

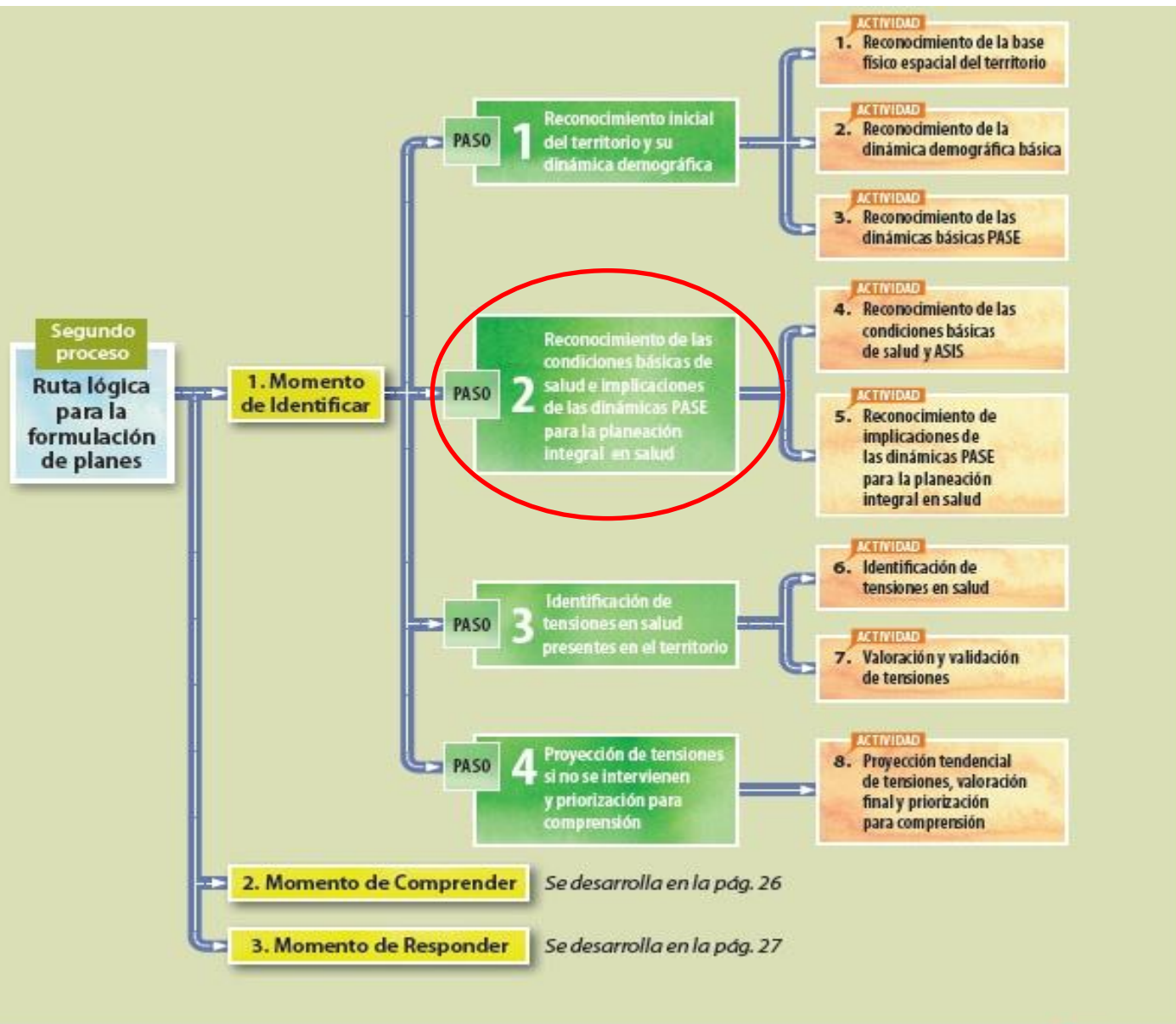
RUTA LÓGICA PARA LA FORMULACIÓN DE PTS MOMENTO DE IDENTIFICACIÓN

PASO 2. RECONOCIMIENTO DE LAS CONDICIONES BÁSICAS DE SALUD E IMPLICACIONES DE LAS DINÁMICAS PASE PARA LA PLANEACIÓN INTEGRAL EN SALUD

SALUD



Resultado de la trama de relaciones que se dan entre las dinámicas demográficas, ambientales, sociales y económicas (PASE) presentes en el territorio y las condiciones de la salud.





PASO

2

Reconocimiento de las condiciones básicas de salud e implicaciones de las dinámicas PASE para la planeación integral en salud

ACTIVIDAD

4. Reconocimiento de las condiciones básicas de salud y ASIS

ACTIVIDAD

5. Reconocimiento de implicaciones de las dinámicas PASE para la planeación integral en salud



¿PORQUÉ ES IMPORTANTE ESTE PASO?

Identificar y lograr la apropiación por parte del territorio de sus condiciones de salud.

Identificar las interacciones e implicaciones entre cada dimensión PASE y la situación de salud presente en el territorio.

Aportar insumos para la identificación de las tensiones en salud presentes en el territorio (paso 3)

RUTA LÓGICA PARA LA FORMULACIÓN DE PST MOMENTO DE IDENTIFICACIÓN

ACTIVIDAD 4. RECONOCIMIENTO DE LAS CONDICIONES BÁSICAS DE SALUD Y ASIS



ACTIVIDAD 4. RECONOCIMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD Y ASIS

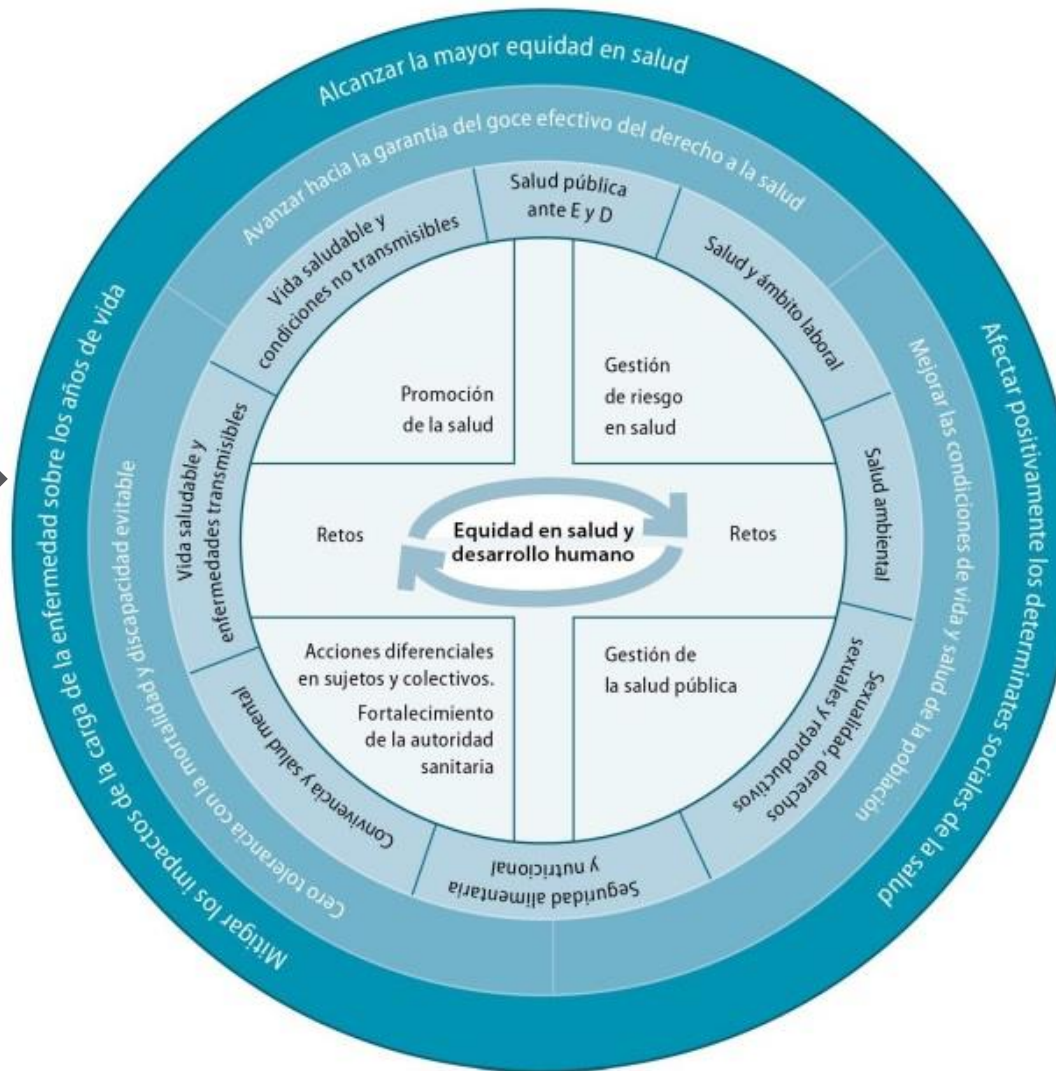
OBJETIVO

Realizar el reconocimiento básico y la apropiación de las condiciones en salud del territorio a cuya transformación deberán contribuir las propuestas estratégicas del nuevo Plan Territorial de Salud.



¿CÓMO SE DESARROLLA ESTA ACTIVIDAD?

Diseño
estratégico
del PDSP



Construcción
participativa
equipos
territoriales

Descripción y
síntesis de la
situación de salud
por cada
dimensión del
PDSP

ASIS como insumo
principal

Identificación de la
posición del
territorio dentro de
la región a la que
hace parte.

¿CÓMO SE DESARROLLA ESTA ACTIVIDAD?

(0) Dimensiones	(1) Componentes	(2) Áreas de observación
4. Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional	Disponibilidad y acceso a los alimentos	Oferta de acceso del grupo de alimentos prioritarios
	Consumo y aprovechamiento biológico de alimentos	Alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada. Aprovechamiento y utilización biológica de alimentos
	Calidad e inocuidad de los alimentos	Modelo de inspección, vigilancia y control de alimentos y bebidas (resolución 1229 de 2013)
5. Dimensión Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos	Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género	Garantía del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la equidad de género sectorial e intersectorial
	Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva (SSR) desde un enfoque	Prevención y atención integral, humanizada y de calidad en salud sexual y reproductiva
		Maternidad segura (atención preconcepcional, prenatal, del parto y del puerperio y la prevención del aborto inseguro)
		Servicios integrales en salud sexual y reproductiva para la población de adolescentes y jóvenes



Aspectos fundamentales que son necesarios y pertinentes de observar en los componentes de cada una de las dimensiones prioritarias y transversales del PDSP, pues es allí donde se expresan sus objetivos.

¿CÓMO SE DESARROLLA ESTA ACTIVIDAD?

(0) Dimensiones	(1) Componentes	(2) Áreas de observación	(3) Breve descripción de la situación presente en la entidad territorial	Indicadores básicos que permiten verificar la situación actual del territorio			(7) Fuente de los indicadores
				(4) Indicadores recientes del municipio	(5) Indicadores de referencia del departamento	(6) Indicadores de referencia nacionales	
2. Dimensión Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles	Modos, condiciones y estilos de vida saludables	Entornos saludables					
		Infraestructuras, espacios, bienes y servicios saludables					
		Modos y estilos de vida saludables					
		Empoderamiento y corresponsabilidad social					
	Condiciones crónicas prevalentes	Servicios de salud individuales y colectivos					
		Servicios socio-sanitarios					
		Carga de la enfermedad					

PREGUNTAS ORIENTADORAS

Se describirá la situación de aquellas áreas de observación en las que exista información territorial o situaciones que son relevantes, pertinentes, útiles y necesarias para describir las características de las condiciones vigentes en la entidad territorial.

Algunos de los campos establecidos, no tienen asociado un indicador de referencia de carácter cuantitativo. En estos casos se puede realizar una descripción cualitativa de la situación

ASPECTOS A TENER EN CUENTA

Se deberá elaborar una síntesis de la situación de salud por cada una de las dimensiones del PDSP.

No se trata de una rendición de cuentas de la gestión en salud, por lo tanto la descripción no debe centrarse en contar las acciones que realiza la Entidad Territorial para cada dimensión.

Los indicadores deben estar relacionados con las dimensiones del PDSP y estar definidos de manera adecuada, para lo cual el ASIS es un insumo fundamental.

Esta actividad debe ser el resultado de una construcción participativa entre los equipos técnicos de cada dimensión, otros sectores y actores comunitarios.

En el municipio de Rocadura la razón de mortalidad materna es de 80 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, lo que ubica al municipio por encima del promedio nacional y departamental. Estas muertes se presentaron en mujeres de 19 a 45 años y pueden estar relacionadas con el bajo nivel educativo de las mujeres (el 80% de las muertes se presentó en mujeres que solo habían alcanzado la primaria), los bajos ingresos económicos (el 100% tenía ingresos familiares de un salario mínimo o menos), aspectos culturales patriarcales que restringen la autonomía de la mujer frente a su autocuidado y capacidad de decisión sobre planificación familiar y su fertilidad, las dificultades de acceso geográfico, la no disponibilidad de centro de salud en la zona sur occidental y el no funcionamiento de los centros de salud de la zona central y sur del municipio dado que no están habilitados. Las mujeres que viven en la zona rural no se pueden adherir a los controles prenatales y por lo tanto a la posibilidad de identificación oportuna de riesgos, lo que se refleja también en el indicador de porcentaje de mujeres con 4 o más controles prenatales, que solo alcanza el 50%. La atención del parto se ve influenciada por éste factor, pues los partos son atendidos fuera de las instituciones de salud, teniendo un porcentaje de parto institucional del 70%.

RMM. 80 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos	RMM. 70 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos	RMM. 68,8 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos	ASIS: Sistema integral de la información de la protección social (SISPRO). Datos oficiales base de nacidos vivos. DANE	2013
50% de mujeres con cuatro o más controles prenatales según nacidos vivos	80% de mujeres con cuatro o más controles prenatales según nacidos vivos	81,8% de mujeres con cuatro o más controles prenatales según nacidos vivos		
% Parto institucional municipal: 70%	% Parto institucional municipal: 94,6%	% Parto institucional municipal: 98,74%		

<p>Se observa evolución de la Mortalidad Materna por causas directas de los Riesgos Obstétricos y sus consecuencias en Años de Vida Saludable Perdidos, con una tendencia descendente, pasando de un promedio de 7 muertes maternas a cero para el año 2013 por causas directas. En el año 2013 el departamento quedó con cero muertes maternas directas, podríamos decir entonces que la implementación de la estrategia de morbilidad materna extrema ha contribuido a mejorar de manera significativa este indicador por causas directas; sin embargo se ha observado una tendencia creciente de las muertes maternas por causas indirectas. En el análisis de los 4 casos del año 2013 se observa que en las indirectas existieron demoras en el seguimiento en la línea de planificación familiar lo que indica que se debe fortalecer la captación de mujeres con alto riesgo reproductivo e ingresarlas al programa de planificación familiar, pues se tuvieron casos de mujeres con patologías de base sin asesoría preconcepcional; también se observa un aumento en hechos violentos como suicidios y homicidios.</p> <p>En cuanto a la Mortalidad Perinatal, se ha ido teniendo un leve descenso, como consecuencia de los análisis sistemáticos y continuos de los casos en los COVES departamentales, asistencias técnicas a los equipos de salud, Y implementación de la estrategia de MME, podríamos decir que la calidad en la prestación del servicio es fundamental para la intervención del indicador dado que aún se continúan teniendo debilidades en la atención de la gestación, parto y post parto inmediato, por no adherencia a guía y protocolos afectando especialmente para la mortalidad perinatal el llamado “minuto de oro en la adaptación neonatal”, por carencia de experticia profesional.</p> <p>Las vías Departamentales se encuentran en buen estado, pero las vías municipales han tenido deficiencia pero en la actualidad se esta desarrollando un proyecto de placas huellas en los tramos con mayor dificultad.</p>	<p>Razón de Mortalidad Materna La Razón de Mortalidad Materna: CERO (0) Casos de muerte materna directa y 6 muertes maternas por causas indirectas</p> <p>Tasa de mortalidad perinatal y neonatal tardía Tasa de Mortalidad Perinatal cifras preliminares año 2013: 15.46 Mujeres de alto riesgo reproductivo: 8199 No se tiene indicador para la prevención del aborto inseguro No se tiene indicador disponible en consulta preconcepcional No se tiene indicador de control del puerperio Cobertura de Parto Institucional año 2013 cifras preliminares 98.5% (cifras nacidos vivos estadísticas vitales con corte a marzo 2014) descontando la duplicidad del parto Cobertura de CPN 6.7 por cada mujer embarazada Caldas año 2013 (cifras preliminares nacidos vivos estadísticas vitales con corte a marzo 2014)</p>	<p>5. Objetivo de Desarrollo del Milenio reducir la mortalidad materna a 45 muertes por 100.000 nacidos vivos</p> <p>Razón de Mortalidad Materna Razón de muerte materna oficial 2012: 65,9 por 100.000 NV</p> <p>4. Objetivo de desarrollo del milenio - reducir en dos terceras partes entre 1990 y 2015 la mortalidad de los niños menores de 1 y de 5 años</p> <p>Tasa de mortalidad perinatal y neonatal tardía Tasa de Mortalidad perinatal y Neonatal tardía cifras Cifras preliminares 2013: 15,3 No se tiene indicador disponible en mujeres de alto riesgo reproductivo No se tiene indicador disponible en consulta preconcepcional No se tiene indicador de control del puerperio Cobertura de parto Institucional cifras preliminares 2013 es de 98.9 (cifras nacidos vivos estadísticas vitales con corte a marzo 2014) sin descontar la duplicidad del parto</p>	<p>Dirección Territorial de Salud de Caldas</p> <p>DANE.</p> <p>Objetivos de Desarrollo del Milenio</p> <p>Indicadores INS (Noviembre 2014)</p> <p>Estadísticas Vitales.</p> <p>SIVIGILA</p>	<p>2013</p>
---	--	--	--	-------------

CRITERIOS PARA LECTURA DE PLANES TERRITORIALES DE SALUD.

	ACTIVIDAD	CRITERIO		SI	NO	RECOMENDACIONES PROCESO DE PLANEACIÓN 2016
Identificación ASIS.	4	Las descripciones son coherentes con el indicador. (Este es adecuado para dar cuenta de la situación en salud a la que se refiere.	Coherencia			
	4	Los indicadores consignados en el aplicativo dispuesto para el reconocimiento de básicos en salud son coherentes con los empleados en los pasos anteriores	Coheren			
	4	Los indicadores contenidos en el aplicativo dispuesto para el reconocimiento de básicos en salud son coherentes entre sí para una misma fecha y situación.	Coheren			
	4	La información contenida en el aplicativo es pertinente para la planeación territorial en salud (uso adecuado de medidas, y correspondencia con la situación de salud a la que alude , (claridad y precisión).	Pertinen			
	4	Las fuentes utilizadas son suficientes para dar cuenta de las condiciones de salud vigentes en el territorio	Completu d			
	4	El aplicativo se diligenció de acuerdo a todas las dimensiones y componentes (áreas de observación) establecidas.	Compleitud			
	Conclusiones de la actividad 4:					