

PLAN TERRITORIAL DE SALUD



“SOPÓ, TERRITORIO SALUDABLE”

2016-2019

WILLIAM OCTAVIO VENEGAS RAMIREZ
“SEGURIDAD Y PROSPERIDAD”
2016 – 2020

ACUERDO N° 008

(15 JUN 2016)

**“POR MEDIO DEL CUAL SE ADOPTA EL PLAN TERRITORIAL DE SALUD “SOPÓ,
TERRITORIO SALUDABLE”, PARA EL MUNICIPIO DE SOPO 2016 – 2019”**

EL HONORABLE CONCEJO MUNICIPAL DE SOPO CUNDINAMARCA

En uso de sus facultades Constitucionales y legales, en especial las que confiere El Numeral 2 del artículo 313 de la Constitución Política, el Artículo 74 de la Ley 136 de 1994, los artículos 37, 38, 39 y 40 de la Ley 152 de 1994, y las establecidas en el artículos 27 y 33 de la Resolución 1536 de 2015.

CONSIDERANDO:

- Que es deber del concejo municipal, aprobar los planes y programas de desarrollo, económico, social y de obras públicas con forme a lo ordenado en la constitución y demás Leyes.
- Que el artículo 33 de la ley 1122 de 2007 establece que el gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio el cual forma parte del Plan de Desarrollo Municipal.
- Que con el fin de adoptar las políticas, objetivos, metas y estrategias del Plan Nacional de Salud Pública, el Gobierno Nacional mediante el Decreto 3039 de 2007, las entidades territoriales deben formular y aprobar el Plan de Salud Territorial de su municipio.
- Que el artículo 6° de la Ley 1438 de 2011 establece: “Plan Decenal para la Salud Pública. El Ministerio de la Protección Social elaborará un Plan Decenal de Salud Pública a través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, en el cual deben confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, incluyendo la salud mental, garantizando que el proceso de participación social sea eficaz, mediante la promoción de la capacitación de la ciudadanía y de las organizaciones sociales. (...)”;



- Que la Resolución 1841 de 2013 emanada por el Ministerio de la Protección Social, expidió el Plan Decenal de Salud pública y definió las metas, estrategias y dimensiones de desarrollo y prioritarias para abordar el sector salud en los próximos 10 años.
- Que la resolución 1536 de 2013 emanada por el Ministerio de la Protección Social, definió la metodología para la elaboración, seguimiento, evaluación y control del Plan Territorial de Salud.
- Que mediante dicha Resolución se establecen las fases a seguir y se exige que deba ser concordante con lo definido en el Plan de Desarrollo Municipal en cuanto a las Políticas, Programas, Subprogramas y acciones a realizar durante el periodo.
- Que con base en el diagnóstico desarrollado se priorizaron las principales problemáticas del sector salud en el municipio. En las mesas de trabajo realizadas con los habitantes del Municipio en el marco de la construcción del Plan de desarrollo Municipal 2016-2019, en la línea de desarrollo progreso social y ejercicio de derecho, la comunidad evidenció las problemática y necesidades del municipio a nivel de salud.
- Que los programas y proyectos contemplados en el Plan Territorial de Salud de Sopó, deben incluirse en el presupuesto de ingresos y gastos municipales del sector salud específicamente a través del Fondo Local de Salud.
- Que el Plan territorial de salud de Sopó, es un instrumento dinámico que permite adecuarlo a las circunstancias y necesidades económicas y sociales y de salud del municipio.
- Que el Plan Territorial de Salud de Sopó, contiene información y el conocimiento de la situación real del municipio.
- Que el artículo 27 de la Resolución 1536 de 2015 establece que "El Plan Territorial de Salud por ser parte integral del Plan de Desarrollo Territorial, se aprobará de manera simultánea con éste en las asambleas departamentales y concejos distritales y municipales y se cargará a través de la plataforma habilitada del SISPRO para ser integrado a dicho sistema, a más tardar el treinta (30) de junio de cada periodo de gobierno territorial, a partir del año 2016.





- Que el Artículo 33 de la Resolución 1536 de 2015. Establece que “Aprobación del componente operativo y de inversiones en salud del PTS, El componente operativo anual y de inversiones de salud del PTS será aprobado de manera simultánea con el Plan Operativo Anual de Inversiones-POAI de la entidad territorial por ser parte integral del mismo, en las asambleas departamentales y concejos distritales y municipales y será cargado a través de la plataforma habilitada del SISPRO para ser integrada al sistema de información en salud.
- Que el parágrafo del artículo 30 de la Resolución 1536 establece: “El componente de inversión plurianual del plan territorial de salud, debe ser coherente y consistente con el Plan Financiero Territorial de Salud y hace parte integral del Plan Plurianual de Inversiones del Plan de Desarrollo Territorial., por lo tanto el Plan Territorial de Salud “**SOPÓ, TERRITORIO SALUDABLE 2016-2019**” hace parte del Plan de Desarrollo Municipal “**SEGURIDAD Y PROSPERIDAD**” 2016-2020.

En mérito de lo expuesto,

ACUERDA

ARTICULO PRIMERO: Adóptese el Plan Territorial de Salud “**SOPÓ, TERRITORIO SALUDABLE 2016-2019**”, contenido en el Anexo Técnico que forma parte del presente Acuerdo, el cual será sometido a aprobación simultáneamente con el proyecto de Plan de Desarrollo Municipal “**SEGURIDAD Y PROSPERIDAD - 2016-2020**” y formará parte integral del mismo.

ARTICULO SEGUNDO: Apruébese EL Componente Operativo Anual – COAI y de inversiones de salud del Plan Territorial de Salud “**SOPÓ, TERRITORIO SALUDABLE 2016-2019**” que formará parte integral con el Plan Operativo Anual de Inversiones-POAI.

ARTICULO TERCERO: El Plan Territorial de Salud “**SOPÓ, TERRITORIO SALUDABLE 2016-2019**”, será implementado y ejecutado por la Secretaria de Salud de Sopó o quien haga sus veces en coordinación con los demás sectores que ejerzan acciones y funciones relacionadas con los determinantes sociales de la salud en el municipio de Sopó.

ARTICULO CUARTO: El Monitoreo, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud Pública, “**SOPÓ, TERRITORIO SALUDABLE 2016-2019**”, será responsabilidad de la Secretaria de Salud de Sopó o quien haga sus veces de acuerdo con la





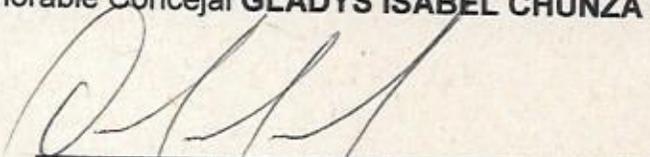
metodología, condiciones y periodicidad definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, sin perjuicio de que este Concejo realice la correspondiente evaluación al Plan.

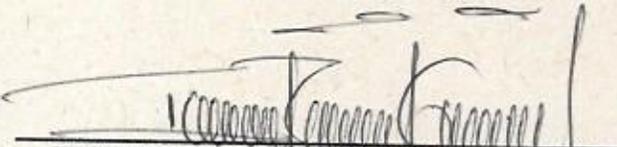
ARTICULO QUINTO: Autorícese al Alcalde municipal de Sopó, para hacer las modificaciones que sean necesarias e indispensables al Plan de Territorial de salud "SOPÓ, TERRITORIO SALUDABLE 2016-2019", de conformidad a las pautas fijadas por las normas vigentes y las estipuladas por el Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo a los principios e intereses generales de la comunidad.

ARTÍCULO SEXTO. El presente Acuerdo surte efectos a partir de la fecha de aprobación y publicación previa sanción.

COMUNIQUESE PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en el Recinto del Honorable Concejo Municipal de Sopó, a los Treinta y un (31) días, del mes de Mayo del año Dos mil dieciséis (2016). Una vez surtidos los dos (2) debates reglamentarios de que trata la ley 136 de 1994, así: primer debate en Comisión Primera Permanente de Planeación y Desarrollo el día (18) de Mayo de 2016, bajo la ponencia de la Honorable Concejal **GLADYS ISABEL CHUNZA GALVIS.**


OSCAR ALBERTO ACERO QUINTERO
Presidente Concejo Municipal de Sopó


INGRID JULIETH RAMIREZ GOMEZ
Secretaria Administrativa Concejo Municipal



**EL PRESIDENTE Y LA SECRETARIA GENERAL
DEL CONCEJO MUNICIPAL DE SOPÓ CUNDINAMARCA**

CERTIFICAN

Que este Acuerdo se aprobó en sus dos (2) debates reglamentarios, de conformidad con el Artículo 73 de la Ley 136 de 1994; así: **Primer debate en Comisión Primera Permanente de Planeación y Desarrollo** el día dieciocho (18) de Mayo de 2016 y **Segundo Debate** en la Sesión Ordinaria del día Treinta y uno (31) de Mayo de 2016. El Acuerdo No. 008 **"POR MEDIO DEL CUAL SE ADOPTA EL PLAN TERRITORIAL DE SALUD "SOPÓ, TERRITORIO SALUDABLE", PARA EL MUNICIPIO DE SOPO 2016 – 2019"**, se remite el día de hoy 08 de Junio de 2016 a la Alcaldía, para su correspondiente Sanción y promulgación por parte del Ejecutivo Municipal.

En constancia firman

OSCAR ALBERTO ACERO QUINTERO
Presidente del Concejo Municipal de Sopó

INGRID JULIETH RAMIREZ GOMEZ
Secretaria Administrativa del Concejo



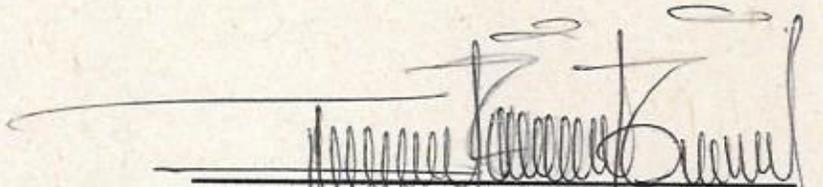


LA SECRETARIA ADMINISTRATIVA DEL CONCEJO MUNICIPAL DE SOPÓ

HACE CONSTAR

Que el estudio en **PRIMER DEBATE** del proyecto de Acuerdo No. 007 "**POR MEDIO DEL CUAL SE ADOPTA EL PLAN TERRITORIAL DE SALUD "SOPÓ, TERRITORIO SALUDABLE"**", PARA EL MUNICIPIO DE SOPO 2016 – 2019", fue aprobado por la Comisión Primera Permanente de Planeación y Desarrollo, como se registra en el Acta No. 013 del 18 de Mayo de 2016.

La Secretaria Administrativa,


INGRID JULIETH RAMIREZ GOMEZ
Secretaria Administrativa Condejo Municipal





INFORME SECRETARIAL

Hoy, 15 de junio de 2016, informo al Señor Alcalde que fue recibido en esta Secretaria el Acuerdo 008 de 2016 " Por Medio del cual se adopta el plan territorial de salud "Sopó territorio saludable", para el municipio de Sopó 2016-2019" el cual consta de 6 artículos.

Lo anterior para efectos de lo previsto en el Artículo 78 de la Ley 136 de 1.994

FABIANNA LÓPEZ SERNA
Secretaria Ejecutiva Despacho Alcalde

Sopó, 15 de junio de 2016 en la fecha se **SANCIONA** el presente Acuerdo, el cual se sujeta a lo de Ley.

ALCALDÍA MUNICIPAL DE SOPÓ

SANCIONADO

El Alcalde,

WILLIAM OCTAVIO VENEGAS RAMÍREZ

La Secretaria,



Certificado No. GP-CER313326



Certificado No. SC-CER313325



FABIANNA LÓPEZ SERNA



ANEXO TECNICO

PLAN TERRITORIAL DE SALUD

“SOPÓ, TERRITORIO SALUDABLE”

2016-2019

WILLIAM OCTAVIO VENEGAS RAMIREZ
ALCALDE MUNICIPAL

SANDRA MAGDALENA ZAPATA PRIETO
SECRETARIA DE SALUD

SOPÓ
CUNDINAMARCA, COLOMBIA 2016





WILLIAM OCTAVIO VENEGAS
Alcalde

ELABORACION

SECRETARIA DE SALUD
Lorena Del Pilar Robayo Figue
María Consuelo Carreño Moreno
Adriana Del Pilar Gómez Hernández
Kelly Hirssleny Zarate Cáceres
Azucena Angarita Acosta

EQUIPO TECNICO PARTICIPANTE

CARLOS FERNANDO REYES MORENO
Secretaria Jurídica y de contratación

OMAYRA ESPERANZA CORTES ARIZA
Secretaria de Gestión Integral

JOSE OCTAVIO AREVALO USECHE
Secretario de Educación

SANDRA MAGDALENA ZAPATA PRIETO
Secretaria de Salud

GIOVANNA STELLA PAEZ CORTES
Secretaria de Infraestructura y Obras Públicas

ORLANDO BOLIVAR ALONSO
Secretaria de Planeación Territorial y Urbanismo

JHON SERGIO AVELLANEDA CARRANZA
Secretaria de Recreación y Deporte

JAIME DAVID CLAVIJO POVEDA
Secretario de Cultura

MARTHA INÉS GONZALEZ SARMIENTO
Secretaria de Hacienda
NATHALY VIVIANA ALARCÓN CUBILLOS
Secretaria de Educación

PAULO MARTIN PRIETO CARRANZA
Secretario de Ambiente Natural

PEDRO MARIO ALARCÓN PACHON
Secretario de Vivienda

ALBA LILIANA PARDO DUARTE
Secretaria de desarrollo Institucional

CAROL ANDREA PIAMONTE OSPINA
Oficina asesora de prensa y comunicación

CINDY JOHANA FORERO RICO
Secretaria de Gobierno





SINDY CATERINE MARTINEZ RINCÓN
Secretaria de Desarrollo Económico

JUAN SEBASTIAN GALVIS MARTINEZ
Inspector de Policía

ESMERALDA VELANDIA BARAJAS
Comisaria de Familia

COOLABORACION

SECRETARIA DE CULTURA
Fabián Cuellar Beltrán
Francy Yaneth Correa

SECRETARÍA DE INFRAESTRUCTURA Y OBRAS PÚBLICAS
YOMAIRA ASPRILLA SANCHEZ

SECRETARIA DE GESTION INTEGRAL
MARTHA LUCIA BARRAGAN UMBARILA

COMISARIA DE FAMILIA
PAOLA PINILLA

SECRETARIA DE AMBIENTE NATURAL
FABIO CAÑÓN PRIETO

SECRETARIA DE VIVIENDA
NEILA BEATRIZ GOMEZ ORTIZ

SECRETARIA RECREACIÓN Y DEPORTE
CRISTIAN MAURICIO GONZALEZ PINTO

SECRETARIA DE PLANEACION TERRITORIAL Y URBANISMO
MARIA CLAUDIA LEON RODRIGUEZ
LAURA CAMILA NIETO ROBAYO
RAUL MARTINEZ

SECRETARIA DE DESARROLLO
WILLIAM HERNANDO MALDONADO ROBAYO

CARLOS HERNAN PENAGOS PEÑA
GARENTE EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS EMSERSOPÓ

EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS EMSERSOPÓ
LAURA XIMENA RODRIGUEZ

HOSPITAL DIVINO SALVADOR
EPS-SUBSIDIADA CONVIDA
EPS FAMISANAR
EPS NUEVA EPS
EPS CEFESALUD
EPS CRUZ BLANCA
EPS SANITAS



PRESENTACION

El Plan Territorial de Salud **“SOPÓ, TERRITORIO SALUDABLE”** 2016-2019, asume y asimila el objetivo principal que contiene el Plan Decenal de Salud Pública-PDSP, para garantizar un conjunto de estrategias y acciones en salud incluyentes, que acogen, reconocen, respetan y protegen la diversidad. Haciendo explícitas las particularidades sociales, culturales, religiosas, y así dar respuesta a los derechos fundamentales de la población, en el entendimiento de la salud como un derecho fundamental en permanente interdependencia con los demás.

También distinguiendo entre las diversidades propias de sujetos y colectivos titulares de derecho y, en ese mismo contexto, de especial protección, y las desigualdades injustas y evitables que generan inequidades que deben ser corregidas por las acciones del Estado y la sociedad en su conjunto, generando un marco de metas alcanzables que nos permitan asumir esta responsabilidad con gobernabilidad en mira de una mejor calidad de vida de nuestros habitantes.

La meta primordial es crear condiciones administrativas y financieras que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida de los habitantes de Sopó fue pensado en ustedes y para ustedes en medio de la “Seguridad y la Prosperidad”.

William Octavio Venegas Ramírez

“EN 2026 SOPÓ SERÁ UN TERRITORIO SANO, MODERNO, CREIBLE Y ESTRATEGICO, CON AUTORIDAD SANITARIA COHERENTE Y CON EL SISTEMA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD CONSOLIDADO EN EL MARCO DEL USO RACIONAL Y EFICIENTE DE RECURSOS PARA APORTAR A LA PAZ, LA SEGURIDAD Y PROSPERIDAD DE SUS HABITANTES”





Tabla de contenido

1. INTRODUCCION.....	16
2. MARCO TEORICO.....	17
2.1 PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.....	17
3. MARCO CONCEPTUAL.....	20
3.1. MARCO CONCEPTUAL DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.	22
3.2. MARCO ESTRATÉGICO.....	24
3.2.1. ABORDAJE POR DIMENSIONES PRIORITARIAS	24
3.2.2. ABORDAJE POR DIMENSIONES TRANSVERSALES.....	25
3.3. LÍNEAS OPERATIVAS.....	26
3.3.1. LÍNEA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	26
3.3.2. LÍNEA DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	27
3.3.3. LÍNEA DE GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA.....	28
4. MARCO LEGAL.....	28
5. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN SOPÓ (ASIS).....	31
5.1. CARACTERIZACIÓN DEL CONTEXTO TERRITORIAL.....	31
5.1.1. DESCRIPCIÓN FÍSICA:.....	33
5.1.2. FACTORES DE RIESGO	34
5.1.3. VÍAS DE COMUNICACIÓN:	36
5.2. CARACTERIZACIÓN DEL CONTEXTO DEMOGRÁFICO	39
5.2.1. ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA	40
5.2.2. DINÁMICA DEMOGRÁFICA.....	44
5.3. ABORDAJE DE LOS EFECTOS DE SALUD Y SUS DETERMINANTES.	47
5.3.1. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD.	47
5.3.2. ANÁLISIS DE LA MORBILIDAD	57
5.3.2.1. MORBILIDAD ESPECIFICA POR SUBGRUPO.....	58





5.3.3. ANÁLISIS DE POBLACIÓN EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD 2012 A 2014.....	62
5.3.4. ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD –DSS	64
5.4. RESULTADOS DE LA CONSULTA CIUDADANA	66
5.4.1. CONCLUSIÓN	67
6. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN	68
7. PRIORIZACIÓN EN SALUD PÚBLICA.....	97
7.1. RECONOCIMIENTO INICIAL DEL TERRITORIO Y SU DINÁMICA DEMOGRÁFICA.....	102
7.1.1. DIMENSIÓN POBLACIONAL.....	102
7.1.2. DIMENSION AMBIENTAL	105
7.1.3. DIMENSION SOCIAL	113
7.1.4. DIMENSION ECONOMICA.....	117
7.1.5. DIMENSION POLITICO ADMINISTRATIVA.....	119
7.2 RECONOCIMIENTO DE LAS CONDICIONES BÁSICAS DE SALUD E IMPLICACIONES DE LAS DINÁMICAS PASE PARA LA PLANEACIÓN INTEGRAL EN SALUD.....	120
7.2.1. DIMENSIÓN SALUD AMBIENTAL.....	121
7.2.2. DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES	126
7.2.3. DIMENSIÓN CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL.....	130
7.2.4. DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL.....	137
7.2.5. DIMENSIÓN SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.....	139
7.2.6. DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.....	144
7.2.7. DIMENSIÓN SALUD PÚBLICA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES.....	147
7.2.8. DIMENSIÓN SALUD Y ÁMBITO LABORAL.....	149
7.2.9. DIMENSIÓN TRANSVERSAL - FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN DE LA SALUD	159
7.2.10. IMPLICACIONES DE LAS DINAMAMICAS PASE.....	159
7.3. IDENTIFICACIÓN DE LAS TENCIONES PRESENTES EN EL TERRITORIO.	162
7.3.1. CLASIFICACION DE LA TENSION	167
7.3.2. ESPACIALIZACION DE LA TENSION.....	172





7.4. EJES ESTRUCTURANTES ACTUALES	172
7.4.1. OPORTUNIDADES Y VENTAJAS.....	173
7.4.2. EJES ESTRUCTURANTES DESEADOS	174
7.5. PROYECCIÓN DE TENSIONES SI NO SE INTERVIENEN Y PRIORIZACIÓN PARA SU COMPRESIÓN.....	176
8. COMPONENTE OPERATIVO Y DE INVERSIONES EN SALUD DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD – PTS.....	182
8.1. VISIÓN EN SALUD.....	182
8.1.1. VISIÓN DEL PLAN DECENAL DE SALUD PUBLICA	182
8.1.2. VISIÓN DEL PLAN TERRITORIAL EN SALUD.....	182
8.2. DESAFIOS.....	183
8.3. DIMENSIONES PRIORITARIAS	184
8.3.1. SALUD AMBIENTAL.....	184
8.3.1.1. COMPONENTE ESTRATEGICO	184
8.3.1.2. COMPONENTE PLURIANUAL FINANCIERO.....	185
8.3.2. CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL.....	186
8.3.2.1. COMPONENTE ESTRATEGICO	187
8.3.2.2. COMPONENTE PLURIANUAL FINANCIERO.....	187
8.3.3. SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL.....	188
8.3.3.1. COMPONENTE ESTRATEGICO	188
8.3.3.2. COMPONENTE PLURIANUAL FINANCIERO.....	189
8.3.4. SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.....	190
8.3.4.1. COMPONENTE ESTRATEGICO	190
8.3.4.2. COMPONENTE PLURIANUAL FINANCIERO.....	192
8.3.5. VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES	193
8.3.5.1. COMPONENTE ESTRATEGICO	193
8.3.5.2. COMPONENTE PLURIANUAL FINANCIERO.....	194
8.3.6. VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	196



GP0282



CO240951



8.3.6.1. COMPONENTE ESTRATEGICO	196
8.3.6.2. COMPONENTE PLURIANUAL FINANCIERO.....	197
8.3.7. SALUD Y ÁMBITO LABORAL	197
8.3.7.1. COMPONENTE ESTRATEGICO	198
8.3.7.2. COMPONENTE PLURIANUAL FINANCIERO.....	198
8.3.8. SALUD PÚBLICA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES	199
8.3.8.1. COMPONENTE ESTRATEGICO	199
8.3.8.2. COMPONENTE PLURIANUAL FINANCIERO.....	200
8.3.9. DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN DE LA SALUD.....	200
8.3.9.1. COMPONENTE ESTRATEGICO	202
8.3.9.2. COMPONENTE PLURIANUAL FINANCIERO.....	204
8.4. RESUMEN FINANCIERO DE LA PLANEACIÓN.....	206
9. ACRONIMOS, SIGLAS Y ABREVIATURAS.....	208





1. INTRODUCCION

El Plan Territorial de Salud (PTS) "SOPÓ, TERRITORIO SALUDABLE", 2016-2019, es producto del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021 y se enmarca en el derecho fundamental a la salud establecido en la Constitución Política de 1991, busca la reducción de la inequidad en salud, planteando los siguientes objetivos: 1) avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; 2) mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente; 3) mantener cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable.

Es así como teniendo en cuenta que uno de los mayores desafíos del PDSP, es afianzar el concepto de salud como el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida, su ejecución implica un liderazgo territorial de nosotros como administración, como gobierno, para lograr la integración y el compromiso de todos los sectores y actores en Sopó, con el fin de armonizar la concurrencia de recursos y obligaciones de otros sectores relacionados con la salud pública, así como el desarrollo de estrategias intersectoriales que impacten los determinantes sociales y económicos de la salud.

Con el fin de mejorar la calidad de vida de Sopó y los indicadores de salud en el marco de los determinantes sociales, el PTS responde a las políticas de salud priorizadas, las cuales son soportadas en el Análisis de la Situación de Salud, cuya formulación y puesta en marcha generan un gran impacto en los indicadores de salud.

Este Plan Territorial se estructura desde el concepto mismo del plan decenal de salud pública, por lo tanto es integral, porque se plantea partiendo de dimensiones prioritarias para la vida de toda persona; y es dinámico, porque deberá ser reorientado permanentemente a partir de la evaluación de sus propios resultados y de los cambios ocurridos en él.





2. MARCO TEORICO

"La salud es, por sobre todo, una realidad compleja, un proceso social aún más complejo, y un proceso político dentro del cual hay que tomar decisiones políticas no sólo sectoriales sino de Estado, capaces de comprometer obligatoriamente y sin excepciones a todos los sectores"

David A. Tejada de Rivero Subdirector General de la OMS 1974-1985 OMS- 2003

La salud es un compromiso del Estado enmarcado en el enfoque de derechos, en el abordaje intersectorial e interdisciplinario y en la gestión del riesgo para avanzar significativamente en el goce efectivo del derecho a la salud, afectar los determinantes sociales de la salud y mejorar las condiciones de vida y salud de los habitantes de Colombia y por ende de los habitantes de Sopó.

Plan territorial de salud está definido como el instrumento estratégico e indicativo de política pública en salud, que le permite al municipio cumplir con las estrategias establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021.

- Equidad en Salud
- Afectación Positiva de los determinantes de la salud
- Mitigación de los impactos de la carga de la enfermedad

Todo ello en la búsqueda de alcanzar la visión de paz, equidad social y desarrollo humano sostenible y sustentable.

El Plan Territorial de Salud es formulado de manera participativa y teniendo en cuenta las políticas públicas y sociales de Sopó, siempre buscando impactar positivamente los determinantes de la salud.

2.1 PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

- ❖ **Universalidad.** El Sistema General de Seguridad Social en Salud cubre a todos los residentes en el país, en todas las etapas de la vida.
- ❖ **Solidaridad.** Es la práctica del mutuo apoyo para garantizar el acceso y sostenibilidad a los servicios de Seguridad Social en Salud, entre las personas.





- ❖ **Igualdad.** El acceso a la Seguridad Social en Salud se garantiza sin discriminación a las personas residentes en el territorio colombiano, por razones de cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños.
- ❖ **Obligatoriedad.** La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los residentes en Colombia.
- ❖ **Prevalencia de derechos.** Es obligación de la familia, el Estado y la sociedad en materia de salud, cuidar, proteger y asistir a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva, a los niños, las niñas y adolescentes, para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral. La prestación de estos servicios corresponderá con los ciclos vitales formulados en esta ley, dentro del Plan de Beneficios.
- ❖ **Enfoque diferencial.** El principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación.
- ❖ **Equidad.** El Sistema General de Seguridad Social en Salud debe garantizar el acceso al Plan de Beneficios a los afiliados, independientemente de su capacidad de pago y condiciones particulares, evitando que prestaciones individuales no pertinentes de acuerdo con criterios técnicos y científicos pongan en riesgo los recursos necesarios para la atención del resto de la población.
- ❖ **Calidad.** Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada.
- ❖ **Eficiencia.** Es la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida de la población.
- ❖ **Participación social.** Es la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en conjunto.
- ❖ **Progresividad.** Es la gradualidad en la actualización de las prestaciones incluidas en el Plan de Beneficios.



GP0282



CO240951



- ❖ **Libre escogencia.** El Sistema General de Seguridad Social en Salud asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y los prestadores de servicios de salud dentro de su red en cualquier momento de tiempo.
- ❖ **Sostenibilidad.** Las prestaciones que reconoce el sistema se financiarán con los recursos destinados por la ley para tal fin, los cuales deberán tener un flujo ágil y expedito. Las decisiones que se adopten en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben consultar criterios de sostenibilidad fiscal. La administración de los fondos del sistema no podrá afectar el flujo de recursos del mismo.
- ❖ **Transparencia.** Las condiciones de prestación de los servicios, la relación entre los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la definición de políticas en materia de salud, deberán ser públicas, claras y visibles.
- ❖ **Descentralización administrativa.** En la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud la gestión será descentralizada y de ella harán parte las direcciones territoriales de salud.
- ❖ **Complementariedad y concurrencia.** Se propiciará que los actores del sistema en los distintos niveles territoriales se complementen con acciones y recursos en el logro de los fines del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- ❖ **Corresponsabilidad.** Toda persona debe propender por su autocuidado, por el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos el Sistema General de Seguridad Social en Salud y cumplir con los deberes de solidaridad, participación y colaboración. Las instituciones públicas y privadas promoverán la apropiación y el cumplimiento de este principio.
- ❖ **Renunciabilidad.** El derecho a la Seguridad Social en Salud es irrenunciable, no puede renunciarse a él ni total ni parcialmente.
- ❖ **Intersectorialidad.** Es la acción conjunta y coordinada de los diferentes sectores y organizaciones que de manera directa o indirecta, en forma integrada y continua, afectan los determinantes y el estado de salud de la población.



GP0282



CO240951



- ❖ **Prevención.** Es el enfoque de precaución que se aplica a la gestión del riesgo, a la evaluación de los procedimientos y la prestación de los servicios de salud.
- ❖ **Continuidad.** Toda persona que habiendo ingresado al Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene vocación de permanencia y no debe, en principio, ser separado del mismo cuando esté en peligro su calidad de vida e integridad.

3. MARCO CONCEPTUAL

Partiendo de la base contenida en el documento del Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021 el país apuesta una política por la *equidad en salud*, entendida como la "ausencia de diferencias en salud entre grupos sociales consideradas innecesarias, evitables e injustas" (Whitehead, 1992). Esto implica que la equidad en salud se logra cuando todas las personas alcanzan su potencial de salud independientemente de sus condiciones sociales, culturales y económicas.

El PDSP busca la reducción de la inequidad en salud, planteando los siguientes objetivos:

- 1) avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud;
- 2) mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente;
- 3) mantener cero tolerancias frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable.

Uno de los mayores desafíos del PDSP, es afianzar el concepto de salud como el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida.

La ejecución implica un liderazgo territorial de alcaldes, para lograr la integración y el compromiso de todos los sectores y actores en el territorio, con el fin de armonizar la concurrencia de recursos y obligaciones de otros sectores relacionados con la salud pública, así como el desarrollo de estrategias intersectoriales que impacten los determinantes sociales y económicos de la salud.





El PDSP, en el marco de los mandatos vigentes, se presenta como un plan a mediano plazo, que compromete más de un periodo de gobierno, y que permite hacer propuestas estratégicas de mayor alcance.

Es una ruta trazada por los ciudadanos, los expertos y el gobierno, para hacer converger el desarrollo social, económico y humano de nuestro país.

Es por excelencia la política de salud pública esencial del Estado que reconoce y garantiza la salud como un derecho fundamental.

Las exigencias normativas dadas por las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011 en relación con los Planes de Salud Pública, imponen condiciones que deben ser reconocidas y direccionadas para lograr que la Salud Pública, conforme se define en el artículo 32 de la Ley 1122 de 2007, sea un compromiso de todas las instancias del país, y se entienda como uno de los principales instrumentos de política pública en salud.

El PDSP, una vez implementado asumió un reto fundamental en la construcción de país y dio a las entidades territoriales un rol efectivo en el desarrollo y ejecución del mismo.

Es así que desde el abordaje inicial se presenta como la herramienta fundamental en el desarrollo del territorio.

En el año 2015, el Municipio de Sopó armonizó el Plan Territorial de Salud 2012-2015 al PDSP, alcanzando el logro de las metas internas en el avance de las metas generales del PDSP.

El PDSP, para su formulación, define tres componentes esenciales desde la fundamentación teórico-conceptual:

1. Los enfoques conceptuales.
2. El diseño estratégico.
3. Las líneas operativas que permiten llevar a la práctica las acciones en el Plan Territorial de Salud del municipio de Sopó.

❖ **Enfoques y modelo conceptual, dentro de los cuales se encuentran:**

- La salud como un derecho,
- El enfoque diferencial,
- El enfoque poblacional



GP0282



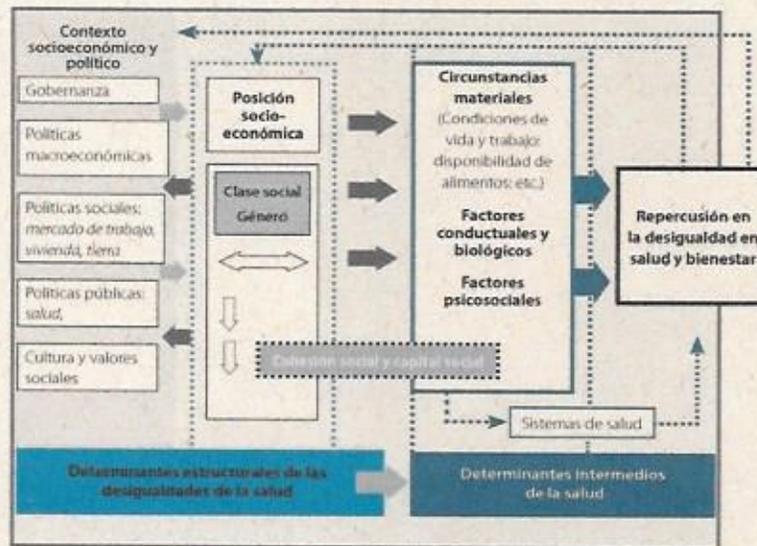
CO240951



- El modelo conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud.

A través del PDSP, 2012-2021, se retoma la propuesta de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009) en su informe final.

3.1. MARCO CONCEPTUAL DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.



Fuente: Organización Mundial de la Salud 2010

Según el modelo de la OMS:

Hay distintos factores relacionados con la falta de implementación de las políticas para disminuir las desigualdades en salud: a) falta de voluntad política, pues a menudo los partidos políticos gobernantes no tienen voluntad de incluir en la agenda política este tema; b) falta de conocimiento, tanto de la evidencia de la existencia de desigualdades como de las políticas para poner en marcha; c) fondos públicos insuficientes, ya que no es posible instaurar políticas sin recursos destinados a ellas, y con frecuencia las declaraciones políticas no van acompañadas de los recursos necesarios para llevarlas a cabo; d) falta de coordinación y de capacidad para llevar a cabo proyectos multisectoriales; y e) consideración, tanto desde una buena parte del sector sanitario como desde otros sectores y la propia población general, de que las políticas para mejorar la salud pública y reducir las desigualdades sociales en salud son competencia exclusiva del sector sanitario. (Borrel C., 2010)

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

❖ **Modelo de los determinantes sociales de la salud en el PDSP 2012-2021**



Fuente: J. Acosta. Adaptación del Modelo Conceptual de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Organización Panamericana de la Salud, 2010.

El modelo del PDSP se orienta a: 1) la afectación positiva de los determinantes estructurales de la salud (equidad social); 2) sentar las bases para un cambio en el enfoque de la gestión en salud (capital social y desarrollo humano); y 3) mejorar las condiciones de vida y salud (determinantes intermediarios de la salud).

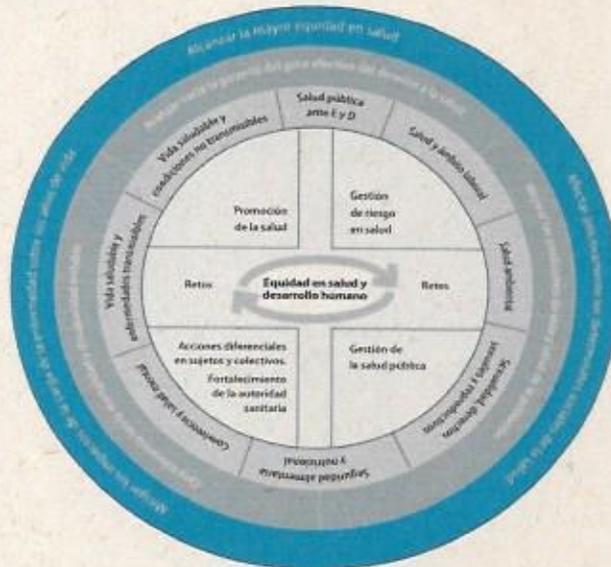
❖ **Diseño estratégico**

El Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, tiene como meta central alcanzar la equidad y el desarrollo humano sostenible, afectando positivamente los Determinantes Sociales de la Salud y mitigando los impactos de la carga de la enfermedad sobre los años de vida saludables. Para ello, orienta su acción en tres grandes objetivos estratégicos: avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; mejorar las condiciones de vida y salud de los habitantes; y mantener cero tolerancia con la mortalidad y discapacidad evitable.

Como parte del diseño estratégico, además de la visión, meta central y de los objetivos estratégicos, el PDSP 2012-2021 se despliega mediante estrategias que se configuran como un conjunto de acciones para ocho (8) dimensiones prioritarias.



3.2. MARCO ESTRATÉGICO



Todas las dimensiones prioritarias están cruzadas por dos dimensiones transversales: una que da cuenta de los desarrollos diferenciales en sujetos y colectivos específicos (en procesos, y algunas veces en estructura y recursos) para algunas fases del ciclo de vida, género, grupos étnicos, personas con discapacidad y víctimas, bajo los principios del respeto y el reconocimiento del derecho a las diferencias poblacionales y de las mayores vulnerabilidades; y otra relacionada con los desarrollos orientados al fortalecimiento institucional y de los servicios de salud.

De acuerdo con la naturaleza de las estrategias, las acciones que las conforman se ordenan para su ejecución en *tres líneas operativas*:

- 1) Promoción de la salud,
- 2) Gestión del riesgo en salud
- 3) Gestión de la salud pública

3.2.1. ABORDAJE POR DIMENSIONES PRIORITARIAS PARA LA VIDA

Las dimensiones prioritarias representan aspectos fundamentales deseables de lograr para la salud y el bienestar de todo individuo, sin distinción de género, etnia, ciclo de vida, nivel socioeconómico o cualquier otro aspecto diferencial.





Las dimensiones tienen cuatro entradas: Curso de vida, Eventos en salud, Diferenciales desde sujetos y colectivos, y Perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud. Cada una de ellas define su importancia y trascendencia para la salud, y alguna en particular determina la forma en que se denomina y su carácter de prioridad no negociable en salud pública.

Las dimensiones prioritarias son:

- Salud ambiental.
- Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos.
- Seguridad alimentaria y nutricional.
- Convivencia social y salud mental.
- Vida saludable y enfermedades transmisibles.
- Vida saludable y condiciones no transmisibles.
- Salud pública en emergencias y desastres.
- Salud en el entorno laboral.

3.2.2. ABORDAJE POR DIMENSIONES TRANSVERSALES

Hace referencia al desarrollo de las competencias a cargo del Estado.

En primer lugar se tratan los desarrollos diferenciales específicos de los sujetos y colectivos, y se reúnen los aspectos requeridos para lograr bienestar y calidad de vida entre la población, independientemente de la etapa del curso de vida, la pertenencia étnica o la condición socioeconómica.

Es el verdadero reto de reconocer, visibilizar y generar respuestas integrales transectoriales dirigidas a estas poblaciones, debido a las condiciones que pueden caracterizar a cada grupo específico:

- Condiciones del curso de vida (primera infancia, infancia, adolescencia y vejez).
- Condiciones de género.
- Condiciones de pertenencia étnica (pueblos indígenas, Room, afrocolombianos, negros, palanqueros y raizales).
- Personas en situación de discapacidad, derivadas de la victimización del conflicto o aquellas determinadas por la ubicación geográfica (zonas rurales dispersas o asentamientos).





En segundo lugar, se aborda el fortalecimiento institucional y de los servicios. En el municipio, están a cargo del alcalde, cuyo propósito es garantizar el derecho a la salud y a la vida digna saludable.

Desde este escenario se promueve la acción transectoriales, la corresponsabilidad de todos los sectores y actores para afectar positivamente los Determinantes Sociales de la Salud y propiciar las condiciones de vida y desarrollo saludable y sostenible.

Se desarrolla a través del ejercicio de la planificación e integración de las acciones relacionadas con la producción social de la salud y con la promoción de la respuesta dentro y fuera del sector salud.

Se incluye:

- Regulación.
- Conducción.
- Garantía del aseguramiento y provisión de los servicios.
- Sostenibilidad del financiamiento.
- Fiscalización.
- Movilización social y de recursos.
- Las acciones colectivas e individuales de salud pública definidas en el interior de las ocho dimensiones prioritarias para la vida.

3.3. LÍNEAS OPERATIVAS

El Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con su función rectora reglamentó la operación a partir de las siguientes definiciones:

3.3.1. LÍNEA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

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



GP0282



C0240951



de la vida, con respeto por las diferencias culturales de nuestros pueblos. Esta línea incluye acciones de:

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

3.3.2. LÍNEA DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD

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

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

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





3.3.3. LÍNEA DE GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

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

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

4. MARCO LEGAL

La Constitución política prevé en el artículo 2 como fines del estado: "servir a la comunidad, proveer la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la constitución; facilitar la participación en todas las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la nación" Artículo 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. No se podrán destinar ni





utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella.

Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

Políticas y Fundamento normativo relacionado:

- **Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021**
- **Ley 10 de 1990:** "Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones."
- **Ley 100 De 1993:** "Por la cual se crea el Sistema De Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones".
- **Ley 152 de 1994:** "Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo"
- **Ley 715 de 2001:** "Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros."
- **Ley 872 de 2003:** "Por la cual se crea el sistema de gestión de la calidad en la rama ejecutiva del poder público y en otras entidades prestadoras de servicios".





- **Ley 1122 de 2007:** "por la cual se hacen algunas modificaciones en el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.
- **Ley 1438 de 2011:**"Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones".
- **Ley 1523 de 2014:** "Por la cual se adopta la política nacional de gestión del riesgo de desastres y se establece el sistema nacional de gestión del riesgo de desastres y se dictan otras disposiciones".
- **Ley 1751 de 2015:**"Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones".
- **Decreto 3047 de 2013:**"Por el cual se establecen reglas sobre movilidad entre regímenes para afiliados focalizados en los niveles I y II del SISBÉN".
- **Resolución 1841 de 2013:** "Por la cual se adopta el plan decenal de salud pública 2012-2021".
- **Resolución 1536 de 2015:**"Por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud".
- **Resolución 518 de 2015:**"Por se dictan disposiciones en relación con la gestión de la salud pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC)".
- **Resolución 3042 de 2007:** "Por la cual se reglamenta la organización de los fondos de salud de las entidades territoriales, la operación y registro de las cuentas maestras para el manejo de los recursos de los fondos de salud y se dictan otras disposiciones"
- **Resolución 4015 de 2013:** "Por la cual se establecen los términos y se adoptan la metodología para la elaboración de los planes financieros territoriales por parte de los departamentos y distritos y se dictan otras disposiciones".
- **Circular 040 de 2014:**"Participación del sector salud en los procesos de gestión de riesgos de desastres".



GP0282



CO240951



- **Decreto 1683 de 2013:** "Por el cual se reglamenta el artículo 22 de la ley 1438 de 2011 sobre portabilidad nacional en el sistema general de seguridad social en salud.
- **Decreto 2353 de 2015:** Sistema de Afiliación Transaccional"
- **Resolución 3042 de 2007:** "Por la cual se reglamenta la organización de los fondos de salud de las entidades territoriales, la operación y registro de las cuentas maestras para el manejo de los recursos de los fondos de salud y se dictan otras disposiciones".

5. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN SOPÓ (ASIS)

El presente capítulo resume la situación de salud en Sopó a partir de la síntesis realizada en el Análisis de la Situación de Salud ASIS en Sopó 2015, los RIPS (Registros Individuales de Prestación de Servicios), los registros de SIVIGILA (Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública), la información censal, los registros vitales compilados por el DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística), y otras informaciones de salud disponibles en el SISPRO (Sistema Integral de Información de la Protección Social).

Se trata de una descripción global de las características demográficas más relevantes de la población que habita en Sopó, que dan cuenta de su tamaño, estructura, dinámica y principales tendencias, en el contexto de los Determinantes Sociales de la Salud y el bienestar; el perfil de morbilidad, discapacidad y mortalidad por las principales causas, que dan cuenta de qué se enferma y muere la gente, así como la exposición a varios factores que condicionan el estado de salud; y, por último, las respuestas sociales y, especialmente, la respuesta del sistema de salud a las necesidades de la población de Sopó.

Este breve resumen reseña la información que proviene de registros que pueden contener errores, bien sea en la definición, recolección, diseño de las bases de datos o tratamiento estadístico. No obstante, el cuadro general de la situación de salud que ellos muestran es válido y contribuye al propósito principal de este trabajo, que es el de brindar orientación a quienes trabajan por mejorar la salud de los habitantes de Sopó.

5.1. CARACTERIZACIÓN DEL CONTEXTO TERRITORIAL

❖ UBICACION:





El municipio de Sopó pertenece a la Región Centro Oriente de Colombia, hace parte de la Provincia Sabana Centro del Departamento de Cundinamarca. Se encuentra a 39 kilómetros de Bogotá D.C., por la autopista Norte.

Posición latitudinal, región cercana al Ecuador Terrestre (Latitud 4° latitud norte).

Posición altitudinal en la Cordillera Oriental de los Andes Colombianos (2550 a 3400 msnm).

Mapa 1. Ubicación de Sopó en Cundinamarca



Fuente: secretaria de planeación territorial y urbanismo 2013

❖ HIDROGRAFIA:

Sopó es bañado por el río Teusacá afluente del río Bogotá y la intercesión de algunas quebradas que se señalan en el Mapa 4. El análisis morfométrico de la cuenca del río Teusacá nos indica una conformación topográfica extremadamente variada, en donde, en los orígenes de la cuenca predominan las altas pendientes y los valles estrechos.

El río Teusacá recorre el municipio de sur a norte, formando meandros que constituyen el valle del río, entre altitudes con poca variación desde el límite con el vecino municipio de La Calera y su desembocadura a nivel del altiplano en la confluencia con el río Bogotá a 2550 msnm.

❖ SUELO Y CLIMA:





Las condiciones climatológicas en el municipio, La orientación general Norte – Sur determina la insolación, la dirección local de los vientos y la precipitación. Sopó tiene una temperatura de 14 ° C.

Los estudios geológicos realizados en la Sabana de Bogotá, han sido particularmente intensivos para la identificación y diferenciación de las diferentes formaciones geológicas y han aportado el actual conocimiento estratigráfico. Asimismo, las formaciones del Cuaternario no han sido diferenciadas y aparecen en los mapas geológicos como una sola unidad, debido a que el actual conocimiento estratigráfico es relativamente reciente y faltan investigaciones en diferentes valles.

5.1.1. DESCRIPCIÓN FÍSICA:

El casco urbano se ubica entre los 4° 54' 50" de latitud norte y a los 73° 57' 06" de longitud oeste.

Límites del municipio:

Al Oriente con el Municipio de Guasca
Al Occidente con los Municipios de Cajicá y Chía
Al Norte con el Municipio de Tocancipá
Al Sur con el Municipio de la Calera

Extensión total: 111.5 Km²

Extensión área urbana: 1.06 Km²

Extensión área rural: 110.44 Km²

Altitud de la cabecera municipal (metros sobre el nivel del mar): 2650

Temperatura media: 14°C

Distancia de referencia: Se encuentra ubicada a 39 Km. de Bogotá

❖ DIVISIÓN POLÍTICO ADMINISTRATIVA

El municipio cuenta con 17 veredas: Hato Grande, Aposentos, Pueblo Viejo, La Carolina, Centro Alto, Gratamira, Meusa, San Gabriel, Mercenario, Piedra Herrada, Agua Caliente, Comuneros, Violeta, Chuscal, Bellavista, El Mirador y La Diana.





Los Barrios que se encuentran en la zona urbana del municipio son: Rincón del Norte, Las Quintas, Los Sauces, La Montaña, Primera de Mayo, Los Rosales, El Cerrito, Zalamea, Suetana, Centro y Rincón Santo.

Mapa 2. División político administrativa y límites, municipio de Sopó 2015



Fuente: Secretaria de Planeación Territorial y Urbanismo 2013

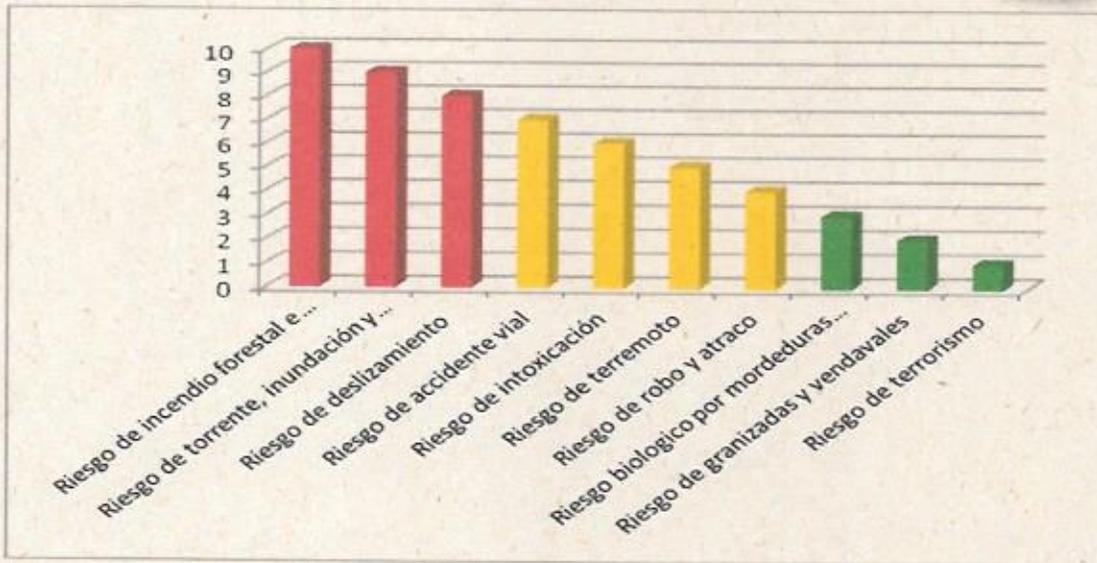
5.1.2. FACTORES DE RIESGO

Por su ubicación geográfica y condiciones del terreno el municipio de Sopó, el reporte de emergencias ya sea de origen natural o antrópico es bajo.

Según el histórico estadístico de emergencias la vulnerabilidad del municipio se concentra en la ocurrencia de incendios forestales en época de calor y sequías y de inundaciones a la rivera del río TEUSACA en épocas de lluvias.

❖ Priorización de las Amenazas Para Las Veredas Sopó





Fuente: análisis de vulnerabilidad de las veredas del municipio de Sopó 2012

Riesgo de incendio forestal e industrial, Riesgo de torrente, inundación y anegación, Riesgo de deslizamiento, Riesgo de accidente vial, Riesgo de intoxicación por químicos fungicidas, Riesgo de terremoto, Riesgo de robo, Riesgo biológico por mordeduras de perros, Riesgo de granizadas y vendavales, Riesgo de terrorismo.

POSIBLE: Es aquel fenómeno que puede suceder o que es factible porque no existen razones históricas y científicas para decir que esto no sucederá. Se le asigna el color **VERDE**.

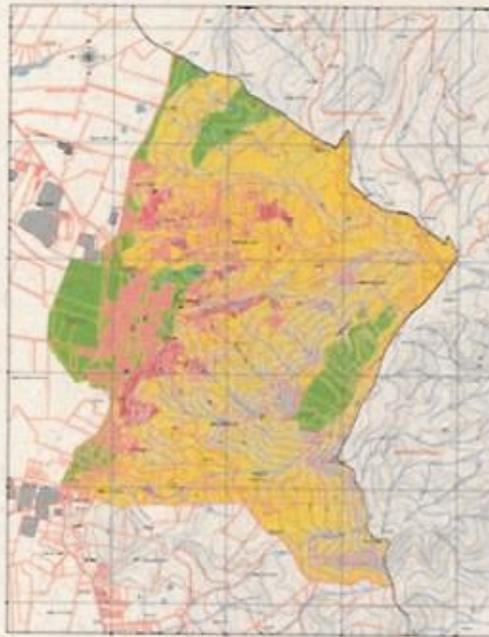
PROBABLE: Es aquel fenómeno esperado del cual existen razones y argumentos técnicos científicos para creer que sucederá. Se le asigna el color **AMARILLO**.

INMIMENTE: Es aquel fenómeno esperado que tiene alta probabilidad de ocurrir. Se le asigna el color **ROJO**.

Describa y analice el mapa y las relaciones existentes entre la población y las características físicas del territorio como la altitud, el relieve y la hidrografía, la temperatura y la humedad.

Mapa 3. Zonas de Riesgo y Amenazas, Municipio de Sopó 2015





Fuente: Secretaría de Planeación Territorial y Urbanismo 2015

5.1.3. VÍAS DE COMUNICACIÓN:

- ✓ Terrestres.
- ✓ El servicio intermunicipal lo prestan diferentes compañías de buses, colectivos y taxis.
- ✓ Fluviales y aéreas: No se cuenta con este tipo de servicio.

Tabla 1. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros municipio de Sopó, 2015

VEREDAS	TIEMPO LLEGADA DESDE EL MUNICIPIO DE SOPÓ (MINUTOS)	DE EL DE	DISTANCIA DESDE EL MUNICIPIO DE SOPÓ A LAS VEREDAS (KILÓMETROS)	TIPO DE TRANSPORTE DESDE LA CABECERA MUNICIPAL
San Gabriel	17		12,6	Terrestre (transporte público, taxi y particular)
Mercenario	13		8,7	Terrestre (transporte público, taxi y particular)
La Violeta	10		6	Terrestre (transporte público, taxi y particular)





VEREDAS	TIEMPO DE LLEGADA DESDE EL MUNICIPIO DE SOPÓ (MINUTOS)	DE EL DE	DISTANCIA DESDE EL MUNICIPIO DE SOPÓ A LAS VEREDAS (KILÓMETROS)	TIPO DE TRANSPORTE DESDE LA CABECERA MUNICIPAL
El Chuscal	7		2	(transporte público, taxi y particular)
Gratamira	9		3,4	Terrestre (transporte público, taxi y particular)
Meusa	12		6,7 Km	Terrestre (transporte público, taxi y particular)
Aguacaliente	20		8	Terrestre
Pueblo Viejo	5		2,3 Km	Terrestre(transporte público, taxi y particular)
Briceño	10		5 Km	Terrestre(transporte público, taxi y particular)
La Diana	12		7 Km	Terrestre(transporte público, taxi y particular)e
Hatogrande	15		10,3	Terrestre(transporte público, taxi y particular)
Aposentos	12		7,7	Terrestre
Bellavista	8		2,2	Terrestre(taxi y particular)
La Carolina	8		2,2	Terrestre (taxi y particular)
Centro Alto	19		4.4	(taxi y particular)

Fuente: Secretaría de Planeación Territorial y Urbanismo 2015

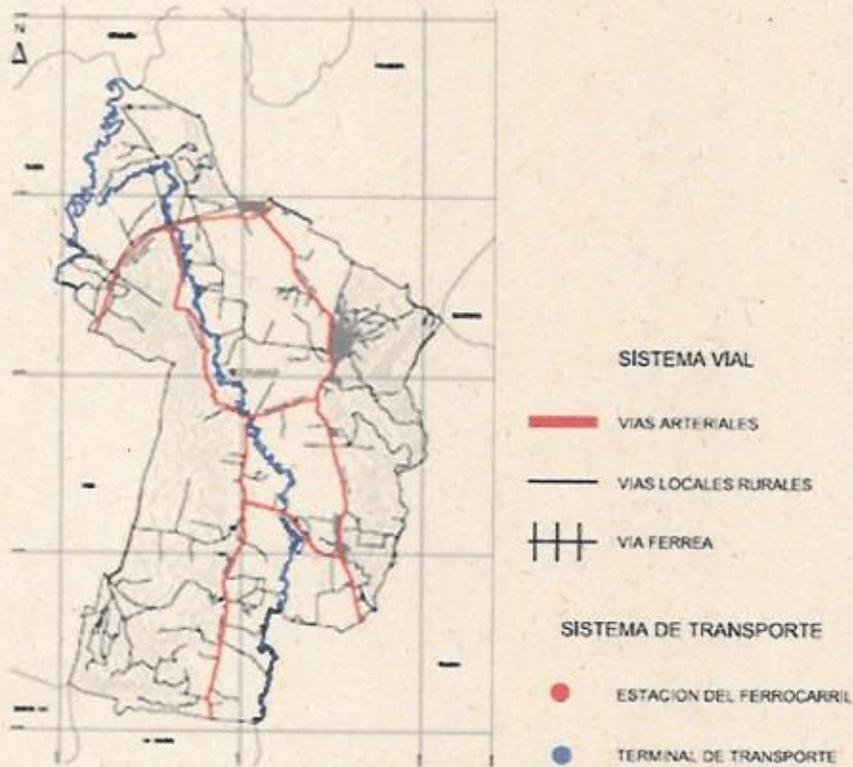
Tabla 1. Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros desde el municipio hacia los municipios vecinos, 2015

MUNICIPIO	TIEMPO DE TRASLADO (MINUTOS)	DISTANCIA (KILÓMETROS)	TIPO DE TRANSPORTE	TIEMPO ESTIMADO DEL TRASLADO	
				Horas	Minutos
GUASCA	33	21.1	TERRESTRE	0	30
CAJICA	25	14.6	TERRESTRE	0	30
CHIA	25	21.8	TERRESTRE	0	45
TOCANCIPA	16	10.8	TERRESTRE	0	20
LA CALERA	36	25.3	TERRESTRE	0	50

Fuente: Secretaría de Planeación Territorial y Urbanismo 2015

Mapa 4. Vías de comunicación del Municipio de Sopó 2015





Fuente: Secretaría de Planeación Territorial y Urbanismo 2015

El municipio mantiene relaciones muy intensas con la capital, tanto de empleo como comerciales y de prestación de servicios. Diariamente se trasladan a Bogotá millares de personas a trabajar, a efectuar compras, población estudiantil matriculada en la capital, en busca del servicio médico, para efectuar las transacciones financieras, o en busca de diversión. El municipio dispone de un sistema vial relativamente bien desarrollado y varias empresas de transporte para suplir estas necesidades.

En el municipio de Sopó las vías están clasificadas en nacionales, departamentales, municipales y de penetración o veredales. En el total de 116 kilómetros de vías no están incluidas las vías internas privadas, cuyo mantenimiento se hace por los propietarios de las fincas. Se estima que estas vías privadas pueden tener una longitud equivalente al 30% del total para completar una red vial de cerca de 150 km.

En general el municipio cuenta con una red vial en buenas condiciones de transitabilidad en la mayoría de las vías y con un bajo porcentaje de vías que requieren



de trabajos de optimización para el tránsito vehicular.

5.2. CARACTERIZACIÓN DEL CONTEXTO DEMOGRÁFICO

❖ Población total

Para el año 2015 la población total es de 26.769 habitantes.

❖ Densidad poblacional por kilómetro cuadrado

Para el año 2015 Sopó cuenta con una población de 26.769 habitantes y su superficie es de 111.5 Km² donde se puede decir que la densidad del Municipio es de 240,08 habitantes por km².

❖ Población por área de residencia urbano/rural

El municipio de Sopó para el 2015 tiene una distribución del 64% en la cabecera y 36% en el resto encontrando una mayor densidad poblacional en la zona urbana.

Municipio	Población urbana		Población rural		Población total	Grado de urbanización
	Población	Porcentaje	Población	Porcentaje		
SOPÓ	17.151	64%	9618	36%	26769	64%

Fuente: Proyección poblacional DANE 2015

El porcentaje de la población que reside en áreas urbanas respecto a la población total en el municipio de Sopó es del 64% de la población está en el área urbana, lo que demuestra que en esta área se concentra la mayoría de población, quedando el 36% en el área rural.

❖ Número de hogares y viviendas

Para el 2015 en el municipio de Sopó en la cabecera del municipio existen 3083 hogares, 2167 viviendas con 3,2 personas por hogar, 1,42 hogares por vivienda y 4,56 personas por vivienda.

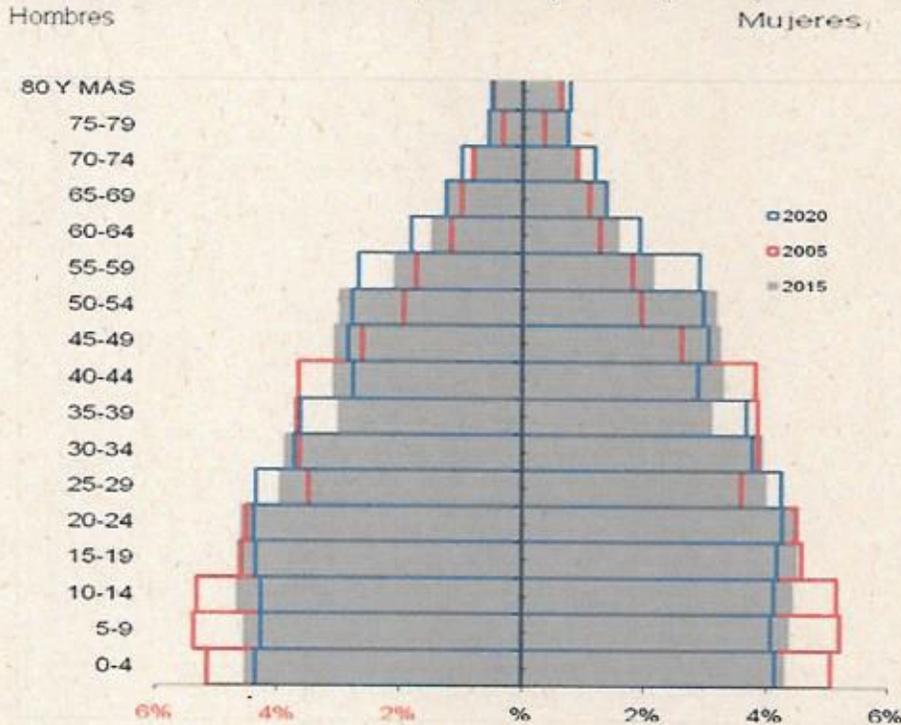
En el área rural existen 2269 hogares, con 1377 viviendas con 3,3 personas por hogar, 1,65 hogares por vivienda y 5,48 personas por vivienda.





5.2.1. ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA

Figura 1 Pirámide poblacional del Municipio de Sopó 2005, 2015, 2020



La pirámide poblacional del Municipio de Sopó es estacionaria antigua, observando la población por edad y por sexo, exponiendo la proporción de hombres (izquierda) y mujeres (derecha) en cada grupo de edad por quinquenios. Se observa el comportamiento en el 2015 que sobre sale ligeramente la población joven entre 15 y 24 años, y en una proporción similar entre hombres y mujeres, se aprecia también en la población de 40 a 49 un aumento comparado con el 2005, la tendencia al 2020 proporcional hasta los 54 años y de los 55 a los 80 años y más se aprecia un ligero incremento en la población femenina pudiendo permitir una mayor longevidad.

Tabla 2. Población por grupo de edad

Grupo de edad	Año					
	2005		2015		2020	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
80 Y MAS						
75-79						
70-74						
65-69						
60-64						
55-59						
50-54						
45-49						
40-44						
35-39						
30-34						
25-29						
20-24						
15-19						
10-14						
5-9						
0-4						





Grupo de edad	Año					
	2005		2015		2020	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Total	10.526	10.697	13.282	13.487	14.742	14.972
0-4	1.094	1.077	1.211	1.153	1.297	1.233
5-9	1.142	1.107	1.218	1.174	1.270	1.214
10-14	1.131	1.099	1.247	1.191	1.269	1.230
15-19	974	977	1.244	1.208	1.295	1.244
20-24	956	958	1.232	1.202	1.305	1.270
25-29	743	763	1.061	1.074	1.295	1.264
30-34	776	825	1.039	1.053	1.111	1.125
35-39	786	822	804	834	1.079	1.095
40-44	780	815	826	884	826	858
45-49	557	557	822	868	848	911
50-54	413	415	801	852	830	884
55-59	369	383	560	575	796	862
60-64	249	269	400	420	540	571
65-69	212	232	338	375	371	409
70-74	172	190	206	250	294	351
75-79	67	76	145	195	164	220
80 Y MÁS	105	132	128	179	152	231

Fuente: DANE

Tabla 3. INDICES DEMOGRAFICOS

Índice Demográfico	Año		
	2005	2015	2020
Población total	21.223	26.769	29.714
Población Masculina	10.526	13.282	14.742
Población femenina	10.697	13.487	14.972
Relación hombres : mujer	98,40	98,48	98
Razón niños : mujer	38	33	33
Índice de infancia	31	27	25
Índice de juventud	25	26	26
Índice de vejez	8	10	11
Índice de envejecimiento	26	37	44
Índicedemográfico de dependencia	58,53	50,73	48,50



GP0282



CO240951



Índice Demográfico	Año		
	2005	2015	2020
Índice de dependencia infantil	49,68	40,51	37,55
Índice de dependencia mayores	8,86	10,23	10,96
Índice de Friz	145,34	135,29	128,00

Fuente: Proyecciones DANE

Es importante comentar que al revisar las proyecciones Dane año 2005, 2015 y 2020, se puede observar que la población mantiene un comportamiento similar a través de los años, en los grupos de edad analizados hasta los 54 años aproximadamente y desde los 55 hasta 80 y más años se aprecia la tendencia de aumento en la población femenina.

A continuación los índices demográficos observados permiten el análisis e interpretación de la estructura poblacional por edades y por distribución geográfica de los distintos ámbitos territoriales.

Tabla 4. Índices Demográficos Municipio de Sopó 2015

Índices demográficos	Interpretación
Relación hombres/mujer	En el año 2005 por cada 98 hombres, había 100 mujeres, mientras que para el año 2015 por cada 98 hombres, había 100 mujeres
Razón niños mujer	En el año 2005 por cada 38 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil (15-49años), mientras que para el año 2015 por cada 33 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil
Índice de infancia	En el año 2005 de 100 personas, 31 correspondían a población hasta los 14 años, mientras que para el año 2015 este grupo poblacional fue de 27 personas
Índice de juventud	En el año 2005 de 100 personas, 25 correspondían a población de 15 a 29 años, mientras que para el año 2015 este grupo poblacional fue de 26 personas
Índice de vejez	En el año 2005 de 100 personas, 8 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2015 este grupo poblacional fue de 10 personas
Índice de envejecimiento	En el año 2005 de 100 personas, 26 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2015 este grupo poblacional fue de 37 personas
Índice demográfico de dependencia	En el año 2005 de 100 personas entre los 15 a 64 años, había 59 personas menores de 15 años o de 65 años y más (dependientes), mientras que para el año 2015 este grupo poblacional fue de 51 personas



GP0282



CO240951



Índices demográficos	Interpretación
Índice de dependencia infantil	En el año 2005, 50 personas menores de 15 años dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años , mientras que para el año 2015 fue de 41 personas
Índice de dependencia mayores	En el año 2005, 9 personas de 65 años y más dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años , mientras que para el año 2015 fue de 10 personas
Índice de Friz	Representa el porcentaje de población de menos de 20 años (entre 0 y 19 años), con respecto al grupo de población de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años. Cuando este índice supera el valor de 160 se considera que la población estudiada es una población joven, mientras que si resulta inferior a 60 se considera una población envejecida.

Fuente: DANE

Tabla 5 .Proporción de la población por ciclo vital, municipio de Sopó 2005, 2015 y 2020.

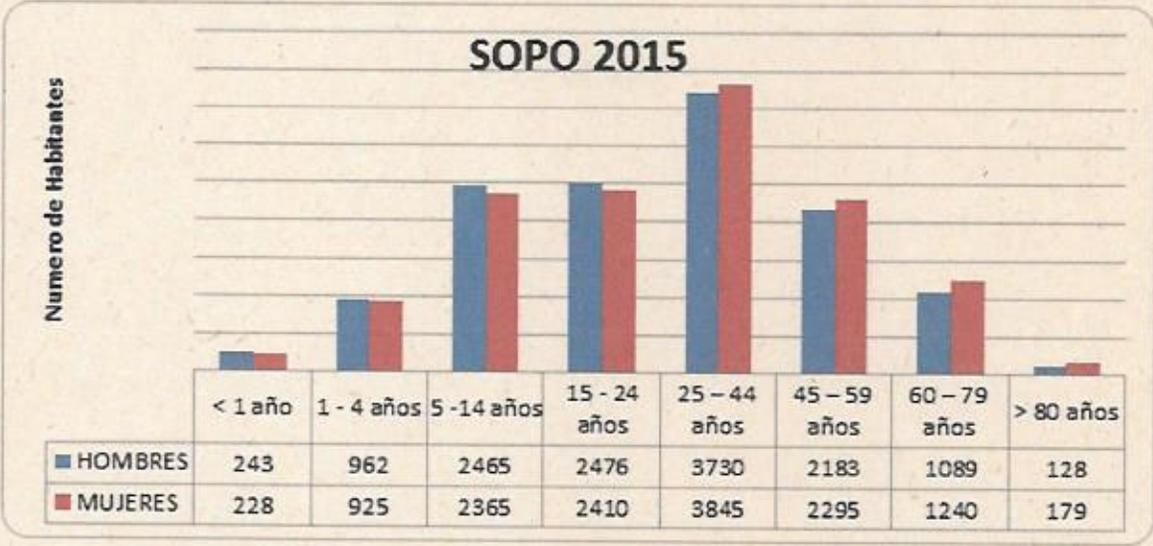
Ciclo vital	2005		2015		2020	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
Primera infancia (0 a 5 años)	2614	0,12	2839	0,1	3029	0,1
Infancia (6 a 11 años)	2715	0,12	2888	0,1	2981	0,1
Adolescencia (12 a 18 años)	2885	0,13	3426	0,13	3531	0,1
Juventud (14 a 26 años)	4921	0,3	6254	0,23	6661	0,2
Adulterz (17 a 59 años)	12066	0,56	15960	0,59	17897	0,6
Persona mayor (60 años y más)	1704	0,08	2636	0,1	3303	0,1
Total	24020	1,13	34003	1,2	37402	1,2

Fuente: Proyecciones DANE

Comparando los tres años proyectados por ciclo vital se aprecia un incremento de los datos cuantitativos de la población como se aprecia en los números absolutos de la muestra las frecuencias relativas se mantienen en una constante en el tiempo

Figura 2. Población por sexo y grupo de edad del municipio de Sopó, 2015





Fuente: DANE

Se puede observar en la gráfica que el comportamiento por sexo y grupo de edad en el año 2014 los grupos que sobresalen son los comprendidos entre los 25 a 44 años de edad tanto en hombres como en mujeres, observando un leve aumento de las mujeres, otro grupo importante de tener en cuenta es el grupo de edades comprendido entre los 5 a 14 años con un leve aumento en la población femenina y en el grupo de 15 a 24 años, donde la relación la población masculina ligeramente aumenta frente a las mujeres. Pero al ver el comportamiento es muy parejo.

Otros indicadores demográficos

5.2.2. DINÁMICA DEMOGRÁFICA

- La Tasa de Crecimiento Natural: Para el año 2014 la población del municipio de Sopó aumento en un 9,91%.
- La Tasa Bruta de Natalidad: Por cada 1000 habitantes del municipio de Sopó se presentan 10,9 nacimientos.
- La Tasa Bruta de Mortalidad: Por cada 1000 habitantes del Municipio de Sopó mueren en un año 0,99 personas.

Al analizar la tasa de natalidad para el Municipio de Sopó se puede observar un descenso entre los años 2010 a 2014 debido a un descenso de la tasa bruta de Natalidad más baja se presentó en los años 2013 y 2014.





La tasa de crecimiento natural ha tenido un comportamiento equilibrado y estable de acuerdo a la dinámica poblacional.

Al analizar otros indicadores de la dinámica de la población, se tiene que para el año 2014 no se presentaron nacimientos en mujeres de 10 a 14 años en el municipio, y se presentaron 40,9 nacidos vivos por mil mujeres de 15 a 19 años.

Indicador	Valor
Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 10 y 14 años	0
Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 15 y 19 años	40.9

❖ **Movilidad forzada**

Los movimientos migratorios en cualquiera de sus manifestaciones, bien sea migración forzada o migración voluntaria reflejan la desigualdad y desequilibrio entre territorios y grupos sociales que para el caso del Municipio de Sopó en la siguiente tabla se puede identificar la población victimizada en este aspecto.

Tabla 6 Población victimizada de desplazamiento por grupo de edad, sexo, municipio de Sopó, 2015

GRUPO DE EDAD	No. MUJERES VICTIMIZADAS DE DESPLAZAMIENTO	NO. HOMBRES VICTIMIZADOS DE DESPLAZAMIENTO
0 a 4 años	4	4
05 a 09 años	7	12
10 a 14 años	16	11
15 a 19 años	10	10
20 a 24 años	8	7
25 a 29 años	8	9
30 a 34 años	12	9
35 a 39 años	9	2
40 a 44 años	6	7
45 a 49 años	7	4
50 a 54 años	5	2



GP0282



CO240951



GRUPO DE EDAD	No. MUJERES VICTIMIZADAS DE DESPLAZAMIENTO	NO. HOMBRES VICTIMIZADOS DE DESPLAZAMIENTO
55 a 59 años	2	3
60 a 64 años	3	0
65 a 69 años	3	0
70 a 74 años	0	1
75 a 79 años	1	0
80 años o más	0	1
TOTAL	101	89

Fuente: Población Desplazada según RUV. Municipio de Sopó 2015

En el área urbana el porcentaje de la población es mayor respecto a la población total.

En el municipio de Sopó el 64% de la población está en el área urbana, quedando el 36% en el área rural, situación que explica el hecho de la conurbación con el distrito capital, si así se pudiera llamar, debido a la prestación de servicios y la generación de condiciones que representan necesidades satisfechas y consecución de bienes, concentra la población en el área urbana.

La pirámide poblacional del municipio de Sopó es estacionaria antigua y la tendencia de la población de Sopó es de una longevidad promedio 77 años según las proyecciones encontradas, la razón obedece a la disminución de los nacimientos registrados y que incluso en la proyección de la pirámide poblacional se hace notorio, debido a que en el municipio de Sopó no se encuentran habilitados servicios de ginecología y los nacimientos se referencian a otros sitios.

Analizando por género, se evidencia un ligero incremento en la población femenina y una mayor concentración poblacional en los centros urbanos.

Hay una dinámica en la población víctima de desplazamiento relacionada en los diferentes grupos de edad y sexo, para el periodo de 2015 en el cual se registraron 101 mujeres y 89 hombres.

Se debe resaltar el crecimiento poblacional es mayor que el promedio nacional y se debe a la proliferación de la construcción y que se ha evidenciado con el aumento de licencias de construcción lo que conlleva a que las tasas de crecimiento poblacional se deban a movilidad de personas de otras regiones especialmente de Bogotá.



GP0282



CO240951

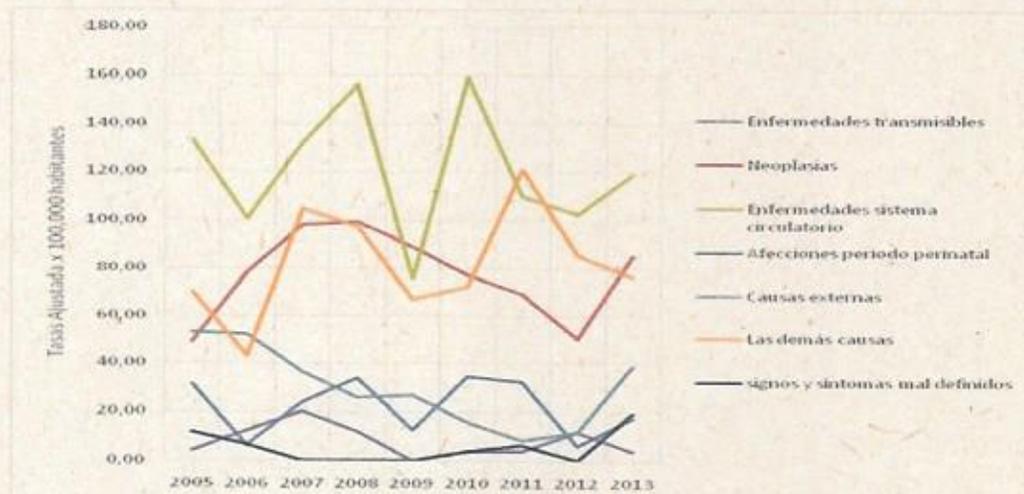


5.3. ABORDAJE DE LOS EFECTOS DE SALUD Y SUS DETERMINANTES.

5.3.1. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD.

❖ Mortalidad general por grandes causas.

Figura 3. Tasa de mortalidad ajustada por edad del municipio de Sopó, 2005 – 2013



Fuente: SISPRO 2015

Se puede observar de la figura xxx "Tasa de mortalidad ajustada por edad del municipio de Sopó", en el Municipio de Sopó para el periodo entre los años 2005 a 2013 un comportamiento fluctuante en las tasas ajustadas en los distintos años del análisis, extrayendo las grandes causas de mortalidad identificadas, se puede observar que todas tienen una tendencia de aumento lineal a excepción de las causas externas no obstante su prevalencia es a aumento.

Por esa misma dinámica se hace necesario considerar e impactar en la disminución e identificación de factores de riesgo oportunos con la accesibilidad en los servicios de salud y fortaleciendo las acciones de promoción y prevención en el marco de la atención primaria en salud con el fin de disminuir según en el comportamiento visto.

Las alteraciones en el sistema circulatorio, el diagnóstico oportuno de enfermedades crónicas no transmisibles con la orientación de mejorar estilos de vida, el poder identificar oportunamente la línea base de la patología neoplásica, así mismo a



GP0282



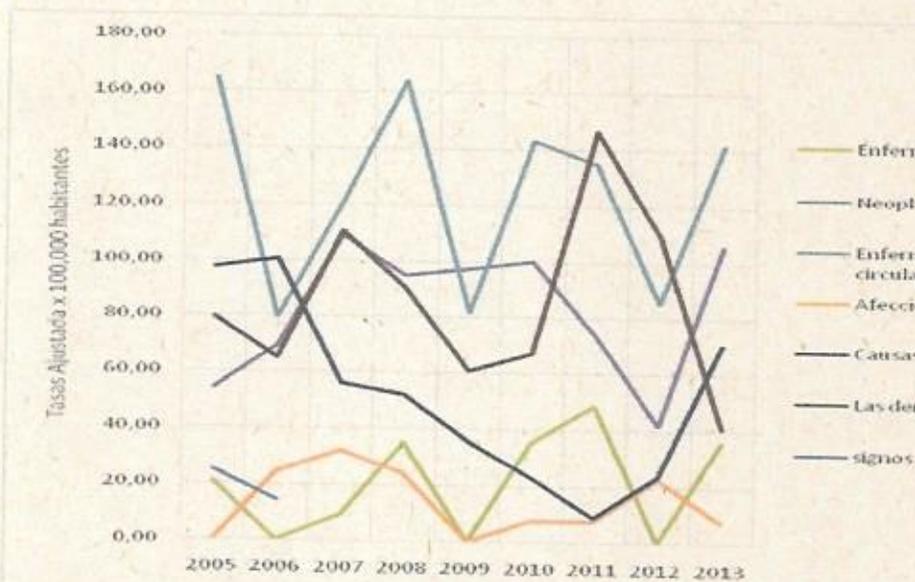
CO240951



fortalecer las acciones para prevenir la mortalidad perinatal la cual tiene un ligero incremento del 2009 a la actual vigencia, de otro lado es de destacar que se debe incrementar acciones preventivas en la identificación en enfermedades transmisibles toda vez que su comportamiento incremento levemente en los últimos dos años evaluados.

Finalmente la mortalidad por causas externas tiende a aumentar de manera vertiginosa durante los últimos dos años del análisis después de un comportamiento en descenso, esto se puede explicar debido a que se empezaron a atender los accidentes de tránsito de la autopista en la ESE Hospital Divino Salvador de Sopó desde el 2012.

Figura 4. Tasa de mortalidad ajustada por edad para los hombres del municipio de Sopó, 2005 – 2013

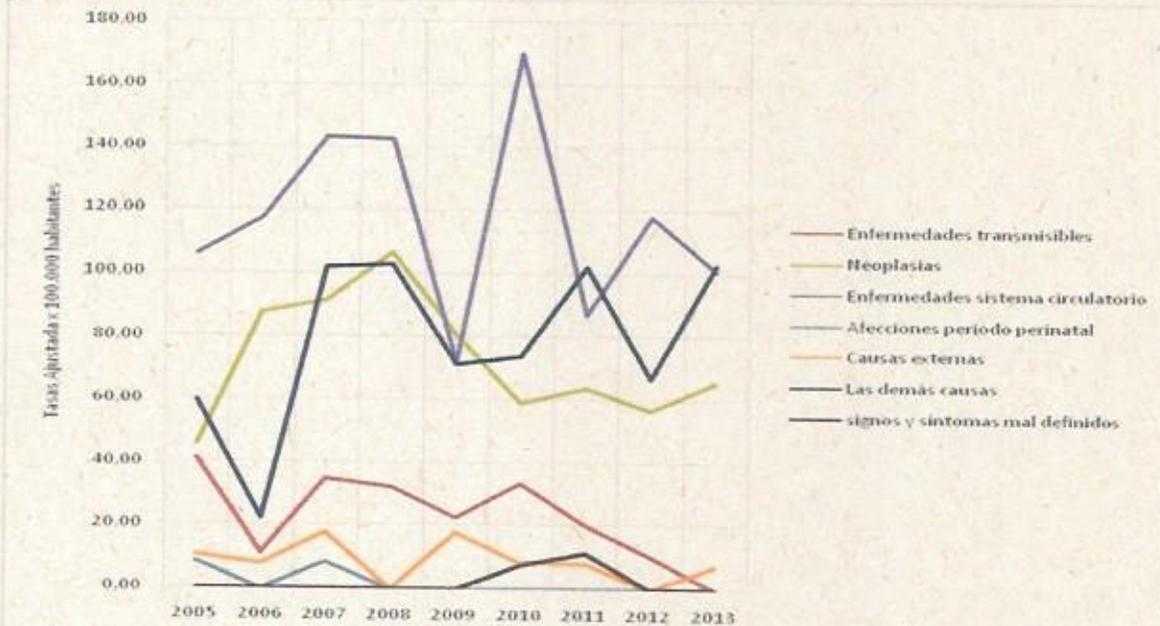


Fuente: SISPRO 2015

Se observa para el 2013 en la mortalidad en hombres un incremento por causas externas en las demás causas la tendencia para este año es de disminuir, como también la tendencia a la mortalidad por enfermedades trasmisibles que debe ser de especial interés en el seguimiento de indicadores de salud pública, así mismo estar monitoreando la mortalidad por problemas en el sistema circulatorio.



Figura 5. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las mujeres del Municipio de Sopó, 2005 – 2013



Fuente: SISPRO 2015

Se observa para el 2012 en la mortalidad en mujeres un incremento en enfermedades del sistema circulatorio las otras causas tienden a disminuir, como se aprecia en la tendencia a la mortalidad por enfermedades neoplásicas que debe ser de especial interés en el seguimiento de indicadores de salud pública, y la prioridad para el diagnóstico oportuno de cáncer, así mismo estar monitoreando la mortalidad por signos y síntomas mal definidos lo cual implica una articulación directa con las IPS, con el entorno de los individuos y las variables socioeconómicas y culturales que se puedan identificar.

Tabla 7. SemafORIZACIÓN de Mortalidad Plan Decenal de Salud

CAUSA DE MUERTE	CUNDINAMARC A 2013	SOPÓ 2013	AÑO								
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre	13,16	11,71	amarillo	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗
Tasa de mortalidad por tumor maligno de mama	10,14	0	verde	↗	↘	-	↗	↘	↗	↘	↘





CAUSA DE MUERTE	CUNDINAMARC A 2013	SOPÓ 2013	AÑO								
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Tasa de mortalidad por tumor maligno del cuello uterino	5,45	7,76	amarillo	\	-	/	\	-	/	\	/
Tasa de mortalidad por tumor maligno de la próstata	11,57	23,59	rojo	\	/	\	/	/	\	\	/
Tasa de mortalidad por tumor maligno del estomago	11,78	7,81	amarillo	\	/	/	\	/	\	\	/
Tasa de mortalidad por diabetes mellitus	12,93	15,62	amarillo	/	\	\	-	/	/	\	/
Tasa de mortalidad por lesiones auto-infringidas intencionalmente	4,31	3,9	amarillo	/	\	/	\	\	-	-	/
Tasa de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento	0,65	0	verde	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de mortalidad por agresiones (homicidios)	16,93	19,52	amarillo	\	/	\	\	\	/	\	/
Tasa de mortalidad por malaria	0,89	0	verde	-	-	-	-	-	-	-	-
Casos de mortalidad por rabia humana	0,89	0	verde	-	-	-	-	-	-	-	-
Mortalidad por enfermedades infecciosas (A00-A99)	23,02	0	verde	\	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de mortalidad por emergencias y desastres	0	0	verde	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: SISPRO 2015

Se deben enfatizar en los programas de prevención de cáncer de próstata en las IPS del Municipio de Sopó ya que para el año 2013 se presentó una alta probabilidad de casos comparado con el Departamento.

Igualmente se deben tomar medidas de prevención en accidentes de tránsito en las vías intermunicipales como en estilos de vida saludables.

❖ **Mortalidad materno – infantil y en la niñez.**

Tabla 8. Tasas específicas 16 grandes grupos ciclo vital, Hombres y Mujeres 2005-2013

GRUPOS	SEXO	VALOR TASA								
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
01 - CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	MASCULINO	91,41								
	TOTAL	46,06								
02 - TUMORES (NEOPLASIAS)	FEMENINO				90,66					
	TOTAL				45,11					





GRUPOS	SEXO	VALOR TASA								
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
05 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	MASCULINO						86,51			84,60
	TOTAL						44,31			43,27
08 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	FEMENINO	92,85								
	MASCULINO				89,77			85,98		
	TOTAL	46,06			45,11			44,01		
09 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	MASCULINO	Grupo						85,98		
	TOTAL							44,01		
11 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	FEMENINO	92,85		91,24						
	MASCULINO		273,22	361,99	269,30		86,51	85,98	256,19	84,60
	TOTAL	46,06	137,36	227,17	135,32		44,31	44,01	131,00	43,27
12 - MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	FEMENINO			91,24		180,83		90,17	89,37	
	MASCULINO	91,41	182,15	90,50		88,42	86,51	85,98		
	TOTAL	46,06	91,58	90,87		134,11	44,31	88,03	43,67	
15 - CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	FEMENINO			91,24				90,17		
	MASCULINO		91,07		89,77					
	TOTAL		45,79	45,43	45,11			44,01		

Fuente: SISPRO 2015

Se observa un incremento en las mortalidades reportadas en la niñez para el año 2013 en hombres en ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal y enfermedades del sistema nervioso.

GRUPO	SEXO	VALOR TASA								
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
01 - CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	MASCULINO	6,17								
	TOTAL	3,15								
05 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	MASCULINO						6,45			
	TOTAL						3,25			
08 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	FEMENINO	6,45								
	MASCULINO				5,95				6,99	





GRUPO	SEXO	VALOR TASA							
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
	TOTAL	3,15			2,84			3,65	
11 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	FEMENINO	6,45		6,25					
	MASCULINO		19,11	24,24	17,86		6,45	6,99	17,96
	TOTAL	3,15	9,38	15,38	8,52		3,25	3,65	9,93
12 - MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	FEMENINO			6,25		10,75		7,63	7,41
	MASCULINO	6,17	6,37	6,06		5,92	6,45		
	TOTAL	3,15	3,13	6,15		8,45	3,25	3,65	3,31
15 - CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	FEMENINO							7,63	
	TOTAL							3,65	

Fuente: SISPRO 2015

Respecto a la mortalidad infantil del Municipio de Sopó para el año 2012 se presentó un incremento en las mortalidades por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en hombres

GRUPO	SEXO	VALOR TASA				
		2006	2007	2008	2011	2013
02 - TUMORES (NEOPLASIAS)	FEMENINO			113,51		
	TOTAL			56,27		
05 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	MASCULINO					105,71
	TOTAL					54,00
09 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	MASCULINO				107,30	
	TOTAL				54,95	
11 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	MASCULINO					105,71
	TOTAL					54,00
12 - MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	MASCULINO	113,12			107,30	
	TOTAL	57,01			54,95	
15 - CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	FEMENINO		114,03			
	MASCULINO	113,12		111,61		
	TOTAL	57,01	56,63	56,27		

Fuente: SISPRO 2015





Respecto a los reportes de mortalidad en menores de 1 a 4 años del municipio de Sopó se tiene un incremento significativo para el 2013 en enfermedades del sistema nervioso así como en ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en hombres.

CAUSA DE MUERTE	CUNDINAMARCA 2013	SOPÓ 2013	AÑO/ESTADO								
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Razón de mortalidad materna	43,75	0,00	-	↗	↘	-	-	-	-	-	
Tasa de mortalidad neonatal	6,80	0,00	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	
Tasa de mortalidad infantil	10,97	0,00	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	
Tasa de mortalidad en la niñez	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	8,82	0,00	↘	-	↗	↘	-	↗	↘	-	
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	1,68	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	0,01	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	
Proporción de muertes infantiles asociadas a la desnutrición	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	

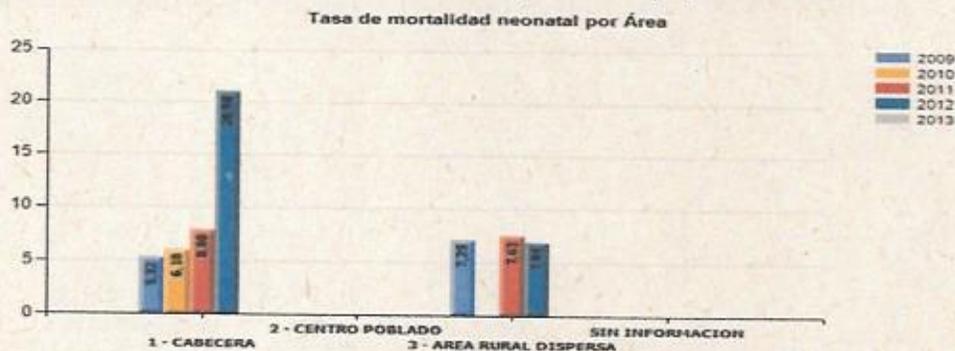
Fuente: SISPRO 2015.

El Municipio de Sopó para el año 2013 no presentó casos de mortalidad materna, ni neonatal, ni casos de mortalidad por IRA ni EDA ni desnutrición en menores de 5 años.

❖ Mortalidad Materna

Para el periodo de 2009 a 2013 no se presentaron casos de mortalidad materna en el municipio de Sopó según SISPRO 2015

Figura 6. Tasa de mortalidad neonatal, municipio de Sopó, 2009- 2013



GP0282



CO240951



Fuente: SISPRO 2015

La magnitud y tendencia de la tasa mortalidad neonatal del 2009 al 2013, en los años analizados es fluctuante con incremento a la baja donde se deben ajustar los seguimientos en los controles prenatales en las instituciones prestadoras y ver las gestantes como una prioridad al igual que las acciones del PIC con un mayor seguimiento a las gestantes del Municipio.

❖ Mortalidad infantil

La magnitud y tendencia de la tasa mortalidad infantil del 2005 al 2013 fue fluctuante con tendencia a disminuir y ser estable en los años 2012 y 2013

Figura 7. Tasa de mortalidad neonatal, municipio de Sopó, 2009- 2013

AÑO	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
TASA	12,70	12,56	12,42	12,28	12,14	12,00	12,00	10,96	10,96

Tasa de mortalidad infantil ajustada (DANE)



Fuente: SISPRO 2015

❖ Mortalidad en la niñez

La magnitud y tendencia de la tasa mortalidad en la niñez del 2005 al 2011 en el Municipio de Sopó fue fluctuante presentado una elevación comparativamente con el Departamento en especial para el año 2011 y disminuye para el año 2013.

Figura 8. Tasa de mortalidad en la niñez, municipio de Sopó, 2005- 2013



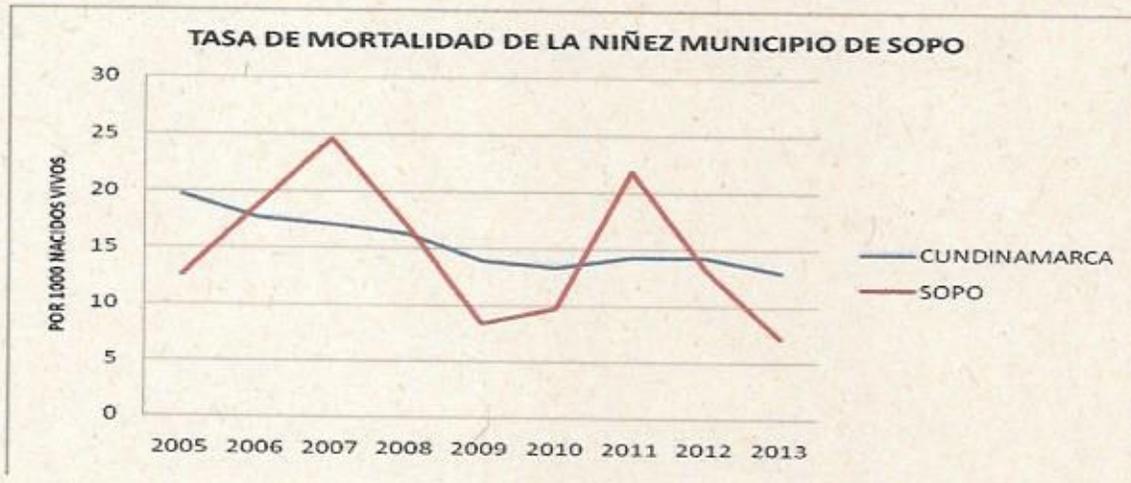
GP0282



CO240951



AÑO	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
TASA	12,62	18,75	24,62	17,05	8,45	9,74	21,9	13,25	7,19



Fuente: DANE

❖ Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda –EDA

En el municipio de Sopó no presentaron casos de mortalidad por EDA durante los años analizados 2009 - 2013.

❖ Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda – IRA

La magnitud y tendencia de la tasa mortalidad por Infecciones Respiratoria Aguda - IRA del 2009 al 2013 es tiende a cero ya que solo en el año 2011 se presentaron casos pero para el 2013 no se tuvo ninguna mortalidad por este evento en menores de 5 años.

❖ Mortalidad por desnutrición crónica

En el municipio de Sopó no presentaron mortalidades por desnutrición durante los años revisados 2009- 2013.

Tabla 9 Tasa de Mortalidad Neonatal por área de Residencia Municipio de Sopó 2009 a 2013



GP0282



CO240951



AREA GEOGRÁFICA	2009	2010	2011	2012	2013
1 - CABECERA	5,32	6,10	8,00	20,98	
2 - CENTRO POBLADO					
3 - AREA RURAL DISPERSA	7,25		7,63	7,04	
SIN INFORMACION					
TOTAL GENERAL	5,63	3,25	7,30	13,25	

Fuente: SISPRO 2015

Para el año 2012 en el área de la cabecera municipal se registró un incremento significativo en casos de mortalidad neonatal comparativamente con los años anteriores y no se presentaron casos para el año 2013 en ningún área del Municipio.

❖ **Identificación de prioridades identificadas por mortalidad general, específica y materno –infantil**

Tabla 10. Identificación de prioridades identificadas por mortalidad general, específica y materno -infantil Municipio de Sopó, 2013

TIPO DE MORTALIDAD	CAUSA DE MORTALIDAD IDENTIFICADA	VALOR DEL INDICADOR EN SOPÓ 2013
Mortalidad general por grandes causas	ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	141,77(hombres) 101,48 (mujeres)
	NEOPLASIAS (hombres)	106,13
	ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	141,77 (hombres) 101,08 (/mujeres)
	LAS DEMAS CAUSAS (Mujeres)	102,86
Mortalidad específica por subgrupo	ENFERMEDAD ISQUEMICA DEL CORAZON	62,98 (Hombres)
	ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR	31,02 (mujeres)
Mortalidad materno-infantil	TASA DE MORTALIDAD INFANTIL	10,96
	TASA DE MORTALIDAD EN LA NIÑEZ	7,19
	TASA DE MORTALIDAD NEONATAL	0,00
	TASA DE MORTALIDAD POR IRA	0,00

Fuente: DANE

Durante los años 2005 al 2013, en el municipio de Sopó se ha observado una tasa de mortalidad en aumento moderado, así se aprecia en las tasas ajustadas según fuente DANE, en especial aquellas debidas a las enfermedades del sistema circulatorio tanto en hombres como en mujeres, las Neoplasias en hombres y las cusas externas en mujeres.





En el análisis de años de vida potencialmente perdidos en hombres entre los años 2005 al 2013 se aprecian variaciones por evento, pero entre los años 2009 a 2013, se observa que las afecciones del periodo perinatal es proporcional a los signos y síntomas mal definidos para el 2012, seguido por causas externas y las enfermedades del sistema circulatorio lo cual indica la necesidad de fortalecer todas la acciones necesarias desde el inicio parejo de la vida y los demás ciclos vitales.

Respecto a la tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles se observa un aumento en las mortalidades por infecciones respiratorias agudas y septicemias.

Se deben fortalecer los programas de prevención y promoción en todos los grupos de edad al igual que los hábitos saludables.

5.3.2. ANÁLISIS DE LA MORBILIDAD

❖ Principales causas de morbilidad

Para estimar las principales causas de morbilidad atendida se va utilizar la lista del estudio mundial de carga de la enfermedad agrupa los códigos CIE10 modificada por el MSPS, que permite analizar las siguientes categorías de causas: condiciones transmisibles y nutricionales; condiciones maternas perinatales; enfermedades no transmisibles; lesiones, donde además de las lesiones intencionales y no intencionales se incluirá todo lo relacionado con los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de las causas externas; condiciones mal clasificadas.

❖ Morbilidad atendida

La principal causa de morbilidad en el municipio de Sopó en por enfermedades no transmisibles en el estudio realizado para los años 2009 a 2014

Tabla 11. Principales causas de morbilidad, Municipio de Sopó 2009 – 2014

CICLO VITAL	GRAN CAUSA DE MORBILIDAD	PROPORCIÓN					
		2009	2010	2011	2012	2013	2014
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	35,66	30,16	32,80	30,10	33,70	36,35
	Condiciones materno perinatales *	1,94	3,37	3,41	2,51	2,19	1,56





CICLO VITAL	GRAN CAUSA DE MORBILIDAD	PROPORCIÓN					
		2009	2010	2011	2012	2013	2014
	Enfermedades no transmisibles	36,24	31,58	37,88	29,22	36,11	33,39
	Lesiones	4,52	3,55	3,34	6,14	7,42	11,70
	Signos y síntomas mal definidos	21,64	31,34	22,58	32,03	20,59	17,00
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	23,20	22,38	22,42	24,53	24,46	27,30
	Condiciones materno perinatales *	0,00	0,20	0,00	0,06	0,00	0,00
	Enfermedades no transmisibles	49,14	43,55	51,20	43,98	49,36	46,96
	Lesiones	5,04	5,65	4,45	6,25	8,23	9,24
	Signos y síntomas mal definidos	22,62	28,23	21,93	25,18	17,95	16,50
Adolescencia (12 -18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	18,17	13,84	18,88	16,43	16,23	19,97
	Condiciones materno perinatales *	1,36	0,58	0,95	1,60	1,72	1,14
	Enfermedades no transmisibles	53,84	47,82	52,84	47,93	52,37	48,37
	Lesiones	5,64	6,58	4,66	6,56	10,95	12,19
	Signos y síntomas mal definidos	20,99	31,17	22,67	27,48	18,73	18,34

5.3.2.1. MORBILIDAD ESPECIFICA POR SUBGRUPO

❖ Condiciones transmisibles y nutricionales

La tendencia de las principales causas de morbilidad por las condiciones transmisibles y nutricionales en los ciclos vitales de primera infancia y adultez es por enfermedades infecciosas y parasitarias, en el ciclo de infancia infecciones respiratorias al igual que en personas mayores de 60 años. En los ciclos vitales de adolescencia y juventud la tendencia fue por causas de deficiencias nutricionales.



GP0282



CO240951



Tabla 12. Morbilidad específica en las condiciones transmisibles y nutricionales, municipio de Sopó 2009 – 2014

CICLO VITAL	CONDICIONES TRANSMISIBLES Y NUTRICIONALES	PROPORCIÓN						CAMBIO EN PUNTOS PORCENTUALES 2013 - 2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Primera infancia (0 - 5 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04,N70-N73)	22,83	33,70	32,32	33,25	31,01	34,45	3,44
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	67,97	56,80	54,71	58,05	60,98	59,28	-1,69
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	9,20	9,49	12,96	8,71	8,01	6,26	-1,75
Infancia (6 - 11 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04,N70-N73)	42,78	43,72	41,25	45,43	45,58	46,85	1,27
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	53,89	48,99	53,47	50,24	46,11	49,79	3,68
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	3,33	7,29	5,28	4,33	8,31	3,36	-4,95
Adolescencia (12 - 18 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04,N70-N73)	41,50	34,38	40,34	40,07	52,47	48,98	-3,49
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	56,00	55,00	50,64	52,86	42,59	43,88	1,29
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	2,50	10,63	9,01	7,07	4,94	7,14	2,20
Juventud (14 - 26 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04,N70-N73)	43,37	44,89	43,98	43,45	50,24	48,50	-1,74
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	53,57	49,41	50,86	51,90	47,50	47,07	-0,43
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	3,06	5,70	5,16	4,66	2,26	4,43	2,17
Adultez (27 - 59 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04,N70-N73)	40,32	43,27	43,42	41,10	48,31	49,06	0,75
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	57,06	53,28	53,16	56,56	50,13	49,74	-0,39
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	2,62	3,45	3,42	2,35	1,56	1,20	-0,36
Persona mayor (> 60 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04,N70-N73)	42,86	40,63	40,19	44,78	46,94	40,26	-6,68
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	53,97	50,00	54,21	53,73	50,00	54,55	4,55
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	3,17	9,38	5,61	1,49	3,06	5,19	2,13

Fuente: Bodega SISPRO

❖ **Condiciones materno perinatales**



GP0282



CO240951



La tendencia de las principales causas de morbilidad en el Municipio de Sopó está dada por las condiciones materno perinatales se presentan en el ciclo vital de la juventud y en la adultez por condiciones maternas esta dado este comportamiento por la edad reproductiva de la mujer.

Tabla 13. Morbilidad específica en las condiciones materno - perinatales, municipio de Sopó 2009 – 2014

CICLO VITAL	SUBGRUPO DE CAUSA DE MORBILIDAD	PROPORCIÓN						CAMBIO EN PUNTOS PORCENTUALES 2013 - 2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones maternas (O00-O99)	0,00	1,75	0,00	0,00	0,00	3,33	3,33
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	100,00	98,25	100,00	100,00	100,00	96,67	-3,33
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones maternas (O00-O99)	0,00	33,33	0,00	0,00	0	50,00	0
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	100,00	66,67	0,00	100,00	0	50,00	0
Adolescencia (12 -18 años)	Condiciones maternas (O00-O99)	87,50	83,33	100,00	100,00	88,46	100,00	11,54
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	12,50	16,67	0,00	0,00	11,54	0,00	-11,54
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones maternas (O00-O99)	90,41	90,77	94,55	100,00	94,21	97,71	3,50
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	9,59	9,23	5,45	0,00	5,79	2,29	-3,50
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones maternas (O00-O99)	92,54	87,80	92,06	100,00	98,67	95,19	-3,47
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	7,46	12,20	7,94	0,00	1,33	4,81	3,47

Fuente: Bodega SISPRO

❖ **Lesiones**

La tendencia de las principales causas de morbilidad por lesiones en el Municipio de Sopó en todos los ciclos vitales es por lesiones no intencionales





Tabla 13. Morbilidad específica por las lesiones, Municipio de Sopó 2009 – 2014

CICLO VITAL	LESIONES	PROPORCIÓN						CAMBIO EN PUNTOS PORCENTUALES 2013 - 2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Primera infancia (0 - 5años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	2,82	0,00	10,00	9,43	23,85	49,79	25,94
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	97,18	100,00	90,00	90,57	76,15	50,21	-25,94
Infancia (6 - 11 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	2,86	7,02	3,70	10,10	15,13	30,32	15,20
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,84	0,00	-0,84
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	97,14	92,98	96,30	89,90	84,03	69,68	-14,36
Adolescencia (12 -18 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	5,17	8,82	10,91	9,82	22,67	42,48	19,80
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,00	0,00	1,82	0,89	0,58	0,00	-0,58
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	94,83	91,18	87,27	89,29	76,74	57,52	-19,22
Juventud (14 - 26 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	2,05	6,25	5,13	10,97	30,91	34,45	3,54
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,00	0,00	0,85	0,42	0,78	0,17	-0,61
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,17	0,17
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	97,95	93,75	94,02	88,61	68,31	65,21	-3,10
Adultez (27 - 59 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	3,86	3,85	2,33	10,98	41,41	51,07	9,66
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,35	0,00	0,00	0,24	0,14	0,08	-0,06
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,35	0,00	0,39	0,49	0,00	0,08	0,08
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de	95,44	96,15	97,29	88,29	58,45	48,78	-9,67



GP0282



CO240951



CICLO VITAL	LESIONES	PROPORCIÓN						CAMBIO EN PUNTOS PORCENTUALES 2013 - 2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	
	causas externas (S00-T98)							
Persona mayor (> 60 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	7,14	7,32	2,33	10,61	42,96	61,94	18,98
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,70	0,00	-0,70
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,00	0,00	0,00	1,52	0,00	0,00	0,00
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	92,86	92,68	97,67	87,88	56,34	38,06	-18,27

Fuente: Bodega SISPRO

5.3.3. ANÁLISIS DE POBLACIÓN EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD 2012 A 2014

Tabla 14. Distribución de las alteraciones permanentes

ALTERACIONES PERMANENTES	NÚMERO ABSOLUTO			TOTAL GENERAL
	2012	2013	2014	
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	0	120	47	167
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	0	34	30	64
El sistema genital y reproductivo	0	15	12	27
El sistema nervioso	1	82	42	125
La digestión, el metabolismo, las hormonas	0	9	27	36
La piel	0	7	2	9
La voz y el habla	0	48	23	71
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	0	3	2	5
Los oídos	0	27	25	52
Los ojos	0	54	38	92
TOTAL	1	204	78	283

Fuente: SISPRO 2015

Se destaca que la alteración permanente que más afecta a la población del municipio de Sopó es el Movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas seguido por alteraciones en el sistema nervioso.



GP0282



CO240951



Tabla 16. Distribución de las alteraciones permanentes por grupo de edad en Hombres Municipio de Sopó 2002 a 2014

GRUPO DE EDAD	NÚMERO ABSOLUTO										
	EL MOVIMIENTO DEL CUERPO, MANOS, BRAZOS, PIERNAS	EL SISTEMA CARDIORESPIRATORIO Y LAS DEFENSAS	EL SISTEMA GENITAL Y REPRODUCTIVO	EL SISTEMA NERVIOSO	LA DIGESTION, EL METABOLISMO, LAS HORMONAS	LA PIEL	LA VOZ Y EL HABLA	LOS DEMAS ORGANOS DE LOS SENTIDOS (OLFATO, TACTO Y GUSTO)	LOS OIDOS	LOS OJOS	TOTAL GENERAL
De 0 a 4 años	3	2	1	4	1	0	3	0	3	2	5
De 05 a 09 años	5	3	0	5	0	0	8	0	1	2	12
De 10 a 14 años	5	2	2	14	0	1	16	0	1	5	21
De 15 a 19 años	14	3	3	18	1	0	11	0	5	15	32
De 20 a 24 años	10	1	1	10	0	0	12	1	4	9	27
De 25 a 29 años	7	2	0	9	1	1	6	0	1	3	15
De 30 a 34 años	5	1	0	11	0	1	5	1	3	3	13
De 35 a 39 años	12	4	1	7	2	3	5	1	3	5	16
De 40 a 44 años	8	2	2	5	2	1	5	1	2	5	13
De 45 a 49 años	8	0	2	7	1	0	3	0	2	3	19
De 50 a 54 años	14	1	1	5	3	1	3	1	2	6	20
De 55 a 59 años	14	5	3	11	3	1	3	0	4	11	24
De 60 a 64 años	12	5	0	9	3	0	1	0	2	9	18
De 65 a 69 años	6	7	3	3	5	0	2	1	2	6	15
De 70 a 74 años	21	8	4	9	8	1	2	1	3	10	31
De 75 a 79 años	19	15	5	8	8	2	2	1	9	10	26
De 80 años o más	61	31	10	31	13	3	2	2	23	41	88
TOTAL	224	92	38	166	51	15	89	10	70	145	395

Fuente: SISPRO

Las alteraciones permanentes que más afectan a los hombres y mujeres en el Municipio de Sopó de 2002 a 2014 es el movimiento de cuerpo, manos, brazos, piernas seguido de alteraciones del sistema nervioso.

❖ **Identificación de prioridades principales en la morbilidad**

Tabla 17. Prioridades identificadas en la morbilidad atendida, Municipio de Sopó 2014

Morbilidad por grandes causas	CAUSA DE MORBILIDAD PRIORIZADA	VALOR DEL INDICADOR MUNICIPIO DE SOPÓ 2011
		Condiciones transmisibles y nutricionales



GP0282



CO240951



	Condiciones materno perinatales	Adolescencia: condiciones maternas 11,54
	Enfermedades no transmisibles	Adultez: Desórdenes endocrinos 4,86 Primera infancia: Condiciones Orales 3,05
	Lesiones	En todos los ciclos vitales: Lesiones no intencionales

Fuente: SISPRO

Se puede concluir que es necesario incrementar el desarrollo de entornos que promuevan estilos de vida saludable y protejan la salud con el fin de disminuir la morbilidad.

Crear condiciones para mejorar las condiciones de vida donde las personas tengan mejores aptitudes y control con su salud.

Fortalecimiento en los programas de salud sexual y reproductiva, en especial mejoramiento al cuidado de las mujeres en edad fértil.

Realizar una articulación en los programas de promoción y prevención con las salas ERA del municipio para disminuir la morbilidad por IRA en la infancia.

5.3.4. ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD –DSS

❖ Análisis de los determinantes intermedios de la salud

El análisis de los determinantes intermedios de la salud se realizará utilizando las medidas de desigualdades sencillas como la diferencia relativa, la diferencia absoluta y para las medidas complejas como el índice de concentración, los índices basados en comparaciones de dos a dos. Las medidas desigualdad tan solos se estimaran para los indicadores que resulten en peor estado, utilizando variables que causen gradiente como pobreza, ingreso, nivel educativo y otras variables que estén disponibles.

También se van estimar una categoría de indicadores que corresponde a circunstancias materiales que está conformada por cinco subgrupos, condiciones de vida; disponibilidad de alimentos; condiciones de trabajo; factores conductuales y psicológicos y culturales y sistema sanitario.

Tabla 18. Disponibilidad de alimentos (porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer



GP0282



CO240951



DETERMINANTES INTERMEDIARIOS DE LA SALUD	CUNDINAMARCA	SOPÓ		COMPORTAMIENTO									
				2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer	5,01	5,18	amarillo	↘	↗	↘	-	↗	↘	↘	↗	↘	↘

Fuente: DANE - (EEVV-DANE 2013)

Para este indicador para el año 2013 se encontró que el Municipio de Sopó estaba con un porcentaje más alto que el Departamento. Probablemente se tengan que realizar esfuerzos tanto municipales como de las IPS para mejorar la calidad de las atenciones y el seguimiento a las gestantes del Municipio

Tabla 19. Factores psicológicos y culturales

DETERMINANTES INTERMEDIARIOS DE LA SALUD	CUNDINAMARCA	SOPÓ		COMPORTAMIENTO									
				2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Tasa de incidencia de violencia Intrafamiliar	279,34	428,2	rojo							↗	↘	↘	↗
Tasa de incidencia de violencia contra la mujer	389,5	546	rojo							↘	↘	↘	↗

Fuente: FORENSIS 2014

Se encuentra un aumento en los casos de violencia intrafamiliar y de la mujer para el año 2014.

Tabla 20. Cobertura de educación

EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA	CUNDINAMARCA	SOPÓ		COMPORTAMIENTO												
				2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Porcentaje de hogares con analfabetismo (DNP-DANE 2005)	15,3	15,74				16										
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN 2014)	101,8	90,8	amarillo	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN 2014)	110,7	102,1	amarillo	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN 2014)	83,7	65,4	verde	-	-	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗

Fuentes: (DNP-DANE 2005) - (MEN 2014)

