	Mensualmente	Si
Andrés Hurtado	54	M	2	Asa	Verapamilo	Ninguno	+ de 10 años	Asma	Semanalmente	Si	Mensualmente	Si
Martha Ramos	65	F	1	Asa	Verapamilo	Enalapril	+ de 10 años	Ninguna	Mensualmente	Si	Mensualmente	Si
Ma. Victoria Villamil	67	F	1	Asa	Verapamilo	Enalapril	1-5 años	Gastritis	Mensualmente	Si	Mensualmente	Si
Armando Torres	57	M	1	Asa	Verapamilo	Enalapril	6-10 años	Asma	Eventualmente	Si	NS	Si
Matilde Calderón	62	F	2	Asa	Verapamilo	Enalapril	+ de 10 años	Ninguna	Mensualmente	Si	Mensualmente	Si
Sandra Patricia Rivera	71	F	1	Asa	Verapamilo	Enalapril	+ de 10 años	Nervios	Mensualmente	Si	Mensualmente	Si
Sofía Toro	69	F	1	Asa	Verapamilo	Enalapril	1-5 años	Gastritis	Eventualmente	Si	Mensualmente	Si
Ma. Cecilia Caicedo	73	F	1	Asa	Verapamilo	Enalapril	1-5 años	Obesidad	Mensualmente	Si	Mensualmente	Si
Ofir Ordoñez	56	F	1	Asa	Verapamilo	Captopril	1-5 años	Obesidad	Mensualmente	Si	Mensualmente	Si

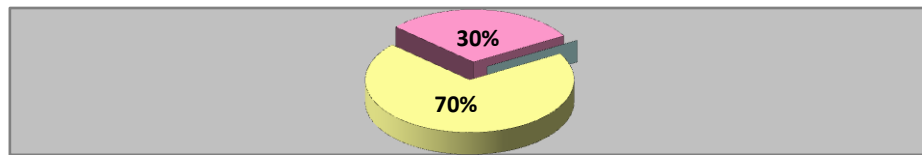
TOMA DE MEDICAMENTO	OTRAS PERSONAS QUE PADECEN	UTILIZAN PLANTAS PARA EL TRATAMIENTO
A veces	Ninguno	A veces
Si	2 familiares	No
Si	Hermana	A veces
Si	Ninguno	No
Si	Nieto	No
Si	Ninguno	A veces
A veces	Esposo	A veces
Si	Ninguno	No
No	Ninguno	A veces
Si	Hermano	No

**9.3.1.5.1. GRAFICAS Y ANALISIS ESTADISTICO DE LAS VARIABLES. TRABAJO DE CAMPO SANTANDER DE QUILICHAO**

ESTRATOS	
UNO	7
DOS	3

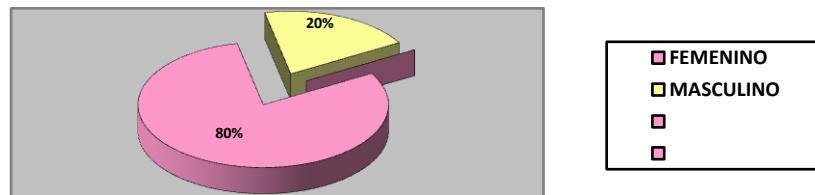
¿estrato socioeconomico?

□ uno □ dos □ □



SEXO	
FEMENINO	8
MASCULINO	2

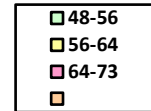
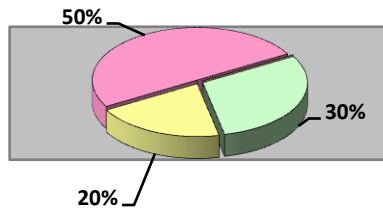
¿Cual es su sexo?



EDAD
------

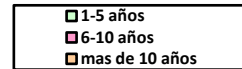
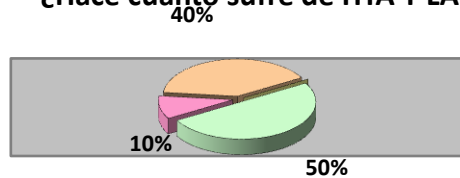
48 - 56	3
56- 64	2
64 - 73	5

¿Que edad tienen?



<b>Hace cuanto sufre HTA y DIABETES</b>	
1 – 5 Años	5
6 – 10 Años	1
+ de 10 Años	4

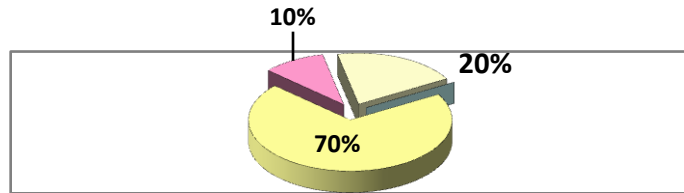
¿Hace cuanto sufre de HTA Y LA DIABETES?



<b>Toma de Medicamentos</b>	
Si	7
No	1

A veces	2
---------	---

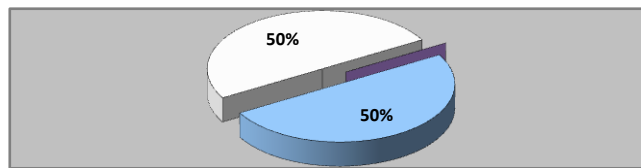
**¿Padece de otra enfermedad?**



- si
- no
- a veces
- 

<b>Utiliza Plantas Medicinales para el tratamiento</b>	
No	5
A veces	5

**¿utiliza plantas medicinales para el tratamiento?**



- Losartan
- enalapril
- 
- 
- 
- 
- 
- 

<b>Cada cuanto visita al Médico</b>	
Eventualmente	2
Semanalmente	1
Mensualmente	7

#### 9.4. INDICE ANALITICO TENTATIVO DEL PROYECTO

Después de haber realizado la encuesta observamos que hay personas hipertensas y/o diabéticas que son muy conscientes de su condición de salud y han asumido las cosas con mucha madurez por lo cual han cambiado su nivel de vida y están realizando controles que les permiten ver una gran mejoría con respecto a la enfermedad que tiene, nosotros como estudiantes lo que queremos es que las personas hipertensas y/o diabéticas sigan con sus tratamientos y que las personas jóvenes tomemos conciencia con la alimentación y la vida sedentaria que tengamos para en un futuro no suframos de estas enfermedades silenciosas. Además esto no consiste solamente en tomarse el medicamento cuando sienten el dolor si no en llevar un control diario para poder controlarlas.

#### 9.5. GUIA DE TRABAJO DE CAMPO

La elaboración del trabajo de campo se realizó según el cronograma de las actividades y guía del tutor para ir recolectando datos en la investigación. El objetivo principal de este trabajo es utilizar el conocimiento adquirido en los diferentes temas propuestos y revisados en modulo del curso, y aplicarlo a un problema de salud pública.

1- Leer detenidamente los textos adjuntos en el foro. HASTA EL 20 DE FEBRERO

2- Leer y reconocer el plan territorial de salud (PTS) del municipio o ciudad donde vive. (Se solicita en las secretarías de salud) De esta lectura debe hacer un resumen individual de **máximo 3 páginas y agregarlo como anexo al trabajo**. HASTA EL 29 DE FEBRERO

3- Conocer el perfil epidemiológico del Municipio o Ciudad donde vive.

HASTA EL 29 DE FEBRERO

4- Escoger un problema de salud pública por grupo que se encuentre contenido en el Plan territorial de salud (PTS), o en el perfil epidemiológico, del Municipio o Ciudad donde viven, en lo posible escojan problemas de incidencia común .HASTA EL 10 DE MARZO

5- Se debe realizar un tema y un documento por grupo, en Word o pdf con las normas ICONTEC.

6- Recuerden que deben realizar sus aportes de manera individual en el foro y entregar un documento por grupo el informe desarrollado, para luego sustentarlo.

7- El trabajo tendrá:

Los elementos que se indican en el link 1. Respecto a la elaboración de los proyectos de investigación y link 2 La guía para la elaboración de un trabajo de investigación.

**Una introducción** donde el grupo explicara lo que lo motivó hacer este trabajo y que espera conseguir con él.

**La historia** de este problema de salud pública escogido.

**El escenario** sociocultural del problema salud pública escogido.

**El escenario** ambiental del problema salud pública escogido

**La Descripción conceptual** de este problema

**Encuestas, entrevistas**, mesas de trabajo, grupos focales.

**Análisis estadístico** de variables.

**Soluciones alcanzadas** en el ente territorial o por el Estado.

**Propuesta de solución.**

**Conclusiones.**

**En un anexo** cada estudiante entregará un resumen en máximo 3 páginas del plan territorial de salud de su municipio o ciudad.

**Bibliografía.**



8- La Sustentación se Realizará por Teléfono, en los días que se indiquen para tal fin acordados con cada tutor y en grupo.

9- Todos los integrantes del grupo deben participar activamente en el trabajo y revisar diariamente el foro de construcción.

10- Para facilitar el planteamiento del problema de investigación, formular la pregunta de investigación y colocarle el título al trabajo de investigación, entre otros, revisen los siguientes links

## **9.6. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS**

### **9.6.1. RECURSOS HUMANOS**

El personal que presta sus servicios y que se relacionan con el proyecto son:

- 9.6.1.1. Médicos SSO
- 9.6.1.2. Médico del programa de HTA y Diabetes
- 9.6.1.3. Nutricionista
- 9.6.1.4. Enfermera jefe del hospital
- 9.6.1.5. Auxiliares de enfermería
- 9.6.1.6. Estudiantes de la UNAD

### **9.6.2. PRESUPUESTO**

Para el desarrollo de la presente propuesta se estima en ciento sesenta y ocho mil pesos (168.000) se detalla de la siguiente manera.

<b>GASTOS GENERALES</b>	<b>PRECIOS</b>
<b>Fotocopias</b>	40.000
<b>Refrigerio</b>	100.000
<b>Internet</b>	90.000
<b>Impresión</b>	70.000
<b>TOTAL</b>	<b>300.000</b>



## 10. CONCLUSIONES

- 10.1. Hemos llegado a la parte final del trabajo y podemos decir que la diabetes mellitus es un trastorno crónico del metabolismo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas.
- 10.2. Es un trastorno heterogéneo primario del metabolismo de carbohidratos que suele implicar deficiencia absoluta o relativa de insulina, resistencia a la misma o ambas cosas.
- 10.3. Su característica distintiva es el defecto o el déficit de la respuesta de secreción de insulina, con alteración del uso de los carbohidratos (glucosa) y la consiguiente hiperglucemia
- 10.4. Concluimos también de que la diabetes es una enfermedad que tiene múltiples causas, como lo es, fundamentalmente, la mala alimentación y la predisposición genética a dicha enfermedad.
- 10.5. También, puede tener graves consecuencias, como el coma diabético, complicaciones cardiovasculares, renales, oculares, cerebrales y de los miembros inferiores.
- 10.6. Es importante prevenirla a través de una dieta adecuada que incluya seis comidas diarias, evitando los ayunos prolongados, realizando actividad física; en los obesos es fundamental que bajen de peso.
- 10.7. En cuanto a su tratamiento, quienes la padecen deben consultar a un médico diabetólogo, quien les recetará los fármacos adecuados y un plan alimentario para combatirla. Además, en ciertos casos, es fundamental que el diabético se inyecte insulina, para controlar los niveles de glucosa en la sangre.

Para finalizar, creemos que es importante tomar conciencia sobre esta enfermedad, ya que está muy difundida y todos corremos riesgos de contraerla aunque no tengamos predisposición genética a ella, ya que actualmente, existen alimentos modificados genéticamente, y otros alimentos que si son consumidos en exceso, pueden acercarnos a dicha enfermedad.

- 10.8. Nosotros como grupo pensamos que la diabetes es un problema en aumento en todas partes con repercusiones muy graves ya que es una enfermedad que se presenta con otras enfermedades y por eso no nos damos cuenta de que lo que nos ataca en realidad es una diabetes.
- 10.9. Aprendimos que no es solo una enfermedad hereditaria como siempre la describen, sino que existen otras maneras de contraerlas y es solo por el descuido de cada persona.
- 10.10. Comprendimos también que es una enfermedad sin cura pero existen diversas maneras de controlarla gracias a dispositivos farmacéuticos y se puede tener (con el respectivo cuidado) una vida casi normal aunque siempre está el riesgo de sus secuelas.
- 10.11. En las personas existe un escaso conocimiento sobre esta enfermedad por eso se debería explicar en charlas con expertos para mayor conocimiento.
- 10.12. La actividad física, asociada a una buena alimentación, es el primer escalón en el control de la presión arterial en personas con hipertensión.
- 10.13. Los resultados obtenidos reflejan que el sedentarismo sigue ocupando un lugar importante en este grupo de pacientes, por lo que es recomendable, por parte del médico, asesorar a sus pacientes sobre los

beneficios de la actividad física sobre la presión arterial y la salud en general.

#### **10.14. CONCLUSIÓN HIPERTENSIÓN (H TA).**

**10.14.1.** La falta de adherencia terapéutica es un problema de gran trascendencia en los adultos mayores hipertensos y poli medicados, que debe ser abordado tanto desde el punto de vista preventivo como de intervención, una vez diagnosticada la enfermedad. Concluyendo: la hipertensión arterial es una de la prioridades de salud en el país, y una de las acciones para lograr su prevención es el fortalecimiento de la adherencia al tratamiento, nos podemos preguntar: ¿Qué podemos hacer desde nuestra perspectiva profesional como Regentes de Farmacia?

**10.14.2.** Es importante recalcar que uno de los principales hallazgos en esta investigación está relacionado con la escasa adherencia terapéutica, casi el 50% de las de los adultos mayores bajo tratamiento farmacológico anti hipertensión se consideran no adherentes según lo expuesto por el Test, conjuntamente esto se asocia a un importante número de adultos que no poseen cifras de control de la presión arterial.

**10.14.3.** Es importante mencionar que existen más variables que se han demostrado afectan a este fenómeno, con lo que se forman múltiples dimensiones, ya desde un plano personal como también cultural y técnico, que no se evaluaron por la complejidad e irrelevante elaboración que esta tendría.

**10.14.4.** Es de resaltar que a raíz de los datos revelados por este estudio se desprende necesariamente una valorización de este fenómeno en la actualidad, del como incide la adherencia terapéutica

en múltiples aspectos psicosociales en los adultos mayores hipertensos y como estos también la afectan, en un proceso de retroalimentación negativa, que por ser un proceso continuo, variable e individual, no se puede realizar un perfil del adherente, sino más bien, un perfil del profesional de la salud y sus familiares el cual desarrolle herramientas propias para poder afrontar esta problemática.

**10.14.5.** La pluralidad de abordaje es amplia, y requiere que los profesionales en diferentes ramas de la salud que inserten en una metodología más participativa entre las diferentes profesiones, como lo que ocurre con la orientación de la salud familiar, que se está implementando principalmente en el sector primario de atención de nuestro país.

**10.15.** La HTA (Hipertensión Arterial) y la Diabetes son enfermedades silenciosas y de alto riesgo que no discrimina edad, sexo, clase social, credo religioso, partido político por tal razón es considerada hoy en día como un **PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.**

**10.16.** El tratamiento de la HTA y la Diabetes es compleja y debe hacerse de acuerdo a los parámetros establecidos para esta patología y con los medicamentos más acordes a cada paciente y estilo y forma de vida y no a la que establezca personal no capacitado llámese el mismo paciente, amigo, tigua, dependiente con otros métodos diferentes a los que son menos con cualquier planta o medicina mal llamada para mis pocos conocimientos natural, ya que en la gran mayoría de los casos cuando se hace la enfermedad crítica y acuden al galeno especialista y no tienen como ayudar a estos pacientes por qué no hay nada que hacer.

**10.17.** La utilización de estas encuestas y las respuestas dependen del sitio donde se realizan como: la ciudad o pueblo, el establecimiento (Público, Privado), estrato del paciente debido a la capacidad económica que maneja, conocimiento de la existencia de una medicina alopática y

homeopática bien practicada por parte de una persona capacitada para dar un tratamiento acorde a las necesidades del paciente y no de charlatanes que surgen en muchas ocasiones.

## 11.RECOMENDACIONES

Recuerde que hacer ejercicios es muy beneficioso y divertido. Hacer ejercicios es una actividad que puede realizar con tranquilidad y de manera segura, siempre y cuando tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- 11.1. Escoja una actividad física que usted disfrute y que sea fácil y segura de hacer. Caminar es una buena opción.
- 11.2. Utilice el equipo adecuado para realizar actividad física. Si va a caminar o a trotar utilice un par de zapatos con soporte que le queden cómodos y calcetines de algodón.
- 11.3. Revise sus pies para asegurarse que no tenga cortaduras, ampollas o áreas enrojecidas antes y después de realizar ejercicios.
- 11.4. Comience la rutina de ejercicios lentamente y aumente progresivamente la duración de la actividad física.
- 11.5. Haga ejercicios todos los días, preferiblemente a la misma hora y con la misma intensidad y duración.
- 11.6. Verifique sus niveles de glicemia antes y después del ejercicio, en especial cuando hace más ejercicio de lo habitual.
- 11.7. Mida el contenido de cetonas en la orina si nivel de glicemia está por encima de 240 mg/dl. Si tiene cetonas no haga ejercicios hasta que esta situación esté bien controlada.

- 11.8. Lleve siempre consigo fuentes de azúcar de rápida absorción (Caramelos, bolsas de azúcar, chocolates, etc.). para contrarrestar una posible hipo glicemia.
- 11.9. Beba cantidades adicionales de agua antes, durante y después de realizar ejercicios.
- 11.10. Trate de hacer ejercicios en compañía de alguien que conozca "su condición" y sepa que hacer en caso de una hipo glicemia.
- 11.11. Lleve consigo una tarjeta telefónica o un celular en caso de emergencia.
- 11.12. Interrumpa el ejercicio y llame a su médico si empieza a sentir dolores en el pecho o en las piernas.
- 11.13. Caminar todos los días puede ser una actividad social relajante.
- 11.14. Usted puede disfrutar de la compañía de otros mientras está haciendo la actividad física que tanto beneficio le proporciona.
- 11.15. El ejercicio es fundamental, muy importante en el tratamiento y buen control de la diabetes. Algunas personas con Diabetes tipo 2 (no insulino dependiente), pueden controlar muy bien sus niveles de azúcar en la sangre simplemente con dieta y ejercicios.  
En los casos en que las personas con diabetes requieran medicación (hipo glicemiantes orales o insulina), el ejercicio será de gran ayuda para mantener los niveles de glicemia bien controlados.  
Alcanzar o mantener un peso saludable mediante una ingesta adecuada de calorías.  
Prescindir de la sal de mesa (normal, marina, yodada) y de la sal en el cocinado de los alimentos.
- 11.16. **Reducir el consumo de grasas saturadas y colesterol como factor de prevención cardiovascular:**



- 11.16.1. Escoger las carnes más magras y quitar la grasa visible antes de su cocinado: pollo, pavo (sin piel), conejo, caballo, cinta de lomo, ternera magra, solomillo de buey, ternera o cerdo; y desgrasar los caldos de carne o aves en frío.
- 11.16.2. Aumentar el consumo semanal de pescado fresco a unas cuatro raciones.
- 11.16.3. Se permiten de 4 a 6 huevos a la semana (si no existe contraindicación médica).
- 11.16.4. Aliñar los platos con aceites vegetales (oliva, girasol) mejor que con mantequilla o margarina, añadiéndolos a los alimentos después de cocinados para evitar exceso de grasa y colesterol.
- 11.17. El efecto del café en la tensión arterial es escaso y de breve duración por eso no es preciso suprimirlo, aunque se recomienda tomarlo con moderación.
- 11.18. Es importante tomar cantidades adecuadas de calcio. El calcio necesario lo aportan diariamente: 2 vasos de leche ó 1 vaso de leche más 2 yogures, o en su lugar 60 gramos de queso bajo en sodio.
- 11.19. Preparar platos para luego congelarlos, y así no tener que acudir a los precocinados, que en general, son ricos en sodio.
- 11.20. Hoy en día, existen diversos productos en el mercado pobres en grasa, colesterol y sodio (comprobar etiquetado).
- 11.21. Si se come fuera de casa, elegir del menú ensaladas, aves o pescados a la parrilla en lugar de fritos o guisos. Para evitar la adición excesiva de salsas se puede pedir que éstas se sirvan a parte, y uno mismo adicionarla.

## 11.22. ¿Cómo cocinar y condimentar?

El mejor método de preparar los alimentos es el cocinado sin sal añadida.

Evitar las excesivamente grasas como guisos, estofados, frituras, empanados y rebozados.

Preferir las carnes y pescados a la planchas, parrillas, asados (horno, papillote), microondas, hervidos o cocidos, al vapor.

Es preferible la cocción al vapor que el hervido, ya que los alimentos conservan su sabor natural y no se hace necesario sazonar.

Se puede reducir el sodio de los alimentos si utilizamos remojo prolongado (más de 10 horas) o doble cocción, cambiando el agua a mitad de la misma ya que el sodio se disuelve y queda en el agua (deberemos desecharla siempre). Es útil emplearlas en verduras, legumbres y pescados congelados y en conserva.

## 11.23. Para que la comida resulte más apetitosa se pueden emplear diversos condimentos:

11.23.1. Ácidos: Vinagre de manzana o vino, zumo de limón.

11.23.2. Aliáceos: Ajo, cebolla, cebolleta, cebollino, chalota, puerro.

11.23.3. Hierbas aromáticas: Albahaca, hinojo, comino, estragón, laurel, tomillo, orégano, perejil, mejorana...

11.23.4. Especias: Pimienta (negra o blanca), pimentón, azafrán.

11.24. El vinagre y el aceite (oliva y semillas) pueden ser macerados con hierbas aromáticas. En la elaboración de salsas, los vinos u otras bebidas

alcohólicas como ingrediente flambeados pueden hacer más sabrosas diversas recetas.

#### 11.25. **Además... (no todo es comer)**

11.25.1. En personas hipertensas obesas una dieta hipocalórica bajo control de un especialista ayuda a normalizar la tensión.

11.25.2. El exceso de alcohol aumenta la presión arterial, por tanto, se debe moderar su consumo (no más de 2 vasos de vino al día).

11.25.3. Es necesario suprimir el tabaco por ser un factor de riesgo añadido ante enfermedades cardiovasculares.

11.25.4. El ejercicio físico moderado practicado de forma regular ayuda a mejorar el control de la tensión arterial.

11.25.5. El estrés mantenido produce elevaciones de la tensión arterial, por tanto es necesario aprender a relajarse y a llevar un ritmo de vida más saludable.

#### 11.26. **Alimentos Aconsejados**

11.26.1. **Leche y lácteos:** Leche, cuajada, yogur y otras leches fermentadas preferiblemente no azucaradas y quesos.

11.26.2. **Carnes, pescado, huevos y sus derivados:** Preferir las carnes que menos grasa contienen.

11.26.3. **Cereales, patatas y legumbres:** Todos salvo los indicados en "alimentos limitados".

11.26.4. **Verduras y hortalizas:** Todas, y preferiblemente una ración diaria en crudo (ensalada).

11.26.5. **Cereales, patatas y legumbres:** Todos salvo los indicados en "alimentos limitados".

11.26.6. **Frutas:** Todas salvo las indicadas en el apartado de "alimentos limitados".

11.26.7. **Bebidas:** Agua, caldos, infusiones y zumos, bebidas refrescantes no azucaradas.

- 11.26.8. **Grasas:** Aceites de oliva y semillas (girasol, maíz, soja...), mantequilla, margarinas vegetales.
- 11.27. **Alimentos permitidos** (Consumo moderado y ocasional)
- 11.27.1. **Leche y lácteos:** Batidos lácteos, yogures azucarados, petit suisse, natillas y flan.
- 11.27.2. Carnes semigrasas, jamón y fiambres
- 11.27.3. **Cereales:** Cereales de desayuno azucarados (sencillos, choco lateados, con miel).
- 11.27.4. **Bebidas:** Zumos comerciales azucarados.
- 11.27.5. **Otros productos:** Miel, mermeladas, bollería y repostería sencillas (las que en composición más se parecen al pan: bollo suizo, bizcochos de soletilla), helados y sorbetes, mayonesa.
- 11.28. **Alimentos limitados** (consumir de forma esporádica o en pequeñas cantidades)
- 11.28.1. **Leche y lácteos:** Leche condensada.
- 11.28.2. Carnes grasas, productos de charcutería y vísceras
- 11.28.3. **Cereales:** Galletas rellenas, choco lateadas o bañadas con soluciones azucaradas, etc.
- 11.28.4. **Frutas:** Fruta en almíbar, frutas desecadas y frutas confitadas
- 11.28.5. **Bebidas:** Bebidas azucaradas tipo cola y, según hábitos, bebidas alcohólicas de baja graduación (cerveza, vinos de mesa, sidra).
- 11.28.6. **Grasas:** Nata, manteca, tocino y sebos.
- 11.28.7. **Otros productos:** Pastelería y repostería rellenas, choco lateadas o bañadas en soluciones azucaradas, golosinas y dulces, et
- 11.28.8. **Edulcorantes:** Azúcar común o sacarosa, fructosa y jarabes de glucosa

- 11.29. Continuar el desarrollo de esta línea de investigación dirigida a perfeccionar y validar el instrumento de evaluación de la incidencia de los productos naturales en el tratamiento de la hipertensión arterial.
- 11.30. Establecer vínculos con diferentes instancias administrativas y asesoras del Sistema Nacional de Salud con el fin de apoyar el desarrollo de acciones dirigidas a mejorar la adherencia al tratamiento en hipertensión arterial en adultos mayores, sobre la base de los resultados de la investigación.
- 11.31. Instaurar vínculos con las direcciones de las modalidades formativas de recursos humanos en profesionales de Regencia de Farmacia y las disciplinas de las Ciencias Médicas y de la Salud en las que imparte este tema. Continuar su impartición en la formación de postgrado en programas de maestría.

## 12. PROPUESTA DE SOLUCIÓN

### 12.1. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FRENTE AL H TA

#### 12.1.1. **Objetivo: Incrementar las acciones de prevención primaria relacionadas con la Hipertensión Arterial.**

Las potencialidades para lograr una intervención poblacional son muchas y siempre ventajosas lo que redundaría en una prevención adecuada de este problema de salud. Es muy importante señalar que un gran porcentaje de eventos, relacionados fundamentalmente con enfermedades cardiovasculares, ocurren en personas que presentan un ligero aumento de la presión arterial que no han sido diagnosticadas ni tratadas, por lo que el fomento de acciones relacionadas con modificaciones en los estilos de vida pueden incidir en esta gran masa, al reducir factores de riesgo asociados a su etiología o complicaciones.

Los cambios de estilo de vida han demostrado efectividad en la disminución de la presión arterial. En aquellos casos que por sí solo no ha ocurrido, favorecen, pues disminuyen el número y dosificación de medicamentos hipotensores para lograr los niveles adecuados.

Los aspectos más importantes a tener en cuenta son:

Control del peso corporal, disminuyendo la obesidad.

Incremento de la actividad física, disminuyendo el sedentarismo.

Eliminación o disminución a niveles no dañinos de la ingestión de alcohol.

Reducir la ingesta de sal.

Lograr una adecuada educación nutricional sobre una ingesta con equilibrio energético y proporcionándola de micronutrientes favorecedores para la salud.

Eliminación del hábito de fumar.

### 13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y CIBERNÉTICAS

- 13.1. [www.dmedicina.com/enfermedades/...y-del.../hipertension-arterial](http://www.dmedicina.com/enfermedades/...y-del.../hipertension-arterial)
- 13.2. [www.geosalud.com/hipertension/](http://www.geosalud.com/hipertension/)
- 13.3. [www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/diabetes.html](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/diabetes.html)
- 13.4. Decreto 2200 de 2005
- 13.5. Ley 100 de 1993
- 13.6. RESOLUCION NUMERO 412 DE 2000 (Febrero 25), MINISTERIO DE SALUD, REPUBLICA DE COLOMBIA.
- 13.7. LEY 1355 DE 2009  
[www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/.../ley\\_1355\\_2009.htm](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/.../ley_1355_2009.htm)
- 13.8. Acuerdo 395- Ajuste UPC-InclAmbulDiabetesHipert-POS  
[www.pos.gov.co/Documents/.../acuerdo%20395%20de%202008.pdf](http://www.pos.gov.co/Documents/.../acuerdo%20395%20de%202008.pdf) Similares

Bloquear todos los resultados de [www.pos.gov.co](http://www.pos.gov.co)

Formato de archivo: PDF/Adobe Acrobat - Vista rápida del artículo 172 de la **Ley** 100 de 1993, ... **Decreto** No 3039 de 2007, **para** el desarrollo de las estrategias **para** la recuperación y superación de... **manejo** de la **Hipertensión** Arterial y la **Diabetes** Mellitus Tipo 2 **para** los adultos de 45 años o...

- 13.9. GUIAS **HIPERTENSION** ARTERIAL.indb - Sociedad **Colombiana** de ...  
[www.scc.org.co/Portals/0/GUIAS\\_HIPERTENSION\\_ARTERIAL.pdf](http://www.scc.org.co/Portals/0/GUIAS_HIPERTENSION_ARTERIAL.pdf) Similares



14.ANEXOS

14.1. ENCUESTA

TITULO

PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES EN DIFERENTES MUNICIPIOS DE COLOMBIA: BARRANQUILLA, MIRANDA, PEREIRA, SANTANDER DE QULICHAO, TOLÚ, PRIMER TRIMESTRE DE 2012.

En cuesta aplicada 10 personas      FORMATO ENCUESTA

Encuesta aplicada a Adultos Mayores Hipertensos y Diabéticos del Municipio de:

.....

Fecha: .....

Nombre: .....

Edad: .....      Sexo: .....      Extracto: .....

1. ¿Hace cuanto sufre H T A Y DIABETES?

1 – 12 Meses , 1 – 5 Años , 6 – 10 Años , Más de 10 Años

2. ¿Padece de otra enfermedad? ¿Cuál?.....

3. ¿Qué medicamentos está consumiendo para el tratamiento de la HTA?

Losartán  , Captopril  , Furosemina  , Hidroclor  azida

Amlodipin  , Metoprolol  , Verap  milo , E  nalapril  ,  
Asa

Prazocina  , Otras

4. ¿Qué medicamentos está consumiendo para el tratamiento de la Diabetes?

Metformina  , Glibenclamid  , Insu  a , Repagl  da ,  ros

5. ¿Cada cuando visitan al médico? .....

6. ¿Reciben capacitación en los puestos de salud? Si\_\_\_ No\_\_\_

¿Cada cuanto?.....

7. ¿Asisten al control mensual? Si\_\_\_ No\_\_\_ ¿Por qué?

.....

8. ¿Toman los medicamentos a la hora indicado por el médico? Si\_\_\_ No\_\_\_

¿Por qué? .....

9. ¿Cuántas personas Padenen la misma enfermedad en su familia? .....

10. ¿Utiliza plantas medicinales para el tratamiento de la H T A la Diabetes?

Si\_\_\_ No\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del estudiante

\_\_\_\_\_

Firma del encuestado

## 14.2. RESUMEN

### 14.2.1. SANTANDER DE QUILICHAO



Plan de Salud Municipal Santander de Quilichao. 2.008-2.011

#### 1. MISIÓN

La Misión del Plan de Salud Territorial del Municipio de Santander de Quilichao Es mejorar la calidad de vida, reducir la inequidad y potenciar el desarrollo a Escala humana de los habitantes del municipio mediante la implementación de Un modelo de Atención Primaria en Salud y la generación de movilización social que propicie el desarrollo de sus capacidades y una red de trabajo interinstitucional.

#### 2. VISIÓN

Nuestra Visión es crear y desarrollar al 2.011, Políticas de Salud Pública que nos permitan tener una población saludable, disminuir los indicadores de los indicadores de morbi-mortalidad, garantizar el acceso al régimen subsidiado de Salud al 67% de la población pobre y vulnerable del municipio, facilitar la accesibilidad a los servicios de salud y fortalecer el servicio en calidad y eficiencia.

#### 3. DESCRIPCIÓN Y PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y

##### NECESIDADES IDENTIFICADAS

##### 3.1. Enfoque Metodológico:

El enfoque metodológico que se utilizó teniendo en cuenta las condiciones y las capacidades del municipio fue con un carácter participativo y prospectivo, donde la

comunidad presentó sus propuestas ajustadas a su realidad definiendo los diferentes instrumentos que se utilizaron para formular el diagnóstico. En la parte programática se adelantaron mesas de trabajo con un análisis estructural definiendo variables claves con sus respectivos temas de interés, abordando las siguientes etapas:

**Alistamiento institucional:** La administración se preparó para la elaboración del Plan de Desarrollo Municipal – Plan Territorial de Salud, proceso adelantado en las últimas semanas del mes de enero, en este alistamiento se nombró el coordinador del proceso, se identificaron los recursos disponibles para la formulación del plan ayudando a concretar la logística, elaboración del documento orientador identificando el esquema de trabajo y sus responsables con la participación del equipo técnico de gobierno.

**Formulación de la parte estratégica del plan:** La elaboración del diagnóstico radicó en establecer la importancia de las inquietudes y propuestas de la comunidad, las cuales sirvieron de referente para fijar ejes estratégicos y sus objetivos, programas, subprogramas, metas y proyectos estratégicos, tanto del Plan de Desarrollo como del Plan Territorial de Salud.

Para la realización del Plan Territorial de salud se realizó la triangulación de las Diferentes herramientas: el marco normativo, el perfil epidemiológico y el análisis De las mesas de trabajo de la comunidad. Se identificaron las variables claves y se priorizaron los problemas y temas a trabajar por mayor recurrencia y alto nivel de incidencia en la vida y desarrollo de las personas y la comunidad. A partir del análisis de la información trabajada se tiene un panorama de la situación actual del municipio mostrándonos una perspectiva para actuar oportunamente sobre las causas de los problemas encontrados y aprovechar las oportunidades que brinda el entorno. En el diagnóstico realizado se organizaron los factores de manera homogénea en líneas o ejes estratégicos, en lo económico, sociocultural, tecnológico, ambiental y político institucional, este ejercicio facilitó el trabajo articulado por dependencias para definir estrategias, programas, subprogramas, metas, indicadores y recursos.

Este trabajo por mesas, definió temas que requieren articulación intersectorial, dentro del Plan de Desarrollo se definió responsable y en el ejercicio del gobierno los mecanismos de articulación.

Elaboración Plan de Inversiones. Este proceso fue adelantado por el equipo técnico (secretarios de despacho), quienes trabajaron en la articulación entre la parte estratégica del plan de desarrollo con los recursos de inversión que se ejecutaran en el periodo de gobierno, en el que se especifican cada una de las vigencias y se identifican las fuentes de financiación y los responsables de su ejecución, de acuerdo con el diagnóstico financiero institucional realizado y con el costo de los programas y proyectos establecidos, distribución de los recursos en el plan plurianual de inversiones.

El plan de inversiones del Plan Territorial de Salud se realizó posterior al Plan de Inversiones del Municipio, ajustándolo a lo que en este se propone.

### 3.2. Identificación de los problemas

Se realiza un análisis de la información epidemiológica documentada en el municipio determinado los problemas prioritarios en salud percibidos por las Plan de Salud Municipal Santander de Quilichao. 2.008-2.011

35 instituciones clasificándolos por subgrupo poblacional y los factores asociados a su ocurrencia. Este análisis epidemiológico también determina el contexto demográfico y social en el cual se presentan los problemas de salud del municipio. Además, se realizan mesas comunitarias de trabajo para realizar un levantamiento de los problemas prioritarios en salud desde la realidad sentida de la población, donde se detectaron las variables claves sentidas por la comunidad.

Posteriormente al proceso de identificación de variables claves se hizo la compilación, revisión en el marco contextual y normativo de la información territorial y su respectivo análisis y de contexto, con el equipo técnico se definió line de base, metas, objetivos de acuerdo a los ejes estratégicos, los programas, subprogramas, proyectos e indicadores de resultado y de producto.

## **OBJETIVOS DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL**

- ❖ Garantizar el adecuado aseguramiento de la población, priorizando a la pobre y vulnerable del municipio de Santander de Quilichao.

- ❖ Garantizar el mejoramiento en el acceso de la población quilichagueña a los servicios de salud en instituciones de salud que cumplan con los estándares del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.
- ❖ Planear acciones en Salud Pública con base en la identificación de riesgos en salud, para el desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica, desde la perspectiva de la promoción de la salud y prevención de riesgos; generando actividades y prácticas en cada uno de los prestadores de servicios, que permitan el desarrollo de los sistemas de salud municipal, en pro del beneficio de la comunidad quilichagueña.
- ❖ Desarrollar acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y atención a las siguientes poblaciones especiales: Desplazamiento, Discapacidad, Adulto Mayor, Mujeres Gestantes, Indígena, infantil, adolescente y joven.
- ❖ Implementar acciones educativas sobre promoción social como la participación social, discapacidad, desplazamiento, adulto mayor, a profesionales, técnicos y líderes comunitarios.
- ❖ Desarrollar acciones de sensibilización y capacitación en el área de la salud laboral con el propósito de promover ámbitos laborales saludables que mejoren la calidad de vida de los trabajadores.
- ❖ Fortalecer el Plan Local de Emergencias y Desastres del Municipio de Santander de Quilichao, identificando nuevos riesgos y priorizando zonas de intervención, a través de un proceso de articulación interinstitucional para el desarrollo de acciones preventivas, de mitigación y superación de las emergencias y desastres.
- ❖ Planear acciones en Salud Pública con base en la identificación de riesgos en salud, para el desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica, desde la perspectiva de la promoción de la salud y prevención de riesgos; generando actividades y prácticas en cada uno de los prestadores de servicios, que permitan el desarrollo de los sistemas de salud municipal, en pro del beneficio de la comunidad quilichagueña.
- ❖ Desarrollar acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y atención a las siguientes poblaciones especiales: Desplazamiento, Discapacidad, Adulto Mayor, Mujeres Gestantes, Indígena, infantil, adolescente y joven.
- ❖ Implementar acciones educativas sobre promoción social como la participación social, discapacidad, desplazamiento, adulto mayor, a profesionales, técnicos y líderes comunitarios.

- ❖ Desarrollar acciones de sensibilización y capacitación en el área de la salud laboral con el propósito de promover ámbitos laborales saludables que mejoren la calidad de vida de los trabajadores.
- ❖ Fortalecer el Plan Local de Emergencias y Desastres del Municipio de Santander de Quilichao, identificando nuevos riesgos y priorizando zonas de intervención, a través de un proceso de articulación interinstitucional para el desarrollo de acciones preventivas, de mitigación y superación de las emergencias y desastres.



**14.2.2. PEREIRA**

**PLAN DE DESARROLLO** Pereira Región de Oportunidades



ALCALDÍA DE PEREIRA

**SOPORTE TÉCNICO  
LÍNEA ESTRATÉGICA: PEREIRA HUMANA**

**PEREIRA, RISARALDA**

**MAYO DE 2008**



**PLAN DE DESARROLLO MUNICIPIO DE PEREIRA  
2008 – 2011**

**“PEREIRA REGIÓN DE OPORTUNIDADES”**

**LÍNEA ESTRATÉGICA: PEREIRA HUMANA**

**ISRAEL ALBERTO LONDOÑO LONDOÑO  
ALCALDE DE PEREIRA**

**PEREIRA, RISARALDA**

**ABRIL DE 2008**

## **PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL**

### **“PEREIRA REGIÓN DE OPORTUNIDADES”**

El Plan de Desarrollo 2008 – 2011 “Más oportunidades para Progresar” y la línea estratégica:” Pereira Humana y Social” es el dinámico plan para Pereira buscando una mejor calidad de vida para todos.

Los grupos sociales estratégicos en este programa son: los niños, las niñas y los adolescentes; La población diversa: minorías étnicas, sociales y religiosas; La juventud; Los adultos mayores; Los discapacitados; La población desplazada; los habitantes de la calle.

Se han tenido en cuenta los llamados pagares sociales; macro proyectos como urbanización social el Remanso UER, gente activa GEN, plan anual de nutrición PAN.

Diagnóstico: El NBI, permite identificar los hogares con algunos atributos que demuestran la ausencia de consumos básicos o la baja capacidad de generación de ingresos, refleja los niveles de pobreza de una población y se convierte en un instrumento útil para el análisis de sostenibilidad de una sociedad; el NBI es mayor en la zona rural razón por la cual hay que darle prioridad que en la urbana, el índice de pobreza y de indigencia es similar de un 33%; el índice de desarrollo humano es ligeramente más bajo que el nacional; En la estrategia municipal por su lado, se ha decidido intervenir estos aspectos mediante el impacto en el índice de necesidades básicas insatisfechas, inicialmente comentado, y la meta se plasma en reducir al 2011 del 13% al 10% la población bajo estas condiciones.

Educación: El índice de analfabetismo es bajo en la ciudad de Pereira, y lo ayuda la gratuidad para estratos 1,2 y 3, como también la seguridad alimentaria, el transporte y la construcción de nuevos establecimientos educativos, aunque es baja la cobertura en educación inicial y transición. En cuanto a plantas físicas las hay y de buena calidad pero no corresponden con las necesidades por la mala ubicación de estas aumentando los sobrecostos para el municipio y familias, esto

conllea a la reubicación pronta de estas plantas físicas y hacer que sea de mejor calidad cualquier institución educativa.

Salud: Aunque se conoce que la ciudad se encuentra en mejores condiciones que otras, no se puede descuidar y seguir avanzando mejorando la calidad de vida de sus habitantes.

Se encuentra un 70% de la población de niveles 1 y 2 del sisben se encuentran subsidiados, a pesar de los esfuerzos realizados por el gobierno nacional y local falta cobertura para cumplir las metas propuestas para los próximos años.

La vigilancia epidemiológica en los diferentes eventos que hacen debilitar las autoridades está siendo cubierta a medida que se fortalecen los aportes gubernamentales; cabe anotar que ocurren muertes en niños menores de 5 años y la población más vulnerable como son los pobres y mendigos se encuentra una desnutrición que se puede ir disminuyendo a medida que se hace la labor necesaria y pertinente para el caso.

Las enfermedades de transmisión sexual se están controlando cada día más y más, esperando poder erradicar un porcentaje alto en esta administración.

Vivienda: Se está trabajando para poder cumplir con el mandato de la constitución política de la república de Colombia y de esta manera disminuir la pobreza en los Pereiranos.

Recreación y deporte: Se es muy bien conocido que en esta materia se ha descuidado mucho en general a todos los ciudadanos e Pereira, razón por la cual se harán estrategias para dar cumplimiento a esta labor tan importante.

Cultura: Se está realizando gestión en pro de estas actividades para impulsarla como industria, en cuanto la lectura se ha encontrado que es baja y la utilización de los sitios especiales para hacerlo es muy poco ocupada solo el 60% de estas instalaciones.

Seguridad alimentaria: El grado de desnutrición de la población pereirana especialmente el de los niños menores de 5 años es de estar en alerta ya que puede haber una desnutrición severa.

Población en condición de vulnerabilidad: La alcaldía ha tomado muy en serio estos casos y la describe así:

Población adulta mayor:

Población en condiciones de discapacidad.

Mujer jefe de hogar

Población habitante de la calle

Población en condición de desplazamiento

Población de minorías étnicas

Infancia adolescencia

Juventud

Estructura de la línea:

Fines: Es el tema más difícil es la visión del municipio.

Propósito: Darnos oportunidades a la población en general.

Programas:

La Escuelas E: Se tiene en cuenta a la comunidad para hacer de ella lo mejor para todos,

Arte sano: Se ha destacado como una vivencia del pereirano.

Recréate Pereira Es una estrategia para vivir más saludable.

Hábitat: Completa todos los aspectos para que se tenga una solución de vivienda todos los Pereiranos.

Gente sana: se tiene en cuenta todos los aspectos que tienen que ver con una buena salud.

Población prioritaria: se trata de los grupos vulnerables de la ciudad de Pereira

Consideraciones importantes: para la administración de la ciudad de Pereira es de gran importancia y es un reto el desarrollo humano y social.

**14.2.3. MIRANDA*****PERFIL EPIDEMIOLOGICO MUNICIPIO DE MIRANDA  
AÑO 2011***

**MARISOL SOLARTE MUÑOZ**  
***Técnico Administrativo***  
***Control y Vigilancia Epidemiológica***

***Presentado A:***  
***Dr. WALTER ZUÑIGA BARONA***  
***Alcalde Municipal***  
***Dr. NEILA JULIETH MINA POSSU***  
***Secretaria de Salud Municipal***

**SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL  
MIRANDA CAUCA, ENERO DE 2012**

**MISION.**

El plan municipal de salud pública de Miranda, tiene como propósito garantizar el mejoramiento de la salud de la población, mediante la implementación de las 5 líneas de políticas establecidas en el decreto 3039 de 2007, con la promoción de acciones sectoriales, intersectoriales y participativas, asumiendo el compromiso de trabajar por el respeto a la vida digna como derecho fundamental.

**VISION.**

En el 2011 el municipio de Miranda por medio de las acciones del plan De salud municipal, aporte al mejoramiento del desarrollo humano y social de la población del municipio, articulando todos los actores institucionales, sociales y comunitarios.

**OBJETIVO GENERAL:**

Teniendo en cuenta que la Epidemiología es la ciencia que estudia los procesos de salud-enfermedad en las colectividades humanas, analizando la distribución y los factores determinantes de las enfermedades, los daños a la salud y los eventos asociados a la salud colectiva, se presenta el Perfil Epidemiológico de año 2011 para que se tomen medidas específicas de prevención, control o erradicación de las enfermedades de interés en Salud Pública y se fortalezcan los indicadores que sirven de soporte a la planificación, administración y evaluación de las acciones de salud; con el ánimo de contribuir de manera significativa en el mejoramiento de las condiciones de salud de la población y disminuir la mortalidad a nivel en general.

**OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- ✓ Orientar Programas de Promoción y Prevención de manera asertiva, acordes a las políticas de Salud Pública, dirigidas a la disminución o eliminación de los factores determinantes que posibiliten mejorar la calidad de vida de los mirandinos.
- ✓ Difundir la información Epidemiológica en forma oportuna, permanente y actualizada para la toma de decisiones al respecto de la situación de salud en el Municipio.

**POBLACION AFILIADA AL REGIMEN SUBSIDIADO**



<b>EPSS</b>	<b>AFILIADOS</b>
ASMET SALUD	8,605
AIC	4,545
CAPRECOM	871
SALUDVIDA	687
<b>TOTAL</b>	<b>14,708</b>

<b>Orden</b>	<b>Nombre del Evento</b>	<b>No casos</b>
1	EXPOSICIÓN RÁBICA	121
2	VARICELA INDIVIDUAL	36
3	TOSFERINA	8
4	INTOXICACIÓN POR FÁRMACOS	3
5	INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS	3
6	MALARIA VIVAX	3
7	DENGUE	2
8	SÍFILIS GESTACIONAL	2
9	VIH/ MORTALIDAD POR SIDA	2
10	LESIONES POR PÓLVORA	2
11	ENFERMEDADES TRASMITIDAS POR ALIMENTOS O AGUA (ETA)	1
12	HEPATITIS A	1
13	INTOXICACIÓN POR SUSTANCIAS (OTRAS QUÍMICAS)	1
14	MALARIA FALCIPARUM	1
15	MORTALIDAD MATERNA	1
16	PAROTIDITIS	1
	<b>GRAN TOTAL</b>	<b>188</b>

Fuente: Programa Sivigila Secretaría de Salud Municipal

Funcionario que Elabora:

**MARISOL SOLARTE MUÑOZ**

***Técnico Administrativo***

***Control y Vigilancia***

***Epidemiológica***

***Secretaria de Salud Municipal***

14.2.4. PLATO MAGDALENA

**Perfil epidemiológico de plato magdalena**

**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL  
ALCALDIA MUNICIPAL DE PLATO MAGDALENA  
secretariadesarrollo@plato-magdalena.gov.co**



**URBANO MOLINA GUERRA SECRETARIO DE  
DESARROLLO SOCIAL**

**LIC. OLMEDO RAFAEL PORTO HERNANDEZ  
COORDINADOR DE SALUD PÚBLICA**

## INTRODUCCION

A utilidad de los perfiles en epidemiología, como un proceso en la toma de decisiones relativas a la organización y la gestión de los servicios de salud, que se presta actualmente en un municipio, es medida en que los servicios tengan como objetivo final atender las verdaderas necesidades de una población, la Epidemiología y la gestión son socios, aliados lógicos. Las decisiones relativas a la asignación de recursos, a la definición de las prioridades y a los objetivos que los servicios quieren lograr no pueden tomarse sin una base de información que permita conocer los problemas y su distribución en la población objetivo.

Se pretende la identificación de los problemas de salud, a la comprensión de la causa y al conocimiento de la dinámica de su distribución en una población, como se está recibiendo la atención desde el punto de vista de prevención dentro de la triada salud-enfermedad-medio ambiente.

En la descripción del marco conceptual se analizan la información que suministran las diferentes EPS-ARS-IPS entre otras, donde se cruzan con la información soportada mensualmente, determinado el estudio de variables, operativas, socioculturales, donde se demuestra la eficacia en las intervenciones.

El perfil se baso en un análisis descriptivo, evaluativo, donde se aplicaron cuantitativas de distribución de frecuencias (proporciones, prevalencia y distribuciones porcentuales) así como medidas cualitativas, de esta forma se entregara la información y se establecerán las características propios enmarcados en la población de plato Magdalena. Esperando tener la verdaderas visión de la situación epidemiológica del municipio, como forma de cambio y ajustar las condiciones actuales de salud, con las acciones en salud y las condiciones fitosanitarias actuales.

## JUSTIFICACION

La búsqueda de una distribución más equitativa de los recursos disponibles para los servicios de salud también necesita de la contribución de la presentación del presente perfil epidemiológico determinando:

- La identificación de las diferencias en el perfil epidemiológico de las distintas zonas del municipio rural y urbano, categorías de la población, puesto que equidad significa asignar los recursos en función de las necesidades;
- La evaluación de las repercusiones de las distintas opciones de intervención para evitar el desperdicio de los escasos recursos.

Si cada desembolso tiene un costo de oportunidad, que es su equivalente, es importante, en el proceso de toma de decisiones, incluso a nivel de las micro decisiones (recetar un medicamento, ordenar una prueba, internar a una persona, etc.), disponer de datos válidos sobre la eficacia relativa de las opciones de decisión. Los datos, cada vez más numerosos y de mejor calidad, sobre las variaciones en la práctica de la medicina no pueden descartarse simplemente por las diferencias entre los pacientes, ni por las características del contexto de la práctica. Los profesionales de la salud, y las entidades prestadoras y las administradoras de los recursos del sistema de seguridad social en salud actual, deben aceptar el análisis riguroso de esos datos, para determinar cuáles son las variaciones aceptables y las que deben eliminarse.

El perfil epidemiológico no sustituye ni sustituirá la decisión; su papel es introducir más racionalidad en la toma de decisiones. Los campos en los que puede influir son numerosos:

- 1) En las políticas públicas de salud, apoyando la definición de prioridades, objetivos y estrategias;
- 2) En la configuración de los servicios, examinando las consecuencias de la integración de los servicios en los programas;
- 3) en las prácticas de los profesionales, estudiando las variaciones de la eficacia y de la eficiencia;
- 4) en las prácticas de la gestión;
- 5) en las prioridades de investigación. Esa contribución es necesaria tanto en el contexto de la disminución de recursos disponibles, que caracteriza a los países ricos, como en el contexto del aumento de las inversiones en el sector de la salud, que ocurre en los países de América Latina que han estado controlando la inflación y crecieron.

Por consiguiente, el desafío es lograr políticas y estrategias que tengan un mayor impacto en el bienestar de las poblaciones.

## OBJETIVO GENERAL

Realizar un Diagnostico de la **SITUACION EPIDEMIOLOGICA** de la población de Plato Magdalena, teniendo en cuenta el análisis de los factores de riesgos, morbi-mortalidad, indicadores de vigilancia centinela, para la visualización de los aspectos de servicios de salud, las necesidades en salud y utilizar las herramientas para planeamiento de las acciones de salud en el municipio.

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Analizar los factores de riesgos de la población, teniendo en cuanto a la distribución de frecuencias, número de casos, porcentajes, proporciones de incidencia y prevalencia de la demanda de servicios de atención en salud de las diferentes IPS que prestan sus servicios en el municipio.
- Presentar el comportamiento y seguimiento epidemiológico a los indicadores de vigilancia centinela para establecer estrategias de calidad e intervención en cada una de las unidades notificadores que presentaron información de notificación de eventos
- Analizar la situación demográfica de la población de Plato Magdalena, teniendo en cuenta el comportamiento local de los indicadores demográficos del municipio.
- Establecer los patrones de salud- enfermedad y desarrollo de las mismas, identificando los factores que predisponen en el grupo etáreas de la población o un evento de importancia en salud pública.

## DESCRIPCION METODOLOGICA DEL PERFIL

Iniciamos la información con la situación geopolítica-social y el contexto cultural arraigado en el municipio, la distribución poblacional según las fuentes estadísticas nacionales y locales

Se empezara con la recolección y procesamiento de la información que suministraran las diferentes entidades relacionadas con el sistema de seguridad social en salud en el municipio de Plato Magdalena.

Determinaron los insumos de la información necesarios para el análisis descriptivo de la situación desde salud enfermedad, identificando las siguientes fuentes:

- GENERALIDADES DEL MUNICIPIO, ASPECTOS GEOGRAFICOS, DEMOGRAFICOS, Y PRINCIPALES ZONAS DE RIESGO.
- INDICADORES DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACION
- INDICADORES DE LA GESTION DE ACCIONES COLECTIVAS
- DIAGNOSTICO GENERAL

### **ASPECTOS GEOGRAFICOS RESEÑA HISTORICA CULTURAL Y DEMOGRAFIA**

#### **Fundación.**

El asentamiento de Plato fue fundado por Fray Nicomedes Fonseca por primera vez el 8 de Diciembre de 1626 y fue reorganizado por Fernando Mier y Guerra en el año de 1754 utilizando el nombre eclesiástico de Villa de la Concepción de la Plata. El lugar de fundación conformaba los antiguos dominios de los indios Chimillas. Plato perteneció en su etapa colonial al departamento de Tenerife, Estado del Magdalena, posteriormente fue erigido a la categoría de municipio en el año de 1853 mediante la Ordenanza Número 07 de 1853.

#### **Localización y Extensión.**

El municipio de Plato está ubicado en el centro del Departamento del Magdalena en la subregión del valle de Ari guaní, sobre la margen derecha del Río de la Magdalena, sus coordenadas geográficas son 79° 77' de Longitud Occidental y 9° y 48' de Latitud Norte.

**Tabla 1. Límites municipales**

<b>LIMITE</b>	<b>MUNICIPIO</b>
<b>NORTE</b>	<b>TENERIFE Y CHIVOLO</b>
<b>SUR</b>	<b>SANTA BARBARA DE PINTO YSANTANA</b>
<b>ESTE</b>	<b>NUEVA GRANADA Y SABANAS DE SAN ANGEL</b>
<b>OESTE</b>	<b>RIO MAGDALENA</b>

La distancia a la capital del departamento, Santa Marta, alcanza a 226 km<sup>2</sup>, lo cual ha establecido que la influencia de la capital con el municipio sea compartida con ciudades como Barranquilla, Cartagena, Sincelejo y Valledupar. Su clima es cálido con temperatura de 30° C y con una altitud de 20 metros sobre el nivel del mar.

El municipio tiene una superficie aproximada de 1.500,04 kilómetros cuadrados que representan el 6,6% del área total del departamento del Magdalena. A pesar de la pérdida de territorio por creación de nuevos municipios, Plato se ubica actualmente en el segundo lugar entre los 31 municipios del departamento según la extensión territorial, superado solamente por Santa Marta. La cabecera municipal se extiende sobre una superficie aproximada de 351 hectáreas o 3,51 km<sup>2</sup>. Los restantes 1.496,53 kms<sup>2</sup> conforman la superficie rural del municipio distribuida en 12 corregimientos. En el sector rural se destaca una inmensa extensión territorial de terrenos baldíos conocidos popularmente como “Los Playones de Plato

**Tabla No. 2. Ficha Técnica Territorial**

<b>INFORMACION BASICA</b>	<b>VALORES</b>
<b>Extensión del territorio</b>	<b>1.500.04</b>
<b>Capital del departamento</b>	<b>Santa marta</b>
<b>Población 2009 proyectada DANE</b>	<b>52.409</b>
<b>Numero de corregimientos</b>	<b>11</b>
<b>Habitantes cabecera 2009</b>	<b>40.063</b>
<b>Habitantes resto 2009</b>	<b>12346</b>
<b>Hombres</b>	<b>27.035</b>



<b>Mujeres</b>	<b>25.374</b>

## ASPECTOS CULTURALES

En el País Chimilla que comienza en el Río Ari guaní, abarcando las zonas del Valle de Ari guaní, la Depresión Momposina y parte de los Montes de María, que fue habitada por una de las razas aborígenes más pacíficas que hubo en Colombia los Chimillas, éstos eran buenos agricultores, cazadores, pescadores y artesanos, apasionados por la escultura de figuras humanoides con rasgos monstruosos, elaboraban collares, jarrones y tinacos en arcilla, con la técnica y maestría de verdaderos artistas de la alfarería.

Fue el pueblo de Zárate, el más antiguo asentamiento humano de esta parte del país Chimilla, un bello paraje rodeado de un rico conjunto cenagoso con gran variedad de especies piscícolas, que irrigan a más de setenta mil hectáreas de fértiles tierras de playón; de allí llegaron los primeros pobladores ubicándose sobre el Caño de Las Mujeres, en la orilla contraria de donde hoy se levanta el pueblo de Plato, a ese primer asentamiento le dieron el nombre del cacique indígena que lo fundó a quien le llamaban “Plato Viejo” y que era uno de los tantos hijos del Indio Zárate, fundador y jefe supremo de las tribus que habitaban esta región.

Quiso la casualidad, que quien fuera el primer fundador de Plato, en el lugar donde está hoy, el religioso español Fray Nicomedes de Fonseca y Meza en el

año de 1626 un 8 de diciembre, le bautizara con el nombre de Villa Concepción de la Plata, en honor a la virgen cuya fiesta se celebra en ese día y el mismo nombre que conservó en su refundación por el conquistador español, Fernando de Mier y Guerra, más de un siglo después... lo de la casualidad es porque hoy, por economía se le ha llamado simplemente PLATO, y pensando que ya sobrepasó los tres siglos de existencia, se le puede agregar “viejo”, como lo llamaron sus primeros habitantes “PLATO VIEJO”.

Plato por su privilegiada posición geográfica: a orillas del Río Magdalena, en la cabecera derecha del puente “Antonio Escobar Camargo”, el más largo del país, que une a los departamentos de Magdalena y Bolívar. Porque por su territorio pasa la carretera Transversal del Caribe o Vía de los Contenedores, porque además posee el segundo más importante complejo cenagoso del país y que por el espíritu pacifista y hospitalario de su gente, se ha convertido en el centro neurálgico del acontecer regional. La historia dice que en Plato han vivido y nacido personajes que han marcado hitos, aquí pernoctó y dejó una familia el general español Francisco Vilches y Domínguez, quien fuera amanuense del Libertador Simón Bolívar durante la campaña libertadora y su acompañante en los amores

## **ASPECTOS GEOGRÁFICOS**

Al reconocer la Constitución Nacional al municipio como la entidad fundamental de la división política administrativa del Estado (Capítulo 3, Artículo 31) se establece que le corresponde prestar los servicios públicos que determina la Ley, construir las obras que demande el progreso local, ordenar el desarrollo de su territorio, promover la participación comunitaria y el mejoramiento social y cultural de sus habitantes.

El acelerado crecimiento poblacional y la progresiva concentración de la población en los centros urbanos, a la vez que crea oportunidades para el desarrollo ha generado limitantes, por lo cual es cada vez más evidente la necesidad de que el Estado cuente con instrumentos de intervención urbana más efectivos, que propicien un adecuado ordenamiento territorial, faciliten el acceso a la vivienda, los servicios, infraestructuras y equipamientos, y que promuevan el desarrollo socioeconómico municipal.

Para efectos de cumplir tales funciones se considera que los centros urbanos se deben planificar y gestionar teniendo en cuenta todo el territorio municipal, atendiendo sus interrelaciones con la zona rural y con el contexto regional y nacional. Pensar en la ciudad, obliga a pensar en el Municipio buscando la integración y complementariedad entre lo urbano y lo rural y previendo la repercusión de las interacciones entre estos dos espacios.

Los ejes capitales de la Ley de Desarrollo Territorial, es la consideración de que la organización del territorio municipal es una función pública, en razón de los principios generales de la prelación del interés general sobre el particular, la función social de la propiedad, y del reconocimiento que la ciudad es por naturaleza el espacio de lo colectivo, en el cual el funcionamiento de las diversas actividades privadas y comunitarias supone la existencia y operación de redes de comunicación, equipamientos y espacio público en general.

Y es precisamente en el espacio urbano donde compiten los intereses de localización y usos, y en él, las necesidades básicas de infraestructuras y servicios sólo pueden satisfacerse de manera planificada y concertada.

### ***Territorio***

Tiene una superficie aproximada de 1.500,04 kilómetros cuadrados que representan el 6,6% del área total del Departamento del Magdalena. A pesar de la pérdida de territorio por creación de nuevos municipios, Plato se ubica actualmente en el segundo lugar entre los 31 municipios del departamento según la extensión territorial, superado solamente por Santa Marta. La cabecera

municipal se extiende sobre una superficie aproximada de 351 hectáreas o 3,51 km<sup>2</sup>. Los restantes 1.496,53 kms<sup>2</sup> conforman la superficie rural del municipio distribuida en 12 corregimientos. En el sector rural se destaca una inmensa extensión territorial de terrenos baldíos conocidos popularmente como “Los Playones de Plato.

### **INDICADORES EPIDEMIOLOGICOS**

La vigilancia en salud pública del municipio de Plato magdalena se ha venido mejorando, analizando y estableciendo los nuevos patrones e comportamiento de las enfermedades o procesos patológicos que afectan a nuestra población.

Con las UPGD,(UNIDAD PRIMARIA DE GENERACIÓN DE DATOS) activas y en disposición de informar cualquier evento, se ha denotado que con capacitación y mejoramiento de la información se concertaran nuevas y mejores políticas de atención en salud.

Actualmente Plato cuenta entre otros con los siguientes entes públicos y privados y de diferentes niveles como a continuación se detalla:

**TABLA No: 3**  
**MUNICIPIO DE PLATO ACTIVAS/PASIVAS**

<b>entidad</b>	<b>Nivel</b>	<b>Upgd/activa/pasiva</b>
<b>E.S.E. HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON</b>	<b>II</b>	<b>ACTIVA</b>
<b>E.S.E. 7 DE AGOSTO</b>	<b>1</b>	<b>ACTIVA</b>
<b>CLINICA INMACULADA CONCPECION</b>	<b>I Y II</b>	<b>ACTIVA</b>
<b>SALUDCOOP</b>	<b>EPS</b>	<b>ACTIVA</b>
<b>SALUD MEDICA IPS</b>	<b>IPS CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PASIVA</b>

<b>MI EMPRESA IPS</b>	<b>IPS CONSULTA EXTERNA I</b>	<b>PASIVA</b>
<b>IPS MI SALUD PLATO</b>	<b>IPS CONSULTA EXTERNA I</b>	<b>PASIVA</b>

## **PERFIL EPIDEMIOLOGICO (RESULTADOS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y RIESGOS SANITARIOS POR PROBABILIDAD DE OCURRENCIA E IMPACTO)**

### **5.2.1. Perfil de Morbilidad**

El diagnóstico epidemiológico tiene como propósito determinar la situación actual de salud de la población y los factores condicionantes de la misma, esto se orienta a identificar los principales problemas de salud de la población, así como sus factores de riesgo.

El perfil epidemiológico se convierte en la guía para la planeación y ejecución de acciones de prevención y promoción de la salud y es así mismo el mejor indicador evaluativo de dichas acciones ya que mide realmente los cambios en el comportamiento sanitario de la población.

La Secretaria de Salud del municipio de Plato Magdalena describe el estado de salud de la población en cuanto al perfil de morbilidad para el período comprendido entre enero y diciembre de 2009, a partir de la recolección de los datos suministrados por la ESE 7 de Agosto y Fray Luis de León y las IPS con presencia en el municipio con base en atenciones en Salud prestada y captada a través de los Registros Individuales de Prestación de Servicios – RIPS – y SIVIGILA.

La morbilidad es un indicador estadístico que permite conocer de que se enferman los habitantes de una determinada región, el conocimiento de estadísticas de morbilidad nos permite calcular la población a servir con determinados programas y la demanda de servicios que su atención exigirá.

Luego del procesamiento de la información se obtuvo que en Ese Fray Luis de león, la primera causa de morbilidad en hospitalización captada para el año 2009 la constituyó las alteraciones y atención del parto, siendo más predominante este tipo de patologías, es concordante con el impacto que ocasionaron las 4 muertes maternas las cuales se desencadenaron en este centro asistencial.

## **VACUNACIÓN**

La vacunación contra algunas salud de la población por su alta contagiosidad y que actualmente alertan el país entero debido a eventos ya confirmados como es el caso del sarampión, han dado una respuesta satisfactoria, garantizando en un buen porcentaje la protección de los niños del municipio de Plato Magdalena, Sin embargo se hace cada vez más importante planear otras estrategias de intervención que garanticen la disminución del riesgo de enfermar o morir por causas evitables.

## **COBERTURA DE VACUNACIÓN.**

En el 2008, se obtuvieron coberturas por encima del 95%, cumpliendo con las metas de cobertura nacional en el plan territorial de salud, en todos los biológicos, donde se demuestra la responsabilidad y desarrollo al interior del programa que maneja la ESE 7 De Agosto, los datos obtenidos fueron.