



**GOBERNACIÓN DEL TOLIMA
SECRETARÍA DE SALUD**

MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD - TOLIMA

DIRECCIÓN DE OFERTA

**CON LA COLABORACIÓN DE:
UNIVERSIDAD DEL TOLIMA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
GESTION EN ENFERMERIA
IBAGUE
2012**



MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD - TOLIMA

1. INTRODUCCION

La enfermería entendida como ciencia está encaminada al cuidado del ser humano de manera integral es decir, a nivel biológico, psicológico y social en la cual sus profesionales son preparados para ello con diferentes enfoques de acción tales como: asistencial, salud pública, investigación y administración; todas estas formas de actuar hacen del profesional de enfermería un ser integral desde su quehacer ya que interviene de todas las formas posibles para el mantenimiento de la salud.

De todos los enfoques enfermeros expuestos anteriormente, la administración es quien participa sobre los demás y es el que permite la integración de ellos mediante la participación política a través de la planeación, organización dirección y control de propuestas de intervención a problemas o situaciones que alteran el bienestar de la población.

La aplicación del proceso administrativo en la elaboración de un modelo de Atención Primaria en Salud en el Tolima es un buen inicio para el aprendizaje en la elaboración de proyectos en salud para quien se esta formado como profesional en enfermería ya que es un aspecto a desarrollar de carácter internacional.

2. GLOSARIO

CAPS: Centro atención Primaria, empresa social del estado que se ubicara en los centros de salud establecidos para que desde aquí se coordine las actividades de atención primaria en salud

Comunidad: Es un grupo o conjunto de individuos, seres humanos, o de animales (o de cualquier otro tipo de vida) que comparten elementos en común, tales como un idioma, costumbres, valores, tareas, visión del mundo, edad, ubicación geográfica (un barrio por ejemplo), estatus social, roles etc.

Descentralización: Proceso o como forma de funcionamiento de una organización. Supone transferir el poder, de un gobierno central hacia autoridades que no están jerárquicamente subordinadas. La relación entre entidades descéntrales es siempre horizontales no jerárquicas.

Detección temprana: Es un programa epidemiológico de salud pública, de aplicación sistemática o universal, para detectar en una población determinada y asintomática, una enfermedad, con el objetivo de disminuir la tasa de morbimortalidad – mortalidad.

Dispersión poblacional: Consiste en la salida progresiva de población de los centros poblados mayores con el fin de ir ocupando áreas nuevas de terrenos generalmente agrícolas.

EBS: Equipos de atención primaria en salud que serán integrados por personal profesional, técnico y auxiliar para la entrega de los servicios ofertados de APS mediante la interacción con poblaciones y territorios definidos de manera intra o extramuralmente.

Equidad: La Equidad es un valor de connotación social que se deriva de lo entendido también como igualdad. Se trata de la constante búsqueda de la justicia social, la que asegura a todas las personas condiciones de vida y de trabajo digno e igualitario, sin hacer diferencias entre unos y otros a partir de la condición social, sexual o de género, entre otras.

Etnia: Es un conjunto de personas que comparten rasgos culturales, lengua, religión, celebración de ciertas festividades, música, vestimenta, tipo de alimentación, una historia, y comúnmente un territorio. Dichas comunidades comúnmente reclaman para sí una estructura social, política y un territorio.

Integralidad: La integralidad es la capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población atendida; La atención primaria proporciona servicios de salud integrales, incluidas la promoción de la salud, la prevención de la morbilidad, la atención curativa y los cuidados terminales integrados y coordinados en función con las necesidades.

Interculturalidad: La interculturalidad es el proceso de comunicación e interacción entre personas y grupos humanos donde se concibe que ningún grupo cultural esté por encima del otro, favoreciendo en todo momento la integración y convivencia entre culturas.

Intersectorialidad: Son acciones necesarias para abordar los principales determinantes de la salud de la población y las inequidades, creando sinergias entre el sector de la salud y otros sectores y actores, como las escuelas, los lugares de trabajo, los programas de desarrollo económico y urbano, la mercadotecnia y el desarrollo agrarios, y la provisión de agua y saneamiento, entre otros.

Prevención: Según la ONU es «la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (prevención primaria) o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas».

Promoción: La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.

Sociedad: La sociedad es el conjunto de personas que interaccionan entre sí y comparten ciertos rasgos culturales esenciales (entre ellos la comunicación), cooperando para alcanzar metas comunes.

Solidaridad: La solidaridad se define como la colaboración mutua en la personas, como aquel sentimiento que mantiene a las personas unidas en todo momento,

sobre todo cuando se vivencian experiencias difíciles de las que no resulta fácil salir.

3. RESUMEN

La atención primaria en salud (APS) un tema que ha tenido trayectoria desde los años 70's y que plantea un enfoque diferente al modelo biomédico establecido como consecuencia del impacto poco eficaz que ha tenido este, para el año 1978 en Kazajistán en la ciudad de Alma Ata, se crean las bases para que la salud sea un derecho fundamental en la cual intervienen las instituciones que afectan directa e indirectamente la salud de la población, esto da el significado a la APS. En el año 2003 la importancia de la APS fue tal que la OMS insta a los países a adoptar el modelo de APS esto en el documento "Renovación de la APS en las Américas" (OPS/OMS 2005) en el cual se sugiere que los cuidados se orienten a la calidad, con énfasis en la promoción y prevención, la intersectorialidad, la participación social y dando la responsabilidad de mantener la salud de la población a los gobiernos.

En Colombia la implementación de la APS ha tenido un proceso lento, para el año 2011 en la ley 1438 se define la APS y se presentan los elementos necesarios para implementar la misma. El Tolima en el plan de desarrollo "unidos por la grandeza del Tolima 2012-2015" incluye en sus programas "la prestación de servicios de salud con calidad" que orienta a la atención en salud a brindar un servicio oportuno, eficaz y eficiente que es lo que busca finalmente la implementación de un modelo basado en la APS.

En aras de seguir la líneas adoptadas previamente, se busco elaborar el modelo de APS en el departamento del Tolima, que para que fuese aplicable y útil se tuvo en cuenta el análisis de múltiples variables como son la afiliación a un sistema de salud, el número de hospitales, clínicas y puestos de salud, las poblaciones indígenas, la distribución de las familias a nivel urbano y rural, y otros determinantes de salud que afectan la forma de la distribución de los recursos que se pretenden asignar para el desarrollo del modelo de APS que de manera gradual se ajustara en los 47 municipios del departamento del Tolima.



GOBERNACIÓN DEL TOLIMA SECRETARÍA DE SALUD

4. JUSTIFICACION

La elaboración de este proyecto en salud como componente practico en la asignatura, es de gran utilidad en la formación de los estudiantes de enfermería ya que le permite desarrollar habilidades en el desarrollo de políticas claras en el mejoramiento de la atención y la calidad de la salud en el lugar en que se desenvuelvan como profesionales. Una de estas habilidades, quizás la más importante es el liderazgo como una cualidad indispensable del Enfermero en su quehacer administrativo.

La aplicación del proceso administrativo en la elaboración del modelo de Atención Primaria en Salud para el departamento del Tolima no solo beneficia al estudiante como se ha venido diciendo sino también, a la población en general del departamento y a los demás sectores de desarrollo ya que es un proyecto serio que se tendrá en cuenta en la secretaria de salud departamental para su ejecución y que ubicara al departamento a la vanguardia en cobertura y servicios de salud.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Desarrollar habilidades para la elaboración de proyectos en salud, mediante la aplicación del proceso administrativo para el logro del ejercicio de las funciones de Gestión en enfermería.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Afianzar conocimientos adquiridos en la teoría sobre gestión administrativa.
- Idear estrategias que permitan la aplicación de procesos de la gestión administrativa.
- Descubrir contextos que necesitan la implementación de estrategias para garantizar unas mejores condiciones de salud.
- Elaborar un plan de acción que refleje la calidad en la prestación de servicios esenciales en grupos de poblaciones más vulnerables.
- Garantizar un ambiente favorable para socializar las propuestas presentadas en el modelo que pretenden ofrecer servicios de atención primaria en salud.

6. MARCO TEORICO- REFERENCIAL

Determinantes sociales de la salud

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas; explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria, según la OMS se proponen tres recomendaciones generales: mejorar las condiciones de vida cotidianas, luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero, los recursos, medición y análisis del problema. (informe final de la Comisión, publicado en agosto de 2008/ OMS).

Atención Primaria

Se refiere a la puerta de entrada del sistema de salud y al lugar donde se operativiza la continuidad de la atención para la mayor parte de la población, la mayoría de las veces. Éste es el concepto de Atención Primaria de Salud más común en Europa y en otros países industrializados. En su definición más simple, este enfoque se relaciona directamente con la disponibilidad de médicos especializados en medicina general o medicina de familia. (OPS. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la OPS/OMS. Washington, D.C., 2007).

Enfoque de Salud y Derechos Humanos

Concibe la salud como un derecho humano y destaca la necesidad de afrontar los determinantes sociales y políticos de la salud. Difiere de la Declaración de Alma Ata no tanto en los propios principios, sino en que pone énfasis en sus implicaciones sociales y políticas. Señala que el enfoque social y político de la Atención Primaria de Salud ha dejado atrás los aspectos específicos de las enfermedades y que las políticas de desarrollo debieran ser más “globales, dinámicas, transparentes y debieran estar apoyadas por compromisos legislativos

y económicos” de modo de conseguir mejoras equitativas en materia de salud. (OPS. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la OPS/OMS. Washington, D.C., 2007).

Atención integral, integrada y continua

Es la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, atención curativa, rehabilitadora y paliativa, y apoyo para el autocuidado. La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la prevención, la atención primaria, secundaria, terciaria y paliativa. La atención integrada es complementaria de la integralidad porque exige la coordinación entre todas las partes del sistema para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud y su atención a lo largo del tiempo, así como a través de los diferentes niveles y lugares de atención sin interrupción. Para los individuos, la atención integrada implica un enfoque que abarca todo el ciclo de vida con sistemas de referencia y contrarreferencia a través de todos los niveles del sistema de salud, y en ocasiones, a otros servicios sociales. A nivel de sistema, la atención integrada requiere el desarrollo de redes de servicios y de proveedores, sistemas de información y gestión apropiado, incentivo, políticas y procedimientos, así como la capacitación de los proveedores de salud, personal de apoyo y de los administradores. (OPS. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la OPS/OMS. Washington, D.C., 2007).

Orientación familiar y comunitaria

El sistema de salud basado en la APS no descansa exclusivamente en una perspectiva individual o clínica. Por el contrario, emplea la perspectiva de la salud pública al hacer uso de la información familiar y comunitaria para identificar riesgos y decidir el orden de prioridad de las intervenciones. Se considera que la familia y la comunidad son los ejes principales de la planificación y la intervención del sistema. (OPS. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la OPS/OMS. Washington, D.C., 2007).

Cuidados apropiados

Significa que el sistema de salud no se limita simplemente a la atención de una enfermedad o de un órgano. Debe centrarse en la persona como un todo y en sus necesidades sociales y de salud, adecuando las respuestas a la comunidad local y

a su contexto a lo largo de la vida, garantizando al mismo tiempo que las intervenciones son seguras y que la persona no sufrirá daños o perjuicios de ningún tipo. Incluye el concepto de efectividad para guiar la selección de las estrategias de prevención y curación, de manera que se puedan obtener los mayores resultados con los mínimos recursos. El cuidado apropiado implica que toda la atención prestada se basa en la mejor evidencia disponible y que las prioridades respecto a la asignación de los recursos se establecen según criterios de eficiencia (de distribución y técnica) y de equidad. (OPS. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la OPS/OMS. Washington, D.C., 2007).

Equidad en Salud

Se refiere a la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a la atención de salud y a los ambientes saludables, y en el trato que se recibe en el sistema de salud y en otros servicios sociales. (OPS. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la OPS/OMS. Washington, D.C., 2007).

Funciones Esenciales de Salud Pública

Las funciones de la autoridad sanitaria en materia de: i) monitoreo, evaluación y análisis del estado de salud; ii) vigilancia en materia de salud pública, investigación y control de los riesgos y amenazas para la salud pública; iii) promoción de la salud; iv) participación social en lo que se refiere a la salud; v) desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión en cuestiones de salud pública; vi) fortalecimiento de la capacidad institucional para la reglamentación y ejecución en el marco de la salud pública; vii) evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios; viii) desarrollo y capacitación de los recursos humanos en salud pública; ix) garantía de la calidad del personal y de los servicios de salud basados en la población; x) investigación en salud pública; y xi) reducción de la repercusión de las emergencias y los desastres en la salud (OPS. La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Publicación científica y técnica No. 589. Washington, D.C., 2002).

Salud Pública

Es el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las

poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo, e incluye servicios tales como análisis de situación de salud, vigilancia de la salud, promoción de la salud, servicios preventivos, control de enfermedades transmisibles, protección y saneamiento del medioambiente, preparación y respuesta a desastres y emergencias sanitarias, y salud ocupacional, entre otros (Organización Panamericana de la Salud. La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Publicación científica y técnica No. 589. Washington, D.C.OPS; 2007).

Servicios de Salud Pública

Servicios de salud dirigidos a la población en general. Incluye, entre otros, análisis de situación de salud, vigilancia de la salud, promoción de la salud, servicios preventivos, control de enfermedades transmisibles, protección y saneamiento del medioambiente, preparación y respuesta a desastres y salud ocupacional (OPS. La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Publicación científica y técnica No. 589. Washington, D.C., 2002).

Sistema de Salud

Conjunto de organizaciones, individuos y acciones cuya intención primordial es promover, recuperar y/o mejorar la salud (WHO. The World Health Report 2000: health systems: improving performance. Geneva, 2000).

Sistema de Salud Basado en la APS

Enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema. Un sistema de salud basado en la APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza Redes Integradas de Servicios de Salud el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción. Un sistema de salud basado en APS requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles. Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles del sistema para lograr calidad, eficiencia y efectividad, y desarrolla mecanismos activos con el fin de maximizar la participación individual y colectiva

en materia de salud. Un sistema de salud de esta naturaleza promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y la equidad.

(OPS. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la OPS/OMS. Washington, D.C., 2007).

7. APLICACIÓN DEL PROCESO ADMINISTRATIVO

a.) PLANEACIÓN

I. Diagnostico

i. ANTECEDENTES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Atención Primaria en Salud a Nivel Internacional

A nivel mundial la Atención Primaria en Salud surgió durante la década de los 70, en la cual la salud se encontraba con una orientación centralista y deficiente y recibe duras críticas por su modelo biomédico. Sin embargo existían esfuerzos gubernamentales para permitir un mayor acceso a la salud, entre ellos la III Reunión Especial de Ministros de Salud convocada en Chile en el año 1972, en donde se comprende las deficiencias e inequidades de los servicios de salud. A partir de este año, nace la idea de lo que sería la Atención Primaria de Salud como estrategia para permitir el mayor acceso posible a toda la población.

A raíz de esto, en 1978 se realiza La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, realizada en Kazajistán, fue el evento de política de salud internacional más importante de la década de los 70. La conferencia fue organizada por la Organización Mundial de la Salud OMS y el Fondo de las naciones unidas para la Infancia UNICEF, y patrocinada por la entonces Unión Soviética URSS.

Esta Conferencia Internacional sobre Atención Primaria llegó a la declaración el 12 de septiembre, expresando la necesidad urgente de la toma de acciones por parte de todos los gobiernos, trabajadores de la salud y la comunidad internacional, para proteger y promover el modelo de atención primaria de salud para todos los individuos en el mundo. En ella participaron 134 países y 67 organizaciones internacionales, con la ausencia importante de la República Popular China.

La Declaración establece la responsabilidad que tienen los gobiernos por la salud de sus pueblos a través de medidas sanitarias y sociales, reiterándole la salud

como un derecho fundamental y una de las más importantes metas sociales mundiales. Destaca, además, que lograr esta meta demanda la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector salud. El texto convoca a agencias internacionales y gobiernos a realizar un esfuerzo por alcanzar la meta de Salud para Todos en el Año 2000 logrando un nivel de salud que permite vida social y una economía productiva.

En 1979, se realizó una conferencia en Italia promovida por la Fundación Rockefeller con la colaboración de diversas agencias internacionales en la que se discutió una nueva perspectiva: atención primaria de salud selectiva, como estrategia para el control de algunas enfermedades en países en desarrollo.

Durante los años siguientes con base en la atención primaria selectiva se difundieron intervenciones patrocinadas por la UNICEF, pero por más que se reconociese la efectividad de estas intervenciones, la concepción de APS difundida por la Unicef fue criticada por su tecnocratismo basándose en criterios estrictamente técnicos de costo-efectividad sin considerar cuestiones políticas determinantes y principalmente por no tomar en cuenta la exigencia de mejoras socioeconómicas y la importancia de garantizar las necesidades básicas para mejorar la situación de salud de la población.

En el 2003, por iniciativa de la OMS, la OPS aprobó una resolución que insta a los estados miembros a adoptar una serie de recomendaciones para fortalecer la APS. En el 2005, divulgó el documento de posicionamiento “Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas” (OPS/OMS, 2005) en el que se defiende la necesidad de alcanzar atención universal e incluyente a través de un enfoque integrado y horizontal para desarrollar los sistemas de salud, con cuidados orientados a la calidad, énfasis en la promoción y prevención, intersectorialidad, participación social y responsabilidad por parte de los gobiernos.

Atención Primaria en Salud a Nivel Nacional

En Colombia se han realizado programas dirigidos a poblaciones con factores de riesgo y de bajos recursos económicos; identificando las necesidades y problemas en el sector salud, también brindando apoyo a los entes responsables de planear, ejecutar, coordinar y vigilar acciones en mejoramiento de la calidad de vida y el acceso al servicio de salud, estos programas centrados en el interés de la atención primaria en salud se han desarrollado bajo políticas públicas saludables mencionadas en leyes, decretos, resoluciones y acuerdos.

La atención primaria en salud para garantizar la salud como derecho fundamental principal se sustenta en lo dispuesto por la Constitución Política de Colombia, en los siguientes artículos:

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 Ley¹

Artículo 49. Modificado por el Acto Legislativo No 02 de 2009. “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 salud²

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.

La Constitución Política de Colombia, aporta elementos como la equidad, la eficiencia, universalidad, solidaridad; la prestación, vigilancia y control de servicios de salud y de saneamiento y la descentralización como requisitos para conseguir mejores condiciones de vida para los colombianos. Estos elementos fueron retomados por el sector salud e implementados a través de la ley 100 de 1993 “Ley de Seguridad Social Integral en Salud.

¹ Constitución Política de Colombia. Artículo 48 (1991)

² Constitución Política de Colombia. Artículo 49 (1991)

“La ley 100 implementó el nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud, el cual contempla el Plan de Beneficios que tiene por objeto regular la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud (S.S.S.).”³

“Dentro de los servicios que presta esta ley, el plan que recoge los lineamientos para el desarrollo de la APS, es el Plan de Atención Básica (PAB), el cual está constituido por aquellas intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o aquellas que son dirigidas a los individuos pero tienen altas consideraciones como el acto legislativo de mayor importancia en salud, puesto que pretende crear un servicio único, integrando el sistema de salud al Sistema de Seguridad Social”. De esta forma tanto la APS y el PAB, contienen acciones de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad; el PAB recogió los objetivos de la APS, como estrategia mundial, y los operacionalizó dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud en el país.⁴

Sin embargo el enfoque y el empleo que se le dio a la APS durante el periodo de la Ley 100, dependía del contexto y las condiciones sociales, culturales y económicas del momento; por eso actualmente la APS se encuentra orientada en los lineamientos de la ley 1438 del 2011.

Dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), de la ley 1438 del 2011, en el artículo 12. *De la atención primaria en salud*, se define como una estrategia que estará constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/ transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana.⁵

También esta ley presenta los elementos necesarios para implementar la atención primaria en salud, el fortalecimiento de los servicios de baja complejidad y la creación de equipos básicos de salud para facilitar el acceso a los servicios disponibles para satisfacer las necesidades y requerimientos de la población.

Atención Primaria en Salud a Nivel Departamental

En el departamento del Tolima se adopta el Plan de Desarrollo, denominado “UNIDOS POR LA GRANDEZA DEL TOLIMA 2012 – 2015”.⁶ El Plan está

³ Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad en el sistema general de Seguridad Social, 1996.

⁴ Resolución 04288. Plan de atención básica del SGSSS. 1996.

⁵ Ley 1438 de 2011, Artículo 12

⁶ Ordenanza número 003 de 2012 Plan de Desarrollo del Departamento del Tolima 2012 – 2015.

orientado a obtener resultados de transformación social del Tolima sobre la base de un desarrollo económico con sectores modernos y competitivos, teniendo como base la población infantil y adolescentes para el presente y futuro de productividad y prosperidad del departamento.

Dentro del plan de desarrollo, en el eje temático “Oportunidades para todos y para todas, en el campo y la ciudad”, se encuentra la política “Unidos por la salud del Tolima”, donde recoge siete ejes programáticos como son, aseguramiento universal en salud, prestación de servicios de salud con calidad, salud pública, promoción social, prevención y atención de emergencias y desastres, fortalecimiento de la gestión en salud y prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales; desarrolla de acuerdo a las áreas sub-programáticas en concordancia con la Resolución 425 de 2008 del ministerio de la protección social.

El programa “La prestación de servicios de salud con calidad”, estará orientada a desarrollar un modelo de atención en salud que permita brindar un servicio oportuno, eficaz y eficiente, a través de la organización de redes integradas, asistencia técnica, asesoría, capacitación del talento humano, fortalecimiento de la red pública, inspección, vigilancia y control, que respondan a las necesidades de salud de la población teniendo en cuenta el perfil epidemiológico.

El anterior programa, tiene como sub- programa “Accesibilidad a los servicios de salud” el cual busca mejorar la accesibilidad a los servicios de salud de la población del departamento del Tolima, a partir de la implementación del modelo de Atención Primaria en Salud según lineamientos del ministerio de salud y de la protección social, así como la adopción, promoción e implementación del modelo de redes integradas de servicios de salud (RISS), definido por el ministerio de salud de acuerdo a las competencias para el ente territorial, fortalecimiento del sistema de referencia y contra -referencia, desarrollo de tecnologías apropiadas para llevar servicios a los lugares de difícil acceso y con barreras geográficas, como telemedicina.

ii. ESTADO ACTUAL DEL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

1. ASPECTOS GEOPOLÍTICOS

1.1 UBICACIÓN GEOGRÁFICA

El Departamento de Tolima está situado en el centro del país, localizado entre los 02°52'59" y 05°19'59" latitud norte, y los 74°24'18" y 76°06'23" longitud oeste.

1.2 EXTENSIÓN

El departamento del Tolima, cuenta con una superficie de 23.582 km² lo que representa el 2.1 % del territorio nacional. Densidad: 55.81 Hab/ Km², la capital es Ibagué con 449.053 Habitantes (Proyección DANE 2005)

1.3 LIMITES

Limita por el Norte con el departamento de Caldas, por el Este con el departamento Cundinamarca, por el Sur con los departamentos de Huila y Cauca y por el Oeste con los departamentos de Quindío, Risaralda y Valle del Cauca. Presenta 9.673Km² de piso térmico cálido, 5.789Km² de templado, 4.856Km² de piso frio y 3.087Km² de páramo y nivel.

1.4 DIVISIÓN ADMINISTRATIVA

El departamento de Tolima está dividido en 47 municipios, 30 corregimientos, 217 inspecciones de policía, así como, numerosos caseríos y sitios poblados. Los municipios están agrupados en 30 círculos notariales, con un total de 36 notarías, un círculo principal de registro con sede en Ibagué y 11 oficinas seccionales de registro con sede en los municipios de Ambalema, Armero, Cajamarca, Chaparral, Espinal, Fresno, Guamo, Honda, Líbano, Melgar y Purificación; un distrito judicial, Ibagué, con 9 cabeceras de circuito judicial en Ibagué, Chaparral, Espinal, Fresno, Guamo, Honda, Lérica, Líbano, Melgar y Purificación. El departamento conforma la circunscripción electoral del Tolima.

1.5.1 TABLA. División Administrativa

MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE TOLIMA				
Ibagué	Alpujarra	Alvarado	Ambalema	Anzoategui
Armero (Guayabal)	Ataco	Cajamarca	Carmen de Apicalá	Casabianca
Chaparral	Coello	Coyaima	Cunday	Dolores
Espinal	Falán	Flandes	Fresno	Guamo
Herveo	Honda	Icononzo	Lérica	Líbano
Mariquita	Melgar	Murillo	Natagaima	Ortega
Palocabildo	Piedras	Planadas	Prado	Purificación
Rioblanco	Roncesvalles	Rovira	Saldaña	San Antonio
San Luis	Santa Isabel	Suárez	Valle de San Juan	Venadillo
Villahermosa	Villarrica			



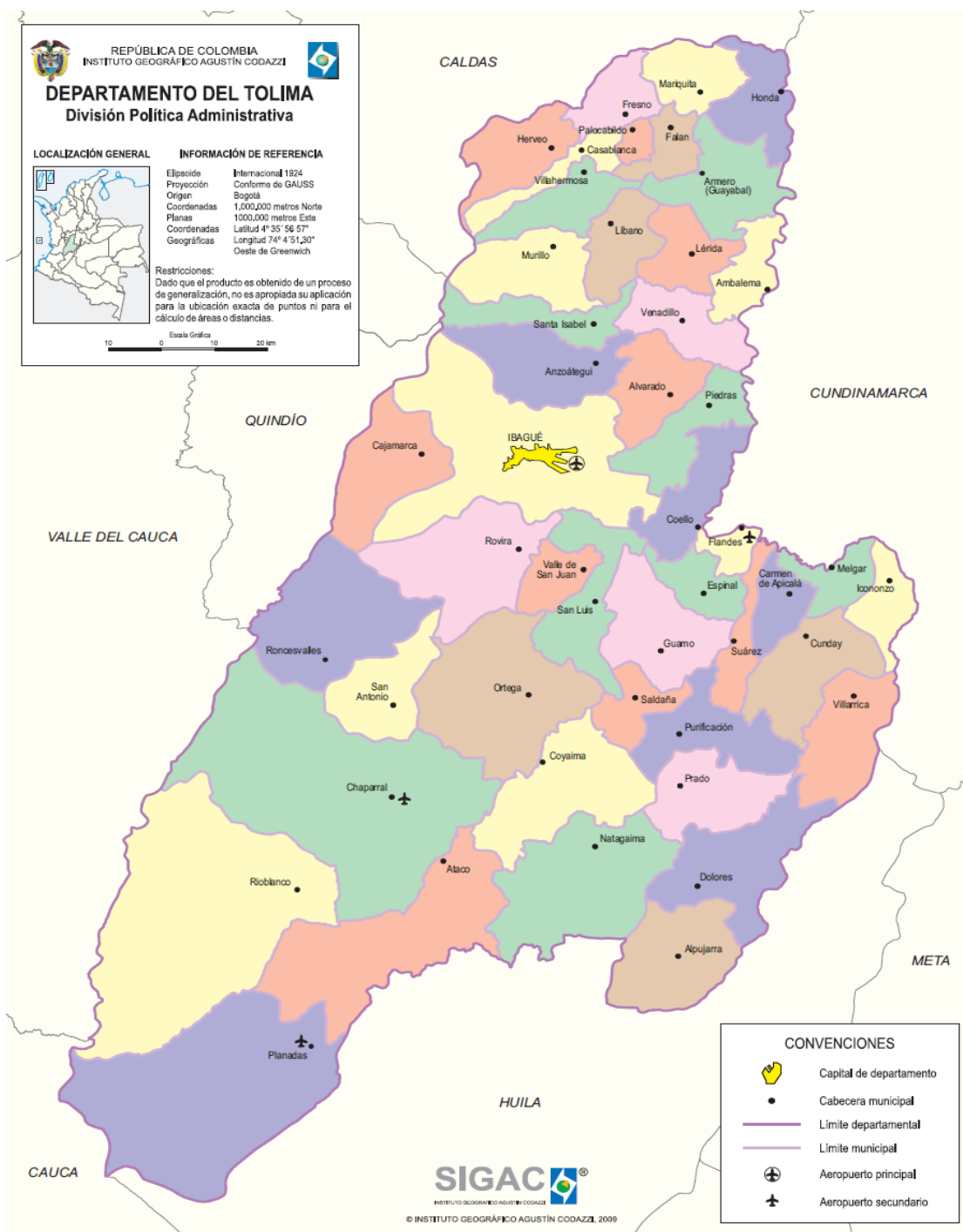
GOBERNACIÓN DEL TOLIMA SECRETARÍA DE SALUD

Fuente: Gobernación de Tolima

1.5 MAPAS DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

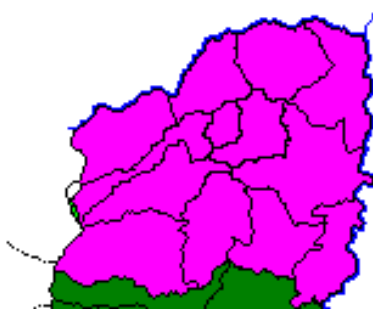
1.5.1 DEPARTAMENTO DEL TOLIMA – UBICACIÓN GEOGRÁFICA

A continuación se muestra el mapa de la división político-administrativa del Departamento del Tolima, y su correspondiente ubicación en el territorio nacional.



Fuente: (2) Instituto Geográfico Agustín Codazzi

DISTRIBUCION POR ZONAS DEL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA





GOBERNACIÓN DEL TOLIMA SECRETARÍA DE SALUD

	Norte
	Centro
	Oriente
	Sur

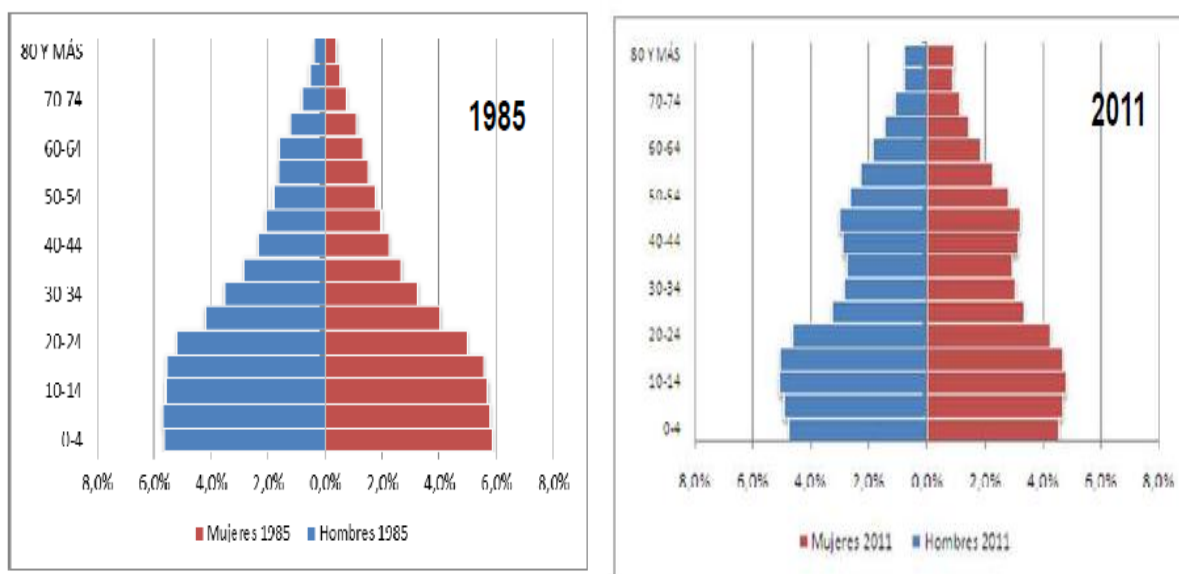
En el Departamento del Tolima se distinguen cuatro zonas con características similares en el desarrollo regional así: al Norte con los municipios de Mariquita, Honda, Fresno, Herveo, Falan, Casabianca, Palocabildo, Armero (guayabal), Villahermosa, Murillo, Líbano, Lérida y Ambalema. La zona Centro por Santa Isabel, Venadillo, Anzoátegui, Alvarado, Piedras, Cajamarca, Ibagué, Roncesvalles, Rovira, Valle del San Juan y San Luis. Al Oriente se encuentran Coello, Flandes, Espinal, Guamo, Suarez, Carmen de Apicala, Melgar, Icononzo, Cunday, Saldaña, Purificación, Villarrica, Coyaima, Prado, Dolores, Natagaima y Alpujarra; y por último la zona Sur se conforma por San Antonio, Ortega, Chaparral, Rioblanco, Ataco y Planadas.

2. DEMOGRAFIA

2.1 POBLACIÓN

Según las proyecciones del DANE, para 2011, Tolima cuenta con 1.391.909 habitantes, de los cuales 699.032 (50.22%) son hombres y 692.844 (49.78%) son mujeres, valores muy similares al total nacional (49,4% hombres y 50,6% mujeres), la población del Departamento equivale al 3.02% del total nacional.

GRAFICA. Cambio de la estructura poblacional 1985 – 2011. Tolima



Fuente: Plan de desarrollo del Tolima 2012 – 2015

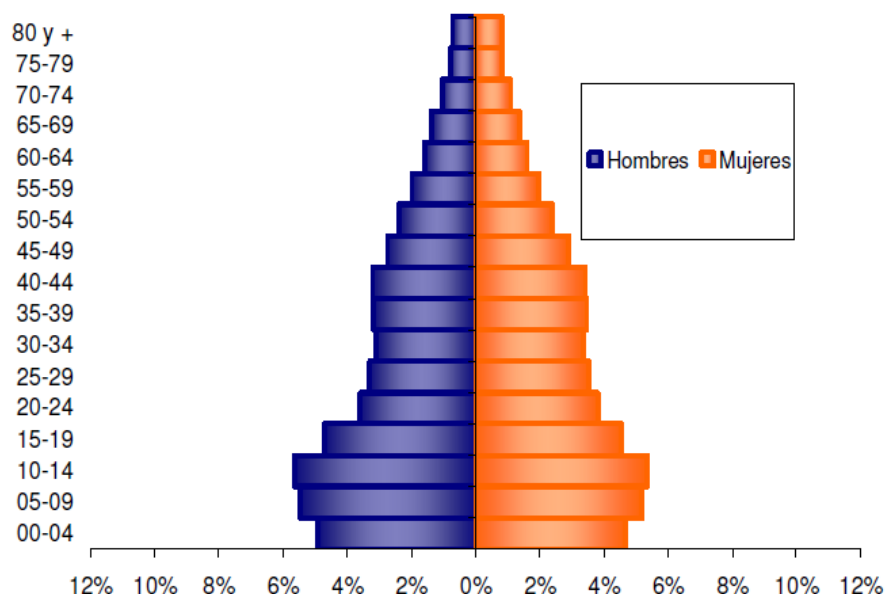
En la gráfica se presenta la evolución de la estructura poblacional del Departamento desde 1985 y proyectada a 2011. La población menor de cinco años de Tolima viene reduciéndose. Pasó del 11,5% en 1985 a 9,3% en 2011; sin embargo, muy similar al del promedio nacional (Colombia 1985: 13,37%; y proyectado 2011: 9,30%).

La proporción de mujeres en edad fértil (15-49 años) en 2011 representaba el 24,52% de la población total del Departamento, mientras que a nivel nacional esta población era el 26,9%. La población menor de 15 años en Tolima, en el Censo 1985 realizado por el DANE, representó el 34,3% de la población total (en Colombia, el 31%); la misma población registrada según las proyecciones a 2011 era del 28,8% (Colombia, 28,15%). La población en edad de trabajar (PET) (15 a 59 años), tanto en Colombia como en el departamento de Tolima, ha venido aumentando de manera sostenida: en Tolima, en 1985, representaba el 57,15% (Colombia, 56,32%); en 2011, el 59,1% (Colombia 61,79%). Es pertinente destacar la reducción del grupo 20-44 años en comparación con la población total en Tolima, la cual puede estar indicando que los cambios en estos grupos

poblacionales se deben a procesos migratorios y/o mortalidad tanto de hombres como mujeres. La población de Tolima mayor de 60 años también viene en aumento. Era el 8,5% para el año 1985 pasando a ser 12.17% en 2011. En Colombia para estos mismos años la proporción pasó de 6,95% a 10,05%, respectivamente para los mismos años

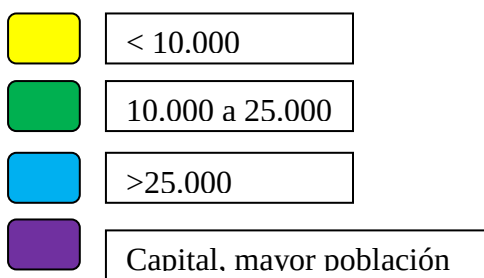
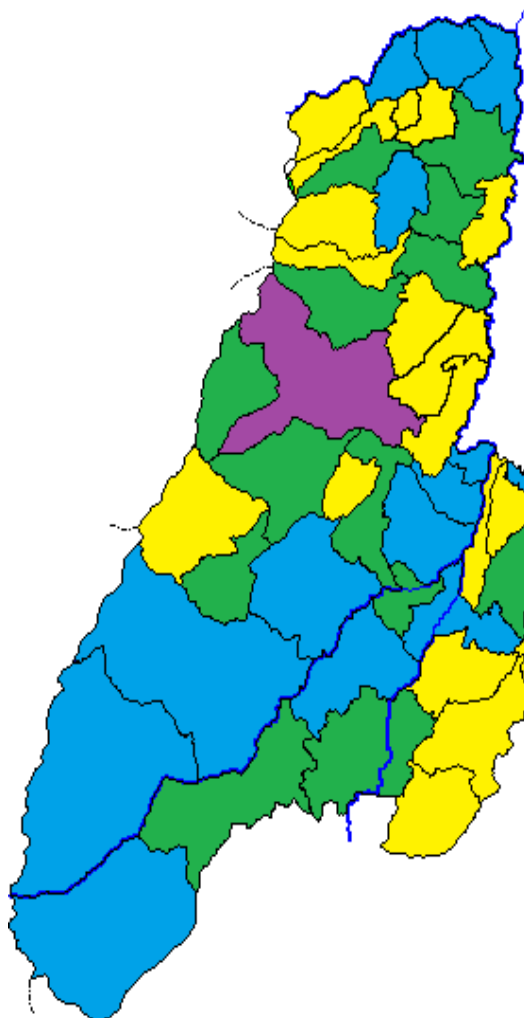
2.2 PIRÁMIDE POBLACIONAL

Estructura de la población por sexo y grupos de edad



DISTRIBUCIÓN DEL TOLIMA SEGÚN LA NÚMERO DE HABITANTES.

Municipio	Población	Municipio	Población
Ibagué	498.130	Saldaña	14.990

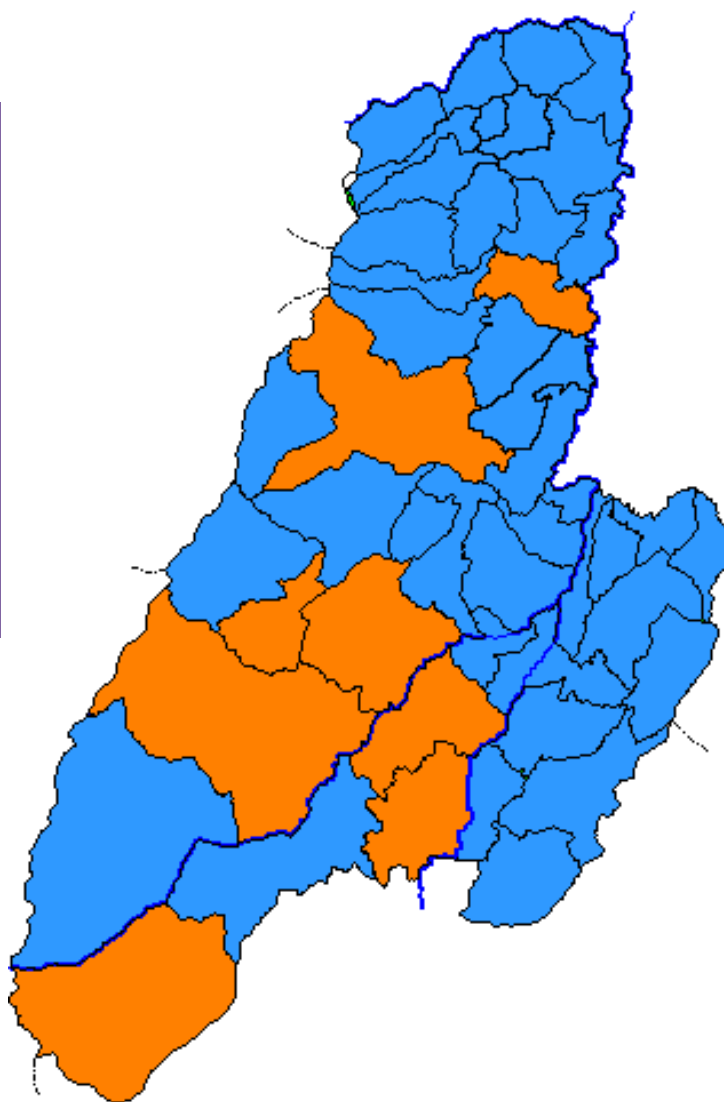


Espinal	76.237	Armero	13.064
Chaparral	46.712	Villahermosa	11.196
Líbano	42.269	Icononzo	11.649
Guamo	34.781	Cunday	10.689
Ortega	33.873	Palocabildo	9.609
Mariquita	32.933	Falan	9.277
Melgar	32.774	Dolores	9.164
Fresno	31.317	Herveo	9.142
Coyaima	28.056	Coello	9.017
Planadas	29.417	Alvarado	8.972
Flandes	27.943	Prado	8.761
Purificació n	27.873	Carmen de Apicalá	8.394
Honda	27.310	Ambalema	7.674
Rioblanco	25.636	Casabianca	6.909
Natagaima	23.212	Santa Isabel	6.565
Ataco	21.942	Roncesvalles	6.269
Rovira	21.665	Villarrica	6.226
Cajamarca	19.789	Valle de San Juan	6.178
Lérida	19.489	Piedras	5.427
San Luis	19.262	Alpujarra	5.174
Venadillo	18.769	Murillo	5.075
Anzoátegui	16.422	Suárez	4.519
San Antonio	15.331		

En el mapa se observan los 42 municipios del Tolima clasificados en 4 grupos de acuerdo al número de habitantes, el primer grupo comprende 18 municipios (color amarillo) con una población menor a 10.000 habitantes, el segundo grupo con 14 municipios (color verde) con población entre 10.000 y 25.000 habitantes, el tercer grupo comprende 14 municipios (azul) con población mayor a 25.000 habitantes y como único municipio (morado) esta la capital con la mayor población en el departamento.

MAPA DEL TOLIMA CON LOS PRINCIPALES MUNICIPIOS CON POBLACION INDIGENA

MUNICIPIO	POBLACION INDIGENA	%
COYAIMA	21.547	76.79
ORTEGA	15.311	45.20
NATAGAIMA	10.956	47.19
IBAGUE	3.489	0.70
CHAPARRAL	2.429	5.19
VENADILLO	1.812	9.65
SAN ANTONIO	1.778	11.59
PLANADAS	1.736	5.90
TOLIMA	59.058	4.24



En el departamento del Tolima la mayor parte de la población indígena se encuentra en la parte suroriental en especial en los municipios de Coyaima con el 76.79%, Natagaima con el 47.19% y Ortega con el 45.20% de su población total.

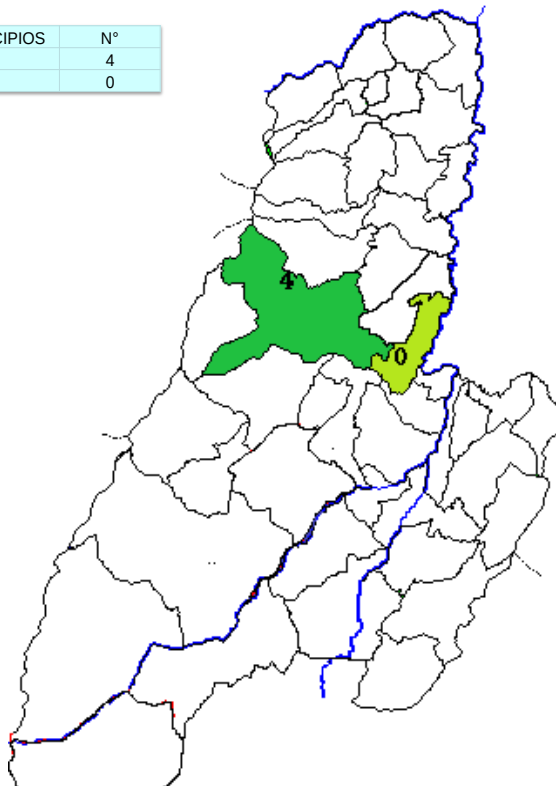
3. SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

3.1 ORGANISMOS DE SALUD

La reforma a la salud efectuada a partir de la Ley 100 de 1993 ha permitido ampliar la cobertura en salud significativamente; sin embargo, se han generado graves problemas de financiación del funcionamiento de hospitales y centros de salud costeados con recursos públicos, que han conducido a su cierre permanente o temporal, lo cual se ha evidenciado en el departamento del Tolima.

MAPA ORGANISMOS DE SALUD – HOSPITALES Y CLINICAS
MUNICIPIOS DEL DEPTO. TOLIMA 2012

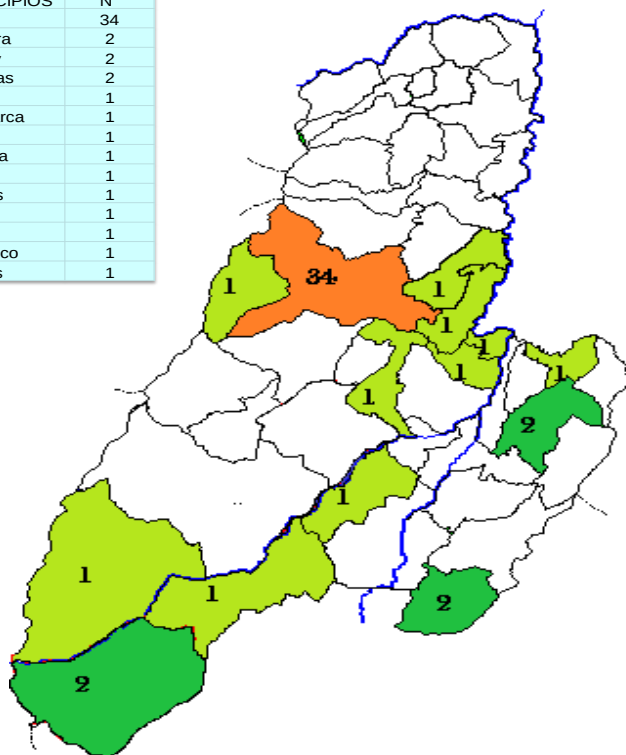
MUNICIPIOS	Nº
Ibagué	4
Coello	0



La información contenida en el registro especial de prestadores de servicios de salud, del ministerio de protección social sobre los organismos de salud existentes en el departamento del Tolima, indica que el número total de entidades dentro de la categoría “Hospitales y clínicas”, es de una cantidad de 46 en el año 2012, disminuyendo la cantidad que mantenía durante los años 2007 -2010 de 83 hospitales y clínicas; actualmente los 46 hospitales se encuentran distribuidos de la siguiente manera: Ibagué con 4 y el resto de municipios cuenta con 1 a excepción de Coello que no cuenta con ningún hospital o clínica.

MAPA ORGANISMOS DE SALUD – PUESTOS DE SALUD
MUNICIPIOS DEL DEPTO. TOLIMA 2012

MUNICIPIOS	Nº
Ibagué	34
Alpujarra	2
Cunday	2
Planadas	2
Ataco	1
Cajamarca	1
Coello	1
Coyaima	1
Espinal	1
Flandes	1
Melgar	1
Piedras	1
Rioblanco	1
San Luis	1



La cantidad de puestos de salud ha fluctuado incrementándose de 145 en 2004, 121 en el período 2005 – 2006 y a partir del 2007 se redujeron a 104, manteniéndose en esa cantidad hasta el año 2010. En el año 2012, el municipio con mayor número de puestos de salud es Ibagué con 34, lo sigue Alpujarra, Cunday y Planadas con dos puestos de salud y con solo un puesto esta Ataco, Cajamarca, Coello, Coyaima, Espinal, Flandes, Melgar, Piedras, Rioblanco y San Luis; los demás municipios no cuentan con ningún puesto de salud. Con un total en el departamento de 51.

Tabla. Tolima Organismos De Salud 2004 – 2012

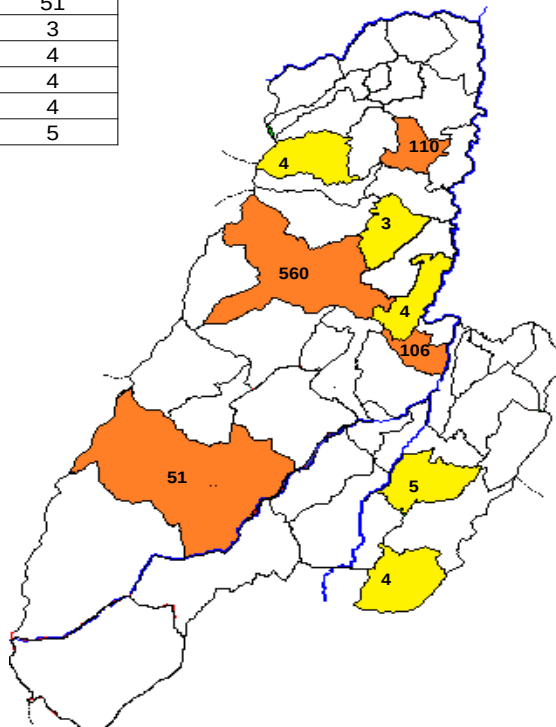
ORGANISMOS	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2012
Hospitales y clínicas	87	72	72	83	83	83	83	46
Puestos de salud	145	121	122	104	104	104	104	51

Fuente: Tolima en cifras 2000 - 2010

CAPACIDAD DE CAMAS EN EL DEPARTAMENTO 2012

MAPA DE TOTAL CAMAS HOSPITALARIA - PÚBLICA MUNICIPIOS DEL DEPTO. TOLIMA 2012

MUNICIPIO	N°
Ibagué	560
Lérida	110
Espinal	106
Chaparral	51
Alvarado	3
Alpujarra	4
Coello	4
Murillo	4
Prado	5



El departamento del Tolima cuenta con 1372 camas hospitalarias, que corresponde a la red pública.

El mayor porcentaje de capacidad hospitalaria se encuentra en los siguientes municipios: Ibagué con el 40,81% (560), Lérida 8% (110), Espinal 7,7% (106), Chaparral 3,7% (51).

El número de camas de pediatría es de 233, adultos 721, obstétrica 193, unidad de cuidados intensivos adultos 51, unidad intermedia adulto 28, unidad intensiva neonatal 15, unidad intermedia neonatal 22, unidad intensiva pediátrica 8. En la unidad intermedia pediátrica no hay una disposición de camas en el departamento y sólo hay dos unidades de psiquiatría en los municipios de Ibagué y Lérida con un total de 101 camas hospitalarias disponibles.

3.2 COBERTURAS DE VACUNACION POR TIPO DE BIOLOGICO EN MENORES DE UN AÑO

En cuanto a la vacunación, la correspondiente a Polio registró una cobertura promedio de 90,90% a lo largo del periodo 2005-2010, el nivel más alto fue presentado en 2006 con un 93,95%, el menor por su parte, correspondió a 2005 con un 87,61%.

En lo referente a la administración de la vacuna combinada contra Difteria, Tétano y Tosferina – DPT-, se encontró un nivel de cobertura del 95,4% en 2006 (el más alto de la serie), el período concluyó con 84,09%; los municipios con menor proporción media de cubrimiento de la vacuna DPT fueron Flandes (76,85%), Cunday (78,86%) y Venadillo (79,98%), los demás presentaron porcentajes superiores al 80%, y 21 municipios alcanzaron una cobertura superior al 100%.

Con respecto a BCG, Flandes (45,87%), Herveo (60,21%), Cunday (69,39%) y Villarrica (69,93%) mostraron las menores cifras, mientras 13 de los 47 municipios del departamento reportaron más del 100% de cobertura promedio.

En cuanto a la vacunación contra Hepatitis B (HB), la media anual alcanzada fue de 93,37%. El 42,55% de los municipios (esto es, 20 de 47) supera el 100% de cobertura de vacunación.

Entre 2005-2010 en el Tolima se ha logrado vacunar en promedio un 91,43% de la población infantil contra Haemophilus influenzae tipo B (HIB), se destacan Cunday, Rioblanco y Planadas con las proporciones medias más bajas, 62,68; 65,16 y 69,36%, solo 11 del total de municipios supera el 100%

La cobertura promedio anual de vacunación Triple Viral (TV) fue del 94,44%, 19 de los 47 municipios del Tolima alcanzaron coberturas superiores al 100%, mientras que 7 de ellos registraron valores inferiores al 80,0% (Cunday, Falan, Flandes, Piedras, Suarez, Venadillo y Villarrica).

Solamente 4 de los 47 municipios presentaron completa accesibilidad a la vacunación durante el periodo de estudio, estos fueron Alpujarra, Lérída, Ortega y Santa Isabel.

TABLA.Tolima, cobertura vacunación por tipo biológico a niños <1 año 2005-2010

Tipo de biológico	2005	2006	2007	2008	2009	2010
POLIO	87,61	93,95	89,9	93,39	91,56	89,02
DPT	91,27	95,4	89,17	93,28	91,69	89,04
BCG	96,95	99,38	104,51	103,24	93,04	84,35
HB	90,9	95,09	89,23	93,28	91,69	89,04
HIB	90,37	95,01	89,2	93,28	91,69	89,04
T.V	91,88	87,35	87,25	93,71	95,26	87,22

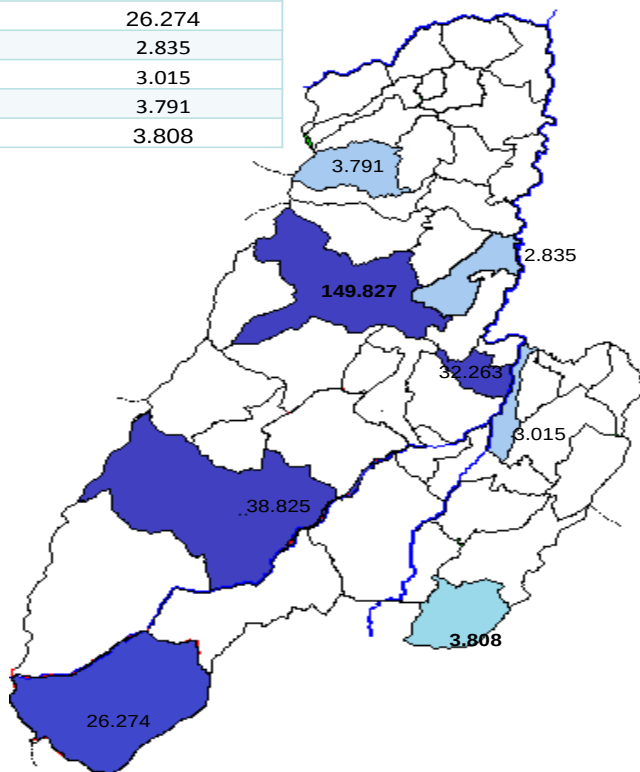
Fuente: Tolima en cifras 2000 - 2010

3.3 POBLACIÓN AFILIADA AL RÉGIMEN SUBSIDIADO Y CONTRIBUTIVO

De acuerdo a la información aportada por la Secretaría de Salud Departamental, el número de personas afiliadas al régimen subsidiado de seguridad social pasó de 362.797 en 2005 a 713.597 en 2010, lográndose un aumento de 350.800 nuevos afiliados, en promedio el número de integrantes de este régimen creció a una tasa de 8,83%.

MAPA DE POBLACIÓN AFILIADA AL RÉGIMEN SUBSIDIADO
MUNICIPIOS DEL DEPTO. TOLIMA 2010

Régimen Subsidiado	Afiliados
Ibagué	149.827
Chaparral	38.825
Espinal	32.263
Planadas	26.274
Piedras	2.835
Suárez	3.015
Murillo	3.791
Alpujarra	3.808



Los municipios del Tolima que presentaron los menores incrementos de la población afiliada al régimen subsidiado en el año 2010 fueron Piedras (2.835), Suárez (3.015), Murillo (3.791), y Alpujarra (3.808). Los aumentos absolutos más destacados en el número de afiliados de este mismo año son Ibagué (149.827), Chaparral (38.825), Espinal (32.263), Planadas (26.274).

TABLA. Tolima, población afiliada al régimen subsidiado 2005 - 2010

Régimen Subsidiado	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Afiliados	362.797	525.507	603.027	718.920	771.099	713.597
Tasa de crecimiento	41,32	44,85	44,85	13,25	4,45	-95,74

Fuente: Tolima en cifras 2000 - 2010

Del total de afiliados al sistema de salud en el Tolima para el año 2009 correspondiente a 1.318.482 personas, el 41,51% (547.383 personas) pertenecían al contributivo, frente al 58,48% (771.099 personas) del subsidiado; en el último año (2010) del total de afiliados al sistema (1.269.305), el 43,78% (555.708 personas) correspondía al contributivo, ascendiendo 2.27% su participación durante ese periodo.

Durante el periodo de 2000 y 2010, 36 de los municipios del departamento se caracterizaron por su tendencia al descenso en el total de afiliados al régimen contributivo, sobresalen Saldaña, Purificación y Guamo por contar con los mayores detrimentos en puntos porcentuales entre este periodo, correspondientes a 20,94; 19,85 y 19,63, respectivamente. Por su parte, el ascenso más destacado lo registró Piedras, al pasar de 10,96% en 2000 a 23,54% en 2010, esto es, un incremento de 12,58 puntos.

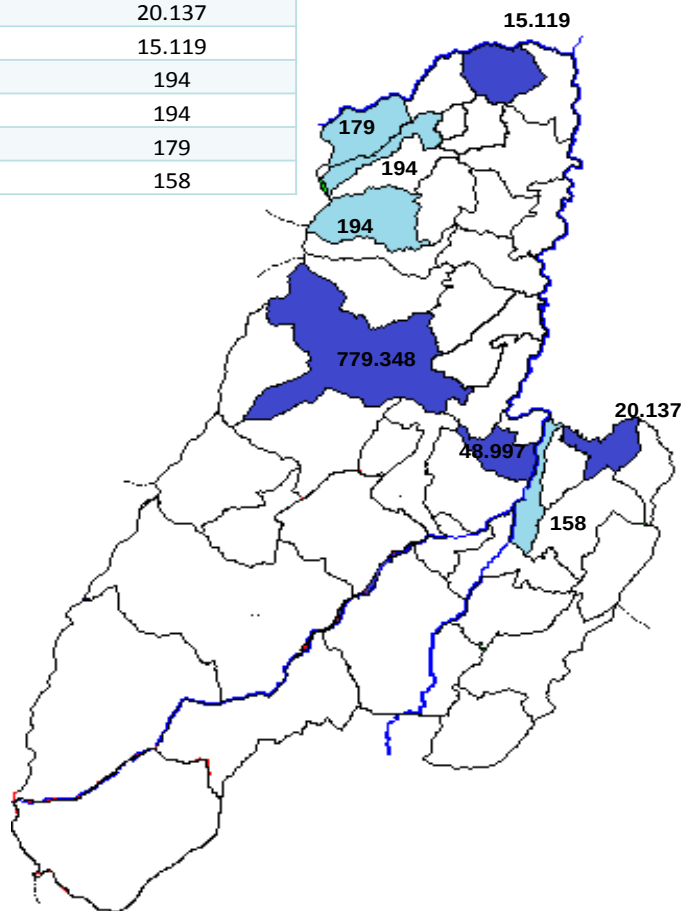
TABLA. Tolima, población afiliada al régimen contributiva 2005 - 2010

Régimen Contributivo	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Afiliados	362.797	525.507	479.990	545.030	545.829	555.708
Tasa de crecimiento	41,32	44,85	-8,66	13,55	0,15	1,81

Fuente: Tolima en cifras 2000- 2010

MAPA DE POBLACIÓN AFILIADA AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
MUNICIPIOS DEL DEPTO. TOLIMA 2010

Régimen Contributivo	Afiliados
Ibagué	779.348
Espinal	48.997
Melgar	20.137
Mariquita	15.119
Casabianca	194
Murillo	194
Herveo	179
Suárez	158



El 41,51% de los afiliados al régimen contributivo del sistema de salud en el departamento en 2010, el mayor número de personas afiliadas correspondían a los reportados por la ciudad de Ibagué, con 779.348; el Espinal con 48.997, Melgar 20.137 y Mariquita con 15.119. Se destaca que los dos primeros municipios mencionados contaron con la mayor participación de afiliados al régimen contributivo con el 68,37 y 8,82%, respectivamente, del total de afiliados al sistema del correspondiente municipio; los restantes 44 municipios mostraron

una proporción inferior al 8%, mencionando a los de menor número de afiliaciones son Casabianca y Murillo con 194, Herveo con 179, y Suárez 158.

En el año 2011 el departamento cuenta con una población de 1.391.909 habitantes de los cuales 741,316 se encuentran afiliados al Régimen Subsidiado, 444.777 al Régimen Contributivo y 52.498 afiliados al Regímenes Excepcionales, arrojando una cobertura del 88.69% de la población Tolimense asegurada en salud, como se detalla en la siguiente tabla.

Régimen	Población	%	Cobertura
Contributivo	444.777	31.9%	88.69%
Subsidiado	741.316	53.2%	
De excepción	52.498	3.5%	
Sin afiliar	153.318	11.40%	11.40%
Total	1.391.909	100%	

Fuente: Ministerio Salud y Protección. FOSYGA-BDUA-Emcosalud 2011

3.4 INVERSIÓN EN SALUD

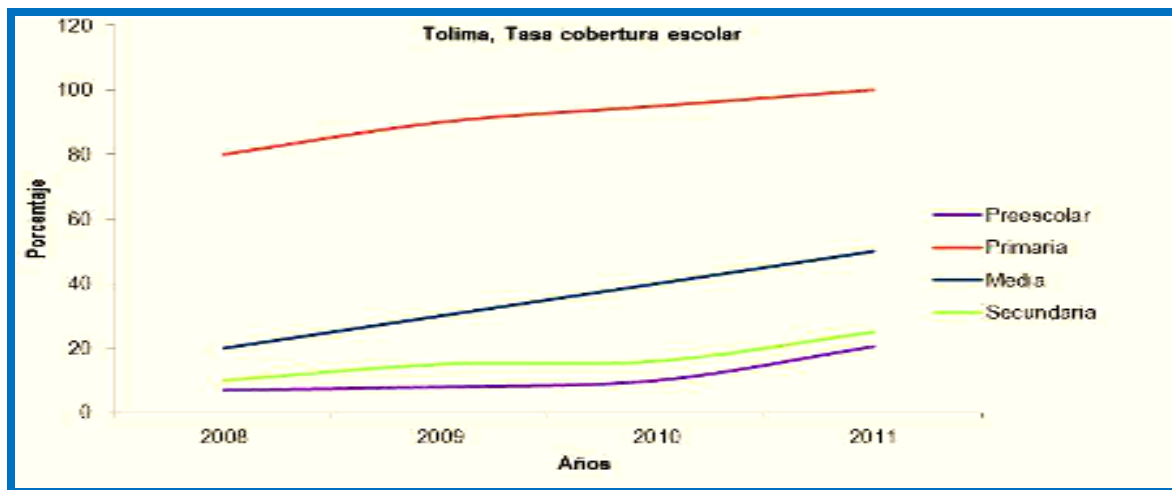
Cod. Dane	Dpto.	Área KM2	Régimen Subsidiado	Pública	Total Inversión (\$)
73	TOLIMA	23562	85738461,6	11329485	97067946,6

Fuente: Departamento Nacional de Planeación (2005)

El departamento del Tolima, para la prestación de servicios de salud, la inversión que se realizó en los prestadores públicos es de 11329485, 6 millones de pesos y en el régimen subsidiado es de 85738461,6 millones de pesos; con una cuenta conformada por un total de inversión de 97067946,6 millones de pesos. Se utilizó como Expresión: Inversión total en miles de pesos.

4. EDUCACIÓN

4.1 COBERTURA DE EDUCACIÓN



Fuente: Tolima en cifras de cobertura 2004-2011, ministerio de educación nacional (2011)

En el año 2011, se matricularon en departamento del Tolima 217.382 niños, niñas y adolescentes en los niveles de preescolar, básica primaria, secundaria y media. En este año la cobertura bruta alcanzó el 103.8% y la cobertura neta 85.5% en promedio en los 4 niveles.

4.2 TASA DE ANALFABETISMO TOTAL

Cód. Dane	Depto.	Área KM2	Tasa de Analfabetismo Total (%)	Rango
73	TOLIMA	23562	9,9	

Expresión: Fuente: Ministerio de Educación (2005)

Según censo de 2005, de los residentes del departamento del Tolima, mayores de 15 años el 9,9% son analfabetas; en la zonas rurales y urbana. Según información suministrada por el ministerio de educación nacional, entre el 2006 y 2010 se han logrado alfabetizar 29.185 adultos. La expresión utilizada es: Población total mayor de 15 años que no sabe leer ni escribir/ población total mayores de 15 años (Exceptuando comunidades indígenas).

4.3 TASA DE ALFABETISMO TOTAL

Cód. Dane	Depto	Municipio	Área KM2	Tasa Alfabetismo Total (%)	
73001	TOLIMA	IBAGUE	1439	94,91	

Fuente: Ministerio de Educación (2005)

El departamento del Tolima en su sistema educativo cuenta con un conjunto desarticulado de 214 instituciones educativas y 2100 sedes, por lo que se hace necesario desarrollar un sistema articulado tomando como base un instrumento socialmente construido: El informe presentado por el Ministerio de Educación presenta un porcentaje de 94,91%. La expresión utilizada es: Población urbana y rural mayor de 15 años que sabe leer y escribir/ población total urbana y rural mayores de 15 años (Exceptuando comunidades indígenas).

5. VIVIENDAS Y HOGARES

5.1 VIVIENDAS TOTAL

Código Dane	Departamento	Área oficial KM2	Viviendas en Total (N°)	Rango
73	TOLIMA	23562	363.637	1.000 – >10.000

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2005)

Según el censo, se observa un incremento en la demanda de vivienda que se genera con el mayor dinamismo económico, para impulsar la generación de empleo, especialmente en las zonas urbanas del país. La expresión utilizada es: Número total de viviendas en el departamento (Urbano y Rural).

5.1 HOGARES TOTAL

Código Dane	Departamento	Área oficial KM2	Urbana (N°)	Rural (N°)	TOTAL (N°)
73	TOLIMA	23562	244.871	107.453	352.324

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2005)

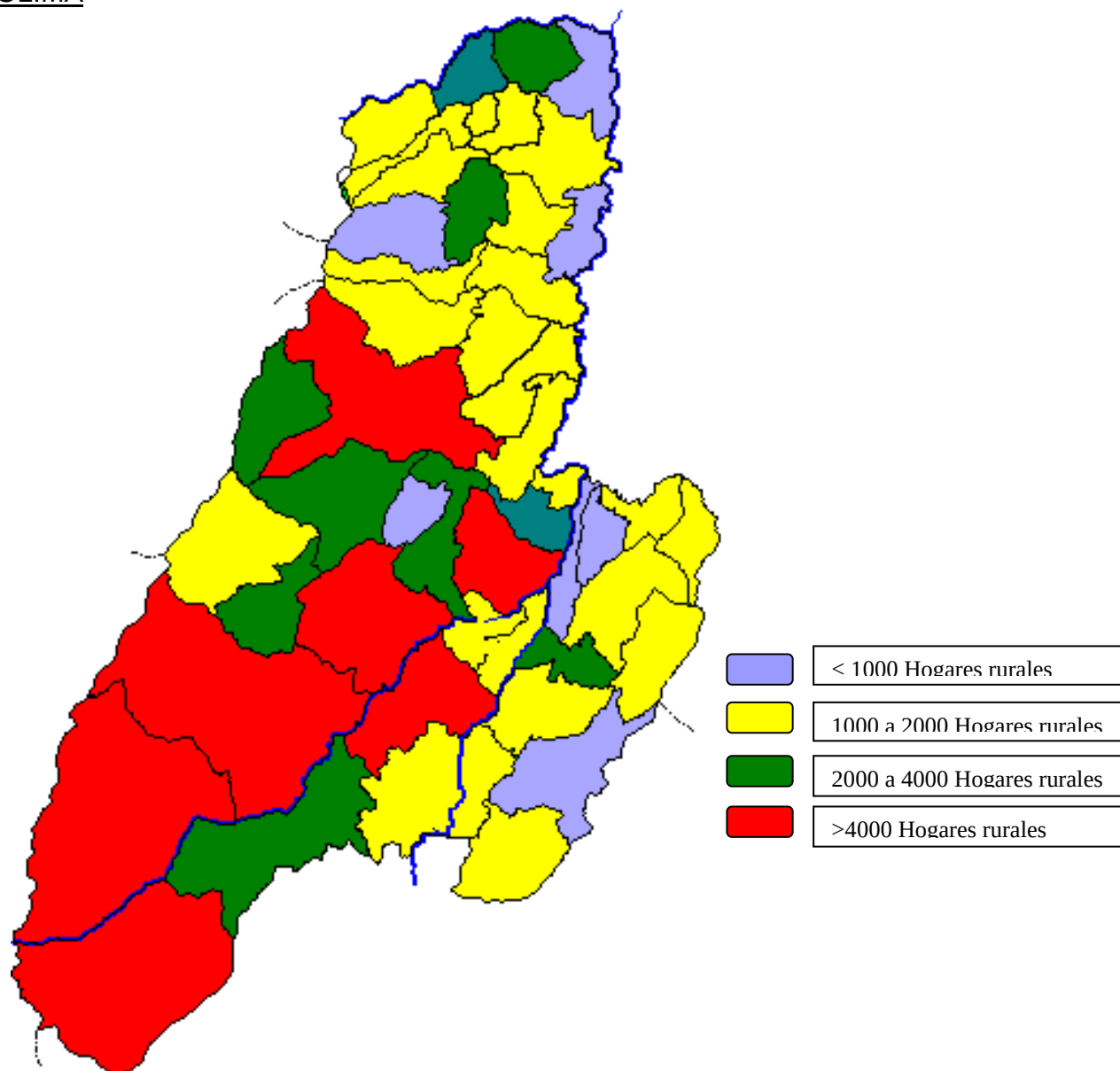
El número de hogares en el departamento del Tolima tiene un total de 352.324, los hogares a nivel urbano tienen un total de 244.871, mostrando una diferencia en relación con la zona rural de 107.453. La expresión utilizada es: Número total de hogares por departamento (Urbano y Rural).

Tabla. Hogares rural y urbano del departamento del Tolima

Nº	Municipio	Total	Urbano	%	Rural	%	Nº	Municipio	Total	Urbano	%	Rural	%
1	ALPUJARRA	1565	542	34.7	1023	65.3	25	LIBANO	11583	7692	66.5	3891	33.5
2	ALVARADO	2289	790	34.6	1499	65.4	26	MARIQUITA	9575	6998	73.1	2577	26.9
3	AMBALEMA	2154	1649	76.6	505	23.4	27	MELGAR	9146	7551	82.6	1595	17.4
4	ANZOATEGUI	2011	484	24.1	1527	75.9	28	MURILLO	1162	428	36.9	734	63.1
5	ARMERO (Guayabal)	3514	2459	70.0	1055	30.0	29	NATAGAIMA	5426	3639	67.1	1787	32.9
	ATACO	3917	1284	32.8	2633	67.2	30	ORTEGA	7101	1714	24.2	5387	75.8
7	CAJAMARCA	5091	2660	52.3	2431	47.7	31	PALOCABILDO	2432	778	32.0	1654	68.0
8	CARMEN DE APICALA	2380	1756	73.8	624	26.2	32	PIEDRAS	1519	477	31.5	1042	68.5
9	CASABIANCA	1746	439	24.2	1307	74.8	33	PLANADAS	6089	1826	30.0	4263	70.0
10	CHAPARRAL	12059	7055	58.6	5004	41.4	34	PRADO	2437	1000	41.1	1437	58.9
11	COELLO	2258	371	15.5	1887	83.5	35	PURIFICACION	7496	4183	55.9	3313	44.1
12	COYAIMA	6217	993	16.0	5224	84.0	36	RIOBLANCO	5858	1135	19.4	4723	80.6
13	CUNDAY	2509	709	28.3	1800	71.7	37	RONCESVALLES	1596	471	29.6	1125	70.4
14	DOLORES	1671	945	56.6	726	43.4	38	ROVIRA	5454	2681	49.2	2773	50.8
15	ESPINAL	18694	13700	73.3	4994	26.7	39	SALDANA	3954	2234	56.5	1720	43.5
16	FALAN	2191	499	22.8	1692	77.2	40	SAN ANTONIO	3723	1166	31.4	2557	68.6
17	FLANDES	7418	6341	85.5	1077	14.5	41	SAN LUIS	3755	1043	27.8	2712	72.2
18	FRESNO	8376	4142	49.5	4234	50.5	42	SANTA ISABEL	1678	640	38.2	1038	61.8
19	GUAMO	9379	4473	47.7	4906	52.3	43	SUAREZ	1196	528	46.2	668	55.8
20	HERVEO	2332	644	27.7	1688	72.3	44	VALLE DE SAN JUAN	1593	692	43.5	901	56.5
21	HONDA	7484	7251	96.9	233	3.1	45	VENADILLO	5037	3433	28.2	1604	31.8
22	IBAGUE	136441	128661	94.3	7780	5.7	46	VILLAHERMOSA	2840	1048	27.0	1792	63.0
23	ICONONZO	2901	911	31.5	1990	68.5	47	VILLARRICA	1963	780	39.8	1183	60.2
24	LERIDA	5114	3972	77.7	1142	22.3							

La tabla muestra el dominio del sector rural o urbano en cada municipio con base al número de hogares (familias), evidenciando que el 48.9% de los municipios del departamento del Tolima poseen más del 60% de hogares (familias) rurales.

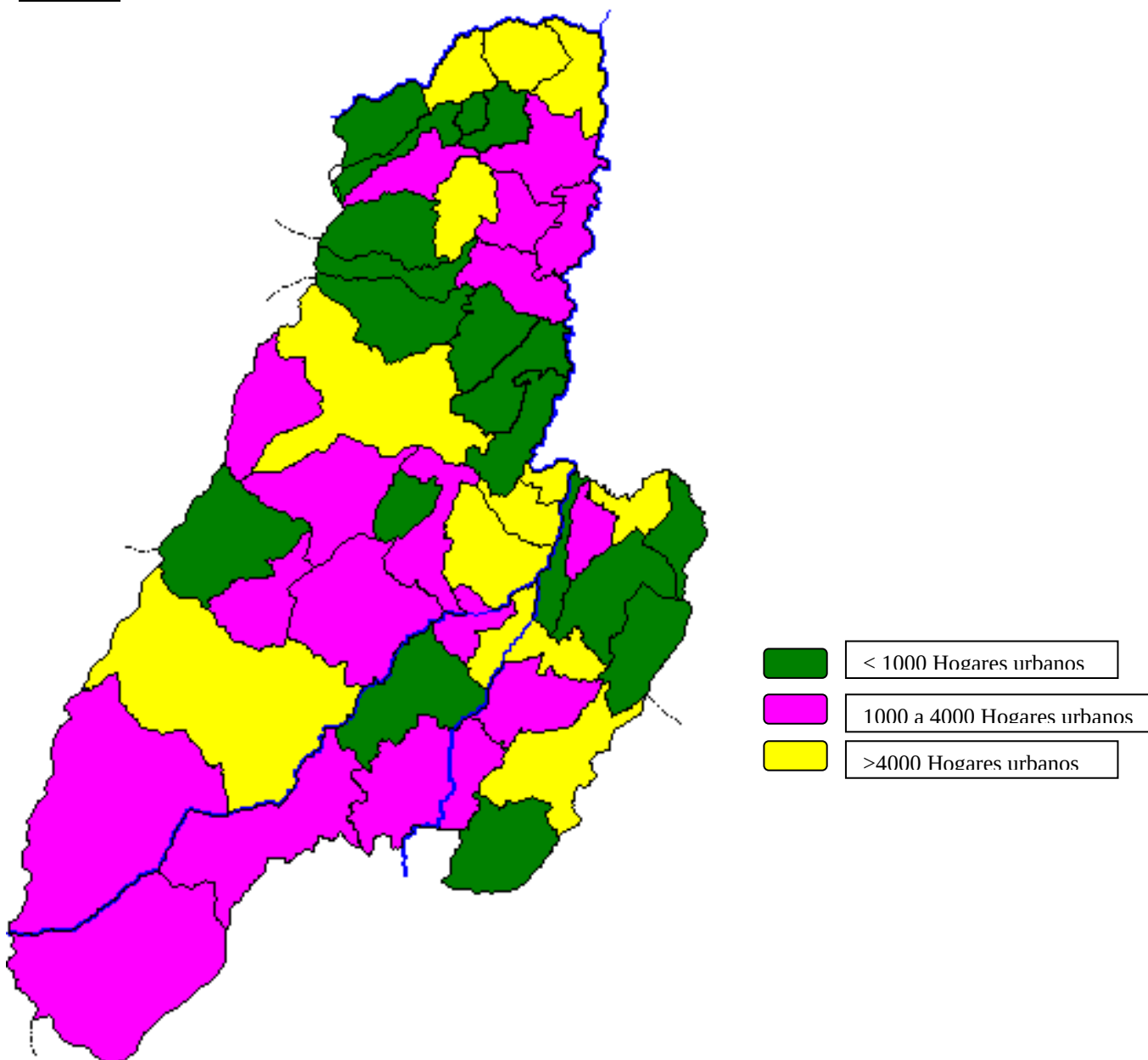
5.3 DISTRIBUCION DE HOGARES RURALES EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA



De la totalidad de municipios del Departamento del Tolima, el 14.89% poseen menos de 1000 hogares rurales equivalentes a Ambalema, Carmen de Apicala, Dolores, Honda, Murillo, Suarez y Valle del San Juan. Casi la mitad de los municipios poseen de 1000 a 2000 hogares rurales (48.93%), el 17.02% poseen de 2000 a 4000 hogares rurales y el 19,14% restante corresponde a los municipios

con más de 4000 hogares rurales representados en su mayoría por aquellos que se encuentran en el centro sur del departamento: Chaparral, Coyaima, Espinal, Fresno, Guamo, Ibagué, Ortega, Planadas y Rioblanco.

5.4 DISTRIBUCION DE HOGARES URBANOS EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA



En el departamento del Tolima los hogares urbanos se encuentran distribuidos así: el 40.42% de los municipios poseen menos de 1000 hogares urbanos, el 36.17% poseen de 1000 a 4000 hogares urbanos y el restante 23.40% poseen mas de 4000 hogares urbanos.

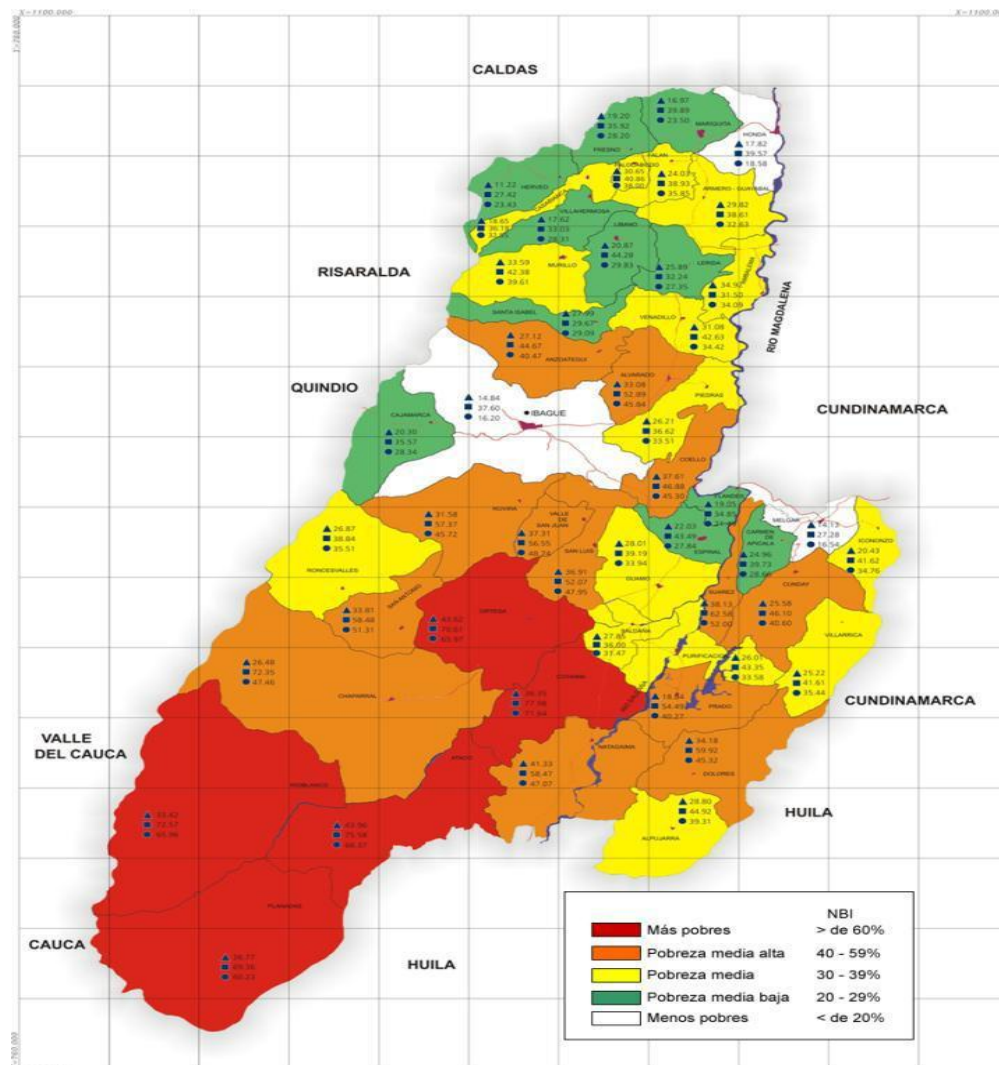
6. NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS (NBI)

Código Dane	Departamento	Área oficial KM2	Necesidades Básicas Insatisfechas – NBI (%)	Rango
73	TOLIMA	23562	29,85	20.1 a 35

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2005)

El indicador de NBI del Tolima según Censo de Población de 1993 y 2005, muestra una evolución decreciente al pasar del 37.5% al 29.8% al año 2005; el NBI del departamento del Tolima frente al Nacional, el Tolima se sitúa por encima de 4 puntos de la media nacional que para el 2005 era de 25.8%.

TOLIMA, MAPA NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS CENSO 2005.



Fuente: Departamento de Planeación y Sistemas. Gobernación del Tolima

Dentro de la clasificación de NBI los municipios del departamento según el censo de 2005, entre más pobres y menos pobres se encuentra que, en la primera categoría se ubican 5 con una proporción de habitantes con Necesidades Básicas Insatisfechas superior al 60%, estos son, Coyaima (71,64%), Ataco (66,37%), Rioblanco (65,96%), Ortega (63,97%) y Planadas (60,23%), los cuales se caracterizan porque su población se encuentra especialmente concentrada en la zona rural y además, son reconocidos dentro del departamento como los más afectados por el conflicto armado que afronta Colombia, y cuentan con las más altas tasas de desplazamientos del Tolima; por su parte, los menos pobres corresponden a los municipios con NBI inferior al 20%, se identifican 3, Ibagué (16,20%), Melgar (16,54%) y Honda (18,58%), los cuales, al contrario de los más pobres, cuentan con población predominantemente urbana, lo cual facilita el acceso a servicios básicos como agua potable, alcantarillado, asistencia médica y educación, el proceso de urbanización ha mejorado la calidad de vida de sus habitantes.

7. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS

7.1 ACTIVIDADES ECONÓMICAS

La economía del departamento de Tolima esta sustentada en las actividades agropecuarias, los servicios y la industria. La agricultura esta altamente tecnificada e industrializada, los productos son arroz, ajonjolí, sorgo, café, algodón, caña panela, soya, maíz, tabaco, yuca y frutales. La ganadería es principalmente vacuna y le sigue la crianza de porcinos, también es relevante la pesca fluvial. Los servicios son comerciales, de transporte y comunicaciones. La industria se desarrolla en la producción de alimentos, bebidas, jabones, textiles, cemento y algunos materiales para construcción. La minería esta poco desarrollada, se extrae petróleo y se explota oro en algunas zonas.⁷

7.2 PRODUCTO INTERNO BRUTO (PIB)

Código Dane	Departamento	Área oficial KM2	Producto Interno Bruto	Rango
73	TOLIMA	23562	4,74	3.66 – 5.49

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística

Teniendo en cuenta el informe de Cuentas Nacionales del DANE, para el año 2010, el PIB nacional fue de 548.273 miles de millones de pesos. El departamento

⁷ Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario, FINAGRO

del Tolima se encuentra en el puesto número 10 de participación porcentual en el PIB nacional; para 2009, este llegó a 11.585 miles de millones de pesos, lo cual equivalía al 2.3% del total nacional, ya en 2010, este indicador fue de 11.968 miles de millones de pesos, con una participación del 2.2% del Total nacional.

8. SERVICIOS PUBLICOS

8.1 COBERTURA TOTAL DE ACUEDUCTO

Codigo Dane	Departamento	Área oficial KM2	Cobertura Total de acueducto (%)	Rango
73	TOLIMA	23562	24	<50 - >90

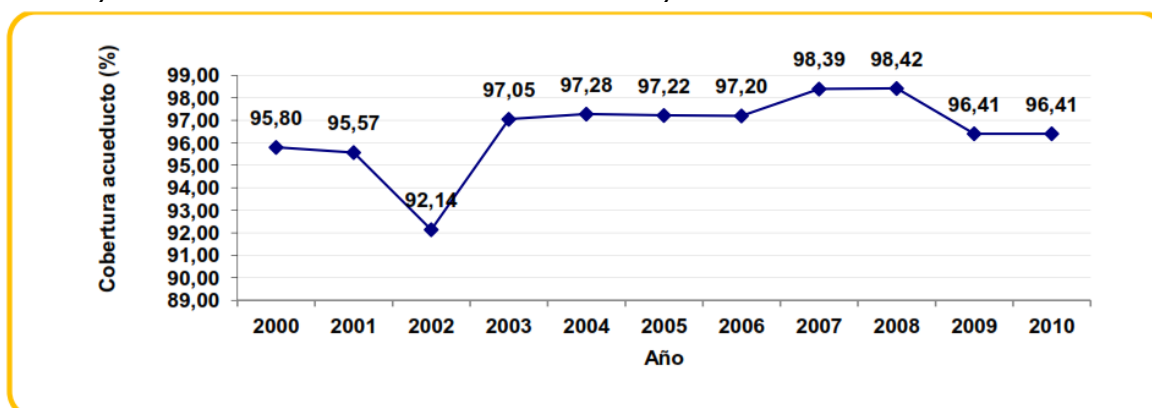
Fuente: Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios (2008)

El departamento del Tolima, cuenta con una cobertura en el servicio público de acueducto del 24%, que representa a 1498,2 de viviendas que cuentan con el servicio en relación al total de viviendas del departamento x 100.

La cobertura del servicio de acueducto en el departamento del Tolima, ha evidenciado avances; ya que pasó de una cobertura inicial en 2000 de 95,80% a 96,41% en 2010, a pesar de la caída de 2002 de -3,59%, en 2003 se incrementa (5,4%).

Se destaca que de los 47 municipios del departamento, 8 reportaron cobertura total a lo largo del periodo de estudio; los demás presentaron un nivel superior al 90% en promedio anual. Los municipios que menor proporción registraron en la prestación del servicio de acueducto fueron Mariquita y Rioblanco con 91,72 y 92,66%, respectivamente.

Tolima, cobertura del servicio de acueducto, 2000 - 2010.



Fuente: Tolima cifras 2000-2010.

8.2 COBERTURA TOTAL DE ALCALTARILLADO

Código Dane	Departamento	Área oficial KM2	Cobertura Total de Alcantarillado (%)	Rango
73	TOLIMA	23562	24	<40 ->90

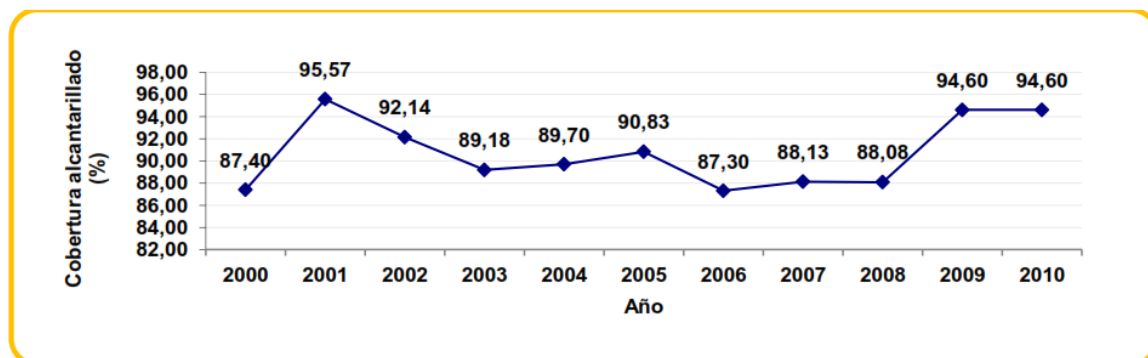
Fuente: Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios (2008)

El departamento del Tolima, cuenta con una cobertura en el servicio público de alcantarillado del 24 %, que representa 1345 viviendas que cuentan con el servicio en relación al total de viviendas del departamento x 100.

La cobertura del servicio de alcantarillado ha evolucionado de forma irregular; de una proporción de 87,4% en 2000 se pasa a 95,57% en 2001, esto es, un aumento de 9,35%, sin embargo, este nivel no se vuelve a alcanzar; a partir de 2002 la tendencia general es ligeramente ascendente, a una tasa media anual de 0,88%; el nivel más bajo de la serie, ocurrió en 2006 con 87,3%.

Sobresalen los municipios de Villarrica y Villahermosa, el primero por contar con la cobertura total del servicio más alta durante todo el periodo de estudio (98,75%), mientras el segundo no reporta suministro del servicio a la población entre 2001 y 2008. Los restantes 45 municipios mostraron un nivel superior a 72%.

Tolima, cobertura del servicio de alcantarillado, 2000 - 2010.



Fuente: Tolima cifras 200-2010.

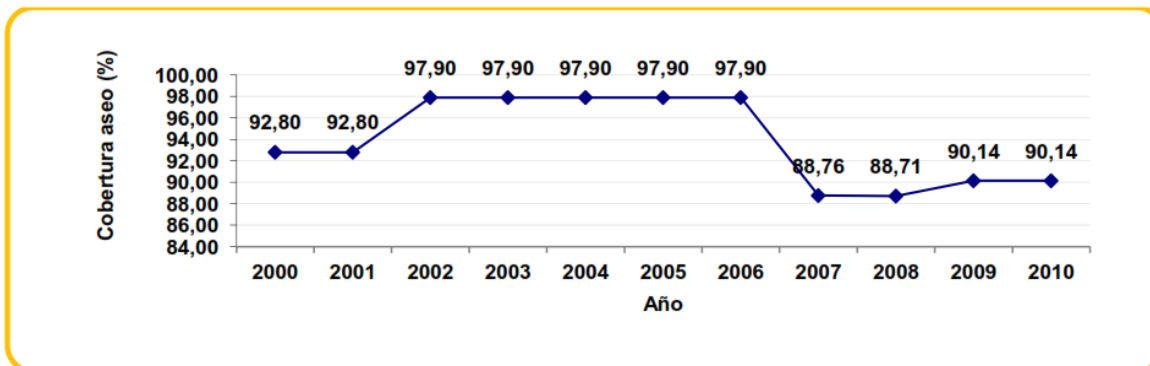
8.3 COBERTURA DEL SERVICIO DE ASEO

La evolución de la cobertura del servicio de aseo en el departamento del Tolima se mantuvo invariante en 97,9% a lo largo del periodo 2002 a 2006, a partir de 2007 la tendencia fue decreciente a una tasa promedio de -1,95 anual. En once años no ha sido posible aproximar la cobertura al 100%.

Los municipios de Valle del San Juan y Santa Isabel presentaron los niveles más bajos de cobertura durante todo el periodo de estudio 48,18 y 48,55%,

respectivamente; 7 de los 47 municipios del Tolima manifestaron cobertura total y los demás oscilaron entre el 76 y 99%.

Tolima, cobertura del servicio de aseo, 2010 - 2010.



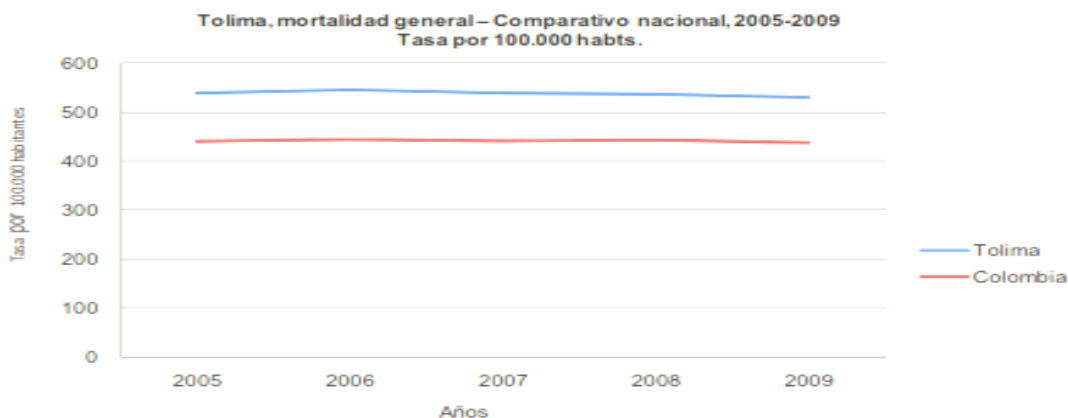
Fuente: Tolima cifras 2000-2010.

9. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

9.1 NATALIDAD

Mientras a nivel nacional la tasa de natalidad se ubicaba en un promedio de 20,79 nacidos por cada mil habitantes entre 2000 y 2010, el Tolima presentó una tasa inferior, correspondiente a 17,03 nacidos por cada mil habitantes para el mismo periodo; ésta se redujo durante los 11 años de estudio a una tasa media anual del -5,5%; sobresale el descenso de -21,8% ocurrido en 2010 que dio como resultado la tasa más baja de la serie (11,41).

9.2 MORTALIDAD



Fuente: DANE – Estadísticas vitales

La mortalidad general en el departamento del Tolima entre los años 2005 a 2009 ha registrado un comportamiento relativamente estable, con una tasa de mortalidad promedio de 538.4 defunciones por 100.000 habitantes, siendo

superior en un 22% al promedio de mortalidad nacional dado en 441,4 por 100.000 habitantes, para este mismo periodo. A nivel de municipios del Departamento, para el año 2009, Honda ocupa el primer lugar, con 819,1 defunciones por cada 100.000 habitantes seguido por Ambalema, 763,2, Lérica, 748,8, Guamo, 741,0 y Villarrica, 729.

9.2.1 CAUSAS DE MORTALIDAD

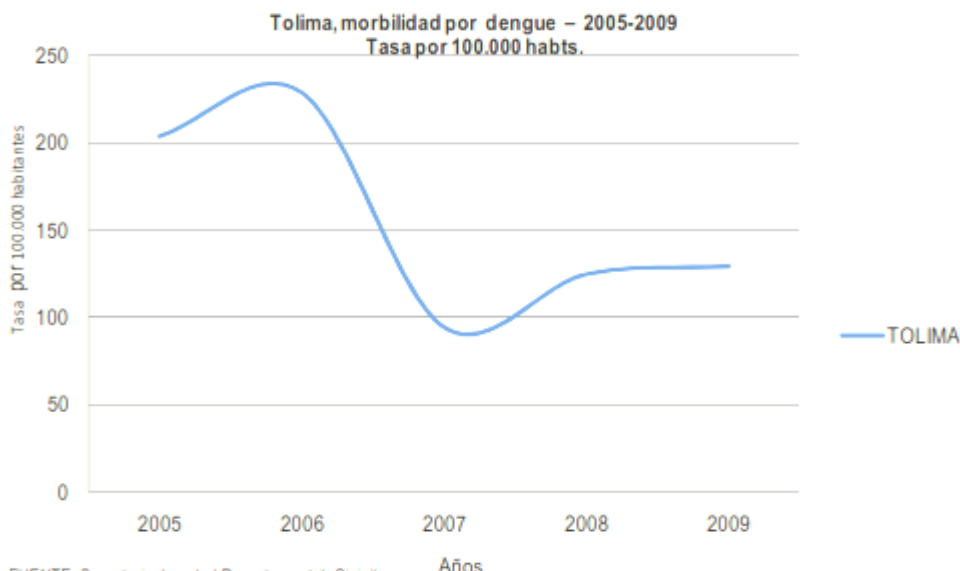
Tolima, principales causas de mortalidad - promedio 2005 - 2009

CAUSA DE MORTALIDAD (POR 100.000 HABTS.)	INDICADOR PROMEDIO
Enfermedades isquémicas del corazón	112,24
Enfermedades cerebro-vasculares	38,5
Casusas externas progresiones (homicidios)	34,8
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	31,8
Diabetes Mellitus	21,2

Fuente: DANE – Estadísticas vitales

En el departamento del Tolima al igual que en Colombia aparecen como primeras causas de mortalidad las relacionadas a enfermedades crónicas y degenerativas, mientras las que las asociadas a enfermedades transmisibles han disminuido. Dentro de las cinco primeras causas de mortalidad general, se encuentran en primer lugar, las enfermedades isquémicas del corazón, con una prevalencia de 112 x 100.000 habitantes, seguida por las enfermedades cerebrovasculares 38,5 x 100.000 habitantes, las causas externas por agresiones (homicidios), inclusive secuelas 34,8 por 100.000 habitantes, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores 31,8 x 100.000 habitantes y la Diabetes Mellitus 21,22 x 100.000 habitantes.

9.3 MORBILIDAD



Fuente: secretaría de salud – Sivigila

El Dengue enfermedad vectorial viral endémica del departamento del Tolima, en los municipios situados por debajo de los 2.200 msnm. Representa un problema prioritario en Salud pública debido a la re emergencia e intensa transmisión. La tasa de incidencia de dengue ha mostrado un leve incremento a partir del 2007, pasando de 94,3 a 129,1 por 100.000 habitantes. En promedio 2005 – 2009 la incidencia de Dengue registrada en el departamento del Tolima fue de 155,81 por 100.000 habitantes.

iii. DIAGNOSTICO

El modelo biomédico – curativo se ha venido desarrollando en casi todo Colombia a lo largo del tiempo y el departamento del Tolima no ha sido ajeno a este, dando como resultado la frustración por el logro de el total bienestar que se desea en la población.

El sistema de salud que actualmente se emplea en el país demuestra debilidades en cuanto a cobertura y atención en servicios de salud ya que en el departamento del Tolima hasta el 2011, el 88.69% de la población estaba afiliada a algún régimen de salud para una población de 1`391.909, evidenciando que cerca de 157.425 personas se encuentran sin ningún tipo de afiliación.

Por otro lado el departamento cuenta con 51 centros de salud y 46 hospitales y clínicas de la red pública, dentro de los cuales se cuenta con 1372 camas para atender toda la población tolimese, reflejando una relación cama – persona de

1:1014,5 lo que demuestra el déficit en salud a la que está preparado el departamento ante una posible alta demanda de atención.

iv. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Elaborar e implementar el modelo de Atención Primaria en Salud en el Departamento del Tolima conforme a la ley 1438 de 2011 y a las necesidades de la población tolimese.

II. ELABORACIÓN DE UN PLAN DE ACCIÓN

i. OBJETIVO GENERAL

Elaborar el modelo de atención primaria en salud en el departamento del Tolima, basado en la ley 1438 del año 2011 y de acuerdo al contexto social, demográfico, cultural y a la capacidad instalada para la prestación de servicios de salud, para el mejoramiento del nivel de salud y calidad de vida de la población a nivel individual, familiar y comunitario.

ii. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Analizar la aplicación y desarrollo del modelo de la atención primaria de salud a nivel internacional y nacional.
2. Consultar y analizar la información del departamento del Tolima en aspectos sociodemográficos y de salud, para establecer el diagnóstico del estado actual del departamento.
3. Caracterizar la prestación de servicios de la red publica hospitalaria.

iii. ACTIVIDADES



GOBERNACIÓN DEL TOLIMA SECRETARÍA DE SALUD

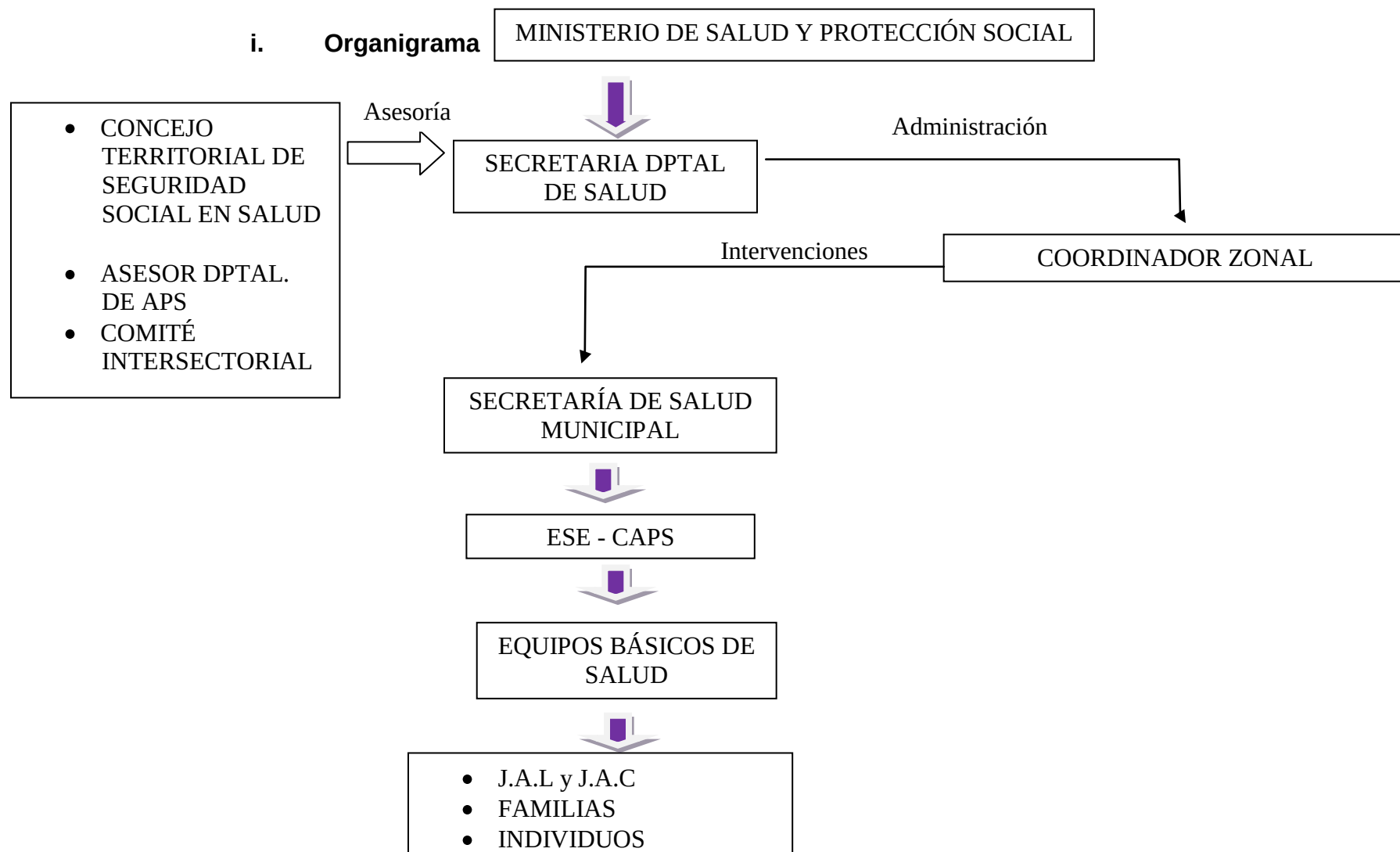
1. Reconocimiento del proceso e implementación de la APS a nivel internacional, nacional y del departamento del Tolima.
2. Recolección de información estadística de la población, de grupos familiares y de la cobertura en salud.
3. Caracterización de la población objeto.
4. Análisis y formulación del diagnóstico de la información de acuerdo a las necesidades básicas en salud.
5. Definir la propuesta de intervención en el departamento del Tolima.
6. Elaborar el modelo de atención primaria en salud para el departamento del Tolima.

iv. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	MES AGOSTO												RESPONSABLES
	8	9	13	14	15	16	17	21	22	23	24	27	
Asesoría con la docente encargada del proyecto.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		Gina Bibian Rodríguez
Reconocimiento del proceso e implementación de la APS a nivel internacional, nacional y del departamento del Tolima.	x	x											Julián Rincón Johana Lozano Adolfo Arias
Elaboración de la introducción, justificación y objetivos.			x										Julián Rincón Johana Lozano Adolfo Arias
Recolección de información estadística de la población, de grupos familiares y de la cobertura en salud.			x	x									Julián Rincón Johana Lozano Adolfo Arias
Caracterización de la población objeto				x	x								Julián Rincón Johana Lozano Adolfo Arias
Análisis y formulación del diagnóstico de la información de acuerdo a las necesidades básicas en salud.						x							Julian Rincón Johana Lozano Adolfo Arias
Definir la propuesta de intervención en el departamento del Tolima.						x							Julian Rincón Johana Lozano Adolfo Arias
Elaborar el modelo de atención primaria en salud para el departamento del Tolima.							x	x	x				Julian Rincón Johana Lozano Adolfo Arias
Elaborar glosario, resumen, conclusiones, recomendaciones y anexos.										x	x		Julian Rincón Johana Lozano Adolfo Arias
Socialización del proyecto												x	Julian Rincón, Johana Lozano, Adolfo Arias

b.) Organización

i. Organigrama



c.) Dirección

i. Plan de ejecución del plan de Actividades

MODELO APS PARA EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

El Departamento del Tolima adoptará la Atención Primaria en Salud teniendo en cuenta todas las características como estrategia que contempla tres componentes integrados e interdependientes: la acción intersectorial / transectorial por la salud, la participación social, comunitaria y ciudadana, y los servicios de salud y que se desarrolla de acuerdo al contexto político, económico y social de cada país, centrada en los individuos, las familias y las comunidades, con activa participación de la comunidad, orientada a establecer condiciones de materialización del goce efectivo del derecho a la salud y la reducción de inequidades, mediante la atención integral a la salud desde una perspectiva de determinantes sociales y económicos, lo que implica no solo una provisión sectorial de servicios de salud, sino una afectación de las causas últimas a través de la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable.

En este sentido, la APS constituye el primer contacto de la población con el sistema y es la puerta de entrada al mismo. La APS en el Tolima debe ser accesible a todos, independientemente de condiciones geográficas, sociales, económicas, culturales, de género, étnicas, religiosas o de otra índole. Tiene una visión holística de la persona y las comunidades, en todas las etapas de la vida, sustentado en el trabajo de equipos de profesionales y técnicos de múltiples disciplinas.

Valores y principios

La atención primaria en salud en el departamento contará con los valores de Equidad, integralidad, oportunidad, solidaridad, además se regirá por los siguientes principios: universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad.

La Atención Primaria en Salud tiene como oferta los siguientes servicios:

- Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC) conforme a la resolución 0425 de 2008.
- Acciones individuales de protección específica y detección temprana, y atención de enfermedades de interés en salud pública. (Resolución 0412 de 2000)

- Prestaciones en Salud: Urgencias, Consulta Externa, Medicamentos, Ayudas Diagnósticas, Laboratorio Clínico, Terapias y Hospitalización 1 Nivel.

Intersectorialidad

Las acciones intersectoriales son necesarias para abordar los principales determinantes de la salud de la población y las inequidades, creando sinergias entre el sector de la salud y otros sectores y actores, como las escuelas, los lugares de trabajo, los programas de desarrollo económico y urbano, la mercadotecnia y el desarrollo agrarios, y la provisión de agua y saneamiento, entre otros.

Organización de la APS en el departamento

La Atención Primaria en Salud en el departamento del Tolima se dividirá de acuerdo a las zonas que la conforman (Norte, Sur, Centro y Oriente), las cuales tendrán un coordinador de APS como cabeza principal.

Los municipios de cada zona en cabeza de la secretaria de salud municipal, deberán caracterizar su población teniendo en cuenta dispersión poblacional, urbanismo o ruralidad, características socioculturales, situación de salud, posibilidades de abordaje institucional, capacidad financiera, planeación de la progresividad en la aplicación de la estrategia de APS, institucionalidad pública y privada, recursos humanos disponibles, transporte, y las intersecciones con otros actores, entre otros, de tal modo que permita definir las características (número, ubicación, formación, entre otros) de los Centros de atención primaria y de los Equipos básicos de salud.

Puerta de entrada

La puerta de entrada se refiere a forma de ingreso de toda la población a recibir servicios de salud. Esta puerta de entrada pueden ser los servicios de las IPS o CAPS – ESE, o los EBS que llegan a los hogares.

La Puerta de Entrada tendrá como condición fundamental la ausencia total de barreras de acceso en la APS.

Centros de atención primaria en salud

En términos de infraestructura y dotación se crearán Centros de atención primaria en salud (CAPS) en cada municipio que se entenderán como Empresas sociales del Estado con alta resolutivez, para ello las entidades territoriales modernizaran las instituciones ya existentes de manera progresiva adoptándolas a las necesidades serviciales de APS.

Equipos básicos de Salud (EBS)

Se conformarán equipos de atención primaria en salud que serán integrados por personal profesional, técnico y auxiliar para la entrega de los servicios ofertados de APS mediante la interacción con poblaciones y territorios definidos de manera intra o extramuralmente.

Conformación y distribución de los EBS

Los Equipos Básicos de Salud estarán conformados por profesionales, auxiliares y técnicos en cada territorio teniendo en cuenta el análisis de la situación en salud. Deberá tener como mínimo: Médico General, Enfermero(a) Profesional, Auxiliar de enfermería, higienista oral, Odontólogo, Nutricionista, Psicólogo y Técnico en Saneamiento Ambiental.

Los Equipos Básicos de Salud dependerán de los CAPS -ESE de la zona y su número dependerá del número de familias a atender en cada territorio y a la dispersión geográfica de las mismas.

Cada Equipo Básico de Salud compuesto por Médico General, Enfermera Profesional, Auxiliar de enfermería e higienista oral, se encargara de ejecutar las actividades estipuladas de APS a 1000 familias tanto de sectores rurales como urbanos tomando como referencia el modelo de APS del Sistema de Salud Brasileño.

Los municipios con más del 70% de sus familias en zona rural y cuya población esta por encima de 2000 familias contarán con un aumento del 50% en EBS debido a la dificultad para la accesibilidad, es el caso de Anzoategui, Coello, Coyaima, Cunday, Falan, Herveo, Ortega, Planadas, Rioblanco, y San Luis.

Los demás profesionales (Odontólogo, Nutricionista, Psicólogo y Técnico en Saneamiento Ambiental) se otorgaran a cada 2500 familias pero si existe >70% de las familias en la zona rural, se adiciona el 50% de estos profesionales.

En el municipio de Ibagué, para la distribución de los EBS será necesaria una caracterización especial de su territorio, población y recursos que se disponga debido a su disponibilidad al acceso de los servicios de salud.

Así el departamento del Tolima sin contar el municipio de Ibagué contará con 220 EBS.

Para el caso de los municipios que cuentan con una población indígena de más del 40% como Coyaima, Ortega y Natagaima deberán conformarse EBS capacitados en manejo en salud de resguardos indígenas preferiblemente que sean parte de estas comunidades.

TABLA. DISTRIBUCION DE EBS EN MUNICIPIOS DE ACUERDO A N° DE FAMILIAS

N°	MUNICIPIO	N° EBS	N°	MUNICIPIO	N° EBS
1	Alpujarra	1	25	Libano	11
2	Alvarado	2	26	Mariquita	9
3	Ambalema	2	27	Melgar	9
4	Anzoategui	3	28	Murillo	1
5	Armero (guayabal)	3	29	Natagaima	5
	Ataco	4	30	Ortega	10
7	Cajamarca	5	31	Palocabildo	2
8	Carmen de apicala	2	32	Piedras	1
9	Casabianca	1	33	Planadas	9
10	Chaparral	12	34	Prado	2
11	Coello	3	35	Purificacion	7
12	Coyaima	9	36	Rioblanco	8
13	Cunday	3	37	Roncesvalles	1
14	Dolores	1	38	Rovira	5
15	Espinal	18	39	Saldana	4
16	Falan	3	40	San antonio	4
17	Flandes	7	41	San luis	5
18	Fresno	8	42	Santa isabel	1
19	Guamo	9	43	Suarez	1
20	Herveo	3	44	Valle de san juan	1
21	Honda	7	45	Venadillo	5
22	Ibague	-	46	Villahermosa	3
23	Icononzo	3	47	Villarrica	2
24	Lerida	5		TOTAL TOLIMA	220

Los EBS de acuerdo a la ley 1438 de 2011 cumplirán con las siguientes funciones:

- Realizar el diagnóstico familiar, de acuerdo con la ficha unificada que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Identificación de riesgo individual, familiar y comunitario de los usuarios por edad, sexo, raza y etnia.

- Informar sobre el portafolio de servicios de la protección social en salud a las familias de acuerdo con sus necesidades y con las políticas y reglamentación de dichos servicios.
- Promover la afiliación al sistema, la identificación plena de las familias, de manera que al identificar una persona no afiliada al sistema se inicie el trámite de afiliación para que pueda acceder a los servicios de protección social.
- Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública.
- Facilitar la prestación de los servicios básicos de salud, educación, prevención, tratamiento y rehabilitación,
- Suministrar la información que sirva de insumo para la elaboración de la historia clínica.

Los Equipos Básicos de Salud (EBS) serán liderados desde la gerencia del CAPS-ESE e interactuarán con todo el personal de la CAPS - ESE que trabaja a nivel institucional y comunitario, bajo sistemas de coordinación interinstitucional, intersectorial e intersectorial (sistema de referencia y contrarreferencia, guías de manejo y gestión clínica, Consejos de Política Social, etc.)

FUNCIONES DE LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO DE SALUD

Médico

- Realizar intervenciones integrales a los individuos y familias cuando sea indicado o necesario en la vivienda o en los demás espacios comunitarios y en todas las etapas del ciclo vital.
- Realizar la consulta clínica conforme a las disposiciones legales vigentes.
- Participar en la formulación, desarrollo y evaluación de los planes de cuidado a familias en alto riesgo y los demás que requieran del criterio médico.
- Contribuir y participar en actividades de educación continuada con y para el equipo de APS.
- En ausencia de la enfermera; planear, coordinar, gestionar y evaluar las actividades del equipo de salud.
- Coordinación con otros miembros del equipo de APS cuando se identifique a través de la consulta un retroceso en el plan de cuidado.

Psicólogo

- Cuando sea indicado o necesario, realizar intervenciones integrales a los individuos y familias en la vivienda o en los demás espacios comunitarios y en todas las etapas del ciclo vital.

- Participar en la formulación, desarrollo y evaluación de los planes de cuidado a familias en alto riesgo y los demás que requieran del criterio de psicología.
- Realizar las valoraciones y consulta psicológica conforme a las disposiciones legales vigentes: a nivel del individuo se regirá por las normas y guías de atención definidas para la detección temprana y la protección específica. Las intervenciones a nivel comunitario y familiar se realizarán hacia la promoción de la salud mental.
- Programar y participar en actividades de educación continuada del equipo de salud en aspectos de promoción de la salud mental y la Atención Primaria en Salud Mental

Enfermero profesional

- Cuando sea indicado o necesario, realizar intervenciones integrales a los individuos y familias en la vivienda o en los demás espacios comunitarios y en todas las etapas del ciclo vital.
- Participar en la formulación, desarrollo y evaluación de los planes de cuidado a familias en alto riesgo y los demás que requieran del criterio de enfermería.
- Realizar la consulta de enfermería conforme a las disposiciones legales vigentes: a nivel del individuo se regirá por las normas y guías de atención definidas para la detección temprana y la protección específicas. Las intervenciones a nivel comunitario y familiar se realizarán siguiendo el principio de promoción del autocuidado; hasta que se construyan guías de atención específica para estos grupos.
- Planear, coordinar y hacer seguimiento a las actividades desarrolladas por su equipo de auxiliares en salud pública.
- Programar, coordinar y participar en actividades de educación continuada del equipo de salud.

Auxiliar de enfermería en salud pública

- Realizar la caracterización de las familias, mediante visita domiciliaria.
- Realizar el mapeo y georreferenciación de las viviendas y familias asignadas.
- Mantener actualizadas y organizadas las tarjetas de las familias asignadas.
- Hacer las vistas domiciliarias de mediano y bajo riesgo de acuerdo a la programación definida por la enfermera coordinadora del equipo de salud, teniendo en cuenta las actividades aquí descritas para realizar la vista domiciliaria.

- Acompañar y orientar en campo al equipo profesional para la realización de vistas de alto riesgo.
- Informar al equipo de salud sobre los logros y dificultades relacionadas con el desarrollo del plan de cuidado para las familias según riesgo.
- Articular las intervenciones con operadores de otros programas de atención y visitas a las familias.
- Realizar la convocatoria de personas y familias a las actividades de los programas de salud: jornadas de vacunación, clubes de hipertensos, talleres, grupos de apoyo entre otros.
- Participar en actividades de educación continuada del equipo de salud.

Técnico de saneamiento ambiental

- Realizar la caracterización de las familias, mediante visita domiciliaria en el componente Saneamiento Básico (Agua, Residuos, Excretas, Alimentos, Plagas, Convivencia con animales domésticos, Ordenamiento y Aseo y Uso y Manejo seguro de plaguicidas).
- Mantener actualizadas las tarjetas de las familias intervenidas en el componente Saneamiento Básico
- Hacer las vistas domiciliarias de mediano y bajo riesgo de acuerdo a la programación definida por la enfermera coordinadora del equipo de salud.
- Acompañar en campo al equipo profesional para la realización de vistas de alto riesgo.
- Informar al equipo de salud sobre los logros y dificultades relacionadas con el desarrollo del plan de Saneamiento Básico establecido en cada familia intervenida según riesgo.
- Articular las intervenciones con otros sectores del municipio como Empresas de Servicios Públicos, Planeación y Alcalde Municipal, Infraestructura y Obras Públicas y, de ser necesario con la Autoridad Ambiental.
- Efectuar las actividades de educación en salud y protección del medio ambiente dirigidas a las familias intervenidas; en temas como potabilización del agua, disposición sanitaria de desechos sólidos y líquidos, control de plagas, protección de alimentos, ordenamiento de la vivienda, enfermedades zoonóticas y manejo seguro de sustancias químicas, entre otros.
- Participar en actividades de educación continuada del equipo de salud.
- Participar en trabajos de atención primaria en salud orientados a conocer las causas, efectos y factores determinantes y que inciden en la calidad del agua, alimentos y en general en el entorno de la vivienda.
- Participar en el estudio y análisis de caso de familias consideradas en riesgo por el grupo de APS.

- De acuerdo con las necesidades de cada vivienda, establecer propuestas de alternativas de mejoramiento encaminadas a reducir factores de riesgo del ambiente sobre la Salud Humana de esa vivienda.

FINANCIACION DE LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD

El presupuesto de los equipos básicos de salud para la ejecución del sistema de APS teniendo en cuenta las inversiones iniciales y los costos de operación por el periodo de un mes y un año se define así:

Las Inversiones permanentes que hacen referencia a los desembolsos de capital que se requieren para poner en marcha un equipo básico de salud de APS, (muebles y enceres, equipos médicos y vehículos) es de treinta y dos millones quinientos tres mil ochocientos pesos (\$32`503.800) (Anexo 10.1)

Los Costos de operación que son necesarios para la ejecución de las actividades propuestas para un equipo básico de salud mensualmente equivalen a veintiocho millones quinientos veintitrés mil pesos (\$28`523.000). Es decir que la inversión inicial y de mantenimiento por un año de un solo EBS es de trescientos cuarenta y seis millones doscientos cincuenta y seis mil ochocientos pesos (\$346`256.800). (Anexo 10.1).

Teniendo en cuenta los costos para un EBS sin profesionales complementarios y sabiendo que el departamento del Tolima necesita 220 de estos EBS para la cobertura de su población sin contar la de su capital, su inversión inicial y de mantenimiento por un año será de setenta y seis mil ciento setenta y seis millones cuatrocientos noventa y seis mil pesos (\$76.176`496.000).

El costo mensual de los 375 profesionales complementarios de EBS es mil ciento cuarenta y ocho millones novecientos cuarenta y cuatro mil trescientos veinte pesos (\$1.148`944.320) y anual de trece mil setecientos ochenta y siete millones trescientos treinta y un mil ochocientos cuarenta pesos (\$13.787.331.840). (Anexo 10.3)

Se destinara un vehículo de transporte del EBS por cada 2500 familias aplicándose el criterio de que si existen familias >70% en zona rural, se adiciona el 50% de vehículos. De esta manera los 94 vehículos para el departamento costaran siete mil quinientos nueve millones cuatrocientos cuarenta mil pesos (\$7.509`440.000). (Anexo 10.4)

En conclusión el costo total de la implementación del modelo de Atención Primaria en Salud en el Departamento del Tolima por un año teniendo en cuenta el costo de los Equipos Básicos de Salud (EBS) sin profesionales complementarios, el costo de los profesionales complementarios y los vehículos de transporte de EBS es de noventa y siete mil cuatrocientos setenta y tres millones doscientos sesenta y siete mil ochocientos cuarenta pesos (\$97.473`267.840).

d.) Control

I. Estrategias de Monitoreo

Para el control de la correcta ejecución del modelo de Atención Primaria en Salud realizara:

- Encuestas de satisfacción global a la población
- Auditoria permanente a las CAPS-ESE y EBS
- Análisis del cumplimiento de Indicadores

II. Elaboración de Indicadores

- Proporción de población afiliada a algún régimen de salud
- Proporción de familias atendidas por los EBS
- Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año
- Oportunidad en la detección de Cáncer de Cuello Uterino
- Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Complementaria

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR

DATOS CORPORATIVOS	CÓDIGO DEL INDICADOR:	001
	NOMBRE DEL INDICADOR:	Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año
	APROBADO POR:	----
	FECHA ACTUALIZACIÓN:	----
ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA	Inmunización en niños menores de un año	
FÓRMULA DEL INDICADOR	Se divide el número de niños menores de un año con esquema de vacunación adecuado según las normas del Programa Ampliado de Inmunizaciones entre el número total de niños menores de un año afiliados al sistema y pertenecientes a la población tolimese, el resultado se multiplica por el factor que es 100.	
METAS DEL INDICADOR	SOBRESALIENTE: 100% de niños menores de 1 año con inmunización completa	
	ACEPTABLE: 80% de niños menores de 1 año con inmunización completa	
	NO CUMPLIDA: Menos del 70% de niños menores de 1 año con inmunización completa	
FUENTES DE LOS DATOS	NUMERADOR: Centros de atención primaria en salud (IPS-CAPS)y Equipos básicos de salud (EBS)	
	DENOMINADOR: Base de datos de población afiliada	
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	NUMERADOR: - Esquemas de vacunación completos - Niños mayores de un año	
	DENOMINADOR: Niños que no pertenezcan a la población tolimese	



GOBERNACIÓN DEL TOLIMA SECRETARÍA DE SALUD

RESPONSABLES	DE LA GENERACIÓN DE LOS DATOS PRIMARIOS: IPS -CAPS
	DEL CÁLCULO Y ANÁLISIS DEL INDICADOR: La secretaria de salud de cada municipio del Tolima
	DE LA TOMA DE DECISIONES: Superintendencia Nacional de Salud - Entidad Territorial
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Mensual

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR

DATOS CORPORATIVOS	CÓDIGO DEL INDICADOR:	002
	NOMBRE DEL INDICADOR:	Proporción de población afiliada a algún régimen de salud
	APROBADO POR:	-----
	FECHA ACTUALIZACIÓN:	-----
ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA	Población afiliada al sistema de salud	
FÓRMULA DEL INDICADOR	Se divide el número de personas afiliadas al sistema de salud entre el número total de la población tolimese, el resultado se multiplica por el factor que es 100.	
METAS DEL INDICADOR	SOBRESALIENTE:	100% de población afiliada al sistema de salud
	ACEPTABLE:	>95% de población afiliada al sistema de salud
	NO CUMPLIDA:	<90% de población afiliada al sistema de salud



GOBERNACIÓN DEL TOLIMA SECRETARÍA DE SALUD

FUENTES DE LOS DATOS	NUMERADOR: Centros de atención primaria en salud (IPS-CAPS)y Equipos básicos de salud (EBS)
	DENOMINADOR: Base de datos población tolimente
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	NUMERADOR: • Personas afiliadas a algún régimen de salud
	DENOMINADOR: • Población no perteneciente al Tolima
RESPONSABLES	DE LA GENERACIÓN DE LOS DATOS PRIMARIOS: IPS -CAPS
	DEL CÁLCULO Y ANÁLISIS DEL INDICADOR: La secretaria de salud de cada municipio del Tolima
	DE LA TOMA DE DECISIONES: Superintendencia Nacional de Salud - Entidad Territorial
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Mensual



GOBERNACIÓN DEL TOLIMA SECRETARÍA DE SALUD

8. CONCLUSIONES

- La elaboración del modelo de Atención Primaria en Salud para el departamento del Tolima permitió un inicio en la adquisición de habilidades en elaboración de proyectos en salud permitiendo la formación como enfermeros en el campo administrativo.
- Se logro llevar a práctica los conocimientos adquiridos en el componente teórico de la asignatura Gestión en Enfermería.
- Se adquirieron conocimientos en el contexto de las tendencias en salud que se maneja a nivel mundial a través de la revisión bibliográfica.



GOBERNACIÓN DEL TOLIMA SECRETARÍA DE SALUD

9. RECOMENDACIONES

- Adoptar en la academia universitaria como parte de la temática educacional, el manejo y enfoque de la Atención Primaria en Salud así como la normatividad que la ampara.
- Que se tenga en cuenta el modelo de Atención Primaria en Salud para su implementación y ejecución en el departamento así como un continuo fortalecimiento con el fin de mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de los servicios de salud en la población Tolimense.

10. ANEXOS

10.1 PRESUPUESTO DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD SIN PROFESIONAL COMPLEMENTARIO

PRESUPUESTO EQUIPOS BASICOS DE SALUD							
AN EX O	INVERCIÓN INICIAL				MENSUAL		ANUAL
	INVERSIONES FIJAS	Equipo Basico de Salud			Equipo Basico de Salud		Equipo Basico de Salud
		UNI DAD	\$	TOTAL	\$	TOTAL	TOTAL
1	DEPRECIBLES			10.089.800		650.000	
1.1	MUEBLES Y ENCERES			6.892.000			
	Nevera portatil exclusiva para biológicos con pilas.	1		50.000			
	Equipo de computo	2		3.000.000			
	Unidad Odontológica que contenga: Sillón con cabecera anatómica, Escupidera, Lámpara odontológica de luz fría, Bandeja para instrumental, Eyector, Módulo de tres servicios con negatoscopio y acople para piezas de mano.	1		3.842.000			
1.2	EQUIPOS MÉDICOS						

2.747.800			200.000	
-				
Tensiómetro y Fonendoscopio	1	50.000	-	
Equipo de órganos de los sentidos (para medicina general, pediatría, ORL, oftalmología)	1	450.000	-	
Tabla de agudeza visual	1	10.000	-	
Martillo de reflejos	1	120.000	-	
Bascula (infantes y adultos) y tallímetro.	1	287.000	-	
Estuche de disección x 9 instrumentos	1	33.000	-	
Termómetro	1	2.000	-	
Campana de doppler	1	150.000	-	
Instrumentos ginecológicos: espéculo vaginal, espátula de Ayre, citocepillo, láminas portaobjetos, fijador.	1	33.800	-	
Instrumental básico de odontología: Espejos bucales, Exploradores doble extremo, Sondas periodontales, Pinzas algodonerías, Cucharillas y/o excavadores.	1	1.612.000	-	
* Medicina familiar, no requieren tener equipo de órganos de los sentidos.				

1.3	VEHÍCULOS	150.000	150.000
	Combustible	150.000	
1.4	OTROS (Materieles)	300.000	300.000
	Dotaciones:Guante s, gasas, bandejas, alcohol antiséptico, bata antifluído, tapabocas desechables, anteojos de protección, jeringas, Bolsas de desechos por colores (roja, verde, gris)	1 300.000	
2	INVERSIONES DIFERIDAS	1.300.000	1.300.000
2.1	GASTOS DE ORGANIZACIÓN	1.300.000	1.300.000
	Capacitaciones publicitarias	1 1.000.000	
	Otros (publicidad)	1 300.000	
3	COSTOS Y GASTOS	15.759.000	21.218.000
3.1	COSTOS Y GASTO DIRECTO	15.759.000	15.759.000
3.1	MANO DE OBRA	10.300.000	

	Medico general	1	4.000.000		
	Enfermera Profesional	1	3.000.000		
	Auxiliar de Enfermeria	1	1.200.000		
	Higienista oral	1	1.200.000		
	Promotoras de salud	1	900.000		
3.2	<u>PRESTACIONES SOCIALES</u>		5.459.000	5.459.000	
4	GASTO ADMINISTRATIVO		5.355.000	5.355.000	
4.1	<u>SUELDO</u>		3.500.000	3.500.000	
	Coordinador regional de APS	1	3.500.000		
4.2	<u>PRESTACIONES SOCIALES</u>		1.855.000	1.855.000	
	-		-		
5	TOTAL REQUISICIÓN DE RECURSOS		32.503.800	28.523.000	346.256.800

PARA 220 EQUIPOS BASICOS DE SALUD	VALOR
INVERSIÓN INICIAL	7.150.836.000
MENSUAL DE MANTENIMIENTO	6.275.060.000
ANUAL (INICIAL Y MANTENIMIENTO)	76.176.496.000

ANEXO 10.2 TABLA, CANTIDAD DE UN TIPO DE PROFESIONAL COMPLEMENTARIO POR REGION DEL DEPARTAMENTO.

ZONA	MUNICIPIO	POBLACIÓN POR HOGARES			PROFESIONAL COMPLEMENTARIO EBS (1)			
					HOGARES			ZONA
		TOTAL	RURAL	%	TOTAL	RURAL >70%	RURAL	TOTAL RURAL

NORTE	AMBALEMA	2154	505	23%	1	50%	1	25
	ARMERO (Guayabal)	3514	1055	30%	1	50%	1	
	CASABIANCA	1746	1307	75%	1	50%	1	
	FALAN	2191	1692	77%	1	50%	1	
	FRESNO	8376	4234	51%	3	50%	3	
	HERVEO	2332	1688	72%	1	50%	1	
	HONDA	7484	233	3%	3	50%	3	
	LERIDA	5114	1142	22%	2	50%	2	
	LIBANO	11583	3891	34%	5	50%	5	
	MARIQUITA	9575	2577	27%	4	50%	4	
	MURILLO	1162	734	63%	0	50%	0	
	PALOCABILDO	2432	1654	68%	1	50%	1	
	VILLAHERMOSA	2840	1792	63%	1	50%	1	
	SUBTOTAL				24		25	

SUR	ALPUJARRA	1565	1023	65%	1	50%	1	19
	ATACO	3917	2633	67%	2	50%	2	
	CHAPARRAL	12059	5004	41%	5	50%	5	
	ORTEGA	7101	5387	76%	3	50%	4	
	PLANADAS	6089	4263	70%	2	50%	2	
	RIOBLANCO	5858	4723	86%	2	50%	4	
	SAN ANTONIO	3723	2557	69%	1	50%	1	
	SUBTOTAL				16		19	

ORIEN	CARMEN DE	2380	624	26%	1	50%	1	36
-------	-----------	------	-----	-----	---	-----	---	----

TE	APICALA							
	COELLO	2258	1887	84%	1	50%	1	
	COYAIMA	6217	5224	84%	2	50%	4	
	CUNDAY	2509	1800	72%	1	50%	2	
	DOLORES	1671	726	43%	1	50%	1	
	ESPINAL	18694	4994	27%	7	50%	7	
	FLANDES	7418	1077	15%	3	50%	3	
	GUAMO	9379	4906	52%	4	50%	4	
	ICONONZO	2901	1990	69%	1	50%	1	
	MELGAR	9146	1595	17%	4	50%	4	
	NATAGAIMA	5426	1787	33%	2	50%	2	
	PRADO	2437	1437	59%	1	50%	1	
	PURIFICACION	7496	3313	44%	3	50%	3	
	SALDANA	3954	1720	44%	2	50%	2	
	SUAREZ	1196	668	56%	0	50%	0	
	VILLARRICA	1963	1183	60%	1	50%	1	
	SUBTOTAL				34		36	

CENTRO	ALVARADO	2289	1499	65%	1	50%	1	13
	ANZOATEGUI	2011	1527	76%	1	50%	1	
	CAJAMARCA	5091	2431	48%	2	50%	2	
	IBAGUE	136441	7780	6%				
	PIEDRAS	1519	1042	69%	1	50%	1	
	RONCESVALLES	1596	1125	70%	1	50%	1	
	ROVIRA	5454	2773	51%	2	50%	2	
	SAN LUIS	3755	2712	72%	2	50%	2	
	SANTA ISABEL	1678	1038	62%	1	50%	1	
	VALLE DE SAN JUAN	1593	901	57%	1	50%	1	
	VENADILLO	5037	1604	32%	2	50%	2	
	SUBTOTAL				12		13	

TOTAL				86		94	94
-------	--	--	--	----	--	----	----

ANEXO 10.3 N° DE PROFESIONALES COMPLEMENTARIOS POR CADA 2500 HABITANTES DE ACUERDO A LA REGIÓN

REGIÓN	Odontólogos por 2500 mil habitantes	Nutricionistas por 2500 habitantes	Psicólogos por 2500 habitantes	Técnicos de saneamiento por 2500 habitantes	TOTAL
CENTRO	13	13	13	13	54
NORTE	25	25	25	25	102
SUR	19	19	19	19	75
ORIENTE	36	36	36	36	145
TOLIMA	94	94	94	94	375

ANEXO 10.3 COSTO TOTAL DE PROFESIONALES COMPLEMENTARIOS DE EBS POR UN AÑO

REGIÓN	N° TOTAL (4) Profesional complementario	TOTAL MENSUAL PRESUPUESTO POR ZONA	TOTAL ANUAL
TOLIMA	375	1.148.944.320	13.787.331.840
NORTE	102	311.569.200	3.738.830.400
SUR	75	229.091.184	2.749.094.208
ORIENTE	145	443.269.152	5.319.229.824
CENTRO	54	165.014.784	1.980.177.408

10.3.1 COSTO MENSUAL DE ODONTÓLOGOS PARA EBS

REGIÓN	Odontólogos por dos mil habitantes	\$ MANO DE OBRA	\$ TOTAL MANO DE OBRA	PRESTACIONES SOCIALES	TOTAL
TOLIMA	94	2.500.000	234.670.000	124.375.100	359.045.100
NORTE	25	2.500.000	63.637.500	33.727.875	97.365.375
SUR	19	2.500.000	46.791.500	24.799.495	71.590.995
ORIENTE	36	2.500.000	90.537.000	47.984.610	138.521.610
CENTRO	13	2.500.000	33.704.000	17.863.120	51.567.120

10.3.2 COSTO MENSUAL DE NUTRICIONISTAS PARA EBS

REGIÓN	Nutricionistas por dos mil habitantes	\$ MANO DE OBRA	\$ TOTAL MANO DE OBRA	PRESTACIONES SOCIALES	TOTAL
TOLIMA	94	1.800.000	168.962.400	89.550.072	258.512.472
NORTE	25	1.800.000	45.819.000	24.284.070	70.103.070
SUR	19	1.800.000	33.689.880	17.855.636	51.545.516
ORIENTE	36	1.800.000	65.186.640	34.548.919	99.735.559
CENTRO	13	1.800.000	24.266.880	12.861.446	37.128.326

10.3.3COSTO MENSUAL DE PSICOLOGOS PARA EBS

REGIÓN	Psicólogos por dos mil habitantes	\$ MANO DE OBRA	\$ TOTAL MANO DE OBRA	PRESTACIONES SOCIALES	TOTAL
TOLIMA	94	2.200.000	206.509.600	109.450.088	315.959.688
NORTE	25	2.200.000	56.001.000	29.680.530	85.681.530
SUR	19	2.200.000	41.176.520	21.823.556	63.000.076
ORIENTE	36	2.200.000	79.672.560	42.226.457	121.899.017
CENTRO	13	2.200.000	29.659.520	15.719.546	45.379.066

10.3.4 COSTO MENSUAL DE TECNICOS EN SANEAMIENTO PARA EBS

REGIÓN	Técnicos en saneamiento por dos mil habitantes	\$ MANO DE OBRA	\$ TOTAL MANO DE OBRA	PRESTACIONES SOCIALES	TOTAL
TOLIMA	94	1.500.000	140.802.000	74.625.060	215.427.060
NORTE	25	1.500.000	38.182.500	20.236.725	58.419.225
SUR	19	1.500.000	28.074.900	14.879.697	42.954.597
ORIENTE	36	1.500.000	54.322.200	28.790.766	83.112.966
CENTRO	13	1.500.000	20.222.400	10.717.872	30.940.272

10.4 COSTO DE VEHICULOS DE TRANSPORTE PARA EBS

ZONA	MUNICIPIO	POBLACIÓN POR HOGARES			VEHICULOS				PRESUPUESTO
		TOTAL	RURAL	%	TOTAL	RURAL >70%	RURAL	TOTAL RURAL	

NORTE	AMBALEMA	2154	505	23%	1	50%	1	25	2.036.400.000
	ARMERO (Guayabal)	3514	1055	30%	1	50%	1		
	CASABIANCA	1746	1307	75%	1	50%	1		
	FALAN	2191	1692	77%	1	50%	1		
	FRESNO	8376	4234	51%	3	50%	3		
	HERVEO	2332	1688	72%	1	50%	1		
	HONDA	7484	233	3%	3	50%	3		
	LERIDA	5114	1142	22%	2	50%	2		
	LIBANO	11583	3891	34%	5	50%	5		
	MARIQUITA	9575	2577	27%	4	50%	4		
	MURILLO	1162	734	63%	0	50%	0		
	PALOCABILDO	2432	1654	68%	1	50%	1		
	VILLAHERMOSA	2840	1792	63%	1	50%	1		

	SUBTOTAL	24		25		
--	-----------------	----	--	----	--	--

SUR	ALPUJARRA	1565	1023	65%	1	50%	1	19	1.497.328.000
	ATACO	3917	2633	67%	2	50%	2		
	CHAPARRAL	12059	5004	41%	5	50%	5		
	ORTEGA	7101	5387	76%	3	50%	4		
	PLANADAS	6089	4263	70%	2	50%	2		
	RIOBLANCO	5858	4723	86%	2	50%	4		
	SAN ANTONIO	3723	2557	69%	1	50%	1		
	SUBTOTAL				16		19		

ORIENTE	CARMEN DE APICALA	2380	624	26%	1	50%	1	36	2.897.184.000
	COELLO	2258	1887	84%	1	50%	1		
	COYAIMA	6217	5224	84%	2	50%	4		
	CUNDAY	2509	1800	72%	1	50%	2		
	DOLORES	1671	726	43%	1	50%	1		
	ESPINAL	18694	4994	27%	7	50%	7		
	FLANDES	7418	1077	15%	3	50%	3		
	GUAMO	9379	4906	52%	4	50%	4		
	ICONONZO	2901	1990	69%	1	50%	1		
	MELGAR	9146	1595	17%	4	50%	4		
	NATAGAIMA	5426	1787	33%	2	50%	2		
	PRADO	2437	1437	59%	1	50%	1		
	PURIFICACION	7496	3313	44%	3	50%	3		
	SALDANA	3954	1720	44%	2	50%	2		
	SUAREZ	1196	668	56%	0	50%	0		
	VILLARRICA	1963	1183	60%	1	50%	1		
	SUBTOTAL				34		36		

CENTRO	ALVARADO	2289	1499	65%	1	50%	1	13	1.078.528.000
	ANZOATEGUI	2011	1527	76%	1	50%	1		
	CAJAMARCA	5091	2431	48%	2	50%	2		
	IBAGUE	13644	7780	6%					

		1							
	PIEDRAS	1519	1042	69%	1	50%	1		
	RONCESVALLES	1596	1125	70%	1	50%	1		
	ROVIRA	5454	2773	51%	2	50%	2		
	SAN LUIS	3755	2712	72%	2	50%	2		
	SANTA ISABEL	1678	1038	62%	1	50%	1		
	VALLE DE SAN JUAN	1593	901	57%	1	50%	1		
	VENADILLO	5037	1604	32%	2	50%	2		
	SUBTOTAL				12		13		
TOTAL					86		94	94	7.509.440.000

11. REFERENCIAS

- ❖ Antioquia, G. d. *Atencion Primaria en Salud Un desafio para el departamento de Antioquia*. Medellin.
- ❖ (1991). *Constitución Política de Colombia*. Bogota D.C.
- ❖ Colombia, C. R. *LEY 1438 DE 2011*. Bogotá DC.
- ❖ Echeverri, O. (s.f.). *Atención Primaria de la Salud: Una nueva oportunidad. 5 Foro APS: Una nueva oportunidad* .
- ❖ Facultad de Enfermería, U. d. *EXPERIENCIA DE IMPLEMENTACIÓN DE UNA POLÍTICA PÚBLICA EN SALUD: MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD CON ENFOQUE FAMILIAR Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA, PARA EL DESARROLLO HUMANO DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA, 2006-2007*.
- ❖ Ligia Giovanella, M. M. (2008). *ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD*. En *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* (pág. Capítulo 16). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- ❖ OMS, U. (1979). *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Alma Ata.
- ❖ OPS. (Febrero de 2008). *PERFIL DE LOS SISTEMAS DE SALUD BRASIL*. Brasilia.
- ❖ SALUD, M. D. (1996). *Resolucion 04288 Plan de atencion basica del SGSSS*. Santafé de Bogotá DC.
- ❖ Social, M. d. *Preliminar Marco de la atencion primaria en salud de Colombia*. Bogotá DC.
- ❖ Social, M. d. (1996). *Promocion de la salud y prevencion de la enfermedad en el SGSSS*. Bogotá DC.
- ❖ social, M. d. (s.f.). *Registro especial de prestadores de servicios de salud*. Recuperado el 2012, de <http://201.234.78.38/habilitacion/>
- ❖ Tolima, A. d. (2012). *Ordenanza 003 de 2012 Plan de Desarrollo del Departamento del Tolima 2012-2015*. Ibagué.
- ❖ Tolima, G. d. (2010). *Tolima en cifras 2000 -2010*.