FORMULACIÓN PARTICIPATIVA E INCLUYENTE PLAN DEPARTAMENTAL DE DESARROLLO "SANTANDER NOS UNE"

"Mesas Sectoriales Santander Nos Une"

Formato 1. Problemáticas, causas y efectos

FORMATO DIAGNOSTICO MESAS SECTORIALES - **SALUD DIMENSIONES PLAN DECENAL DE SALUD PUBLICA (PDSP)**						
SECTOR O TEMA DE DESARROLLO **SALUD - DIMENSIONES PDSP**	INDICADORES DE ANALISIS	POTENCIALIDADES	PRINCIPALES PROBLEMATICAS			
			CAUSAS	PROBLEMAS	EFECTOS	LOCALIZACION
SALUD AMBIENTAL	Coberturas útiles de vacunación para rabia en animales	Voluntades políticas e interés público en el control de ETV. Mayor visibilidad del impacto que pueden tener las ETV	Minería y mala disposición de aguas servidas y residuos industriales y agrícolas Contaminación relacionada con el tráfico, la construcción, el tabaquismo y fuentes fijas Construcción de grandes obras de ingeniería (represas, vías, crecimiento urbano) No se han controlado los vectores. Las inversiones y la investigación se	Contaminación de fuentes hídricas Mala calidad del aire en el área metropolitana Cambios en el comportamiento de vectores y reservorios por alteración de los macroecosistemas Índices aédicos elevados Contaminación ambiental. Problemas con el manejo de residuos solidos Contaminación de los recursos	Enfermedades transmitidas por alimentos, Niveles endémicos de Zika, Dengue, Chikungunya y demás ETV Las enfermedades infecciosas a las que se exponen las personas por un manejo inadecuado de los desechos sólidos. Ejemplo: Dengue, zika Chicunguña, Leptospirosis. Asma, neumonías ect	URBANA RURAL
	Incidencia de dengue					URBANA RURAL
	Incidencia de rabia animal					URBANA RURAL
	Tasa de incidencia de Chagas					URBANA RURAL
	Tasa de incidencia de Leptospirosis					URBANA RURAL

			han dirigido a controlar la enfermedad pero no al agente transmisor. El 49% de los municipios Santandereanos la disposición de basuras y residuos sólidos se realizó en forma inadecuada es decir a cielo abierto	naturales (aire. Agua .suelos)		
VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES	Mortalidad por diabetes mellitus Porcentaje de progreso de enfermedad renal crónica Prevalencia de hipertensión arterial Mortalidad por tumor maligno del estómago (C16) Mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer (C50 en mujeres) Mortalidad por tumor maligno del cuello del útero (C53)	Observatorio de Salud Pública de Santander Sistema de vigilancia de factores de riesgo STEPS Registro poblacional de Cáncer Identificar la población vulnerable para el Desarrollo de programas de prevención de Riesgo cardiovascular basado en los resultados de encuestas de perfil	Fragmentación de la atención No hay conciencia colectiva de acudir a tamizajes El personal de salud de los servicios de urgencias no cuenta con formación específica en atención de complicaciones agudas de enfermedades crónicas	Alta incidencia de diagnóstico tardío de enfermedades crónicas Baja capacidad resolutiva en los servicios de atención inicial de urgencias Desconocimiento por parte de las empresas, de antecedentes médicos de la población trabajadora teniendo en cuenta la legislación colombiana en cuanto a la	Alta carga de enfermedad por eventos cardiovasculares y cáncer Altas tasas de mortalidad y de discapacidad por infarto, accidente cerebrovascular Ausencia de estadísticas reales de la prevalencia de enfermedades precursoras de la enfermedad cardiovascular o renal en la población trabajadora.	URBANA RURAL URBANA RURAL URBANA RURAL URBANA RURAL URBANA RURAL URBANA RURAL

	Mortalidad por tumor maligno de la próstata (C61)	socio demográfico de las empresas a través de la implementación del Plan de Promoción y prevención de la salud del Modelo de Gestión Positiva SUMA. Tener consolidada una unidad de atención de cáncer que funciona en nuestro principal Hospital Público departamental, antes HURGV, hoy HUS, fundada hace 37 años, con un grupo médico interdisciplinario de especialistas y sub-especialistas en el tratamiento del cáncer, que conforman los tres pilares fundamentales en el tratamiento de las patologías tumorales, cirugía oncológica con todas sus subespecialidades, radio-oncología con sus diferentes modalidades	Bajo índice de auto-reporte de condiciones de salud de la población trabajadora a las empresas para la identificación de casos prevalente **TUMOR MALIGNO DE ESTÓMAGO** Hasta hace unos 30 años el CA de estómago era una enfermedad con una tasa de mortalidad bastante alta, la cual se ha disminuido de manera notable gracias a la detección precoz. Es más frecuente en países como Japón, Colombia y Chile, normalmente afecta a varones de 60 años, especialmente cuando se trata de un adenocarcinoma, en el caso del linfoma suele	confidencialidad de la historia clínica ocupacional **CA DE ESTÓMAGO** El pronóstico del paciente con CA de estómago depende de la extensión del tumor y de la precocidad del diagnóstico, el CA distal de estómago se puede curar en más del 50 % cuando el CA no ha avanzado más allá de la pared gástrica. La tasa de supervivencia generada en 5 años en pacientes con la enfermedad metastásica es de casi 0 en pacientes con CA de estómago diseminado y de casi un 50 % en paciente con enfermedad loco regional resecable. Las diferentes barreras de acceso a los métodos diagnósticos (endoscopia y	**LOS EFECTOS PARA TODO TIPO DE CÁNCER SON SIMILARES** Entre los más evidentes se cuentan la disminución de los años de vida saludables y su repercusión desde el punto de vista económico. La alta carga en costos que significa para el sistema atender a pacientes con enfermedad metastásica que requieren de procedimientos de alto costo y tecnología La ausencia del diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno hace que un gran número de pacientes, especialmente del régimen subsidiado y de población sin seguro consulten	URBANA RURAL

		terapéuticas, y oncología clínica, incluyendo hematoncológica pediátrica y hematoncológica de adultos. Poseer un equipo técnico de la más alta calidad y experiencia, que incluye Radio-Físico Médico, Dosimetristas, tecnólogos radioterapeutas, enfermeras especialistas en cáncer y un grupo de auxiliares con amplia experiencia en el área. La unidad de radioterapia cuenta con una compleja infraestructura tecnológica para el tratamiento de los tumores malignos, mediante la aplicación de radiaciones ionizantes, que incluyen las modalidades de Teleterapia y braquiterapia, para	aparecer en pacientes más jóvenes, más o menos hacia los 50 años. Cuando aparece en pacientes con edades inferiores casi siempre es debido a herencia familiar. El adenocarcinoma es responsable del 90 al 95% de todas las patologías malignas gástricas. En USA ocupa el lugar nro. 14 en incidencia de los principales tipos de neoplasias malignas, en Colombia y específicamente en Santander ocupa el 2 lugar después del CA de próstata. Si bien se desconoce la etiología precisa entre los factores de riesgo reconocido se incluyen los	biopsias) hacen que menos del 10 al 20 % de todos los casos diagnosticados lleguen en estadio inicial. Aun con enfermedad localizada visible, la tasa de supervivencia a 5 años solo alcanza entre un 10 a15 %. Aunque el tratamiento a 5 años en pacientes con enfermedad diseminada puede dar como resultado la paliación de los síntomas y cierta prolongación de la supervivencia, las remisiones prolongadas son poco frecuentes **CA DE MAMA** A pesar de las campañas masivas que promocionan el auto examen, la divulgación de las alteraciones de la mama que pudieran ser síntomas de cáncer como son la irritación de la piel, piel con aspecto de	en estados avanzados de la enfermedad generando altos costos en la atención por la multidisciplinaridad que requiere su atención, la alta tecnología y el alto costo de los medicamentos y las terapias biológicas. La poca incidencia en las medidas preventivas contra los factores de riesgo hace que la enfermedad siga manteniendo altas tasas de mortalidad y morbilidad y lo que es más preocupante que la edad de presentación de los casos sea cada vez más temprana. El impacto emocional sobre los núcleos familiares es bastante considerable teniendo en	

		lo cual cuenta con un acelerador lineal dual marca siemens de 16 años de antigüedad, un moderno equipo de braquiterapia que funciona desde el año 2011 y que actualmente es el único que cuenta con autorización en el manejo de material radiactivo, un Tac Simulador del año 2007 y un equipo de planeación marca elipse, consolidándose de esta manera una estructura muy funcional ligada y ubicada en un centro hospitalario de alta complejidad con servicios de urgencias, hospitalización y cuidados intensivos. El servicio de quimioterapia soporta todos los tratamientos de oncología clínica y hematología para adultos y niños, contando para ello	siguientes: Infección gástrica por HELICOBACTER PYLORI. Edad avanzada Género masculino Alimentación pobre en frutas y verduras Alimentación alta en sal o comidas ahumadas o en conserva Gastritis atrófica crónica Metaplasia intestinal Anemia perniciosa Pólipos adenomatosos gástricos, Antecedentes familiares de CA de estómago, Tabaquismo, Gastritis hipertrófica gigante, Poliposis adenomatosa familiar. **TUMOR MALIGNO DE MAMA**	naranja, enrojecimiento, engrosamiento de la piel del pezón, dolor, pezón hundido o secreción. Estímulo para la práctica de la eco mamografía, la falta de cultura de cáncer en los diferentes estamentos de la población y el difícil acceso a la consulta especializada y a los exámenes diagnósticos han hecho que el impacto en las tasa de morbilidad y mortalidad no sea el esperado. La asimetría en la calidad de la atención, para los servicios del contributivo, y el subsidiado impiden una verdadera cobertura universal para esta patología especifica. **CA DE CUELLO DE UTERO** Si nos comparamos	cuenta que nuestra sociedad un alto número de mujeres son cabeza de familia o contribuyen de una manera significativa al presupuesto de su mantenimiento, (haciendo referencia al CA mama). En el CA de cuello de Útero Es importante anotar que la deficiencia en la calidad de las citologías en algunas regiones de nuestro país, retardan significativamente el diagnóstico precoz e inciden en el pronóstico de la enfermedad.	

		con una sala con todos los recursos técnicos para su funcionamiento, teniendo como su principal capital la calidad y experiencia de su personal de enfermería. Lo anterior nos posiciona como un centro de atención oncológica integral que representa el conjunto de recursos de infraestructura tecnológica y de talento humano que organizado a través de procesos y guías de atención y del concepto de juntas multidisciplinarias nos hace aptos para atender todas las neoplasias malignas, reuniendo los requisitos indispensables para constituir lo que hoy en nuestro sistema de salud se definen como unidades funcionales de cáncer. La evolución de los modelos de atención	La supervivencia por CA de mama ha aumentado notablemente los últimos 20 años, (anualmente se incremente en un 1.4 %) cada vez disponemos de mayor información para el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno del CA de mama, lo q ha permitido q la supervivencia global a los 5 años del diagnóstico de este tumor sea mayor del 80 % en los países desarrollados, en nuestro medio ocupa el primer lugar entre todas las patologías tumorales malignas de las mujeres. Si se consideran los dos sexos solo lo superaría los cánceres de pulmón, estómago y colon	con las estadísticas de países más desarrollados que reportan tasas de mortalidad muy cercanas al 2x1000 , evidenciamos un sensible atraso cuando las comparamos con las nuestras que se encuentran por encima de 9x1000, tras el cáncer de mama y el de pulmón. Sin embargo hay una clara tendencia a disminuir y las metas a alcanzar para el año 2021 oscilan alrededor del 5.5x1000. La edad media de fallecimiento es alrededor de los 60 años y el 85 % de ellos ocurre en los países en vías de desarrollo, mientras que en los países del primer mundo ha dejado de ser una amenaza. La mayoría de los casos tienden a ocurrir hacia la mediana edad y se		

		en cáncer requiere hoy del concurso de otras disciplinas en las cuales hoy nuestro principal centro público y su unidad de oncología ha logrado ampliar su concepto de integralidad vinculando a su planta de personal a médicos sub-especialistas en dolor y cuidados paliativos, y fácilmente podría vincular a profesionales en soporte nutricional, rehabilitación y salud mental, con la clara intención de lograr un control total de la enfermedad hacia un objetivo con el propósito de lograr la integralidad en la atención de la misma. En el caso de Colombia, existe ya un desarrollo normativo que plantea la necesidad de integración de los	rectal. La mortalidad es más alta en los países desarrollados, Europa del norte, 22.6 por 100.000 habitantes, en el mundo fallecen anualmente 458000 mujeres, en Colombia esta cifra alcanza los 2228 pacientes por año y en Santander 101 por año. La edad media de fallecimiento es más o menos de 65 años. Estos resultados son el producto del avance científico para el tratamiento y de la detección precoz de la neoplasia. La causa se atribuye a una anormalidad genética de la célula que se genera en forma espontánea e inesperada en un 5 a 10 % de los	detectan en mujeres menores de 50 años, es muy raro encontrar casos en menores de 20 años. Pero también se encuentra en mujeres mayores de 65 años donde se detectan aproximadamente el 15 % de todos los casos. Rara vez ocurre en pacientes que se han estado haciendo regularmente las pruebas de citología. Es más frecuente en mujeres hispanas, raza negra y asiáticas. **CA DE PRÓSTATA** Se presentan al año entre 6.500 a 8000 casos nuevos de este tipo de cáncer. El cáncer de próstata constituye hoy en día la primera causa según incidencia y la **segunda causa de mortalidad por cáncer en la**		

		servicios oncológicos, mediante la conformación de unidades funcionales ubicadas al interior de instituciones prestadoras de servicios conformadas por profesionales especializados, con el complemento de diferentes disciplinas para la atención integral del cáncer. La norma mencionada define que estas unidades tienen como función "evaluar la situación de salud del paciente y definir su manejo, garantizando la calidad, oportunidad y pertinencia del diagnóstico y el tratamiento". Queda faltando aquí lo que tiene que ver con la detección precoz, la promoción tratando de incrementar la cultura de cáncer, la	casos, la mayoría es de causa desconocida. Sin embargo existen ciertos factores de riesgo, así: antecedente personal de un CA de mama previos, historia de una familiar directa con CA de mama, (madre o hermana) y presencia de la mutación de los genes VRCA., 1 y VRCA -2 (que se encuentran alterados en un 5 al 10 % de los casos. Primer embarazo pues de los 35 años, menarquia antes de los 12 años, menopausia después de los 55 años, exposición a radiación ionizante, obesidad, uso de estrógenos exógenos como terapia hormonal,	**población masculina.** La tasa promedio de edad en que se presenta esta enfermedad oscila entre un 40,5% y 45,9% por cada 100.000 hombres, con un rango creciente de incidencia en hombres mayores de 60 años y con un **riesgo del 4,3% acumulado de tener cáncer de próstata antes de los 75 años.** La aparición de esta enfermedad muestra una tendencia en incremento, ya que en 2014 se registró 2.482 muertes. El riesgo que tienen los hombres de ser **diagnosticados con cáncer de próstata es cerca del 16%,** ello contrasta en forma importante con la mortalidad por esta enfermedad, que en los países		

		prevención atacando los factores de riesgo. Los programas de promoción y prevención, diagnóstico precoz y fomento de la cultura de cáncer en los diferentes estamentos de la población han estado siempre en discusión básicamente sobre quienes lo deben hacer. Algunos se inclinan porque sean los mismos expertos que manejen los programas de atención en cáncer, otros por el contrario consideran que por tratarse de un programa de atención primaria, estos deben ser manejados por los profesionales que trabajan en esta área, pero individualmente capacitados, supervisados y apoyados por los especialistas de	consumo excesivo de alcohol, edad avanzada más o menos hacia la 6 y 7 década de vida. **TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL UTERO** Los cálculos de la sociedad americana contra el cáncer para ese tipo de patología muestran que alrededor de 12990 casos nuevos serán diagnosticados en el último año, alrededor de 4120 mujeres morirán por esta patología. Los estados precancerosos se diagnostican cada vez con más frecuencia que el cáncer cervical invasivo. El cáncer de cuello uterino fue una de las	desarrollados no supera el 3% de los casos. Debido a que no se conoce la causa exacta del cáncer de próstata, hasta el momento no es posible prevenir la mayoría de los casos de la enfermedad. Muchos factores de riesgo, tales como la edad, la raza, y el historial familiar no se pueden controlar. Uno de los principales problemas es la no detección temprana en personas que no presentan síntomas de esa enfermedad. Frecuentemente se puede encontrar el cáncer de próstata en sus etapas tempranas mediante el análisis de la cantidad de antígeno prostático específico (prostate-specific antigen, PSA) en la sangre de un hombre. El examen		

		oncología puesto que es un hecho que no hay una buena cultura del cáncer ni hay en la parte académica una adecuada preparación.	causas más comunes de muerte por CA. En nuestro medio es la segunda causa de mortalidad en mujeres con 4482 casos a nivel nacional por año y en Santander 82 casos. No obstante en los últimos 30 años, la tasa de mortalidad ha disminuido el 50 % en los países desarrollados, la razón principal de este cambio fue el aumento del uso de la prueba de Papanicolaou que puede encontrar cambios citológicos antes de que se desarrolle un CA y además puede encontrar CA cervical en estadios más tempranos, cuando aún este	digital del recto (digital rectal exam, DRE) es otra manera de encontrar temprano el cáncer de próstata. No hay duda de que las pruebas de detección pueden ayudar a encontrar muchos cánceres de próstata en etapa temprana, pero el uso de estas pruebas para este cáncer está limitado. La prueba PSA y el DRE no son 100% precisos. A veces, estas pruebas pueden presentar resultados anormales incluso cuando un hombre no tiene cáncer (conocido como un resultado positivo falso), o pueden arrojar resultados normales aun cuando un hombre sí tiene cáncer (conocido como resultado negativo falso). Los resultados		

			en la etapa curable. Causas: Infección por VPH Tabaquismo VIH Inmunosupresión Infección por clamidia Alimentación escasa en frutas y verduras Sobrepeso Uso prolongado de anticonceptivos orales Uso de dispositivo intrauterino Tener muchos embarazos a término Tener menos de 17 años en el primer embarazo a término La pobreza Dietilestilbestrol Antecedente familiar de cuello de cáncer uterino.	imprecisos de las pruebas pueden causar confusión y ansiedad. Por otro lado, los resultados falsos positivos pueden llevar a que algunos hombres se sometan a una biopsia de la próstata (con riesgos menores de dolor, infección y sangrado) cuando en realidad no tienen cáncer. Además, los resultados falsos negativos pueden dar a algunos hombres un sentido de seguridad falso cuando en realidad hay cáncer en la próstata. Otro asunto importante consiste en que aun cuando las pruebas de detección encuentren un cáncer, los médicos a menudo no pueden indicar si el cáncer es realmente peligroso. Pudiera parecer que		

			TUMOR MALIGNO DE LA PRÓSTATA En un nivel básico, el cáncer de próstata es causado por cambios en el ADN de una célula de la próstata. Los científicos han avanzado mucho en el entendimiento de como ciertos cambios en el ADN pueden provocar que las células normales de la próstata crezcan anormalmente y formen cánceres. Todavía no entendemos completamente las causas de cáncer de próstata, pero los investigadores han encontrado varios factores que podrían afectar el riesgo de un hombre de	encontrar y tratar todos los cánceres de próstata en etapa temprana es algo bueno siempre, pero algunos cánceres crecen tan lentamente que probablemente nunca causarían problemas. El resultado de una prueba que indique un nivel elevado de antígeno prostático específico puede hacer que algunos hombres sean diagnosticados de un cáncer de próstata que de otro modo habría pasado inadvertido durante sus vidas. El cáncer nunca les habría causado síntoma alguno ni les causaría la muerte.		

			padecer esta enfermedad como: Edad Raza Geografía Antecedentes familiares Cambios genéticos Alimentación Obesidad Tabaquismo Exposiciones a sustancias tóxicas Inflamación de la próstata Infecciones de transmisión sexual Vasectomía			
CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL	Prevalencia de consumo de SPA en el último mes	SUICAD SIIS Divulgar campañas de sensibilización en prevención del consumo de alcohol y sustancias psicoactivas a través del Programa de Promoción y prevención de la salud Modelo de Gestión Positiva	Falta de acceso de jóvenes a información sobre efectos del consumo de SPA Elevado índice de población laboral principalmente pertenecientes al sector construcción y manufactura que pertenece a	Consumo de SPA Inicio de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas desde temprana edad, generando hábitos en la población trabajadora. Informalidad en la contratación del sector transporte	Violencia Desintegración social y familiar Alta frecuencia de accidentalidad laboral por deterioro en el desempeño de la población trabajadora vinculada con el uso de alcohol y SPA.	URBANA RURAL
	Tasa de incidencia de violencia contra la mujer					URBANA RURAL
	Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar					URBANA RURAL
	Tasa de mortalidad por accidentes de transporte					URBANA RURAL

	terrestre	SUMA Incluyendo la estrategia 4X4 Implementación de Plan estratégico de Seguridad Vial a través del Programa de gestión para el control de incidentes y accidentes de trabajo del modelo de gestión Positiva SUMA Programa de gestión para el control de incidentes y accidentes de trabajo del Modelo de gestión Positiva SUMA	sectores socialmente vulnerables Ausencia de programas de mantenimiento preventivo y correctivo de vehículos en las empresas – Falta de capacitación y entrenamiento en conducción defensiva Falta de implementación del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el trabajo para ejecutar controles en los riesgos generadores de accidentes de trabajo.	Bajo compromiso por parte de los empleadores en la ejecución de actividades de promoción y prevención en el marco del SG-SST	Accidentes de tránsito relacionados con fallas en los vehículos e incumplimiento a la legislación de Min Transporte Déficit de controles en actividades de alto riesgo que generan eventos mortales.	
	Tasa de mortalidad por accidentes, excluidos los de transporte					URBANA RURAL
	Tasa de mortalidad por agresiones					URBANA RURAL
	Tasa de mortalidad por lesiones auto-infligidas intencionalmente					URBANA RURAL
	Mortalidad por ahogamiento y sumersión accidentales (W65-W74)					URBANA RURAL
	Mortalidad por causas externas por grupos quinquenales de edad y sexo					URBANA RURAL
	Mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento (F00-F99)					URBANA RURAL
SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL	Duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 3 años (mediana en meses)	SINU Plan decenal de SAN (Proinapsa) STEPS	Desórdenes alimenticios en la población trabajadora por condiciones socioeconómicas	Bajo consumo de frutas y verduras Falta de estimulación y	Población trabajadora con problemas de salud en obesidad mórbida, enfermedades cardiovasculares	URBANA RURAL

	Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer	Diagnóstico nutricional de población menor de 18 años Socialización estrategia de alimentación saludable, programa de acondicionamiento físico a través del programa de gestión para la prevención de enfermedades laborales. aplicando la estrategia 4X4	y déficit de cultura de alimentación saludable, estilos de vida sedentarios con poca o nula actividad física.	sensibilización hacia la promoción de estilos de vida y alimentación saludable.		URBANA RURAL
	Prevalencia de anemia					URBANA RURAL
	Prevalencia desnutrición crónica (retraso en talla para la edad) en menores de 5 años					URBANA RURAL
	Prevalencia de desnutrición global (bajo peso para la edad) en menores de 5 años					URBANA RURAL
	Prevalencia de obesidad					URBANA RURAL
	Prevalencia de deficiencia en la ingesta de energía en la población de 2 a 64 años.					URBANA RURAL RURAL
SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	Razón de mortalidad materna	Aplicación de criterios de Unidad estratégica de prevención en Salud Programa GALENO en control del Riesgo Biológico del Modelo de Gestión Positiva SUMA	Bajo nivel gestión en Riesgo Biológico por exposición a líquidos de precaución universal en empresas afiliadas a	Exceso de confianza en la población trabajadora vulnerablemente expuesta Falta de medios de control en las	Alta frecuencia en la accidentalidad por exposición a líquidos de precaución universal por mecanismos de accidentalidad como pinchazos y	URBANA RURAL
	Tasa de mortalidad por VIH/SIDA					URBANA RURAL
	Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años madres					URBANA RURAL

	o que están embarazadas por primera vez	La tasa general de fecundidad en mujeres adolescentes entre 15 y 19 años de edad, que actualmente está en 68,9 x 1000 embarazadas para el Departamento (69,9 para el país).	Positiva. Bajo impacto que tienen los Programas de Prevención Falta de Servicios de Salud eficaces y oportunos la Dotación e Infraestructura de las 688 Instituciones Prestadoras de Salud IPS, distribuidas entre Hospitales, Centros y Puestos de Salud en Santander de Primer, Segundo y Tercer Nivel de Complejidad, solamente el 12% de ellos se encuentran habilitados en términos de cumplimiento de los requisitos definidos en el Decreto 1011 de 2006 Integralidad y	empresas para el riesgo Biológico. Trabajadores de la salud sin esquema de vacunación parcial o total de VHB por falta de control de los empleadores. Porcentajes elevados de embarazos en adolescentes Mortalidad materna y perinatal. Ca de cérvix	salpicaduras. Elevada probabilidad de transmisión por exposición permanente al riesgo Biológico. Complicaciones en el embarazo y el parto Eventos negativos derivados del ejercicio inadecuado de la Sexualidad, tales como VIH-SIDA (para Santander la tasa de incidencia es de 2,11 por 100.000 habitantes – fuente SIVIGILA), Embarazos no deseados, Muerte Materna (para Santander es de 51,2 muertes por cada 100.000 nacidos vivos – fuente SIVIGILA), Sífilis Congénita, Cáncer Cervico-uterino y Abusos Sexuales.	
	Porcentaje de transmisión materno infantil del VIH					URBANA RURAL
	Prevalencia de VIH/Sida					URBANA RURAL
	Tasa de incidencia de hepatitis B					URBANA RURAL
	Tasa de incidencia de sífilis congénita					URBANA RURAL
	Mortalidad por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas					URBANA RURAL

			continuidad en la atención de salud y dificultades para la obtención de los medicamentos, entregas parciales e insuficiente control de calidad, pertinencia, inclusión en el POS			
VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	Cobertura de vacunación con esquema completo	Aplicación de criterios de Unidad estratégica de prevención en Salud Programa GALENO en control del Riesgo Biológico del Modelo de Gestión Positiva SUMA	Falta de implementación de un PVE de riesgo Bilógico.	Limitado control de los agentes Biológicos en las empresas por la baja percepción del riesgo.	Incremento en las tasas de enfermedad laboral por agentes patógenos.	URBANA
						RURAL
	Letalidad por dengue					URBANA
	Letalidad por leishmaniasis visceral					RURAL
						URBANA
						RURAL
	Letalidad por tosferina					URBANA
						RURAL
	Porcentaje de personas con lepra con discapacidad al momento del diagnóstico					URBANA
						RURAL
	Porcentaje de personas curadas de tuberculosis					URBANA
						RURAL

	pulmonar					
	Tasa de mortalidad por malaria					URBANA RURAL
	Tasa de mortalidad por rabia humana					URBANA RURAL
	Tasa de mortalidad por tuberculosis					URBANA RURAL
	Éxito terapéutico en casos pulmonares nuevos detectados con baciloscopia positiva					URBANA RURAL
	Letalidad por Chagas agudo					RURAL URBANA
	Letalidad por leishmaniasis visceral en menores de edad					RURAL URBANA
	Mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales (A00-A09)					RURAL URBANA RURAL
SALUD PÚBLICA	Mortalidad por	Aplicación de	Baja percepción	Estructuras	Déficit en la	URBANA

EN EMERGENCIAS Y DESASTRES	emergencias y desastres	criterios de Unidad estratégica de prevención en Salud Programa GALENO enfocado en la Estrategia Hospital Seguro	del riesgo por ausencia de análisis de vulnerabilidad	hospitalarias muy antiguas construidas bajo nulos estándares de Sismo resistencia. Falta de planeación estratégica y entrenamiento para la atención de emergencias.	capacidad de atención de pacientes ante un evento catastrófico	RURAL
SALUD Y ÁMBITO LABORAL	Cobertura de la población ocupada en riesgo laboral	Se cuenta con presencia en los 32 departamentos del país de ARL Positiva Asesoría en la implementación de programas para la intervención de la accidentalidad a través de la asesoría en Seguridad y Salud en el Trabajo del Modelo de Gestión Positiva SUMA Laboratorio LHTI	Alto porcentaje de informalidad en el sector laboral Desconocimiento de la obligación de los empleadores de gestionar los riesgos Falta de control periódico a la población trabajadora por exposición a sustancias nocivas Falta de promoción y prevención en los trabajadores. Falta de sensibilización a empleadores Desconocimiento	Desinterés por la formalización del trabajo por parte de pequeños empleadores debido al costo que les representa. Falta de cultura de auto cuidado, cuidado colectivo y gestión de riesgos Baja percepción del riesgo porque no se evidencia efectos visibles en el corto tiempo Deterioro de salud de los trabajadores. No conformidad del trabajador. No calidad de vida en los trabajadores	Alto índice de la población laboral desprotegida Elevada siniestralidad en la población trabajadora por falta de control en los riesgos. Aumento en la incidencia y prevalencia de la enfermedad laboral por agentes químicos. Aumento de enfermedades y accidentes laborales. Ausentismo	URBANA RURAL
	Incidencia de accidentalidad en el trabajo					URBANA RURAL
	Incidencia de enfermedades relacionadas con el trabajo por exposición a sustancias					URBANA RURAL

			. Compromiso de las gerencias. Desconocimiento . Falta de Recursos Humano idóneo.			
GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES	Incidencia de retinopatía del prematuro					URBANA
						RURAL
	Maltrato infantil					URBANA
						RURAL
	Mortalidad en menores de cinco años					URBANA
						RURAL
	Tasa de mortalidad en la niñez ajustada (DANE)					URBANA
						RURAL
	Tasa de mortalidad infantil ajustada (DANE)					URBANA
						RURAL
	Tasa de mortalidad por desnutrición en la niñez					URBANA
						RURAL
	Tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años					URBANA
						RURAL
	Tasa de					URBANA

	mortalidad por infección respiratoria aguda en la niñez					RURAL
	Incidencia de violencia sexual contra personas con discapacidad					URBANA RURAL
	Índice de infancia					URBANA RURAL
	Índice de juventud					URBANA RURAL
	Índice de vejez					URBANA RURAL
	Índice de envejecimiento					URBANA RURAL
	Índice de dependencia infantil					URBANA RURAL
	Índice de dependencia mayores					URBANA RURAL
FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA	Índice de desempeño integral del plan de salud departamental, municipal, EPS, ARL	Cobertura total de empresas afiliadas en atención de promoción y prevención. Aplicación de criterios de Unidad estratégica de prevención en Salud Programa GALENO	Alto índice de empresas afiliadas con información desactualizada en las Bases de Datos de la ARL. Falta de experiencia en la implementación de sistemas de calidad.	Pocas empresas actualizan los datos permanentemente. Bajo nivel de gestión o presupuesto para la implementación de medidas recomendadas.	Bajo porcentaje de empresas pueden no recibir la información y asesoría de la ARL. Implementación de sistemas de calidad poco efectivos o nulos. Una vez avanzado	URBANA RURAL
	Proporción de instituciones de salud y centros de asistencia social con servicios de					URBANA RURAL

	salud, con sistema de garantía de calidad implementado y evaluado.	Desarrollar los proyectos regionales de infraestructura que fomenten el desarrollo competitivo y productivo del departamento de Santander en el sector salud, articulados en el programa Diamante Caribe y Santanderes de Colombia. Desarrollar la relación interdepartamental y regional entre los municipios de Santander mediante la implementación de la competitividad en todos los sectores sectores productivos del departamento, especialmente del sector salud.	Liquidación de los hospitales para lograr el saneamiento económico de estas Instituciones, garantizar una mejor prestación de servicios a partir del cumplimiento de un portafolio ajustado, fortalecido y sostenible. Falta de Gerencia en la Red Publica del Departamento Falta de un Sistema efectivo de Vigilancia y Control que garantice a los usuarios el respeto de los derechos que les asiste y que son vulnerados sistemáticamente por las EAPB - Empresas Administradoras de Plan de	Aumento de la cartera cobertura del Régimen Subsidiado en Salud sistema de referencia y contrarreferencia de servicios de salud, diagnósticos tardíos Falta de continuidad en la relación interdepartamental e inter regional entre los municipios de Santander y poca implementación de clúster del sector salud, que desarrollen territorios de excelencia. Continuidad en los proyectos de salud a largo plazo. Identificar las	el proceso de liquidación, se observa una situación diferente a la esperada. Se presenta un servicio deficiente principalmente En el Hospital Universitario de Santander (HUS), caracterizado por el incumplimiento del portafolio de servicios ofertados, además de la inoportunidad y la baja calidad de los mismos Falta de recursos para el funcionamiento adecuado de las IPS y ESE públicas 9,9 % de los santandereanos sin ningún tipo de Seguridad Social. Lento crecimiento en el desarrollo inter regional del sector salud,	
	Proporción de aseguradores y direcciones departamentales con modelo de atención en salud basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud Implementado.					URBANA RURAL
	% de aseguradores y direcciones departamentales con programación de actividades preventivas en salud (acciones de protección específica y detección temprana)					URBANA RURAL
	% de aseguradores y direcciones departamentales con planes de atención para					URBANA RURAL

	número de eventos adversos presentados sobre los gestionados.		Beneficios Falta de políticas y recursos para aumentar la cobertura hasta el aseguramiento universal Inexistencia de políticas de competitividad regional entre el departamento de Santander y el ámbito nacional, liderado desde la gobernación de Santander y ejecutado desde cada uno de los municipios del departamento. Consolidación de la infraestructura en salud, para el desarrollo del relacionamiento a nivel regional e intermunicipal.	potencialidades de cada territorio para lograr el fortalecimiento en conjunto Priorización de proyectos que consoliden a Santander como un polo de desarrollo nacional en el sector salud.	debido a la falta de innovación en los proyectos con relación a otras regiones del país. Perdida de la continuidad de las iniciativas en el sector salud, uno de los más competitivos del departamento. Esfuerzos no productivos y baja eficiencia en resultados. Disminución del fortalecimiento de la infraestructura económica y productiva del sector salud.	
	% de aseguradores y direcciones territoriales en salud con Análisis de Situación de Salud para su población captada.					URBANA RURAL
	% de aseguradores con planes de mejoramiento de cobertura implementadas en áreas rurales y dispersas.					URBANA RURAL

Formato 2. Objetivos, programas y macroproyectos estratégicos

SECTOR O TEMA DE DESARROLLO **SALUD - DIMENSIONES PDSP**	**PROBLEMÁTICA** (Viene del formato 1)	**SITUACION ESPERADA O DESEADA**	**OBJETIVOS ESTRATEGICOS**	**PROGRAMAS ESTRATEGICOS**	**MACROPROYECTOS ESTRATEGICOS**
SALUD AMBIENTAL	Contaminación ambiental. Problemas con el manejo de residuos solidos Contaminación de los recursos naturales (aire. Agua .suelos)	Contaminación del aire, agua y suelos con niveles permisibles para la salud	**1. AVANZAR HACIA LA GARANTÍA DEL GOCE EFECTIVO DEL DERECHO A LA SALUD**		
VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES	**CA DE ESTÓMAGO** El pronóstico del paciente con CA de estómago depende de la extensión del tumor y de la precocidad del diagnóstico, el CA distal de estómago se puede curar en más del 50 % cuando el CA no ha avanzado más allá de la pared gástrica. La tasa de supervivencia	Fijar metas diferentes para cada programa. La meta nacional para el año 2020 en CA de mama es alcanzar una supervivencia superior al 80% y una mortalidad de un 5%. Tener una cobertura universal en los programas de capacitación para incentivar cultura		Modernización de la infraestructura física y tecnológica de las Empresas Sociales del Estado para brindar mayor cobertura y mejores condiciones en la atención a la población más vulnerable del Departamento. Generar programas de cobertura integral para la atención del cáncer en la población más	Modernización de la Unidad de Oncología de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander en su infraestructura física y tecnológica

	generada en 5 años en pacientes con la enfermedad metastásica es de casi 0 en pacientes con CA de estómago diseminado y de casi un 50 % en paciente con enfermedad loco regional resecable. Las diferentes barreras de acceso a los métodos diagnósticos (endoscopia y biopsias) hacen que menos del 10 al 20 % de todos los casos diagnosticados lleguen en estadio inicial. Aun con enfermedad localizada visible, la tasa de supervivencia a 5 años solo alcanza entre un 10 a15 %. Aunque el tratamiento a 5 años en pacientes con enfermedad diseminada puede dar como resultado la paliación de los síntomas y cierta	de cáncer y detección precoz. Creemos que estas metas deben ser planteadas por autoridades departamentales y sectoriales de salud y nosotros ser el instrumento a poder desarrollarlas		vulnerable del Departamento. Realizar programas de Promoción y prevención	

	prolongación de la supervivencia, las remisiones prolongadas son poco frecuentes **CA DE MAMA** A pesar de las campañas masivas que promocionan el auto examen, la divulgación de las alteraciones de la mama que pudieran ser síntomas de cáncer como son la irritación de la piel, piel con aspecto de naranja, enrojecimiento, engrosamiento de la piel del pezón, dolor, pezón hundido o secreción. Estímulo para la práctica de la eco mamografía, la falta de cultura de cáncer en los diferentes estamentos de la población y el difícil acceso a la consulta especializada y a los exámenes diagnósticos han hecho que el impacto en las tasa de morbilidad y				

	mortalidad no sea el esperado. La asimetría en la calidad de la atención, para los servicios del contributivo, y el subsidiado impiden una verdadera cobertura universal para esta patología especifica. **CA DE CUELLO DE UTERO** Si nos comparamos con las estadísticas de países más desarrollados que reportan tasas de mortalidad muy cercanas al 2x1000 , evidenciamos un sensible atraso cuando las comparamos con las nuestras que se encuentran por encima de 9x1000, tras el cáncer de mama y el de pulmón. Sin embargo hay una clara tendencia a disminuir y las metas a alcanzar para el año 2021 oscilan alrededor del 5.5x1000. La				

	edad media de fallecimiento es alrededor de los 60 años y el 85 % de ellos ocurre en los países en vías de desarrollo, mientras que en los países del primer mundo ha dejado de ser una amenaza. La mayoría de los casos tienden a ocurrir hacia la mediana edad y se detectan en mujeres menores de 50 años, es muy raro encontrar casos en menores de 20 años. Pero también se encuentra en mujeres mayores de 65 años donde se detectan aproximadamente el 15 % de todos los casos. Rara vez ocurre en pacientes que se han estado haciendo regularmente las pruebas de citología. Es más frecuente en mujeres hispanas, raza negra y asiáticas.				

	CA DE PRÓSTATA Se presentan al año entre 6.500 a 8000 casos nuevos de este tipo de cáncer. El cáncer de próstata constituye hoy en día la primera causa según incidencia y la **segunda causa de mortalidad por cáncer en la población masculina.** La tasa promedio de edad en que se presenta esta enfermedad oscila entre un 40,5% y 45,9% por cada 100.000 hombres, con un rango creciente de incidencia en hombres mayores de 60 años y con un **riesgo del 4,3% acumulado de tener cáncer de próstata antes de los 75 años.** La aparición de esta enfermedad muestra una tendencia en incremento, ya que				

	en 2014 se registró 2.482 muertes. El riesgo que tienen los hombres de ser **diagnosticados con cáncer de próstata es cerca del 16%,** ello contrasta en forma importante con la mortalidad por esta enfermedad, que en los países desarrollados no supera el 3% de los casos. Debido a que no se conoce la causa exacta del cáncer de próstata, hasta el momento no es posible prevenir la mayoría de los casos de la enfermedad. Muchos factores de riesgo, tales como la edad, la raza, y el historial familiar no se pueden controlar. Uno de los principales problemas es la no detección temprana en personas que no presentan síntomas de esa enfermedad. Frecuentemente se				

	puede encontrar el cáncer de próstata en sus etapas tempranas mediante el análisis de la cantidad de antígeno prostático específico (prostate-specific antigen, PSA) en la sangre de un hombre. El examen digital del recto (digital rectal exam, DRE) es otra manera de encontrar temprano el cáncer de próstata. No hay duda de que las pruebas de detección pueden ayudar a encontrar muchos cánceres de próstata en etapa temprana, pero el uso de estas pruebas para este cáncer está limitado. La prueba PSA y el DRE no son 100% precisos. A veces, estas pruebas pueden presentar resultados anormales incluso cuando un hombre no tiene cáncer				

	(conocido como un resultado positivo falso), o pueden arrojar resultados normales aun cuando un hombre sí tiene cáncer (conocido como resultado negativo falso). Los resultados imprecisos de las pruebas pueden causar confusión y ansiedad. Por otro lado, los resultados falsos positivos pueden llevar a que algunos hombres se sometan a una biopsia de la próstata (con riesgos menores de dolor, infección y sangrado) cuando en realidad no tienen cáncer. Además, los resultados falsos negativos pueden dar a algunos hombres un sentido de seguridad falso cuando en realidad hay cáncer en la próstata. Otro asunto importante consiste en que aun				

	cuando las pruebas de detección encuentren un cáncer, los médicos a menudo no pueden indicar si el cáncer es realmente peligroso. Pudiera parecer que encontrar y tratar todos los cánceres de próstata en etapa temprana es algo bueno siempre, pero algunos cánceres crecen tan lentamente que probablemente nunca causarían problemas. El resultado de una prueba que indique un nivel elevado de antígeno prostático específico puede hacer que algunos hombres sean diagnosticados de un cáncer de próstata que de otro modo habría pasado inadvertido durante sus vidas. El cáncer nunca les habría causado síntoma alguno ni				

	les causaría la muerte.				
CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL					
SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL					
SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	Porcentajes elevados de embarazos en adolescentes Mortalidad materna y perinatal. Ca de cérvix	Disminución a un digito del Embarazo en las adolescentes		Desarrollo de un modelo de atención adaptado a las condiciones territoriales para garantizar acceso real mediante mecanismos acordes con cada territorio (equipos extramurales, **telemedicina,** disposición de medios para incrementar la capacidad resolutiva en puntos de primer contacto, personal de salud diferencial en áreas rurales y dispersas) Promover los cambios normativos	**Gestor de la salud**, quien manejará fichas Domiciliarias y desarrollará **familiogramas**, para lograr un mayor impacto en los Programas de Salud Pública. Mejoramiento de la calidad en la atención infantil en el servicio de salud, el hogar y la comunidad, minimizando la ocurrencia de enfermedades evitables e implementando la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la Infancia (AIEPI). Adelantar un Programa de Salud Sexual y Reproductiva que le apunte

				orientados a establecer las condiciones e incentivos que permitan y promuevan: **formalización laboral,** salarios adecuados, formación continua, trabajo en equipo, resolutividad, **desarrollo personal y profesional**	a la prevención de eventos negativos derivados del ejercicio inadecuado de la Sexualidad
VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES					
SALUD PÚBLICA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES					
SALUD Y ÁMBITO LABORAL	Aumento de accidentes y Enfermedad Laboral.	Por medio de promoción y prevención disminuir las estadísticas		Sensibilizar a los empleadores en el compromiso de prevenir accidentes y enfermedades laborales en las empresas.	Convocatoria a empleadores para sensibilizar en la seguridad en el trabajo.
GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES					

VULNERABLES					
FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA	Problemática laboral (contratación de los profesionales de la Salud en las diferentes disciplinas) a través de cooperativas Aumento de cartera por el no pago de las EAPB a las IPS Cobertura del Régimen Subsidiado en Salud Sistema de referencia y contrarreferencia de servicios de salud, diagnósticos tardíos Falta de continuidad en la relación interdepartamental e inter regional	Desarrollar la infraestructura competitiva que requieren los proyectos planteados en la iniciativa, Diamante Caribe y Santanderes de Colombia para lograr el desarrollo planificado y sostenible de la región. Aumentar la conectividad productiva y tecnológica del Departamento de Santander con los departamentos de la región Caribe, mediante el aprovechamiento del rio Magdalena. Fomentar el desarrollo, la construcción de nueva y moderna infraestructura		Adelantar un Sistema efectivo de Vigilancia y Control que garantice a los usuarios el respeto de los derechos que les asiste y que son vulnerados sistemáticamente por las EAPB -Empresas Administradoras de Plan de Beneficios. Gestión de cobro efectiva realizada y liderada por el propio Gerente de Las E.S.E.- Lograr incentivos para que los profesionales de la salud como también la red pública, pueda adquirir equipos de tecnología de punta con una disminución notoria del pago de impuestos y de aranceles tributarios. Programa: 1. Diamante Caribe y Santanderes de Colombia, iniciativa de desarrollo	Consolidación, desarrollo y direccionamiento de los componentes de la vigilancia demográfica, epidemiológica, de Gestión de Servicios de Salud, de ambiente, alimentos, bebidas, medicamentos y dispositivos médicos, desarrollando capacidades para realizar asistencia técnica e Inspección, Vigilancia y Control. Proyectos avalados en los diferentes talleres realizados en el programa Diamante caribe y santanderes de Colombia y avalados por el gobierno nacional, a través del ministerio de hacienda, DNP y Colciencias. 1. Santander Life, Modelo de crecimiento metropolitano sostenible y de alta calidad, que pretende Fortalecer la capacidad de acogida del territorio para actividades orientadas a la innovación, Generar nuevos espacios

	entre los municipios de Santander y poca implementación de clúster del sector salud, que desarrollen territorios de excelencia. Continuidad en los proyectos de salud a largo plazo. 3. identificar las potencialidades de cada territorio para lograr el fortalecimiento en conjunto. Priorización de proyectos que consoliden a Santander como un polo de desarrollo nacional en el sector salud.	productiva y de conectividad entre el área metropolitana de Bucaramanga, y los municipios que jalonan la economía departamental.		regional liderada por Findeter, los departamentos de la costa Caribe Santander y Norte de Santander.	públicos, y desarrollos residenciales, empresariales y de conocimiento e impulsar actividades vinculadas a los clúster de Salud y Turismo de Salud, Educación y Soluciones Urbanas desarrollando un territorio de EXCELENCIA que integran el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones para fomentar la evolución del territorio. 2. BB Next, Programa Ciudad-Territortio para la mejora urbana de núcleos clave para el desarrollo rural. Núcleos de actuación: San Gil, Socorro, Aratoca, Barichara, Matanza, Sabana de Torres, San Vicente de Cuchurí, Málaga, Barbosa y Cimitarra. 3. Agropolis, Mejora urbana del núcleo de Puerto Wilches. Integración de los diferentes modos de transporte y creación de espacios para la acogida de agroindustrias,

					servicios logísticos y actividades de apoyo a las actividades agropecuarias y pesqueras, las cuales requieren de la infraestructura y la logística en salud, para desarrollarse eficazmente. 4. Proyecto Ciudad Barranca: Identificación de proyectos urbanos para el aumento de la competitividad, la mejora de la calidad de vida y el desarrollo sostenible de la ciudad de Barrancabermeja.
SALUD AMBIENTAL			**2. MEJORAR LAS CONDICIONES DE VIDA Y SALUD DE LOS HABITANTES**	Promover el desarrollo sostenible a través de tecnologías y modelos de producción limpia y consumo responsable, articulado a políticas y procesos de desarrollo social, político y económico, en el ámbito territorial Atender de forma prioritaria las necesidades sanitarias y	Efectuar estudios de la carga ambiental de las enfermedades prioritarias en salud pública. Atención Primaria en Salud Ambiental APSA Educación en Salud Ambiental Construcción de redes de conocimiento, a partir de líneas de acción en ciencia, tecnología e innovación, Reestructurar el modelo de

				ambientales de las poblaciones vulnerables, con enfoque diferencial. Contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de la población colombiana mediante la prevención, vigilancia y control sanitario. Mejorar la oportunidad en la atención y cobertura hospitalaria en las E.S.E. a la población más vulnerable del Departamento. Asegurar que las E.S.E. sean referentes a nivel nacional gracias al modelo de atención utilizado, a la tecnología que implementan y a la infraestructura de apoyo, con el fin de brindar mayor cobertura y mejores resultados en los servicios ofrecidos.	atención, tecnología utilizada e infraestructura física de la Unidad de Oncología de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander
VIDA SALUDABLE Y					

CONDICIONES NO TRANSMISIBLES					
CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL					
SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL					
SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS					
VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES					
SALUD PÚBLICA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES					
SALUD Y ÁMBITO LABORAL					
GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES					
FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA					

SALUD AMBIENTAL			**3. MANTENER CERO TOLERANCIA CON LA MORTALIDAD Y LA DISCAPACIDAD EVITABLES**		
VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES				Generar campañas de prevención de enfermedades para la población más vulnerable del Departamento que puedan ser atendidas por las E.S.E.	Fortalecer las capacidades técnicas, tecnológicas y científicas de las E.S.E. del Departamento.
CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL					
SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL					
SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS				Disminuir la cifra de Muertes Evitables en Santander, mediante estrategias de intervención directa que elimine el bajo impacto que tienen los Programas de Prevención de la enfermedad y promoción de la salud y oportunidad de la prestación de los servicios de salud.	

VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES					
SALUD PÚBLICA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES					
SALUD Y ÁMBITO LABORAL					
GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES					
FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA					

Secretaría de Salud -- MESA SECTORIAL

Plan de Desarrollo "Santander nos une 2016-2019"

Formato 3. Presupuesto y financiación

Situación actual	Objetivos estratégicos	Programas y macroproyectos	Meta Cuatrenio	Aporte Gobernación	Aporte Sector Privado	Aporte Cooperación	Aporte Cofinanciación Nacional	Valor Total
1. falta de continuidad en la relacion interdepartamental e inter regional entre los municiplos de santander y poca implementacion de clusters del sector salud, que desarrollen territorios de excelencia. 2.continuidad en los proyectos de salud a largo plazo. 3. identificar las potencialidades de cada territorio para lograr el fortalecimiento en conjunto . 4. Priorizacion de proyectos que consoliden a Santander como un polo de desarrollo nacional en el sector salud.	1. Desarrollar la infraestructura competitiva que requieren los proyectos planteados en la iniciativa, Diamente Caribe y Santanderes de Colombia para lograr el desarrollo planificado y sostenible de la region. 2. Aumentar la conectividad productiva y tecnologica del Departamento de Santander con los departamentos de la region Caribe, mediante el aprovechamiento del rio Magdalena. 3. Fomentar el desarrollo, la construccion de nueva y moderna infraestructura productiva y de conectividad entre el area metropolitana de Bucaramanga, y los municiplos que jalonan la economia departamental.	Programa: Diamante Caribe y Santanderes de Colombia, Iniciativa de desarrollo regional liderada por Findeter, los departamentos de la costa Caribe Santander y Norte de Santander. Macroproyectos: 1. Santander Life, Modelo de crecimiento metropolitano sostenible y de alta calidad, que pretende Fortalecer la capacidad de acogida del territorio para actividades orientadas a la innovación, Generar nuevos espacios públicos, y desarrollos residenciales, empresariales y de conocimiento e Impulsar actividades vinculadas a los clusters de Salud y Turismo de Salud, Educación y Soluciones Urbanas desarrollando un territorio de EXCELENCIA que integran el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones para fomentar la evolucion del territorio. 2. BB Next, Programa Ciudad-Territortio para la mejora urbana de núcleos clave para el desarrollo rural. Núcleos de actuación: San Gil, Socorro, Aratoca, Barichara, Matanza, Sabana de Torres, San Vicente de Cuchuri, Málaga, Barbosa y Cimitarra . 3. Agropolis, Mejora urbana del núcleo de Puerto Wilches. Integración de los diferentes modos de transporte y creación de espacios para la acogida de agroindustrias, servicios logísticos y actividades de apoyo a las actividades agropecuarias y pesqueras, las cuales requieren de la infraestructura y la logística en salud, para desarrollarse eficazmente. 4. Proyecto Ciudad Barranca: identificación de proyectos urbanos para el aumento de la competitividad, la mejora de la calidad de vida y el desarrollo sostenible de la ciudad de Barrancabermeja.	1. Santander LIFE $28.800.000.000*	20% $5.760.000.000	60% $17.280.000.000	0% $0	20% $5.760.000.000	100%
			2. BB NEXT $ 114.480.000.000*	50% $57.240.000.000	25% $28.620.000.000	5% $5.724.000.000	20% $22.896.000.000	100%
			3. Agropolis Puerto Wilches $14.400.000.000*	25% $3.600.000.000	35% $5.040.000.000	10% $1.440.000.000	30% $4.320.000.000	100%
			4. Proyecto Ciudad Barranca $14.400.000.000*	30% $4.320.000.000	40% $5.760.000.000	0% $0	30% $4.320.000.00	100%
		TOTALES	**$172.080.000.000**	**$70.920.000.000**	**$56.700.000.000**	**$7.164.000.000**	**$37.296.000.000**	**100%**

Nota: los valores presentados incluyen el valor estimado del desarrollo total del proyecto Diamante Caribe (incluidas todas las secretarías), por ser un proyecto transversal.

* Plan de inversion anual estimado por proyecto (1 año de planeacion 3 de ejecucion de infraestructura)

Pesos Colombianos	2016	2017	2018	2019
Santander LIFE	7.200.000.000	7.200.000.000	7.200.000.000	7.200.000.000
BB NEXT	6.480.000.000	36.000.000.000	36.000.000.000	36.000.000.000
Agrópolis Puerto Wilches	3.600.000.000	3.600.000.000	3.600.000.000	3.600.000.000
Proyecto Ciudad Barranca	3.600.000.000	3.600.000.000	3.600.000.000	3.600.000.000
Totales	20.880.000.000	50.400.000.000	50.400.000.000	50.400.000.000
Contenido	Planeación	Desarrollo, Actuaciones Fase 1	Desarrollo, Actuaciones Fase 1	Desarrollo, Actuaciones Fase 1

FORMULACIÓN PARTICIPATIVA E INCLUYENTE PLAN DEPARTAMENTAL DE DESARROLLO "SANTANDER NOS UNE"

"Mesas Sectoriales Santander Nos Une"

Formato 1. Problemáticas, causas y efectos

FORMATO DIAGNÓSTICO MESAS SECTORIALES						
SECTOR O TEMA DE DESARROLLO	INDICADORES DE ANÁLISIS	POTENCIALIDADES	CAUSAS	PROBLEMA	EFECTOS	POTENCIALIDADES
Fortalecimiento clúster sectores estratégicos salud, construcción, turismo, Oil & Gas, agroalimentos, TIC.	Nº de empresas o instituciones regionales identificadas dando pasos concretos hacia la adopción de la estrategia del clúster Nº de proyectos y anteproyectos identificados en empresas o en alianza en línea con la estrategia Nº de entidades distintas a las Cámaras de Comercio tomando responsabilidad por acciones para el clúster Agenda de financiación a largo plazo	Programa para el fortalecimiento de capacidades locales para el pensamiento estratégico, la gestión del cambio y la dinamización de las empresas que compiten en un contexto geográfico, haciéndolas más competitivas y generando más prosperidad en el territorio. Cierre de brechas de empleabilidad y formación de capital humano Generación de empleo cualificado Políticas de inversión públicas enfocadas a retos de negocio – infraestructuras especializadas Políticas de atracción de inversiones Posicionamiento de la región.	Bajo nivel de integración y trabajo colaborativo entre actores de la cadena Escasa confianza entre los actores para desarrollar proyectos conjuntos Baja concentración en sofisticar la estrategia individual de las empresas y en mejorar el entorno local para el desarrollo de los negocios Escaso nivel de conocimiento en el consumidor del futuro Débil agenda público – privada entorno al negocio Ausencia de plan de financiación para el clúster	Debilidad de las estrategias empresariales en el enfoque de valor hacia el mercado Escasa conexión de valor agregado con todos los eslabones de la cadena Débil capacidad de asociación y enfoque a la comercialización Escaso enfoque de la política pública hacia la estrategia empresarial Débiles modelos de integración y consolidación productiva Bajo nivel de acceso a mercados de mayor valor e innovación en el producto Bajo nivel de capacitación pertinente a lo que requerido por la realidad del entorno Brechas en empleabilidad local	Escasa generación de valor extraordinario Baja competitividad empresarial y regional Bajo impacto en la cuenta de resultados de las empresas Débil acceso a mercados más atractivos y rentables Bajos niveles de innovación Escaso posicionamiento regional Bajo impacto en empleabilidad, mejores ingresos y calidad de vida para los habitantes de la región.	URBANA y RURAL

FORMULACIÓN PARTICIPATIVA E INCLUYENTE PLAN DEPARTAMENTAL DE DESARROLLO "SANTANDER NOS UNE"

"Mesas Sectoriales Santander Nos Une"

Formato 2. Objetivos, programas y macroproyectos estratégicos

FORMATO OBJETIVOS, PROGRAMAS Y MACROPROYECTOS ESTRATEGICOS					
TEMA DE DESARROLLO	PROBLEMATICA	SITUACIÓN ESPERADA o DESEADA	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	PROGRAMAS ESTRATEGICOS	MACROPROYECTOS ESTRATEGICOS
Fortalecimiento clúster sectores estratégicos salud, construcción, turismo, Oil & Gas, agroalimentos, TIC.	Debilidad de las estrategias empresariales en el enfoque de valor hacia el mercado Escasa conexión de valor agregado con todos los eslabones de la cadena Débil capacidad de asociación y enfoque a la comercialización Escaso enfoque de la política pública hacia la estrategia empresarial Débiles modelos de integración y consolidación productiva Bajo nivel de acceso a mercados de mayor valor e innovación en el producto Bajo nivel de capacitación pertinente a lo que requerido por la realidad del entorno Brechas en empleabilidad local	Mesas de trabajo temáticas lideradas por empresarios e instituciones del sector Definición de proyectos estratégicos para el fortalecimiento del clúster Liderazgo institucional Gerencia, gestión direccionamiento, gobernanza Agenda de financiación para el clúster Desarrollo de proyectos que fortalezcan la competitividad empresarial y regional Estrategia empresarial sofisticada y entorno adecuado para el desarrollo de los negocios Diálogo público – privado entorno a la estrategia de futuro de los clúster.	<u>Proyectos concretos:</u> A través del proceso se identifican proyectos y acciones con impacto en la cuenta de resultados de las empresas, se identifican los actores clave para formularlos y ponerlos en marcha. <u>Liderazgo empresarial</u>: Liderar y participar activamente a en todas las actividades. <u>Asunción de roles y responsabilidades</u> frente a las acciones de empresarios y entidades de entorno regionales. <u>Transparencia y voluntad de colaboración</u> entre los empresarios y las entidades de entorno frente el trabajo a implementar. Sostenibilidad y gobernanza de la iniciativa Tener horizontes de largo plazo (década) para la implementación de acciones estructurales. Estructurar un liderazgo empresarial e institucional compartido para una mejor implementación de los proyectos.	Rutas competitivas: construcción hojas de ruta, implementación planes de acción y gobernanza.	

FORMULACIÓN PARTICIPATIVA E INCLUYENTE PLAN DEPARTAMENTAL DE DESARROLLO "SANTANDER NOS UNE"

"Mesas Sectoriales Santander Nos Une"

Formato 3. Presupuestos y financiación

FORMATO PRESUPUESTOS APROXIMADOS								
SITUACIÓN ACTUAL	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	PROGRAMAS Y MACROPROYECTOS	META CUATRENIO	Valor Aproximado (MM)				
				Aporte Gobernación	Aporte Sector Privado	Aporte Cooperación	Aporte Cofinanciación Nacional	VALOR TOTAL
Debilidad de las estrategias empresariales en el enfoque de valor hacia el mercado Escasa conexión de valor agregado con todos los eslabones de la cadena Débil capacidad de asociación y enfoque a la comercialización Escaso enfoque de la política pública hacia la estrategia empresarial Débiles modelos de integración y consolidación productiva Bajo nivel de acceso a mercados de mayor valor e innovación en el producto	<u>Proyectos concretos:</u> A través del proceso se identifican proyectos y acciones con impacto en la cuenta de resultados de las empresas, se identifican los actores clave para formularlos y ponerlos en marcha. <u>Liderazgo empresarial</u>: Liderar y participar activamente a en todas las actividades. <u>Asunción de roles y responsabilidades</u> frente a las acciones de empresarios y entidades de entorno regionales. <u>Transparencia y voluntad de colaboración</u> entre los empresarios y las entidades de entorno frente el trabajo a implementar. Sostenibilidad y gobernanza de la iniciativa Tener horizontes de largo plazo (década) para la implementación de acciones estructurales. Estructurar un liderazgo empresarial e institucional compartido para una mejor implementación de los proyectos..	Rutas competitivas: construcción hojas de ruta, implementación planes de acción y gobernanza	Por lo menos 100 empresas de cada clúster participando Por lo menos 12 proyectos y/o anteproyectos identificados y formulados por clúster Por lo menos 8 proyectos en ejecución 12 foros y visitas técnicas Por lo menos 5 empresas y 3 instituciones del sector liderando las actividades del clúster 1 comité de gobernanza por clúster conformado (puede incluir el clúster manager) 4 agendas de financiación. Una por año	1000 (200 millones por ruta)	1000 (200 millones por ruta)	1000	1000	4.000 (para todas las rutas)

Bajo nivel de capacitación pertinente a lo que requerido por la realidad del entorno Brechas en empleabilidad local								