FOLIO 1

CONCEJO MUNICIPAL DE BUCARAMANGA
SALON CENTRAL DE SESIONES "LUIS CARLOS GALAN SARMINETO"

ACTA No. 146 CORRESPONDIENTE A LA PLENARIA DEL 12 DE SEPTIEMBRE 2016

PERIODO DE SESIONES EXTRAORDINARIAS DE 2016

MESA DIRECTIVA DEL CONCEJO MUNICIPAL

H.C HENRY GAMBOA MEZA
Presidente

H.C PEDRO NILSON AMAYA MARTINEZ
Primer Vicepresidente

H.C WILSON MANUEL MORA CADENA
Segundo Vicepresidente

CARLOS SIMON GONZALEZ JEREZ
Secretario General

HONORABLES CONCEJALES CON VOZ Y VOTO
Asistentes a la Plenaria

MARTHA ANTOLINEZ GARCIA
JAVIER AYALA MORENO
PEDRO NILSON AMAYA MARTINEZ
CLEOMEDES BELLO VILLABONA
JAIME ANDRES BELTRAN MARTINEZ
DIONICIO CARRERO CORREA
JHON JAIRO CLARO AREVALO
JORGE EDGAR FLOREZ HERRERA
HENRY GAMBOA MEZA
RENE RODRIGO GARZON MARTINEZ
NANCY ELVIRA LORA
NELSON MANTILLA BLANCO
WILSON MANUEL MORA CADENA
SONIA SMITH NAVAS VARGAS
URIEL ORTIZ RUIZ
EDINSON FABIAN OVIEDO PINZÓN
JHON MARCELL PINZON RINCON
WILSON RAMIREZ GONZALEZ
ARTURO ZAMBRANO AVELLANEDA

FOLIO 2

Se realiza un primer llamado a lista para verificación del quorum por parte del secretario general del concejo, responden a lista 12 honorables concejales, por lo tanto hay quorum.

EL PRESIDENTE: Habiendo quorum decisorio, por favor leer el orden del día.

EL SECETARIO: Orden del día:

1. Llamado a lista y verificación del quorum.
2. Lectura, discusión y aprobación del orden del día.
3. Himno de la ciudad de Bucaramanga.
4. Lectura, discusión y aprobación de actas 085 091 102 103 104 108 113 114 de 2016.
5. Estudio en segundo debate del proyecto numero 029 del 17 de agosto del 2016 por medio el cual se adopta el plan de salud 2016 2019 del municipio de bucaramanga santander.
6. Lectura de documentos y comunicaciones.
7. Proposiciones y asuntos varios.

He leído el orden del día señor presidente.

EL PRESIDENTE: En consideración al orden del día, ¿lo aprueban los honorables concejales?

EL SECRETARIO: Es aprobado.

EL PRESIDENTE: Desarrollo del orden del día señor secretario.

EL SECRETARIO:
3. himno de la ciudad de Bucaramanga.
Se entona el himno de Bucaramanga.
4. lectura, discusión y aprobación de actas. Señor presidente estan sobre la mesa las actas 085 091 102 103 104 108 113 114 de 2016.

FOLIO 3

EL PRESIDENTE: en consideracion las actas en referencia las aprueban los H.C.

EL SECRETARIO: han sido aprobadas señor presidente.

EL PRESIDENTE: continuemos con el orden del dia secretario.

EL SECRETARIO: 5. Estudio en segundo debate del proyecto numero 029 del 17 de agosto del 2016 por medio se adopta el plan de salud 2016 2019 del municipio de bucaramanga santander.
le informó señor presidente honorables concejales sobre la mesa esta la constancia el informe y la ponencia del proyecto 029 del 17 de agosto del 2016.

EL PRESIDENTE: demos la lectura al informe a la constancia y la ponencia señor secretario.

EL SECRETARIO: procedo a leer la constancia señor presidente.

EL PRESIDENTE: constancia informe y ponencia.

EL SECRETARIO:

FOLIO 4

CONCEJO DE BUCARAMANGA

COMISIÓN CONJUNTA:
COMISIÓN PRIMERA O COMISIÓN DE HACIENDA Y CREDITO PÚBLICO Y COMISIÓN SEGUNDA O COMISIÓN DEL PLAN, DE GOBIERNO Y OBRAS.

CONSTANCIA DE APROBACION EN PRIMER DEBATE

El suscrito Secretario de la Comision Conjunta Comisiones Primera o de Hacienda y Crédito Público y Segunda o Comisión del Plan Gobierno y Obras del honorable concejo de Bucaramanga, hace constar que el estudio del Proyecto de Acuerdo No 29 de agosto 17 de 2 016 **"POR MEDIO DEL CUAL SE ADOPTA EL PLAN TERRITORIAL DE SALUD 2016-2019 DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA - SANTANDER"**. Fue aprobado en primer Debate por la Comisión Conjunta el original del Proyecto de Acuerdo, como se registra en el Acta No. 004-16 realizada el dia seis de septiembre de 2 016 en el salon de plenarias Luis Carlos Galán Sarmiento del Honorable concejo de Bucaramanga

El secretario

CARLOS SIMON GONZALEZ JEREZ

FOLIO 5

EL SECRETARIO: procedo a leer el informe, informe de comision.

CONCEJO DE BUCARAMANGA

COMISIÓN CONJUNTA
COMISION PRIMERA O COMISIÓN DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO Y
COMISIÓN SEGUNDA O COMISIÓN DEL PLAN. DE GOBIERNO Y OBRAS.

INFORME DE COMISION

Para el estudio del presente Proyecto de Acuerdo asistieron los Honorables Concejales

COMISIÓN PRIMERA O COMISIÓN DE HACIENDA Y CRÉDITO PUBLICO:

HENRY GAMBOA MEZA -
WILSON MANUEL MORA CADENA
JHON MARCELL PINZON RINCON
WILSON RAMIREZ GONZALEZ
RENE RODRIGO GARZON MARTINEZ
JAVIER AYALA MORENO

COMISIÓN SEGUNDA O COMISIÓN DEL PLAN. DE GOBIERNO Y OBRAS.

MARTHA ANTOLINEZ GARCIA
CLEOMEDES BELLO VILLABONA
JORGE EDGAR FLOREZ HERRERA
NANCY ELVIRA LORA
SONIA SMITH NAVAS VARGAS
URIEL ORTIZ RUIZ

Igualmente participo La doctora ANDREA JULIANA MESA VILLAMIZAR jefe de la oficina asesora juridica del concejo municipal de Bucaramanga

Por la Administración municipal participaron el Señor secretario de Salud y Medio Ambiente, doctor RAUL SALAZAR MANRIQUE, las profesionales de apoyo Planeación integral en salud doctoras OLGA LUCIA MEJIA LOPEZ y MARLIZ MARTINEZ CORREDOR

FECHA 6 de septiembre de 2016
HORA 7 00 A M
LUGAR Salón de Plenarias Luis Carlos Galan Sarmiento

La Comisión Conjunta **COMISIÓN PRIMERA O COMISIÓN DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO Y COMISIÓN SEGUNDA O COMISION DEL PLAN, DE GOBIERNO Y OBRAS** del Honorable Concejo de Bucaramanga, informa a la Plenaria que en reunión efectuada el dia 6 de septiembre de 2016 se llevó a cabo el Estudio en Primer debate del Proyecto de Acuerdo No 29 de agosto 17 de 2.016 **"POR MEDIO DEL CUAL SE ADOPTA EL PLAN TERRITORIAL DE SALUD 2016-2019 DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA - SANTANDER".**

Realizado el tercer llamado a lista por el Secretario de la Comisión Primera o Comisión de Hacienda y Crédito Público, respondieron los Honorables concejales HENRY GAMBOA MEZA, WILSON MANUEL MORA CADENA

CONCEJO DE BUCARAMANGA

JHON MARCELL PINZON RINCON, WILSON RAMIREZ GONZALEZ, RENE RODRIGO GARZON MARTINEZ, JAVIER AYALA MORENO Comisión Segunda o Comision del Plan. De Gobierno y Obras, respondieron los Honorables concejales MARTHA ANTOLINEZ GARCIA, CLEOMEDES BELLO VILLABONA, JORGE EDGAR FLOREZ HERRERA, NANCY ELVIRA LORA, SONIA SMITH NAVAS VARGAS, URIEL ORTIZ RUIZ, existiendo el quórum reglamentario y decisorio. Acto seguido el Presidente de la Corporación solicitó al secretario, dar lectura al orden del dia. Una vez leido el orden del dia por parte del secretario de la comisión conjunta, el Presidente de la comisión somete a consideración y discusión el orden del dia, el cual es aprobado por unanimidad por la comisión con 12 votos positivos así Comisión Primera. Honorables concejales, HENRY GAMBOA MEZA, WILSON MANUEL MORA CADENA, JHON MARCELL PINZON RINCON, WILSON RAMIREZ GONZALEZ, RENE RODRIGO GARZON MARTINEZ, JAVIER AYALA MORENO: 6 votos Comisión Segunda Honorables concejales: MARTHA ANTOLINEZ GARCIA, CLEOMEDES BELLO VILLABONA, JORGE EDGAR FLOREZ HERRERA, NANCY ELVIRA LORA, SONIA SMITH NAVAS VARGAS, URIEL ORTIZ RUIZ: 6 votos

DESARROLLO DEL INFORME

A continuación el Presidente solicita al Secretario dar lectura a la ponencia del proyecto de acuerdo

Que la ponencia del presente proyecto de acuerdo fue asignada por el señor presidente de la corporacion a los honorables concejales RENE RODRIGO GARZON MARTINEZ Y NANCY ELVIRA LORA, en cumplimiento del Reglamento Interno del Concejo, acuerdo municipal No 015 de 2 014

Que los Honorables concejales ponentes presentaron ponencia conjunta escrita favorable la cual fue leida y escuchada por los miembros de la comisión conjunta establecida para este fin

El presidente de la comisión conjunta ingeniero Henry Gamboa Meza somete a consideración y discusión la ponencia del proyecto de acuerdo, la cual así se hace y trae como consecuencia **votación favorable** de la ponencia por parte de los honorables concejales asistentes a la comision conjunta e integrantes de las comisiones permanentes primera y segunda

Dicha ponencia hará parte de este informe de comisión. En cumplimiento del reglamento interno de la corporación, Acuerdo No 015 del 14 de julio de 2 014.

Seguidamente el presidente ordena dar lectura a las partes del proyecto de acuerdo No 029, las cuales son

El secretario da lectura al articulo primero original del proyecto de acuerdo El presidente lo somete a consideración, a lo que el Honorable concejal Rene Rodrigo Garzón Martinez presenta una proposición modificatoria al articulo primero con el visto bueno de la administración leida por el secretario, el presidente somete a aprobación la Proposición siendo aprobada

CONCEJO DE BUCARAMANGA

El presidente somete a consideración y aprobación el articulo Primero modificado siendo aprobado por la comisión conjunta
El secretario da lectura al articulo Segundo original del proyecto de acuerdo El presidente lo somete a consideración, a lo que los concejales ponentes presentan una proposicion modificatoria al articulo Segundo con el visto bueno de la administración leida por el secretario el presidente somete a aprobación la Proposición, siendo aprobada

El presidente somete a consideración y aprobación el articulo Segundo modificado siendo aprobado por la comisión conjunta

Aprobado el articulo Segundo modificado el presidente solicita dar lectura al Articulo Tercero Original del proyecto

Leido el articulo tercero El presidente lo somete a consideracion a lo que los concejales ponentes presentan una proposición modificatoria al articulo Tercero con el visto bueno de la administración leida por el secretario el presidente somete a aprobacion la Proposicion siendo aprobada

Aprobado el articulo Tercero modificado el presidente solicita informar si hay sobre la mesa otra proposición sobre el articulado El secretario informa a la presidencia que con base en las proposiciones anteriormente aprobadas surge un articulo nuevo pues el articulo tercero original del proyecto pasa a ser cuarto

El presidente solicita dar lectura al Articulo Cuarto

Leido el articulo Cuarto El presidente lo somete a consideración siendo aprobado por la comisión conjunta

El presidente a renglon seguido ordena al secretario a leer los considerandos una vez terminado de leer los considerandos el presidente de la comisión los somete a consideracion y discusión son aprobados por parte de los honorables concejales asistentes e integrantes de las comisiones primera y segunda

Posteriormente el Presidente de la comisión conjunta solicita al secretario dar lectura a la exposición de motivos del proyecto de acuerdo una vez terminada la misma la somete a consideracion y discusión resultando aprobado

Leido el preambulo original del proyecto el presidente lo somete a discusión y es aprobado por unanimidad por los miembros de la comisión conjunta

Asimismo una vez leido el Titulo Original del proyecto el Presidente lo somete a consideración y discusion siendo aprobado por los honorables concejales de la comision conjunta

Concluido el estudio en primer debate del proyecto de acuerdo 029 del 17 de agosto de 2016 el presidente de la comision propone de acuerdo a la ley y el reglamento interno de la corporación trasladarlo a la plenaria del honorable concejo municipal para que surta el segundo debate

Leido el cuarto punto del dia el secretario de la Comisión informa a la presidencia que no aparecen sobre la mesa documentos y comunicaciones

FOLIO 8

CONCEJO DE BUCARAMANGA

En cuanto al quinto punto igualmente el secretario de la Comisión informa a la presidencia que no hay proposiciones por lo tanto el tema se ha agotado

Agotado el orden del dia, el presidente de la comisión expresa sus agradecimientos a los miembros de la comisión conjuntada integrada por las comisiones Primera o de Hacienda y Crédito Publico y Segunda o Comisión del Plan, Gobierno y Obras, por su participación en el estudio del presente proyecto de acuerdo y levanta la sesión de la comisión conjunta siendo las 9 y 50 de la mañana del dia 6 de septiembre de 2 016.

En constancia se firma este informe de comisión para segundo debate.

El Presidente

HENRY GAMBOA MEZA

Los Ponentes

RENE RODRIGO GARZON MARTINEZ

NANCY ELVIRA LORA

Secretario

CARLOS SIMON GONZALEZ JEREZ

FOLIO 9

EL SECRETARIO: hay un pliego de modificaciones que lo leeremos en la medida que avancemos el articulado señor presidente procedo a leer la ponencia.

CONCEJO DE BUCARAMANGA

PONENCIA AL PROYETO DE ACUERDO No. 029 DE 17 DE AGOSTO DE 2016.

"POR MEDIO DEL CUAL SE ADOPTA EL PLAN TERRITORIAL DE SALUD 2016-2019 DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA - SANTANDER"

COMISIÓN CONJUNTA: Conformada por la Comisión Primera o de Hacienda y Crédito Público y la Comisión Segunda o Comisión del Plan de Gobierno y Obras

CONCEJALES PONENTES:
Comisión primera: H C RENÉ RODRIGO GARZÓN MARTÍNEZ.
Comisión segunda HC NANCY ELVIRA LORA.

Honorables Concejales que conforman la Comisión Conjunta, por designación del Presidente de la Corporación nos correspondió elaborar y presentar a consideración de ustedes ponencia en primer debate al proyecto de acuerdo titulado **"POR MEDIO DEL CUAL SE ADOPTA EL PLAN TERRITORIAL DE SALUD 2016-2019 DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA – SANTANDER"** de fecha agosto 17 de 2016, para el cual nos permitimos hacer las siguientes consideraciones:

Los ponentes del presente proyecto de acuerdo para elaborar la presente ponencia seguimos la siguiente metodología: i) Fuentes normativas que sustentan el Plan Territorial de Salud (La Constitución, la Ley y actos administrativos como fuente normativa), ii) Análisis del Plan Territorial de Salud presentado por la administración municipal, iii) Conclusiones.

1. FUENTES NORMATIVAS DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD

1 1FUENTE CONSTITUCIONAL.

La carta política de 1991 consagro en el artículo 48 la Seguridad Social como un servicio público a cargo del Estado, obligatorio para él quien tiene el deber de dirigir las actividades que se realicen para la prestación de este servicio, igualmente coordinará su operatividad, eficacia y, controlará todo su ejercicio como garantía para que cada ser humano residente en territorio colombiano, tenga todos los medios suficientes a su alcance para satisfacer las mínimas necesidades cuando exija la prestación de este servicio público.

Por lo tanto la salud tiene dos facetas distintas, que se encuentran estrechamente ligadas, por una parte se trata de un ***servicio público*** vigilado por el Estado; mientras que, por la otra, se configura en un ***derecho*** que ha sido reconocido por el legislador estatutario como fundamental de lo que se predica, entre otras, su carácter de ***irrenunciable.*** Además de dicha condición, se desprende el acceso oportuno y de calidad a los servicios que se requieran para alcanzar el mejor nivel de salud posible[1] La salud se erige como un derecho ***universal*** e ***inalienable*** de la persona se entiende su carácter de universal porque le pertenece a toda persona residente en Colombia por el simple hecho de ser un ser humano, así lo entiende el Constituyente primario cuando expresa que se les garantiza a todos los habitantes la seguridad social como un derecho irrenunciable

Sentencia T-121/15

Es irrenunciable porque hace parte de la condición humana, va incorporado a la esencia del hombre como tal porque sólo se predica de la existencia del ser humano y es fundamental para que él pueda desarrollarse dentro del ámbito social

1.2 FUENTE LEGAL.

Como desarrollo de este derecho constitucional y para garantizar la prestación de los servicios públicos a cargo del Estado el Congreso de la República expidió la ***Ley 100 de 1993*** "Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones".

Posteriormente el Sistema de Seguridad Social Integral fue modificado por la ***Ley 1438 DE 2011*** "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones" Esta Ley le ordena al Ministerio de la Protección Social elaborar un Plan Decenal de Salud Pública (**PDSP**), el cual debe ser construido con la participación activa, amplia e incluyente de la comunidad, en el marco de la estrategia de atención primaria en salud [2]

1.3 ACTOS ADMINISTRATIVOS COMO FUENTE NORMATIVA.

1.3.1 RESOLUCION 1841 DE 2013 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL.

En cumplimiento de este mandato legal el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la ***resolución 1841 de 2013***, "Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Publica 2012-2021"

Esta resolución establece que el Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, es ***la carta de navegación*** que plantea la línea de trabajo para dar respuesta a los desafíos actuales en salud pública y para consolidar, en el marco del sistema de protección social, las capacidades técnicas en los ámbitos nacional y territorial para la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de las intervenciones, de acuerdo con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ONU, 2000); así mismo, plantea estrategias de intervención colectiva e individual que involucran tanto al sector salud como a otros sectores, dentro y fuera de los servicios de salud[3]

OBJETIVOS ESTRATEGICOS DEL PDSP 2012-2021.

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 se propone la consecución de los siguientes tres (3) objetivos estratégicos

Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud,

Mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente;

[2] *Artículo 6 de la Ley 1438 de 2011*

[3] *Resolución 1841 de 2013, "Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 2021" pág. 20*

Mantener cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable.

ENFOQUES DE DERECHOS EN EL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA PDSP, 2012-2021.

El PDSP 2012-2021 observa los objetivos estratégicos desde los siguientes enfoques de derechos.

El enfoque de derechos;

el enfoque de perspectiva de género y ciclo de vida (persona mayor, adultez, juventud y niñez),

el enfoque diferencial (considerando las necesidades específicas de las poblaciones con discapacidad, de las víctimas de la violencia, y situaciones de desplazamiento, de la diversidad sexual, y de los grupos étnicos), y

el modelo de Determinantes Sociales de Salud **DSS**, dado que las inequidades en salud están determinadas por procesos que hacen referencia a las condiciones en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y han sido reconocidas como el problema de fondo, dominante en la situación de salud en las Américas, al cual no escapa Colombia.

DIMENSIONES DEL PDSP, 2012-2021

Según el diseño del PDSP, los objetivos estratégicos se despliegan en acciones e intervenciones para ocho dimensiones prioritarias para la vida y dos dimensiones transversales.

DIMENSIONES PRIORITARIAS PARA LA VIDA:

1. ***Salud Ambiental.*** Las acciones en esta dimensión deben afectar positivamente los determinantes ambientales de la salud.

2. ***Vida saludable y condiciones no transmisibles.*** Debe propiciar entornos cotidianos saludables y promover el acceso y abordaje efectivo de las enfermedades no transmisibles.

3. ***Convivencia social y salud mental.*** Promoción de la salud mental y la convivencia, transformación de problemas y trastornos que contribuyen al bienestar y desarrollo humano.

4. ***Seguridad alimentaria y nutricional.*** Busca garantizar el derecho a la alimentación sana con equidad en las diferentes etapas en el curso de la vida.

5. ***Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos.*** Busca garantizar condiciones que incidan en el ejercicio pleno y autónomo de los derechos sexuales y reproductivos.

6. ***Vida saludable y enfermedades transmisibles.*** Busca garantizar el disfrute de una vida sana promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludable

7. ***Salud publica en emergencias y desastre.*** Abarca los riesgos de emergencia o desastres y sus efectos negativos en la salud humana y ambiental

8. ***Salud y ámbito laboral.*** Aborda el bienestar y la protección de la salud de los trabajadores

DIMENSIONES TRANSVERSALES:

1. Gestión diferencial de poblaciones vulnerables

2. Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión integral de la salud

Ahora bien, el Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021 es indicativo y contiene los principios rectores de politica y las acciones fundamentales de intervención del entorno, de los comportamientos, de los servicios de salud y de la participación social

Como consecuencia de lo anterior, ***los gobiernos departamentales, distritales y locales deben adoptarlo y adaptarlo*** a su propia problemática mediante el Plan Territorial de Salud (PTS) el cual se elaborará y aprobará cada cuatro años[4] De igual forma deben gestionarlo para su implementación y ejecución[5].

1.3.2 RESOLUCION 1536 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL.

Además de lo anterior el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la ***resolución 1536 de 2015*** la cual define el Plan Territorial de Salud (PTS) como un instrumento estratégico e indicativo de politica pública en salud, que permite a las entidades territoriales contribuir con el logro de las metas estratégicas del PDSP 2012-2021[6]

De igual forma esta resolución establece que el Plan Territorial de Salud (PTS) para su elaboración debe incluir los siguientes contenidos

> Análisis de la situación de salud -ASIS, bajo el modelo de determinantes de la salud.
>
> Priorización de la caracterización de la población afiliada a las EPS, demás EAPB y ARL.
>
> Priorización en salud pública.
>
> Componente estratégico y de inversión plurianual del plan territorial de salud[7]

[4] *Articulo 2 Resolucion 1841 de 2013*

[5] *Articulo 3 Resolución 1841 de 2013, y PDSP 2012-2021 pág. 20.*

[6] Articulo 6 Resolucion 1536 de 2015 Ministerio de Salud y Protección Social.

[7] Articulo 7 Resolución 1536 de 2015 Ministerio de Salud y Protección Social.

Ahora bien, el Componente Estratégico del Plan Territorial de Salud (PTS) debe contener lo siguiente:

Visión
Cadena de valor
Objetivos estratégicos
Metas estratégicas de mediano y largo plazo
Retos y objetivos sanitarios por dimensiones y componentes.
Metas sanitarias de corto y mediano plazo por dimensiones componentes e indicadores.
Estrategias por dimensiones y componentes

El Componente de Inversión Plurianual de Salud del Plan Territorial de Salud debe contener lo siguiente:

Programas, subprogramas y proyectos
Proyección de recursos para financiar las estrategias del Plan Territorial de Salud para el cuatrienio y por anualidad
Fuentes de recursos
Responsable[6].

2. ANALISIS DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD PROYECTO DE ACUERDO 029 DE 2016.

El proyecto de acuerdo 029 de 2016 "POR MEDIO DEL CUAL SE ADOPTA EL **PLAN TERRITORIAL DE SALUD 2016-2019 DEL MUNICIPIO DE** BUCARMANGA- SANTANDER" en cumplimiento de las disposiciones normativas anteriormente enunciadas realizo un análisis de salud en el municipio de Bucaramanga bajo el modelo de determinantes Sociales de salud (DSS) según consta en la página 9 del documento adjunto del mencionado proyecto de igual forma en la página 29 se evidencian los resultados de la priorización y caracterización de la población afiliada a las **EAPB** y **ARL**. ahora bien, este importante proyecto también cuenta con un Componente Estratégico y un Componente financiero

Se anexa el Aplicativo de la Metodología **PASE A LA EQUIDAD EN SALUD** con su secuencia metodológica, el componente estratégico del **PTS 2016-2019** para el municipio de Bucaramanga denominado ***Plantilla de Respuesta,*** la cual contiene la visión prospectiva sobre la salud en el municipio. con tres (3) objetivos estratégicos armonizados con los correspondientes objetivos estratégicos del **PDSP 2012-2021**, un aplicativo que contiene **el Plan de Acción en salud (PAS) y el Componente Operativo Anual de Inversión (COAI),** en ambos aplicativos se evidencian las diez (10) dimensiones (8 prioritarias y 2 transversales) propuestas en el **PDSP 2012-2021** materializadas en el **PTS 2016-2019** en metas sanitarias de resultados y de productos y debidamente armonizadas con tres líneas estratégicas del Plan de Desarrollo **"EL GOBIERNO DE LAS CIUDADANAS Y DE LOS CIUDADANOS 2016-2019"** línea estratégica 2 Equidad e Inclusión Social

[6] Artículo 23 y 25 Resolución 1536 de 2015 Ministerio de Salud y Protección Social

CONCEJO DE BUCARAMANGA

línea estratégica 3. Sostenibilidad Ambiental y la línea estratégica 4 Calidad de Vida

3. CONCLUSIONES.

En concordancia con lo definido en el marco estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, concluimos que el proyecto de acuerdo 029 de 2016 **"POR MEDIO DEL CUAL SE ADOPTA EL PLAN TERRITORIAL DE SALUD PARA EL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA"** es un proyecto coherente, cuantificable y medible caracteristicas importantes para su posterior control y revisión de acuerdo a lo estipulado en la ley

En este punto es importante resaltar que la Corte Constitucional en diferentes pronunciamientos ha erigido la seguridad social como un derecho fundamental. por esta razón nos parece pertinente la implementación en el municipio de Bucaramanga un acuerdo municipal que planifique todo lo concerniente a este derecho tan importante como la salud, por todo lo anteriormente expuesto y con todo respeto nos permitimos hacer la siguiente:

PROPOSICIÓN

Que encontrándose ajustado a lo consagrado en la normatividad, nos permitimos presentar ante los Honorables Concejales de la Comisión Conjunta **PONENCIA POSITIVA,** para que se inicie el y cada uno de los honorables concejales si ha bien lo tienen realicen los aportes. sugerencias y objeciones a que haya lugar al presente proyecto de Acuerdo. siempre que los mismos sean aceptados por parte de la Administración Municipal y estén enmarcados en los parámetros de Ley

De los Honorables Concejales.

H.C **RENÉ RODRIGO GARZÓN MARTÍNEZ.**

H.C **NANCY LEVIRA LORA**

FOLIO 15

EL SECRETARIO: he leído la constacia el informe y la ponencia señor presidente.

EL PRESIDENTE: En cosideracion la constancia el informe y la ponencia lo aprueban los H.C.

EL SECRETARIO: ha sido aprobado señor presidente.

EL PRESIDENTE: lea el articulado del proyecto señor secretario.

EL SECRETARIO: asi se hara señor presidente.

ARTICULO PRIMERO: **Adoptar** el Plan Territorial de Salud para la Vigencia 2016-2019 en el Municipio de Bucaramanga (Santander), el cual esta contenido en documento contentivo adjunto, y hace parte integral del presente acuerdo, cuyo objeto es establecer un Plan Estratégico y Sectorial especifico para el tema de Salud, en el Municipio de Bucaramanga, acorde a lo establecido por las directrices del Ministerio de Salud y Protección Social, orientado hacia los parametros de evitar entre otros la progresión y ocurrencia de desenlaces adversos de las enfermedades, enfrentar los retos del envejecimiento poblacional de nuestra población asi como su transición demográfica, y fomentar la disminucion de las inequidades territoriales en salud, para ser ejecutado durante el periodo de Gobierno actual.

he leído el artículo Primero original del proyecto Señor presidente.

EL PRESIDENTE: Hubo alguna modificación en la comisión señor secretario

EL SECRETARIO: si señor presidente.

EL PRESIDENTE: Entonces darle lectura cómo quedó En la comisión.

EL SECRETARIO: pliego de modificaciones para el articulo primero la comisión modifico el original del proyecto de acuerdo asi.

FOLIO 16

PLIEGO DE MODIFICACIONES

PARA EL ARTICULO 1°	LA COMISION MODIFICO EL ORIGINAL DEL PROYECTO DE ACUERDO.
ARTICULO 1°	**Adoptar y Adaptar** el Plan Territorial de salud para la vigencia 2016-2019, en el municipio de Bucaramanga acorde a lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social en el plan decenal de salud pública 2012-2021

He leído la proposición modificatoria del articulo primero señor presidente del proyecto de acuerdo 29 del 17 de agosto del 2016.

EL PRESIDENTE: el anexo quedo formando parte del articulo primero entonces dele lectura al anexo.

EL SECRETARIO: procederemos señor presidente, el anexo plan territorial de salud 2016-2019 armonizado bajo la metodología.

FOLIO 17

PLAN TERRITORIAL DE SALUD 2016 – 2019

ARMONIZADO BAJO LA "METODOLOGIA PA E A LA EQUIDAD EN SALUD"

Ing. RODOLFO HERNÁNDEZ SUÁREZ
ALCALDE 2016 - 2019

Dr. RAUL SALAZAR MANRIQUE

SECRETARIO DE SALUD Y AMBIENTE

MUNICIPIO DE BUCARAMANGA 2016

PLAN TERRITORIAL DE SALUD 2016 -2019

1. FICHA TECNICA

DEPARTAMENTO DE SANTANDER	
ENTIDAD TERRITORIAL:	ALCALDIA DE BUCARAMANGA
NIT:	890201222-0
SECRETARIA DE SALUD Y AMBIENTE	
NOMBRES Y APELLIDOS:	**RAUL SALAZAR MANRIQUE**
DEPENDENCIA/CARGO:	SECRETARIO DE SALUD Y AMBIENTE
DIRECCIÓN:	CALLE 35 No 10-43 Centro Administrativo Edificio Fase 1. Alcaldía de Bucaramanga
TELÉFONO: 6337000	
APROBACIÓN	
NOMBRE Y APELLIDOS	CONCEJO MUNICIPAL DE BUCARAMANGA
APROBADO POR:	ACUERDO MUNICIPAL
NÚMERO DE APROBACIÓN	No
FECHA DE APROBACIÓN	

VISIÓN

En el año 2019 la comunidad del Municipio de Bucaramanga, gozara de un sistema de salud centrado en el individuo la familia y la comunidad mediante la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), con la articulación de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con abordaje e intersectorial e interdisciplinario en la Gestión del Riesgo para avanzar hacia el goce efectivo del derecho a la Salud y mejorar las condiciones de vida y Salud de los habitantes

OBJETIVOS ESTRATEGICOS DEL PTS

1 Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud de la población del Municipio de Bucaramanga, disminuyendo el impacto negativo generado en salud, a través de la intervención sectorial e Intersectorial, con abordaje de los determinantes y la reducción de las inequidades en Salud.

2. Garantizar a través de acciones estratégicas en Salud condiciones de vida que favorezcan el desarrollo humano, mejorando y promoviendo hábitos y entornos de vida saludables, aumentando la cobertura y calidad de servicios con enfasis en el área rural, promoviendo protección específica y prevención de la enfermedad

3 - Mejorar los servicios Integrales en Salud asumiendo el enfoque preventivo recuperando o restituyendo la Salud de la población, mediante estrategias de mejoramiento de la percepcion del riesgo en el talento humano de salud el cumplimiento de la normatividad vigente guías de atención en salud atención humanizada, eliminación de barreras administrativas, asistenciales y geográficas, ampliacion de coberturas que permitan la reducción significativa de la morbi-mortalidad de caracter evitable

FOLIO 19

2. INTRODUCCIÓN

El Plan Territorial de Salud (PTS) 2016 – 2019 del Municipio de Bucaramanga - Santander es la herramienta de desarrollo de las competencias establecidas en la Constitución Política de 1991, Ley 10 de 1990, Ley 100 de 1993, Ley 715 de 2001, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, Resolución 0518 del 2015, Resolución 1536 del 2015, elaborado mediante la Estrategia "**PASE A LA EQUIDAD EN SALUD**" diseñada por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (INFPA) y la Universidad Externado de Colombia, para la formulación integral de Planes Territoriales de Salud en el Marco del **PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2012 – 2021**, comprendiendo que el estado de la salud de una población se encuentra directamente relacionada con las situaciones y condiciones presentes en su territorio, adoptando el modelo de Determinantes Sociales de la Salud, para el logro de la Equidad, como un derecho esencial, en condiciones de calidad, eficiencia, equidad y sostenibilidad.

En este sentido, las Direcciones Territoriales de Salud, las Entidades Administradoras de los Planes de Beneficio (EAPB), las Entidades de los Regímenes Especiales y de excepción, las Administradoras de Riesgos Profesionales - ARP, las Prestadoras de Servicios de Salud – IPS, los Resguardos Indígenas y a la Sociedad Civil en general le corresponde, adoptar y adaptar las políticas, prioridades, objetivos, metas y estrategias del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021.

El Plan Territorial de Salud del Municipio de Bucaramanga, recopila el Análisis de la Situación de la Salud del Municipio (ASIS), Priorización del Municipio mediante el **APLICATIVO "PASE A LA EQUIDAD EN SALUD"** que contiene: Reconocimiento de las Dinámicas básicas PASE (Tablas 2A y 2B), Reconocimiento de Condiciones Básicas de Salud (Tabla 3), Implicaciones de las Dinámicas PASE para la Planeación Integral en Salud (Tabla 4), Matriz de Identificación y Valoración de Tensiones en Salud y Matriz de Proyección de Tensiones (Tablas 5 y 6); Mapa de la Configuración Actual, Ejes estructurantes Actuales, Metáfora de la Configuración Actual, Ventajas y Oportunidades, Mapa de la Configuración Deseada; Ejes Estructurantes Deseados, Metáfora de la Configuración Deseada; Matriz de Identificación y Valoración de Tensiones en Salud (Tabla 7), Transformación Esperada de Tensiones. **LA PLANTILLA DE RESPUESTA** incluye: Información de la Entidad Territorial, Definición de Visión, Definición de Objetivos (Desafíos) y Metas

FOLIO 20

Estratégicas del PTS (Tabla 8), Cadena de Valor (Tabla 9); Vinculacion del PTS con las Metas y Estrategias del PDSP (Tabla 10), Definición de Programas y Subprogramas del PTS (Tabla 11), Componente de Inversion Plurianual del PTS (Tabla 12) y el Sistema de Monitoreo, Seguimiento y Evaluación del Plan Territorial de Salud, consolidado en el Plan de Acción de Salud (PAS) y Componente Operativo Anual de Inversión (COAI)

La Estrategia PASE a la Equidad en Salud se desarrolla dentro del Proceso de Planeación Integral en Salud, entendida como "el conjunto de procesos relacionados entre sí, vinculados al Modelo Integrado de Planeación y Gestion que permiten definir las acciones de formulación, implementación, monitoreo, evaluación y control del Plan Territorial de Salud", con una secuencia logica de los procedimientos, momentos, pasos y actividades que permiten a las entidades territoriales avanzar exitosamente en la formulación de los Planes Territoriales de Salud. Además inscribe la acción dentro de las competencias misionales de la Autoridad Sanitaria, reconociéndola y fortaleciéndola para la construcción conjunta de conocimientos, habilidades y destrezas para el desempeño de la función planificadora del estado en el territorio, lográndose este propósito mediante la transferencia de elementos de la Gestion Pública, que permiten el reconocimiento y la comprensión de los escenarios reales y la respuesta para la transformación de dichos contextos por medio de la formación activa de los agentes que intervienen en la planificación, facilitando de esta forma la formulación de un Plan Territorial de Salud con visión de futuro 2019 con alcance en la gestion de forma gradual en cada uno de años de gobierno involucrados.

Lo anterior permite disponer salidas parametrizadas para monitorear y evaluar la gestión y los resultados obtenidos en los territorios, articulándose con el Sistema de Evaluación y Calificación del Desempeño y la Evaluación del Plan Decenal de Salud Pública. A partir de este momento, todas las administraciones territoriales disponen de las herramientas que, respetando su autonomía, les permitirán elaborar los Planes Territoriales de Salud, armonizados con los instrumentos de planeación territorial, bajo los contenidos minimos y la estructura basica definidos en la Ley 152 de 1994, con la articulacion de los diferentes niveles de gobierno y comunidad.

Dentro de la construcción del Plan Territorial de Salud se presentan dos (2) Procesos, tres (3) Momentos y diez (10) Pasos así:

FOLIO 21

PROCESO 1. ALISTAMIENTO INSTITUCIONAL, que consiste en la generación de condiciones político institucionales y conformación de equipo territorial, Sondeo de Información y Análisis de la Situación de la Salud (ASIS), Definición de Recursos, Caracterización de Actores Institucionales y Comunitarios y Elaboración del Plan de Trabajo.

PROCESO 2. RUTA LÓGICA PARA LA FORMULACIÓN DE PLANES, que se compone de:

Momento 1: Identificación: 1.) Reconocimiento Inicial del Territorio y su Dinamica Demográfica. 2.) Reconocimiento de las condiciones Básicas en Salud e Implicaciones de las Dinámicas PASE para la Planeación en Salud. 3.) Identificación de Tensiones en Salud presentes en el Territorio; 4). Proyección de Tensiones sino se intervienen)

Momento 2. Comprensión: 5) Construcción de la Configuración Actual del Territorio. 6) Identificación de Ventajas y Oportunidades del territorio. 7) Construcción de la Configuración deseada. 8) Transformación esperada de Tensiones.

Momento 3. Respuesta: 9) Construcción del componente estratégico y Plan de Inversiones "PLANTILLA DE RESPUESTA". 10) Definición de Mecanismos para implementación, Monitoreo y Evaluación del Plan Territorial de Salud, construcción de PAS y COAI (Plan de Acción en Salud y Componente Operativo Anual de Inversión).

3.-ANTECEDENTES

PLANEACIÓN TERRITORIAL DE LA SALUD EN EL MARCO DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA (PDSP) 2012-2021

A lo largo de la historia, la Salud ha tenido un abordaje conceptualmente desde múltiples perspectivas que se han visto influidas por el enfoque epistemológico y la Comprensión del ser humano en cada época. Durante mucho tiempo las aproximaciones al concepto de Salud, se ligaron a la interpretación de la génesis de la enfermedad; así en épocas remotas, la concepción mágico/religiosa que atribuía el origen de la enfermedad a condiciones sobrenaturales comprendía la salud desde la misma perspectiva, en donde dioses, brujos y chamanes eran quienes tenían la capacidad de restablecerla. A partir de la aparición de plagas, pestes, contagios y epidemias que afectaban a poblaciones enteras, se empiezan a desarrollar conceptos y acciones de control Social, como el lavado de manos y los alimentos, la circuncisión, el aislamiento de enfermos y la inhumación. Hipócrates atribuye la aparición de enfermedades al ambiente mal sano (miasmas) y señala la influencia del modo de vida y el ambiente en la salud de la población, como en su texto aires, aguas y lugares anota que: "la dieta, el clima y la calidad de la tierra, los vientos y el agua son los factores involucrados en el desarrollo de las enfermedades en la población, al influir sobre el equilibrio del hombre con su ambiente".[1] En este sentido, la salud fue entendida como la ausencia de lesiones y de sus signos, según (Quevedo 1990). La concepción de la salud integral se ligó a un concepto más comprehensivo, holístico y ecológico del ser humano, que incluye factores ambientales, sociales y económicos como Dimensiones relacionadas con la salud.

Estos planteamientos fueron retomados en el siglo XX por la disciplina llamada Sociología Medica y por el movimiento de medicina social. Sus postulados señalan que la enfermedad tiene un caracter histórico y social y que "el proceso Salud Enfermedad colectiva determina las características básicas sobre las cuales gravita la variación biológica individual[2]", es decir, que la historia social de un individuo condiciona su biología y determina la probabilidad de que éste enferme de un modo particular.

FOLIO 23

La Salud en el PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2012-2021, reconoce las diferentes aproximaciones conceptuales sobre la salud que se han elaborado a través de la historia y las integra a la definición propuesta por la OMS, reconociéndola como un derecho fundamental, acogiendo el Enfoque de los derechos económicos, sociales y culturales, quedando como un hecho ligado a las condiciones y posiciones de los distintos actores sociales que, de acuerdo al enfoque diferencial, inmerso en específicas dinámicas culturales, económicas, políticas, étnicas, de género, de ciclo de vida o de vulnerabilidad. El Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, retoma la definición incluida en la Ley 1122 de 2007, en donde se establece que la "Salud Pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada la Salud de la población, por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país[3].

Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad; de la misma forma retoma los elementos esenciales, como Principios, Derechos y Deberes de la Ley Estatutaria en Salud que tiene por objeto "Garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección".

El PDSP 2012-2021, corresponde a la respuesta política del Estado en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud, para alcanzar la equidad en salud, la cual se logra cuando "todas las personas alcanzan su potencial de salud independientemente de sus condiciones sociales, culturales y económicas" (MSPS 2013, 27) y se convierte "en pacto social y un mandato ciudadano que define la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia" (MSPS 2013, 28). Así, el PDSP es la carta de navegación que plantea la línea de trabajo para dar respuesta a los desafíos actuales en salud pública en busca de lograr la reducción de la inequidad en salud; de este modo, tal y como lo indica en sus 4 Artículo 6, Ley 1438 de 2011, "El Ministerio de la Protección Social elaborará un Plan Decenal de Salud Pública a través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, en el cual deben confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, incluyendo la salud mental, garantizando que el proceso de participación social sea

[3] Ley 1122 del 2007, Capítulo IV, Art. 32

FOLIO 24

Eficaz, mediante la promoción de la capacitación de la ciudadania y de las organizaciones sociales, incluyendo la salud mental, garantizando que el proceso de participación social sea eficaz, mediante la promoción de la capacitación de la ciudadania y de las Organizaciones sociales[4]. El plan definirá los objetivos, metas, acciones, recursos, responsables sectoriales, indicadores de seguimientos y mecanismos de evaluación de acuerdo con el Ministerio de Salud y Proteccion Social de Colombia.

PLANEACIÓN INTEGRAL EN SALUD

La Planeación Integral en Salud es el conjunto de procesos relacionados entre si que permite a las Entidades Territoriales de Salud, definir acciones de formulación, implementación, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas de los Planes Territoriales en Salud (PTS) bajo los principios de concurrencia, coordinación y complementariedad.

MARCO CONCEPTUAL DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL

Enmarcado en la "Estrategia PASE A LA EQUIDAD EN SALUD", el cual desarrolla una secuencia metodológica a través de Dos (2) Procesos, Tres (3) momentos y Diez (10) pasos inscritos en el ciclo de la Gestión Pública.

4- MARCO NORMATIVO

Para la elaboración del Plan Territorial de Salud del Municipio de Bucaramanga se tuvieron en cuenta las siguientes disposiciones legales:

- Constitución Politica de Colombia de 1991. Artículos 48 y 49.
- Ley 9ª de 1979. Por la cual se dictan medidas sanitarias.
- Ley 10 de 1 990. Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.
- Ley 100 de 1993. Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Ley 152 de 1994. Por la cual se establecen, los procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los Planes de Desarrollo, asi como la regulacion de los demas aspectos

FOLIO 25

Contemplados por el articulo 342, y en general por el articulo 2 del Titulo XII de la constitución Politica y demás normas que se refieren a los procesos de planificación

- Decreto 1896 de 1 994 Por el cual se reglamenta el Fondo de Solidaridad y Garantia del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- Ley 691 de 2001 Mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia.
- Ley 715 del 2001, por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los articulos151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Politica y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de Educación y Salud entre otros (Arts 42 No 12, Art 44, 46, 47,49 y 54)
- Ley 1122 de 2007 Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones (Art 33)
- Decreto 3039 de 2007 Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública
- Ley 1438 del 2011, Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones y Circular 0005 del 2012
- Ley 1523 del 2012 por la cual se adopta la politica Nacional de Gestion del Riesgo para la reducción de desastres
- Decreto 3047 Diciembre 2013 Reglas para Movilidad entre Regimenes para afiliados Niveles 1 2 del SISBEN
- Decreto 859 del/14, Comisión Intersectorial de Salud Pública
- Resolución 0518 del 2015 por la cual se dictan disposiciones en relacion con la Gestión en Salud Pública
- Resolución 1536 del 2015 disposiciones sobre el Proceso de Planeación Integral salud
- Resolución 829 de 2015, capacidad instalada en infraestructura hospitalaria
- Resolución 1328 de 2016 que elimino el CTC en el régimen contributivo y deja la opcion a los entes territoriales para que lo apliquen en el régimen subsidiado Acuerdo 117 de 1998 CNSSS Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública

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

Siguiendo los lineamientos de la Metodologia "**PASE A LA EQUIDAD EN SALUD**" para la formulación del Plan Territorial de Salud – 2016 – 2019 del Municipio de Bucaramanga, se presenta a continuacion el resumen de las prioridades identificadas en el ASIS y las prioridades resultantes de la caracterizacion de las empresas administradoras de planes de beneficios – EAPB con cobertura de afiliación del Municipio de Bucaramanga. El Análisis de Situación de Salud, se desarrolló basado en el modelo conceptual de los Determinantes Sociales de Salud (DSS) y el marco normativo que lo sustenta, siendo la resultante de un proceso analítico – sintético que permitió caracterizar, medir y explicar el proceso de salud – enfermedad y sus determinantes para la identificacion, priorizacion y evaluacion de las necesidades y los problemas sanitarios del territorio, en el Municipio de Bucaramanga con el proposito y pilar fundamental de facilitar como insumo la Orientación para la construcción del Plan de Desarrollo Territorial y el Plan Territorial de Salud Publica, el establecimiento de las Lineas de base para la elaboración de politicas publicas, la toma de decisiones tanto del orden administrativo como de gestión y las acciones de regulación, inspección, vigilancia y control. Para el análisis de la Mortalidad del Municipio de Bucaramanga, se utilizó la información consolidada por el DANE del periodo entre el 2005 a 2013 de acuerdo a las bases de datos de estadísticas vitales facilitadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, bodega SISPRO. Para el análisis de morbilidad se utilizó la información de los registros individuales de prestación de servicios – **RIPS**, BODEGA SISPRO, las bases de datos de los eventos de alto costo, el Sistema de Vigilancia en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud (SIVIGILA) y otra información que contribuyo al análisis de la Morbilidad del Municipio de Bucaramanga.

CARACTERIZACION TERRITORIAL Y DEMOGRAFICA

TAMAÑO DE POBLACION URBANA Y RURAL

Bucaramanga es la capital del Departamento de Santander, fundada en 1622. Está ubicada al nororiente de Colombia a una distancia de 384 km de Bogotá-capital del país, en una meseta de la Cordillera Oriental sobre Los Andes, a orilla de los rios de Oro, Surata y Frio. Limita por el Norte con el municipio de Rio negro, por el Oriente

FOLIO 27

Con los municipios de Matanza, Charta y Tona; por el Sur con el Municipio de Floridablanca y, por el Occidente con el Municipio de Girón.

La población Total es de 528.269 habitantes de los cuales el 98.7%(521.402) están localizados en el área urbana y el 1.3% (6.867) están ubicados en el área rural. Rodeada por los Municipios de Girón, Floridablanca y Piedecuesta con los cuales se conforma el Area Metropolitana de Bucaramanga.

La ciudad se divide en 17 comunas, cada una incluye barrios, asentamientos. Las comunas del área urbana contienen 1.341 manzanas y existen alrededor de 219 barrios y 37 barrios incompletos o asentamientos. Las Comunas 1 (Norte) y Comuna 13 (Oriental), son las que presenta mayor número de habitantes, seguidas por las Comunas 3- (San Francisco) y Comuna 5 (Garcia Rovira). Cerca del 37% de la población de Bucaramanga vive dentro de estas Comunas. Por otra parte, la Comuna 15 (Centro) es en donde se encuentra la menor cantidad de habitantes.

Así mismo se puede identificar que las Comunas 1 (Norte), 2 (Nororiental), 8 (Suroccidente) y 14 (Morrorico) son las areas mas deprimidas dentro de Bucaramanga. Al contrario de estas, los habitantes de las Comunas 12 (Cabecera del Llano), 13 (Oriental) y 16 (Lagos del Cacique) gozan de altos estándares en calidad de vida. El resto de comunas tienen estándares normales de calidad de vida.
El área total del Municipio equivale a 15.212,73 hectáreas, de las cuales 3.328.02 corresponde a zona urbana y 11.716.22 corresponde a zona rural.

La Prestación de Servicios de Salud se encuentra normada por la Ley 100 de 1993, Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) cuyo principal objetivo es garantizar el acceso y la calidad de los servicios, optimizar el uso de los recursos, promover los enfoques de atención centrada en el usuario y lograr la sostenibilidad financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Publicas.

Bucaramanga cuenta con 11 unidades médicas 9 clinicas privadas, un hospital municipal y uno departamental, los cuales tienen una capacidad de 990 camas en hospitalización, en UCI adultos 78, UCI niños 72, en Unidades de quemados 14 y en cuidados intermedios 42, quedando pendientes por abrir 11 en cuidados intensivos y 11 hospitalización. Se han venido Consolidado Actividades Promoción y Prevención como CONTROL PRENATAL y CONSULTA ODONTOLOGICA GENERAL DE LA GESTANTE como otras ESTRATEGIAS IIAMI (Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia), esta iniciativa pretende desarrollar las destrezas y habilidades que se

FOLIO 28

Requieren para apoyar las madres, los niños, niñas y familias para una lactancia exitosa. Se han establecido planes de mantenimientos preventivos y correctivos en equipos biomédicos odontológico y dotación de equipos de esterilización como instrumental medico quirúrgico y materiales. Se desarrollan las diferentes actividades de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad en los diferentes Hogares de Bienestar Familiar, Hogares Infantiles, Centros de Desarrollo Infantil, Colegios Públicos y Universidades Públicas entre otros.

CRECIMIENTO DE LA POBLACION DEL MUNICIPIO

Natalidad: La pirámide poblacional de Bucaramanga en 2005, 2013 y 2020 muestra, la población del Municipio que está en proceso de envejecimiento. En el 2005, cada uno de los quinquenios de edad de 0 a 19 años tienen menor cantidad de personas que el quinquenio inmediatamente superior de tal forma que para 2013 se ha desplazado a las barras de 0 a 29 años y en 2020, se presentara hasta los 39 años, con la mayor población en los grupos de 16 a 39 años, un aumento sustancial de los grupos de mayor edad y una reducción de la de menores de edad.

En relación a la cantidad absoluta y la frecuencia relativa de personas en cada grupo de edad de Bucaramanga en 2005, 2013 y 2020, reducción de los grupos de edad menores (hasta 26 años) y aumento de los mayores. La población de Bucaramanga, en general, en 2013 era inferior 3.476 personas (reducción del 0,52%) y se proyecta que para 2020 la habiten 1.77% menos (11.742 habitantes). Para el año 2015 según dato preliminar del DANE, en la ciudad de Bucaramanga nacieron 12.486 niños y niñas, de los cuales 6.327 fueron hombres y 6.159 mujeres, las cuales se distribuyeron, en la cabecera municipal 6.316 hombres y 6.143 mujeres, en el centro poblado 8 hombres y 6 mujeres, y en la zona rural dispersa 3 hombres y 10 mujeres.

La cantidad y proporción de personas de 25 a 44 años entre 2005 y 2020 se mantendrá, pero habrá una reducción sustancial en los niños y niñas de primera infancia (9.668 personas menos, cambio de - 19.80%), de 6 a 11 años (11021 menores menos, cambio de -20.44%), de adolescentes (12780 menos, - 18.88%) y de adultos jóvenes (23.227 menos, -17.83%), con aumento de la restante población 14.742 personas mas de entre 27 y 59 años (aumento del 4.73%) y de 26736 de mayores de 60 años (aumento de 49.21%).

FOLIO 29

La distribución por sexo y edad de los habitantes de Bucaramanga en el 2013 252.758 varones y 274.072 mujeres (47.98% y 47.02%, respectivamente) El aparente predominio de varones no se da en todos los grupos de edad, tan solo entre la población hasta 24 años, ya que en los grupos de mayor edad hay predominio femenino, sobre todo entre los mayores de 60 años (71.84% y 55.77% son varones, respectivamente) La esperanza de vida en Santander en el año 2012 En hombres fue de 72.29% años, mujeres 78.53, y en total fue de 75.33 años. Para el país la esperanza de vida es similar, en hombres fue de 72.07 años, mujeres 78.54, y en total fue de 75.22 años

Inmigración

Teniendo en cuenta que la inmigración es el movimiento de población que consiste en la llegada de personas a un país o región, el Municipio de Bucaramanga tiene identificadas 44.373 personas en condición de victima, de las cuales 22.799 son mujeres Se reportan dos personas LGBTI victimas de desplazamiento y 18 (dieciocho) no definidas por sexo

De acuerdo con el Censo de 2005 podemos conocer donde nacieron las personas que hoy viven o fueron censadas en Bucaramanga, teniendo en cuenta esto, el 16.6% de los actuales habitantes de Bucaramanga migraron hacia la ciudad provenientes de otros departamentos o regiones del país No podemos conocer cuántos migraron de Santander hacia Bucaramanga, pero al registrar disminución en la población de Santander y aumento de Bucaramanga y el AMB podemos concluir que hubo migración hacia la capital. Las regiones desde las cuales migraron son las siguientes Cundinamarca el 13.6%, de Boyacá el 8.5%, del cesar el 11.9%, de Norte de Santander el 30.5% y del resto del país el 35.4% Se puede observar que, la mayor proporción proviene de Norte de Santander (30.5%), en segundo lugar del Cesar y de Bogotá-Cundinamarca

Bucaramanga, ha tenido una serie de cambios debido a múltiples factores ubicación geográfica su agradable clima adecuada prestacion de los servicios publicos la oferta educativa principalmente la universitaria la atención en salud masificación del comercio entre otras factores que han hecho que la ciudad bonita experimente un crecimiento poblacional aunado a esto la expulsion de poblaciones generada por las organizaciones al margen de la ley hace de Bucaramanga una ciudad atractiva para la llegada de estos nuevos habitantes

FOLIO 30

Esta situación genera en el Municipio una serie de problemáticas sociales como son el micro tráfico de estupefacientes, delincuencia, hurtos violencia intrafamiliar violencia sexual, desempleo prostitución, alcoholismo, pandillismo, entre otros, que hoy amenazan con desbordar la capacidad institucional para atender este desequilibrio social y que debe corregirse mediante la acción social colectiva

Emigración

En el Municipio de Bucaramanga se tienen identificadas 44.373 personas en condición de victima de las cuales 22.799 son mujeres de las cuales uno (1) no esta definido por grupo de edad y 21.554 son hombres de los cuales 6 no tienen definido el grupo de edad

Es preocupante destacar que la población joven entre 25 y 35 años disminuyó. Quizás este rango buscó vivienda en los otros municipios del AMB por comprar su primera vivienda, seguramente VIS La población infantil menor a 9 años también disminuyó, es necesario buscar la causa porque la natalidad de Bucaramanga continuó creciendo. Es probable que estas familias con niños menores buscaran vivienda en otros municipios del AMB buscando casas o zonas verdes y areas comunes para niños, cosa que no pueden encontrar dentro de Bucaramanga Pero es preocupante la disminución de la población joven entre 25 y 34 años, ya que deberia crecer porque corresponde a la población que nació hace 25 años cuando la tasa de aumento de la población era superior al 3% anual, por lo tanto debió emigrar fuera de Bucaramanga hacia las poblaciones vecinas quizas conformando nuevos hogares que buscaron vivienda a precios mas favorables o con zonas verdes para sus hijos o pudo existir emigración fuera del AMB a otros territorios del país

ESTRUCTURA POBLACIONAL

Edad y sexo

La pirámide poblacional de Bucaramanga en 2005 2013 y 2020 muestra que la población del Municipio está en franco proceso de envejecimiento en 2005 cada uno de los quinquenios de edad de 0 a 19 años tienen menor cantidad de personas que el quinquenio inmediatamente superior de tal forma que para 2013 el asunto se ha desplazado a las barras de 0 a 29 años y en 2020 el asunto se presentará hasta los 39 años con la mayor población en los grupos de 16 a 39 años un aumento sustancial de los grupos de mayor edad y una reducción de menores de edad

FOLIO 31

Razón de niños - mujer: La cantidad de menores de 5 años por cada 100 mujeres en edad fertil se reducirá en 2020. índice de infancia: La proporción de menores de 15 años se reducirá, pasando de ser el 25% en 2005 al 22% en 2013 y el 20% en 2020

El índice de juventud: La proporción de personas entre 15 y 29 años se reduce en un % en la medida que eran el 28% de la población de todo el Municipio en 2005, pasó a ser el 26% en 2013 y será el 24% en 2020

El índice de vejez: La proporción de personas mayores de 65 años aumentará ligeramente, pasando de ser el 8% en 2005, el 9% en 2013 y el 10% en 2020. Índice de envejecimiento: Todo lo anterior implica que la cantidad de personas mayores de 65 años, por cada 100 menores de 15 años en Bucaramanga aumentará, pasándose de 30 personas de más de 65 años por cada 100 menores de 15 años, a 39 en 2013 y 52 en 2020. Índice demográfico de dependencia: La población dependiente (menor de 15 años o mayor de 65 años) será un poco menos frente a la población en edad productiva (15 a 64 años) ya que se pasará de tener 49,11 personas dependiente por cada 100 personas productivas en 2005 a 44,47 en 2013 y a 43,57 en 2020

El índice dependencia infantil: El anterior índice se desglosa en la dependencia de menores de 15 años frente a las personas en edad productiva, la cual se reducirá (37,84 menores de 15 años por cada 100 personas de 15 a 64 años en 2005, a 32,00 en 2013 y a 30,07 en 2020)

El índice de dependencia de mayores: Se vislumbra un aumento de las personas mayores de 65 años frente las de edad productiva, pasando de 11,27 mayores de 65 años por cada 100 personas de 15 a 64 años en 2005 y de 12,47 en 2013 a 14,95 en 2020. Índice de Friz: La "juventud" de la población de Bucaramanga se reducirá, pues el índice de Friz en 2005 era de 127,87, 109,29 en 2013 y será menor en 2020 índice de Friz en 95,96. Complementando lo anterior, la distribución por sexo y edad de los habitantes de Bucaramanga para el 2013 es de predominio masculino aunque no se da en todos los grupos de edad, tan solo entre la población de hasta 24 años, ya que en los grupos de mayor edad hay predominio femenino, sobre todo entre los mayores de 60 años

La población entre 0 y 14 años disminuyó, al pasar de 137 911 en 1995 a 112 967 en 2015. La caída más importante en materia poblacional se ca en los niños y niñas entre 0 y 4 años, que pasa de 44 982 en 1995 a 34 922 en 2015. Esta situación

podría generar dificultades en el futuro para reemplazar endógenamente a la población económicamente activa y obliga a una redistribución de la inversión

Grupos específicos

Según las proyecciones DANE 2005 – 2020 la cantidad y proporcion de personas de 25 a 44 años entre 2005 y 2020 se mantendrá pero habrá una reduccion sustancial en los niños y niñas de primera infancia, en relación a la poblacion adulta mayor se observa un aumento el cual se evidencia en el indice de envejecimiento representado en mayor proporción en mujeres que en hombres.

Grupos étnicos

Para el año 2005 la distribución de la poblacion del Municipio de Bucaramanga según pertenencia étnica donde 3.9% corresponde a la población con pertenencia étnica de Negro, Mulato, Raizal, ROM e Indigena. En la actualidad hay 1.091 Indigenas en el Municipio de Bucaramanga (0,21% de la población) Hay 45 ROM (Gitanos) en el Municipio de Bucaramanga (0.01% de la población) Hay 14.619 Negro(a), mulato(a) o afro en el Municipio de Bucaramanga (2,83% de la poblacion)

Poblacion por pertenencia étnica del Municipio de Bucaramanga. 2005

Pertenencia etnica	Total por pertenencia étnica	Porcentaje de la población pertenencia étnica
Indígena	1.091	0.21%
ROM (gitana)	45	0.01%
Raizal del archipiélago de San Andres y Providencia	222	0.04%
Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o Afrodescendiente	14.619	2.83%
Ninguno de las anteriores	516.460	96.91%

Fuente: DANE Y CALCULOS DNP

FOLIO 33

Grupos en condición de vulnerabilidad

A marzo de 2016 se encuentran registradas 54.244 victimas, con declaración como victimas del conflicto armado 53.193, y 1.051 victimas incluidas en cumplimiento de la Sentencia C280 y Auto 119 de 2013. De 1085 a 2015 se encuentran registradas 6.563 personas victimas de desplazamiento forzado. 387 victimas del conflicto armado son personas en situación o condición de discapacidad en el Municipio de Bucaramanga. Según lo declarado como hechos victimizantes el desplazamiento forzado presenta el mas alto porcentaje con un 72.1%, seguidos de los Homicidios con un 20.5%.

PIRAMIDE POBLACIONAL: La pirámide poblacional de Bucaramanga en 2005, 2013 y 2020, muestra que la población está en proceso de envejecimiento. En el 2005 cada uno de los quinquenios de edad de 0 a 19 años tienen menor cantidad de personas que el quinquenio inmediatamente superior, de tal forma que para 2013 el asunto se ha desplazado a las barras de 0 a 29 años y en 2020 el asunto se presentará hasta los 39 años, con la mayor población en los grupos de 16 a 39 años, un aumento sustancial de los grupos de mayor edad y una reducción de la de menores de edad.

DISTRIBUCION TERRITORIAL

La zona urbana Bucaramanga se divide en 17 comunas, las cuales incluyen barrios, asentamientos, urbanizaciones y otros sectores con población flotante, contienen 1.341 manzanas y existen 219 barrios y 36 asentamientos, cada Comuna y Corregimiento tiene una Junta Administradora. El área rural del Municipio de Bucaramanga, está conformada por tres corregimientos, que agrupan 29 veredas y 14 asentamientos rurales.

FOLIO 34

ELEMENTOS AMBIENTALES

CLIMA: El clima de Bucaramanga está clasificado por el IDEAM de la siguiente manera: en las partes de menor altitud de la ciudad, el clima es cálido seco y en las zonas de mayor altitud de la ciudad, el clima es templado. Tiene una temperatura promedio de 25 °C y una máxima promedio de 30.9 °C. El clima se caracteriza por presentar una precipitación anual promedio de 1 279 mm. El régimen de lluvias está distribuido en dos periodos secos y dos lluviosos

Los periodos secos se presentan generalmente en los meses de diciembre, enero, febrero, marzo, junio, julio y agosto. Los periodos lluviosos se distribuyen en los meses de abril, mayo, septiembre, octubre y noviembre

HIDROGRAFIA: Los Rios principales del Municipio Bucaramanga son. El Rio de Oro y Rio Surata y las quebradas de La Flora, Tona, La Iglesia, Quebrada Seca, Cacique, El Horno, San Isidro, Las Navas, La Rosita y Bucaramanga. El rio de Oro es uno de los más importantes que atraviesan la ciudad y su área metropolitana. Su paso por Bucaramanga es ubicado según el POT de Bucaramanga en la escarpa occidental. En este rio desembocan en zona de Piedecuesta la quebrada Grande, la quebrada Surata y el Rio Lato. En la zona de Girón recibe las aguas del rio Frio, la quebrada La Iglesia, La Quebrada Chimita, las quebradas La Rosita, que tiene como afluente a la quebrada El Loro, y la Quebrada-Seca que tiene a su vez a la quebrada

RELIEVE: PRINCIPALES AREAS DE RIESGO Y AMENAZAS

Bucaramanga se encuentra ubicada en una zona de actividad sismica alta, por estar ubicada cerca al nudo sismico de Los Santos. La ubicación geográfica de la ciudad, sumada a las caracteristicas climáticas de la región, constituyen un detonante permanente de los eventos naturales tales como: sismos, deslizamientos de tierras, procesos erosivos, avalanchas, remociones en masa, incendios e inundaciones.

El Macizo de Santander se caracteriza por su topografia con relieves fuertes y predominio de pendientes abruptas, aspectos que unidos a los efectos inotrópicos propios de las actividades humanas y a las caracteristica geologicas de los suelos presentes en el Municipio, contribuyen a que aumente la vulnerabilidad y por ende el riesgo por deslizamientos y erosión progresiva en las laderas de esta región. Entre las caracteristicas geológicas mas importantes de los suelos de la ciudad de Bucaramanga, se destacan su alta potencialidad erosiva, baja fertilidad y los niveles freáticos que afloran en la escarpa occidental, esto último debido a la recarga en las

Laderas orientales, lo que genera un fenómeno de erosión regresiva de las quebradas de la escarpa, causada por el tipo de suelos que conforman el cauce y la

VIAS DE ACCESO

El Municipio de Bucaramanga cuenta con vias de acceso como las Carreras 15, 27 y 33, la Autopista Bucaramanga – Piedecuesta, Carrera 15, que en el sector de la Rosita se convierte en Diagonal 15 siendo esta via una de la mas importantes por su permanente movimiento de transporte sobre todo de servicio público, recientemente fue ampliada y arreglada para el proyecto Metro línea, iniciando en el sector norte de la ciudad uniéndose a la via que viene de Santa Marta y en el sector de la puerta del sol termina para convertirse en la Autopista Bucaramanga - Floridablanca -

FOLIO 36

SERVICIOS PÚBLICOS

ALCANTARILLADO: Es claro que en la actualidad el servicio de alcantarillado en Bucaramanga no lo presta el Municipio pero no por ello no debe ser una molestia la situación y eludir la responsabilidad de contribuir, con otros actores gubernamentales y el prestador del servicio, en el tratamiento de aguas residuales. Aproximadamente el 98% de los habitantes de la ciudad cuentan con el servicio de alcantarillado, en cuanto al servicio de alcantarillado en el área rural, un 95% de la población del sector cuenta con pozos sépticos

ACUEDUCTO: Bucaramanga presenta una excelente cobertura de servicio de agua potable, aproximadamente el 98% de los habitantes de la ciudad cuentan con el servicio de acueducto. La calidad del agua es apta para el consumo humano y el total de los usuarios correspondientes a Bucaramanga son de 116.000

El sector rural presenta deficiencias en calidad del agua, toda vez que solo existen acueductos verdales, sin la existencia de procesos de potabilización que permitan mejorar la calidad del agua cruda. En el tratamiento de aguas residuales, hay Aspectos ambientales por mejorar, porque las micro cuencas presentan problemas de calidad de agua especialmente por los vertimientos de aguas residuales aportadas por los Municipios de Bucaramanga, Floridablanca, Girón y Piedecuesta

ELECTRIFICACION: El servicio de energía lo presta la Electrificadora de Santander ESSA la cual tiene una cobertura del 99.85% en el Municipio de Bucaramanga y

maneja los negocios de generación, transmisión, distribución y comercialización de energía eléctrica en 96 municipios de Santander, Norte de Santander, Boyacá, Cesar, Antioquia y Bolívar.

INFRAESTRUCTURA EDUCATIVA: Para la prestación del servicios educativos en todos sus niveles y grados en sus 17 comunas y 3 corregimientos dispone de 123 Instalaciones físicas, que concentran un total de 1.745 aulas que arrojan una capacidad de 92.411.69 metros cuadrados, lo que da un promedio de área por alumno de 1.65 metros. Como la Secretaría de Educación identificó la problemática

INFRAESTRUCTURA DE SALUD: Bucaramanga cuenta con 11 Unidades Médicas 9 clinicas privadas, un hospital Municipal y uno departamental, los cuales tienen una capacidad de 990 camas en hospitalización, en UCI adultos 78, UCI niños 72, 14 en Unidades de quemados y 42 en cuidados intermedios, quedando pendientes por abrir 11 en cuidados intensivos y 11 hospitalización

ESPACIOS DE CULTURA, DEPORTE Y RECREACION (CENTROS CULTURALES, CENTROS DEPORTIVOS, ÁREAS DE PATRIMONIO HISTÓRICO Y CULTURAL)

Existen 228 campos deportivos de uso comunitario, el 90% en buenas condiciones, así como 11 escenarios de alto rendimiento de los cuales hay 9 en óptimas condiciones, y 2 en proceso de adecuación. Gimnasios al aire libre 63. Clubes con reconocimiento deportivo (465 aproximadamente)

INFRAESTRUCTURA DE BIENESTAR Y PROTECCION

En Bucaramanga contamos con Hogares de primera infancia, casas de juventud centros para adultos mayores, entre otros)

FOLIO 38

INFRAESTRUCTURA DE SEGURIDAD Y JUSTICIA

El Municipio actualmente cuenta con dos centros de reclusión. EPMSC Bucaramanga (Cárcel Modelo) y RM Bucaramanga (Reclusión de mujeres) La carcel modelo cuenta con una capacidad instalada solo para 686 superando este numero de reclusos y presentando total hacinamiento. La carcel de mujeres tiene una capacidad para 300 internas. Además en Bucaramanga se cuenta con el Centro de Responsabilidad Penal para Adolescentes. ubicado en el barrio la Joya Comuna 5 Este centro no cuenta con adecuada infraestructura y ambiente propicio para la resocialización; encontramos además la Casa de Justicia ubicada en el barrio La Juventud en la Comuna 2. cuya misión es asesorar, apoyar y fortalecer la gestion de las autoridades territoriales en el cumplimiento del mandato constitucional de garantizar el derecho que tienen los ciudadanos de acceder a la justicia y de acercar la justicia formal y no formal a las comunidades Para conciliación se cuenta un conciliador en equidad una Comisaria de Familia. un funcionario de la Fiscalia. un funcionario de la Defensoría del Pueblo y un funcionario de la Personería Asi mismo existe el Centro de Conciliación. ubicado en la Carrera 13 No. 41-71 cuyas

INFRAESTRUCTURA DE INTERES ECONOMICO Y SOCIAL: (plazas de mercado. centros de acopio, centros de sacrificio)

PRINCIPALES ACTIVIDADES ECONOMICAS

Bucaramanga se ha caracterizado por el predominio de su actividad comercial como son los sectores de Calzado y Marroquinería. Joyeria. Confecciones. Ropa Infantil y Dama Sector Gastronómico. Metalmecánica y TIC entre otros. Las estrategias que se han desarrollado e implementando desde el año 2012 hasta la fecha han sido principalmente realización de actividades de intercambio comercial tanto a nivel local como a nivel internacional, encontrando la realizacion de Ruedas de Negocios para

La estructura empresarial del AMB está conformada, por cerca de 51.611 empresas, 24.057 pertenecen al comercio; 7.162 a la industria manufacturera, con mipymes de sectores como curtido, preparados de cuero y fabricación de calzado; confecciones de prendas de vestir; productos alimenticios y bebidas. Otro sector es la actividad

Las principales causas de morbilidad en el Municipio de Bucaramanga

Se puede resaltar las Enfermedades Infecciosas y parasitarias que se presentan con mayor frecuencia, la Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen Infeccioso. Las neumonías muestran una tasa promedio anual del 32.39% por cada 100.000 habitantes menores de un (1) año y 4.21% entre los niños de 1 a 4 años.

SUBGRUPO DE CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL

Las tres enfermedades que más mortalidad causaron en el periodo perinatal fueron: la Dificultad Respiratoria del Recién Nacido (P22), con un promedio anual de 113,8

habitantes menores de 1 año. Finalmente, la categoría Trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido (P50 -P61) ocupa cierto lugar de 1 año y la Sepsis bacteriana del recién nacido (P39), con 73,9 muertes cada 100.000

SUBGRUPO DE MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS

Las Enfermedades de mayor impacto son todas las malformaciones del aparato sardio circulatorio y las malformaciones del sistema nervioso central, con tasa

SUBGRUPO DE CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD

La más frecuente es la de Otros accidentes que obstruyen la respiración (W75-W84) en los que incluyen básicamente los episodios de bronco aspiración, ya sea de objetos o de alimentos, con una tasa promedio anual en menores de 1 año de

CONCLUSIONES

Durante el periodo 2005 al 2011, las causas mas frecuentes en las tasas ajustadas de mortalidad por la edad en el Municipio de Bucaramanga, son las del aparato circulatorio, neoplasias de causa externa y afecciones del periodo perinatal

MORBILIDAD ATENDIDA

Las Enfermedades Trasmisibles y Nutricionales son en general dos quintas partes de las causas de consulta en el Municipio de Bucaramanga en menores de 5 años Como elemento contrastante, las enfermedades No Trasmisibles aumentan en proporción relativa a medida que las personas de ambos sexos envejecen llegando a ser más de tres quintas partes de los motivos de consulta entre los de mayor edad Las condiciones Maternas - Perinatales son más frecuentes en los menores de 5 años de ambos sexos (condiciones perinatales), mientras que ambos tipos se

CONDICIONES TRANSMISIBLES Y NUTRICIONALES

Las principales causas de Morbilidad por las Enfermedades Transmisibles y Nutricionales según los grupos de ciclo vital son: Infecciones Respiratorias en la primera infancia infancia, adolescencia, juventud, adultez persona mayor (J00-J06

FOLIO 41

CONDICIONES MATERNO PERINATALES

En la siguiente tabla se aprecian las principales causas de Morbilidad por las condiciones maternas y perinatales en todos los grupos de edad, que son condiciones derivadas de la maternidad, siempre por encima del 95% de los eventos en todos los años.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

La tendencia de las principales causas de Morbilidad por las Enfermedades no Transmisibles en la población infantil (hasta 11 años de vida), siendo las condiciones más frecuentes de consulta Las Infecciones Respiratorias, Enfermedades de la piel (L00-L98), Enfermedades respiratorias (J30-J98) y de los órganos de los sentidos

LESIONES

Las causas de Morbilidad Especifica por Lesiones La mayoria de eventos registrados corresponden a la categoria Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas, aunque hasta un 20% son eventos de tipo lesiones no intencionales

MORBILIDAD DE EVENTOS DE ALTO COSTO

La Morbilidad por eventos de alto costo en Bucaramanga presenta tasas similares a las del Departamento; incluso, en dos de los indicadores se encuentra menor cantidad de eventos (VIH y leucemia aguda pediátrica).

MORBILIDAD DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

En Bucaramanga solo se han presentado casos de letalidad por sifilis congénita de 9,09 y las diversas formas

FOLIO 42

DIMENSIONES PRIORITARIAS Y TRANSVERSALES DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2012 - 2021

- 1 - DIMENSIÓN DE SALUD AMBIENTAL
- 2 -DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES
- 3 -DIMENSIÓN CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL
- 4 -DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL
- 5.-DIMENSIÓN SEXUALIDAD. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS
- 6 -DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
- 7 -DIMENSIÓN SALUD PÚBLICA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES
- 8.-DIMEMSIÓN SALUD Y AMBITO LABORAL
- 9 -DIMENSIÓN TRANSVERSAL GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES (Desarrollo Integral Niños y Niñas. Envejecimiento y Vejez. Salud y Género . Salud en Poblacion Étnica Discapacidad y Victimas del Conflicto Armado)

EL SECRETARIO: Señor presidente En cuanto a las Dimensiones prioritarias y transversales Del plan gestionar de salud pública 2012-2021 En el texto están enumeradas de la 1 A la 10 posteriormente esta El desarrollo de Lo que implica cada una Cómo tenemos texto alterno Dejamos constancia del texto alterno y la descripción de cada dimensión entonces solamente me limito a enunciar las Hay un anexo de todas maneras le reitero para enunciarlas.

EL PRESIDENTE: Se le concede la palabra al honorable concejal cleomedes bello villabona .

INTERVENCION DEL H.C. CLOMEDES BELLO VILLABONA: Presidenta los anexos que Prácticamente no hacen parte del cuerpo del proyecto de acuerdo para que se leen Sí ya creo que en la comisión se leyeron ya se

FOLIO 43

estudiaron Es simplemente el articulado y Los anexos y hacer referencia a los anexos y listo presidenta.

EL SECRETARIO: de todas formas presidenta.

EL PRESIDENTE: si secretario.

EL SECRETARIO: Enuncio nuevamente Las 10 dimensiones para que queden como constancia del documento
Dimensiones Prioritarias y Y transversales del plan Decenal de salud publica 2012-2021

DIMENSIONES PRIORITARIAS Y TRANSVERSALES DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2012 - 2021

- 1 - DIMENSIÓN DE SALUD AMBIENTAL
- 2 -DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES
- 3 -DIMENSIÓN CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL
- 4 -DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL
- 5 -DIMENSIÓN SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS
- 6 -DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
- 7 -DIMENSIÓN SALUD PUBLICA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES
- 8 -DIMEMSIÓN SALUD Y AMBITO LABORAL
- 9 -DIMENSIÓN TRANSVERSAL GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES (Desarrollo Integral Niños y Niñas, Envejecimiento y Vejez, Salud y Genero , Salud en Poblacion Étnica, Discapacidad y Victimas del Conflicto Armado)

FOLIO 44

- 10.-DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN DE LA SALUD. (Mejorar la función como Autoridad Sanitaria, mediante la Planeación Integral en Salud)

Las anteriores Dimensiones constituyen elementos técnicos y políticos, ordenadores del abordaje y la actuación sectorial, transectorial y comunitaria. Tanto la acción sectorial como la transectorial deberán dar respuesta a las tensiones entre las dimensiones del desarrollo, que limitan restringen o impiden el acceso a una vida larga y saludable, modificando así los determinantes de la salud

EL SECRETARIO: Con esa lectura se estaría concluyendo la lectura del documento anexo denominado metodología PASE a la Equidad en salud sólo quedarían Para hacer Claridad voy a leer los anexos que están contenidos en los CDS Qué se le entregó a cada uno de los Honorables concejales.

11.- ANEXOS

Se anexan los siguientes Aplicativos en Excel correspondientes a la Metodología PASE A LA EQUIDAD EN SALUD PLANTILLA DE ALISTAMIENTO INSTITUCIONAL Y PLANTILLA DE RESPUESTA así

TABLA 2A RECONOCIMIENTO DE LAS DINAMICAS BASICAS PASE (POBLACIONAL)
TABLA 2B RECONOCIMIENTO DE LAS DINAMICAS BASICAS PASE (ASE)
TABLA 3 RECONOCIMIENTO DE LAS CONDICIONES BASICAS EN SALUD
TABLA 4 IMPLICACIONES DE LAS DINÁMICAS PASE EN LAS CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACIÓN
TABLA 5 Y 6 IDENTIFICACIÓN Y VALORACIÓNDE LAS TENSIONES Y PROYECCIÓN DE TENSIONES
TABLA 7 TRANSFORMACIÓN ESPERADA DE TENSIONES
TABLA 8 OBJETIVOS Y METAS ESTRATÉGICAS
TABLA 9 CADENA DE VALOR PÚBLICO EN SALUD
TABLA 10 VINCULACIÓN DE LAS METAS Y ESTRATEGIAS DEL PTS CON LAS METAS Y ESTRATEGIAS DEL PDSP
TABLA 11 DEFINICIÓN DE PROGRAMAS Y SUBPROGRAMAS DEL PTS
TABLA 12 COMPONENTE DE INVERSIÓN PLURIANUAL DEL PTS
MAPAS (FÍSICO ESPACIAL, ESPACIALIZACIÓN DE TENSIONES IDENTIFICACIÓN DE RACIMOS Y EJES ESTRUCTURANTES)
COMPONENTE OPERATIVO ANUAL DE INVERSIÓN EN CD (COAI) Y PLAN DE ACCIÓN EN SALUD PAS 2016

Con eso de concluido La lectura al documento señor presidente.

FOLIO 45

EL PRESIDENTE: Ponemos en consideración el artículo primero de las modificaciones realizadas en la comisión lo aprueban los honorables concejales.

EL SECRETARIO: ha sido aprobada señora presidente .

EL PRESIDENTE: Continué señor secretario.

EL SECRETARIO: Procedo a leer el original el artículo segundo original del proyecto 029 del 2016.

ARTÍCULO SEGUNDO: Autoricese al Alcalde Municipal, para de requerirse efectue mediante acto administrativo las modificaciones que sean necesarias e indispensables al Plan Territorial de Salud, de conformidad a las pautas fijadas por las normas vigentes y las estipuladas por el Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo a los principios e intereses generales de la comunidad.

He leído el original el articulo segundo original del proyecto 029 señora presidente.

EL PRESIDENTE: Se le concede el uso de la palabra el honorable concejal Dionisio Carrero correa.

INTERVENCION DEL H.C. DIONICIO CARRERO CORREA: Gracias señor presidente para solicitar un receso de 5 minutos

EL PRESIDENTE: Se declara un receso de 15 minutos

EL SECRETARIO: ha sido aprobado señora presidente.

Se realiza un llamado a lista para verificación del quorum por parte del secretario general del concejo, responden a lista 17 honorables concejales, por lo tanto hay quorum.

FOLIO 46

EL PRESIDENTE: tiene la palabra el concejal pedro Nilson amaya martinez.

INTERVENCION DEL H.C. PEDRO NILSON AMAYA MARTINEZ: gracias señor presidente un saludo muy especial a la mesa directiva a los compañeros de la corporación del concejo de Bucaramanga un saludo muy especial al secretario de salud a la doctora melba un saludo muy especial a las unidades de apoyo de la policía nacional y a las personas que nos están acompañando en este recinto presidente a mi me queda una inquietud un poquito preocupante es un proyecto muy interesante para población mas vulnerable de nuestra ciudad de Bucaramanga pero yo creo que de los afanes u de las carreras no queda si no el cansancio asi como nos presentaron un plan de desarrollo a esta corporación y habían muchas cosas que estaban a medias Hoy me preocupo porque haciendo un análisis de fondo y en concordancia con el proyecto de acuerdo en discusión yo le solicitó muy respetuosamente al Señor secretario explicar la relación entre el plan territorial de salud 2016-2019 el plan decenal de salud 2012-2021 y de acuerdo a la circular 015 del 8 de marzo que nos hicieron llegar a todos los alcaldes y gobernadores de nuestro país esa circular del 8 de marzo del 2016 del Ministerio de salud y protección social a través del cual se establece los lineamientos para incorporar la política de atención integral de la salud como consecuencia de lo anterior preguntó señor secretario el plan territorial de salud está incluido en el actual plan de desarrollo o cual va a hacer el instrumento de armonizar estos 2 planes cuando la Norma y la ley decía que debía estar integrado dentro de ese plan de desarrollo hoy es una duda y una inquietud que nos queda a nosotros o en especial a mí a quien le habla como Vocero del partido

opción ciudadana que también presentamos poblaciones vulnerables de nuestra ciudad bucaramanga estos ajustes si no llegan estar incorporado dentro del plan de desarrollo que yo juisiosamente con el equipo de trabajo lo analizamos de fondo tocaría regresarlo este acuerdo municipal este proyecto de acuerdo el proyecto acuerdo 029 tocaria regresarlo por que bien para que el plan de desarrollo fuese aprobado aca Tenía que llevar y respetar unos procesos y unos tiempos y yo hoy si el secretario de salud me da la certificación por escrito porque ya le tengo miedo a esta administracion a este alcalde que hoy sale a hablar todo lo le presenta en su imagen y en su imaginación y hoy viene siempre a dejarnos mal como un sistema político y como un sistema democrático entonces hoy también le pido al Señor secretario que me lo certifique por escrito si ya articularon esto y ajustaron al plan de desarrollo de acuerdo a su debido proceso le hicieron un proceso con el consejo territorial de planeación si ya se armonizo completamente este este acuerdo municipal 029 en el cual estamos adoptando el plan territorial de salud 2016 - 2019 con el plan de inversiones Con el presupuesto plurianual y si con el presupuesto plurianual y con el presupuesto plurianual también hoy también le pido la certificación a la Secretaría de Hacienda que me lo entregue por escrito si esa certificación Que me conste si el componente Financiero del pluranual se encuentra articulado dentro del plan de desarrollo si esas dos certificaciones usted me las dan por escrito yo votaria positivo a este proyecto de acuerdo 029 pero si no la encuentro por escrito hoy Yo le pido muy respetuosamente al señor presidente Para que aplasemos este debate y asi la administración Qué son berracos y veraces para entregar rectificaciónes en 2 minutos no le entreguen bien soportada hoy

este plan perdón este este plan territorial de salud es muy importante para la población de bucaramanga pero yo no puedo cargar con la responsabilidad de la mala planeación de la administración en general y en especial este señor alcalde para echarme a las costillas y así acelerar y aprobar a pupitrazo un proyecto que es tan importante y que veo que usted muy juiciosamente lo presentaron pero que desafortunadamente no está respetando los tiempos para que llegue a ser articulado dentro del plan de desarrollo del señor alcalde el ingeniero Rodolfo Hernández esas son las dos inquietudes que tengo muchas gracias señor presidente por haberme permitido la palabra.

EL PRESIDENTE: entonces suspendemos el estudio del proyecto mientras traen las certificaciones concejal entonces suspendemos el proyecto para mañana continue señor secretario con el orden del dia.

EL SECRETARIO: 6. Lectura de documentos y comunicaciones hay un documento sobre la mesa señor presidente Decreto 0124 2016 por el cual se prórroga el periodo de este semestre extraordinarias Del concejo municipal de Bucaramanga convocada mediante decreto 111 de 16 de agosto 2016 y prorrogadas por los decretos 114 119 2016 el alcalde de Bucaramanga en uso de sus atribuciones constitucionales iLegales en especial las conferidas por el artículo 315 numeral 8 de la constitución política el parragrafo 2 del artículo 23 de la ley 136 94 articulo 29 de la ley 1551 de 2012 y considerando que el literal a del articulo 91 de la ley 136 del 98 Modificado por el artículo 29 de la ley 1551 de 2012 señala Qué son funciones del alcalde en relación con el concejo municipal presentar los proyectos de acuerdo que juzgue conveniente

FOLIO 49

para la buena marcha del municipio colaborar con el consejo para el buen desempeño de sus funciones y convocar la sesión extraordinaria en las cuales sólo se ocupa de temas y materias para los cuales fue citado que de acuerdo con lo señalado en el párrafo 2 del artículo 23 de la ley 136 del 94 el alcalde puede convocar al concejo municipal a sesiones extraordinariamente y en oportunidades diferentes a las sesiones ordinarias para que se ocupe exclusivamente de los asuntos que se someten de su consideración que conforme a lo anterior el alcalde municipal de Bucaramanga procedio a convocar sesiones extraordinarias al concejo municipal de Bucaramanga mediante decreto 111 de 116 de agosto de 2016 Con el fin de tramitar y aprobar algunos proyectos de Acuerdo para la buena marca de la ciudad bucaramanga así como el trámite y resolución de algunas objeciones interpuestas por inconveniencia y en derecho respecto algunos proyectos de acuerdo que venían para hacer sancionados por los cuales fueron devueltos a la corporación Pública para su debate y resolución que posteriormente dada la complejidad de las iniciativas de proyectos de acuerdos presentados al concejo municipal en razón de la transcendental importancias para las finanzas de la ciudad así como el trámite necesario para dar curso de las objesiones realiza se prorrogo e plazo inicial dos veces consecutivas mediante decreto 114 119 del 2016 extendiendose el plazo se sesiones extraordinarias hasta el 12 de septiembre del 2016 que el dia 8 de septiembre de 2016 fallecio Lamentablemente el concejal José Alfredo ariza flores razón por la cuál el consejo de bucaramanga decidio unirse en acto postume en solidaridad y acompañamiento al duelo que agobia a sus familiares y comunidad bumanguesa por el termino de 3 dias 9 -10 y 11 de septiembre

FOLIO 50

que dada la situación del duelo la corporación manifestó al mandatario se sirviese a extender las sesiones extraordinarias para debatir los temas van en curso y que integran la sesión extraordinaria por unos días mas hasta el sábado 17 de septiembre de 2016 en merito de lo expuesto decreta el artículo 1 prorrogar el plazo la sesión extraordinaria convocada mediante decreto 111 2016 y ampliadas por decreto 114 y 119 2016 hasta el 17 de septiembre 2016 inclusive articulo segundo las demás diposisiones contenidas en los Decreto 111 de 2016 prorrogadas por los decretos 114 119 de 2016 continuan vigentes y no sufren modificación alguna articulo tercero Remite copia al concejo municipal para el trámite respectivo artículo cuarto el presente decreto rige a partir de la fecha de su expedición expedido en Bucaramanga el 9 de septiembre de 2016 rodolfo hernadez suares alcalde de bucaramanga he leído el decreto señor presidente.

EL PRESIDENTE: CONTINUEMOS CON EL ORDEN DEL DIA.

EL SECRETARIO: 7.propocisiones y asuntos varios no hay propocisiones sobre la mesa.

EL PRESIDENTE: Tiene la palabra el concejal Clemente bello villabona.

INTERVENCION DEL H.C. CLEOMEDES BELLO VILLABONA: Gracias presidente no era para hablar En el proyecto de acuerdo Entonces en el día de mañana O cuando estime conveniente que venga el proyecto para intervenir presidente.

EL PRESIDENTE: Muy bien continuemos con el orden del día secretario.

FOLIO 51

EL SECRETARIO: se agoto el orden del día Señor Presidente.

EL PRESIDENTE: Se cita mañana a las 10 de la mañana sesión plenaria continuación del estudio del acuerdo 029 del 2000 Según Instrucciones del presidente de la comisión primera En 10 minutos Se inicia la comisión para estudio de proyecto De acuerdo 030.

Las anteriores intervenciones se encuentran grabadas en archivo de voz computarizado a la fecha.

Para constancia se firma para su aprobación en plenaria.

Presidente:

HENRY GAMBOA MEZA

El Secretario:

CARLOS SIMON GONZALEZ JEREZ

ELABORADO POR: ELIECER ACEVEDO JEREZ
REVISO: sofia ortiz delgado