# Plan Territorial de Salud 2024-2027

## MUNICIPIO DE CHAPARRAL

## ABRIL 2024

# Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2022-2031

**Alcalde Municipal**
Helver González Mora

**Gestora Social**
Sandra Liliana Quintero

**Dirección Local de Salud**
Jorge Isaías Carvajal Aldana

## Secretarios de Gobierno

Adriana Patricia Triana
Secretaria General Y De Gobierno

Juan Carlos Culma
Secretario De Planeación, Infraestructura Y Desarrollo

Jonathan Perdomo
Dirección Desarrollo Rural

Rodrigo Gutiérrez Castro
Secretario De Hacienda Municipal

Sandra Liliana Urbano
Secretaria Ejecutiva – Educación Y Turismo

Maricel Suarez Perdomo
Jefe control Interno

Elaboración:

Bella Zulena Peña Avila
Profesional de Apoyo

Maria Sidney Arroyo Espinosa
Profesional de Apoyo

Ximena Del Pilar Rincón Trujillo
Especialista en Epidemiologia
Líder del Proceso

TABLA DE CONTENIDO

1. FICHA TECNICA
2. INTRODUCCIÓN
3. ANTECEDENTES
4. MARCO NORMATIVO
5. ANALISIS DE SITUACIÓN DE SALUD
5.1 RECONOCIMIENTO
5.2 PRIORIZACION
6. RESULTADOS DE LA PRIORIZACIÓN DE LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN AFILIADA A LAS EAPB
7. CONFIGURACION Y PRIORIZACION EN SALUD
   - ✓ Núcleos problémicos- Transformados del Municipio de Chaparral
   - ✓ Transformaciones
8. COMPONENTE ESTRATEGICO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD
   8.1 VISION
8.2 OBJETIVOS ESTRATEGICOS
8.2.1 Objetivos Estratégicos PDSP
8.2.2 Objetivos Estratégicos PTS
9. COMPONENTE OPERATIVO Y DE INVERSION PLURIANUAL
10. ANEXOS

## 1. FICHA TECNICA

| | |
|---|---|
| **DEPARTAMENTO:** | **TOLIMA** |
| **MUNICIPIO:** | CHAPARRAL |
| **ENTIDAD TERRITORIAL:** | ALCALDIA MUNICIPAL DE CHAPARRAL |
| **NIT:** | 800.100.053 – 1 |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | HELVER GONZALEZ MORA |
| **DEPENDENCIA/CARGO:** | ALCALDE MUNICIPAL |
| **CORREO ELECTRONICO:** | DESPACHO@CHAPARRAL-TOLIMA.GOV.CO |
| **DIRECCIÓN:** | CARRERA 9 No 9-02 BARRIO CENTRO |
| **TELEFONO:** | (8) 2 460 290 EXT. 101 |
| **DEPENDENCIA:** | **DIRECCION LOCAL DE SALUD** |
| **NOMBRE Y APELLIDOS:** | JORGE ISAIAS CARVAJAL ALDANA |
| **CARGO-DEPENDENCIA:** | DIRECCION LOCAL DE SALUD |
| **CORREO ELECTRONICO:** | DLS@CHAPARRAL-TOLIMA.GOV.CO |
| **DIRECCION:** | CARRERA 9 No 9-02 BARRIO CENTRO |
| **TELEFONO:** | (8) 2 460 290 EXT. 109 |
| **FECHA DE APROBACIÓN:** | |
| **APROBACION** | |
| **APROBADO POR:** | PROYECTO DE ACUERDO |
| **NUMERO DE APROBACION:** | 00009 |
| **FECHA DE PROBACION:** | 05 de Junio de 2024 |
| **VISIÓN** | |
| Para el año 2027 Chaparral, avanzara en el acceso equitativo a los servicios de salud, a través del modelo de salud preventivo y predictivo fundamentado en la atención primaria en salud, garantizando el derecho fundamental y universal, integral, desde una perspectiva intersectorial y sectorial cerrando brechas de inequidades sociosanitarias con la participación social, intercultural y de gobernanza en salud generando un espacio de vida y para la vida de la comunidad chaparraluna. | |
| **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL PTS** | |
| 1. Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los | |

pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio."

2. Contar con elementos para la acción que le permita aproximarse a las condiciones de vida y salud de las diferentes poblaciones de acuerdo con sus particularidades y necesidades, mediante el respeto a la integridad y la participación social, y como garante en la construcción conjunta de intervenciones desde el dialogo horizontal y respetuoso de sus saberes, prácticas y creencia

3. Transformar las circunstancias injustas relacionadas con peores resultados de salud de la población, mediante la definición de acciones de carácter inter y transectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas sociosanitarias.

4. Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud.

5. Reducir los impactos de las emergencias, desastres y el cambio climático en la salud humana y ambiental, a través de la gestión integral del riesgo (como un proceso que propende por la seguridad sanitaria, el bienestar y la calidad de vida de las personas), por medio de la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos; y fortaleciendo la detección, atención y los mecanismos de disponibilidad y acceso de las tecnologías, y servicios en salud necesarias para dar respuesta efectiva a un nuevo evento pandémico.

6. Establecer la soberanía sanitaria y la construcción colectiva de conocimiento en salud como una prioridad en la agenda pública que permita avanzar en la investigación, desarrollo, innovación y producción

local de Tecnologías estratégicas en salud y el fortalecimiento de las capacidades en salud a nivel nacional y territorial.

7. Crear y desarrollar mecanismos para mejorar la distribución, disponibilidad, formación, educación continua, así como, las condiciones de empleo y trabajo digno y decente del personal de salud.

## 2. INTRODUCCIÓN

El Plan Territorial de Salud es el instrumento estratégico e indicativo del proceso de planeación, en donde se plasman los objetivos, metas y estrategias, se indican cada uno de los recursos y las acciones de los diferentes sectores en aras de brindar soluciones precisas y concretas a las diferentes necesidades chaparralunas.

Este documento presenta el Plan Territorial de Salud PTS 2024 - 2027 del municipio de Chaparral Tolima, es el resultado de un proceso de planeación integral en salud, brindando herramientas para que de manera intersectorial, lógica, sistémica y ordenada por medio del reconocimiento de las características y necesidades del territorio, el municipio contribuya al logro de las metas del Plan Nacional Decenal de Salud Pública 2022 – 2031 (PDSP) el cual contempla: "El Espíritu que actúa" *buscando ser reconocida como la política pública que transforme las realidades injustas por las cuales las personas, sus familias y comunidades diariamente deben atravesar para desarrollarse plenamente.*

Según el artículo 24 de la Resolución 100 de 2024, el Plan Territorial en Salud es parte integral del Plan de Desarrollo, y es aprobado de manera simultánea con éste en las asambleas departamentales y concejos distritales y municipales; se carga a través de la plataforma habilitada del SISPRO para ser integrado a dicho sistema.

Además el Plan Territorial de Salud 2024 – 2027 hace parte integral de nuestro Plan de Desarrollo, centrándose en las personas, las familias y las comunidades e implica el desarrollo de los principios y elementos centrales de la Atención Primaria en Salud tales como: primer contacto a través de equipos básicos de salud y centros de atención primaria; abordaje familiar y comunitario; atención integral, integrada y continua; énfasis en la promoción y prevención; participación social incidente y decisoria; interculturalidad y transectorialidad.

Este plan se construyó sobre mesas de participación de la ciudanía con el propósito de conocer de primera mano la problemática existente, atendiendo así lineamientos para identificar la situación actual y determinar las acciones medibles, cuantificables y de impacto para la comunidad.

Así mismo el análisis de la situación de salud ASIS 2023 permite evidenciar eventos de alta magnitud en morbi-mortalidad que fueron priorizados a fin de impactar positivamente el comportamiento de la salud.

El Plan Territorial de Salud se trabajó con los 7 ejes estratégicos: el Gobierno y la Gobernanza de la Salud Pública, la Gestión Intersectorial de los Determinantes Sociales de la Salud, la Gestión Integral de la Atención Primaria en Salud, la Gestión Integral del Riesgo en Salud Pública, y la Gestión del Conocimiento para la Salud Pública, con ello se busca que el municipio pueda responder y desarrollar los procedimientos que permitan la gestión intersectorial, transectorial y comunitaria y utilizar herramientas operativas definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

## 3. ANTECEDENTES

El Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento de la Ley 152 de 1994, Ley 715 de 2001, Ley 1438 de 2011, y el artículo 2 de la Resolución 1841 de 2013, reglamentó mediante la Resolución 1536 de 2015, el proceso de planeación integral para la salud. Además, observando el principio de autonomía territorial, adoptó, entregó y transfirió a los departamentos, distritos y municipios, la Estrategia Pase a la Equidad en Salud.

La Estrategia PASE a la Equidad en Salud se desarrolla dentro del Proceso de Planeación Integral en Salud, entendido como “el conjunto de procesos relacionados entre sí, vinculados al Modelo Integrado de Planeación y Gestión, que permiten definir las acciones de formulación, implementación, monitoreo, evaluación y control del Plan Territorial de Salud”. La estrategia plantea una secuencia lógica de los procedimientos, momentos, pasos y actividades que permitirán 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. Logra este propósito mediante la transferencia de elementos de la gestión pública que permitan mejorar 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 territorial, facilitando de esta forma la formulación de un Plan Territorial de Salud con visión de futuro 2027, y con alcance en la gestión de forma gradual en cada uno de los períodos de gobierno territorial involucrados.

El Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento de lo establecido en los artículos 22, 27, 30, 35 y 43 de la Resolución 1536 de 2015, facilita a los responsables de los procesos de planeación integral en salud, las herramientas tecnológicas denominadas “tablas de trabajo 3M10P”, desarrolladas en Excel y la Plataforma Web y fuera de línea del Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan Territorial de Salud –SISPRO, con las cuales es posible pasar del discurso a la acción, convirtiéndose ésta última en el canal de integración de la información al Sistema de Información en Salud. Lo anterior permite disponer salidas parame trizadas para monitorear y evaluar la gestión y los resultados obtenidos en los territorios, articulándose con el Sistema de Evaluación y Calificación del Desempeño y a 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 mínimos y la estructura básica definidos en la Ley 152 de 1994, y con la articulación de los diferentes niveles de gobierno y comunidad.

Dentro de las construcciones del Plan Territorial de Salud presenta cinco procesos; el primer Proceso es aislamiento institucional, el cual a su vez cuenta con dos momentos: primer momento de organizar y momento de dinamizar; el segundo proceso es la Ruta lógica para la formulación de planes territoriales de salud, contando con tres momentos: primer Momento de Identificar, segundo Momento de Comprender y tercer Momento de Responder; el tercer Proceso Gestión Operativa, contando con el Momento de Programar; cuarto momento Monitoreo y Evaluación, contando con dos momentos: Momento de Monitorear y Momento de Evaluar y quinto Proceso Rendición de Cuentas el cual cuenta con dos momentos: Momento de Organizar y Momento de Socializar.

Este documento corresponde al Plan Territorial en Salud 2020-2023 del municipio de Chaparral, realizado conforme a las directrices del Ministerio de Salud y Protección Social, donde se recopila el Análisis Situacional de Salud del municipio (ASIS 2019), la Priorización mediante la estrategia PASE (Tensiones, configuración actual y deseada, metáforas y ejes estructurantes), El Plan estratégico que incluye objetivos, metas y estrategias y finalmente el sistema de monitoreo y evaluación del PTS.

El diseño del PTS se realizó en compañía de diferentes actores institucionales y comunitarios de forma paralela a la creación del Plan de Desarrollo Municipal.

## 4. MARCO NORMATIVO

Los procesos de reforma del sector salud y sus lineamientos jurídicos son uno de los cambios más transcendentales que ha tenido Colombia en los últimos años. La multiplicidad de Decretos, Resoluciones, circulares y acuerdos que la han reglamentado, dan una idea de su trascendencia y de los desafíos que se enfrentan con su ejecución; esta también refleja las implicaciones político-sociales para el país como resultado del proceso entre los que se destacan:

| NORMATIVA | CONTENIDO |
|---|---|
| **Constitución Política de Colombia de 1991** | que, a lo largo de su articulado, hace visibles los derechos de las poblaciones, en las diferentes etapas del transcurso vital, con especial atención en la infancia y los grupos poblacionales en condición o situación de vulnerabilidad. |
| **Ley 9 de 1979** | En la que se establece el Código Sanitario Nacional |
| **Ley 100 de 1993** | Por medio de la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social que incluye el Sistema de Salud, el Sistema General de Pensiones, El Sistema General de Riesgos Profesionales y los servicios sociales complementarios. |
| **Ley 152 de 1994** | La cual establece los procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes de desarrollo y la planificación, para su aplicación en el ámbito de la Nación, las entidades territoriales y los organismos públicos de todo orden. |
| **Ley 388 de 1997** | Plan de ordenamiento territorial, establecer los mecanismos que permitan al municipio, en ejercicio de su autonomía, promover el ordenamiento de su territorio, el uso equitativo y racional del suelo, la preservación y defensa del patrimonio ecológico y cultural localizado en su ámbito territorial. |
| **La Ley 715 de 2001** | Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. |
| **La Ley 1122 de 2007** | Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. |
| **Ley 1438 de 2011** | Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. |
| **Ley 1751 de 2015** | Ley estatutaria de Salud. |
| **Sentencia de la Corte Constitucional de Colombia T-760 de 2008** | Esta sentencia obliga a unificar el Plan Obligatorio de salud para los regímenes contributivo y subsidiado y a realizar su actualización de manera periódica. |
| **Decreto 1011 de 2006** | Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. |

| | |
|---|---|
| **Decreto 3518 de 2006** | Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones. |
| **Decreto 2353 de 2015** | Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud. |
| **Resolución 518 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social** | Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC). |
| **Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social.** | Por medio del cual se adoptan los lineamientos técnicos operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la población Materno Perinatal. |
| **Resolución 276 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social** | Por la cual se modifica la resolución 3280 de 2018 |
| **Resolución 1328 de 2016** | Que eliminó el CTC en el régimen contributivo, y deja la opción a los entes territoriales para que lo apliquen en el régimen subsidiado. |
| **Resolución 3202 de 2016** | Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social. desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS. |
| **Resolución 2626 de 2019 MSPS** | Por medio del cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud PAIS y se adopta el Modelo de atención Integral Territorial – MAITE. |
| **Resolución 1035 de 2022** | Por el cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 con sus capítulos diferenciales: indígena para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia, población víctima de conflicto armado, el Pueblo Rrom y la población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera. |
| **Resolución 2206 de 2022** | Por la cual se determinan los criterios de asignación de recursos para apoyar la financiación del Programa de Equipos Básicos de Salud. |
| **Resolución 295 de 2023** | Por la cual se modifican los artículos 3, 8, 11, 14, 16, y 18 de la Resolución 518 de 2015 en relación con la gestión de la salud pública, las responsabilidades de las entidades territoriales y de los ejecutores del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y las condiciones para la ejecución. |
| **Resolución 2335 de 2023** | Por la cual se establecen los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades y se dictan otras disposiciones. |

| | |
|---|---|
| **Resolución 2275 de 2023** | Por la cual se expide la resolución única reglamentaria del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud -RIPS, soporte de la Factura Electrónica de Venta -FEV en salud y se dictan otras disposiciones. |
| **Resolución 2284 de 2023** | Por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y se dictan otras disposiciones. |
| **Resolución 2367 de 2023** | Por la cual se modifican los artículos 1, 2 y 3 de la Resolución 1035 de 2022 y los capítulos 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10 y 11 del anexo técnico "Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031". |
| **Resolución 100 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social.** | Por la cual se dictan disposiciones sobre la Planeación Integral para la Salud y se deroga la Resolución 1536 de 2015. |
| **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. |
| **Circular externa 044 de 2021** | Señala que la Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de sus competencias, ejercerá las funciones de inspección, vigilancia y control sobre el manejo de los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a salud pública SGP-SP. |

## 5. ANALISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

### RECONOCIMIENTO

Chaparral, es un municipio que por su ubicación geográfica presenta ciertas características y zonas de riesgo lo que en ocasiones dificulta el acceso a su ámbito rural, lo que puede generar problemáticas en materia de la prestación de servicios y atención en salud a los habitantes de las zonas dispersas del Municipio; cabe resaltar que desde y hacia la cabecera municipal se cuenta con vías accesibles y en buenas condiciones, relacionadas con el desplazamiento a municipios circunvecinos y viceversa.

### Población por área de residencia Urbano/Rural:

Tabla 1. Población por área de residencia Chaparral, Tolima 2023

| Municipio | Población cabecera municipal | | Población resto | | Población total | Grado de urbanización (%) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Población | % | Población | % | | |
| Chaparral | 31,510 | 57,86 | 22,942 | 42,13 | 54,452 | 57,86 |

Fuente: Censo DANE 2018, Proyección Poblacional 2023.

El Municipio de Chaparral para el periodo 2023, Chaparral cuenta con 54.452 habitantes presentando un crecimiento población del 8% frente al 2015; de los cuales 27.825 son hombres y 24.940 son mujeres, la mayor proporción de habitantes se concentra en el ámbito urbano 31,510 y en menor el ámbito rural 22,942.

### Densidad poblacional por kilómetro cuadrado (Km2):

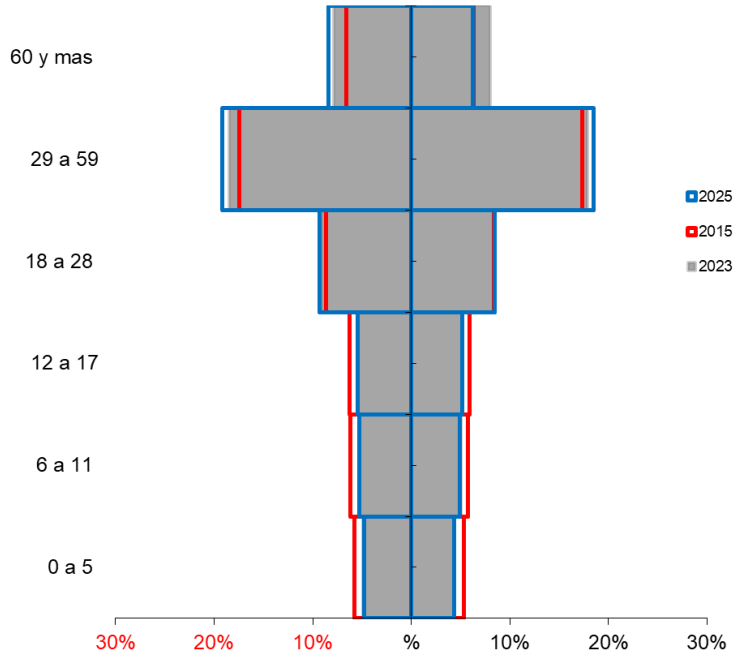
En el municipio de Chaparral para el año 2023, presenta una densidad poblacional de 24.01 habitantes por Km2.

### Grado de urbanización:

Para el año 2023 en el Municipio de Chaparral, Tolima habitan 54,452 habitantes y el grado de urbanización, es 57,86 con lo que se evidencia que desde el año 2005 el Municipio ha presentado crecimiento en su urbanización.

## Estructura demográfica

**Figura . Pirámide poblacional municipio de Chaparral, Tolima, 2015, 2023, 2025**




**Fuente:** DANE

La pirámide poblacional de Chaparral Tolima es progresiva e ilustra el descenso de la fecundidad y la natalidad con un estrechamiento similar de la base para el año 2023 y 2025, comparado con el periodo 2015.

Los grupos etarios con mayor estrechamiento o disminución para el año 2023 comparado con el año 2015 son los menores de 17 años, Indicando una estructura de población eminente joven.

El grupo etario que presenta el mayor crecimiento poblacional es el comprendido entre los 29 y 59 años; población adulta joven. El grupo etareo de 60 años y mas es progresivo y aumenta para el año 2023 y la proyección al 2025 supera los datos del año analizado.

La estructura demográfica nos permite analizar el impacto de los eventos o mortalidad; se tienen en cuenta algunos factores importantes como la migración venezolana donde más de 800 personas residen en el Municipio y no hacen parte de este análisis demográfico. Para el año 2023 la natalidad disminuye y la población mayor de 80 años aumenta; podemos enfrentarnos a un decrecimiento población en cinco años.

***Población por cursos de vida***

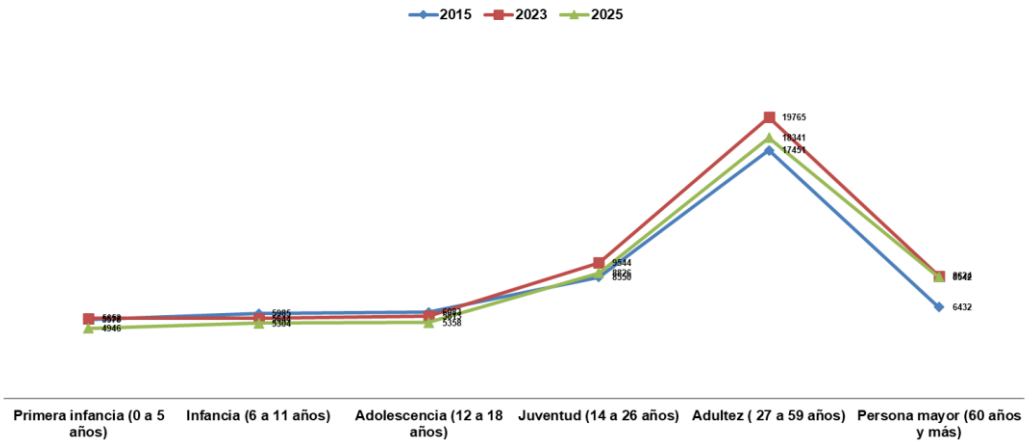
**Tabla 2. Proporción de la población por curso de vida, Chaparral 2015, 2023 y 2025.**

| Curso de Vida | 2015 | | 2023 | | 2025 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Numero de Personas | Frecuencia Relativa | Numero de Personas | Frecuencia Relativa | Numero de Personas | Frecuencia Relativa |
| Primera infancia (0 a 5 años) | 5575 | 11,13 | 5062 | 9,30 | 4903 | 9,10 |
| Infancia (6 a 11 años) | 5985 | 11,95 | 5644 | 10,37 | 5516 | 10,24 |
| Adolescencia (12 a 17 años) | 6083 | 12,15 | 5813 | 10,68 | 5712 | 10,60 |
| Juventud (18 a 28 años) | 8550 | 17,08 | 9544 | 17,53 | 9563 | 17,75 |
| Adultez (29 a 59 años) | 17451 | 34,85 | 19765 | 36,30 | 20282 | 37,64 |
| Persona mayor (60 años y más) | 6429 | 12,84 | 8624 | 15,84 | 7907 | 14,67 |
| **Poblacion Total** | **50073** | | **54452** | | **53883** | |

**Fuente:** DANE

Con relación a la población por curso de vida para el Municipio de Chaparral, Tolima, se evidencia una disminución en personas en los primeros grupos poblacionales primera infancia (513 personas), infancia (341) y adolescencia (270), para el periodo 2023 con respecto al 2015. El grupo de juventud, adultez y personas mayor de 60 aumentaron el número de personas en 5503 habitantes para el 2023 con relación al 2015. Los cursos de vida con mayor aumento población son adultez y adultez para el año 2023 comparado con el periodo 2015.

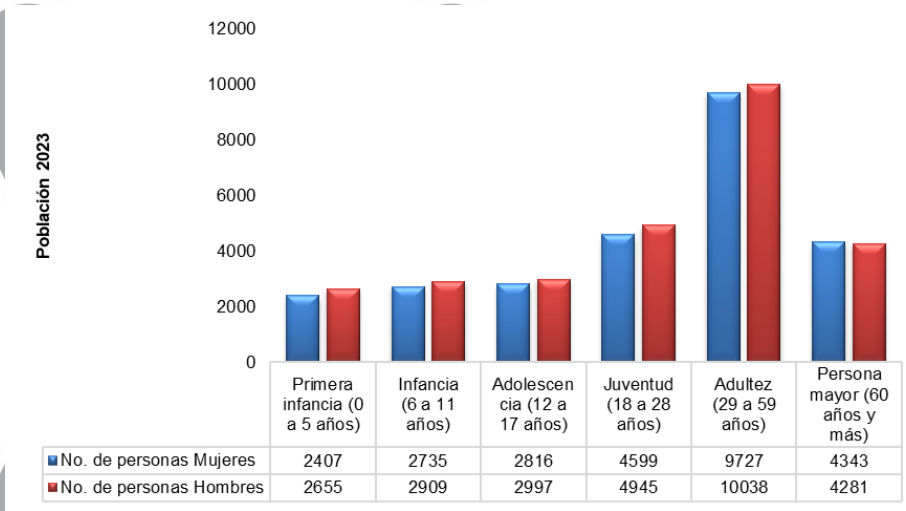
**Figura . Cambio en la proporción de la población por Curso de Vida, Chaparral 2015, 2023, 2025**




**Fuente:** DANE

Para el año 2023 en el Municipio de Chaparral, Tolima el mayor cambio de proporción poblacional para el aumento se presentó en el curso de vida de la adultez (27 a 59 años) con 19765 personas en segundo lugar el grupo de la juventud (18 a 28 años) con 9544 persona y persona mayor con 8624 personas. En menor proporción encontramos el curso de vida de primera infancia, infancia y adolescencia, este último curso de vida con tendencia a la disminución para el año 2025.

**Figura . Población por sexo y grupo de edad del municipio Chaparral, Año 2023**




| | Primera infancia (0 a 5 años) | Infancia (6 a 11 años) | Adolescencia (12 a 17 años) | Juventud (18 a 28 años) | Adultez (29 a 59 años) | Persona mayor (60 años y más) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| No. de personas Mujeres | 2407 | 2735 | 2816 | 4599 | 9727 | 4343 |
| No. de personas Hombres | 2655 | 2909 | 2997 | 4945 | 10038 | 4281 |

**Fuente:** DANE

En el Municipio de Chaparral, Tolima para el año 2023, en los cursos de vida presentaron un dato similar en ambos sexos.

***Otros indicadores demográficos***

**Tabla 3. Otros indicadores de estructura demográfica en el municipio de Chaparral Tolima, 2015, 2023, 2025.**

| Índice Demográfico | Año | | |
|---|---|---|---|
| | 2015 | 2023 | 2025 |
| Poblacion total | 50.073 | 54.452 | 53.883 |
| Poblacion Masculina | 25.495 | 27.825 | 28.199 |
| Poblacion femenina | 24.578 | 26.627 | 25.684 |
| Relación hombres:mujer | 103,73 | 104,50 | 110 |
| Razón ninos:mujer | 35 | 27 | 27 |
| Indice de infancia | 12 | 10 | 10 |
| Indice de juventud | 12 | 11 | 11 |
| Indice de vejez | 13 | 16 | 15 |
| Indice de envejecimiento | 36 | 52 | 49 |
| Indice demografico de dependencia | 74,23 | 66,28 | 63,67 |
| Indice de dependencia infantil | 54,40 | 43,55 | 42,73 |
| Indice de dependencia mayores | 19,82 | 22,73 | 20,94 |
| Indice de Friz | 109,69 | 91,81 | 91,15 |

**Fuente:** DANE_SISPRO_MSPS

En el año 2015 por cada 104 hombres, había 100 mujeres, mientras que para el año 2023 por cada 104 hombres, había 100 mujeres

En el año 2015 por cada 35 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil (15-49años), mientras que para el año 2023 por cada 27 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil

En el año 2015 de 100 personas, 12 correspondían a población hasta los 14 años, mientras que para el año 2023 este grupo poblacional fue de 10 personas

En el año 2015 de 100 personas, 12 correspondían a población de 15 a 29 años, mientras que para el año 2023 este grupo poblacional fue de 11 personas

En el año 2015 de 100 personas, 13 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2023 este grupo poblacional fue de 16 personas

En el año 2015 de 100 personas, 36 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2023 este grupo poblacional fue de 52 personas

En el año 2015 de 100 personas entre los 15 a 64 años, había 74 personas menores de 15 años o de 65 años y más (dependientes), mientras que para el año 2023 este grupo poblacional fue de 66 personas

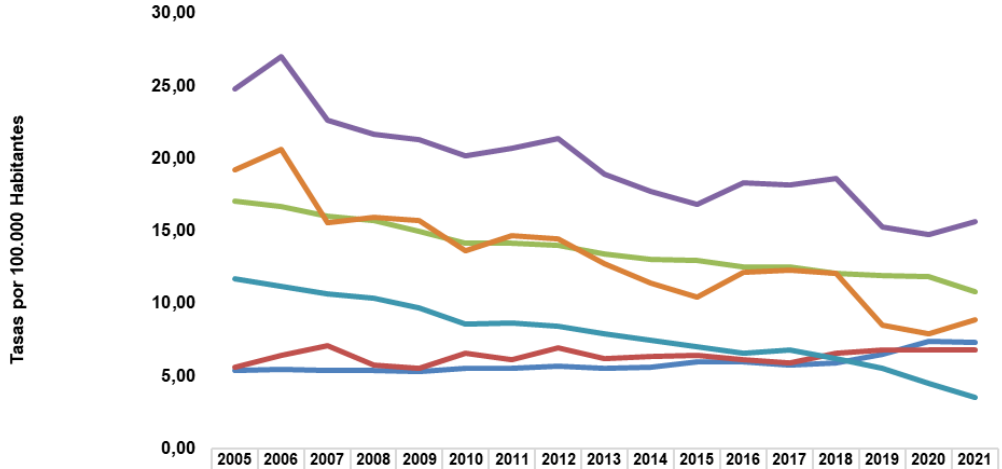
En el año 2015, 54 personas menores de 15 años dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2023 fue de 44 personas

En el año 2015, 20 personas de 65 años y más dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2023 fue de 23 personas

Representa el porcentaje de población de menos de 20 años (entre 0 y 19 años), con respecto al grupo de población de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años. Cuando este índice supera el valor de 160 se considera que la población estudiada es una población joven, mientras que si resulta inferior a 60 se considera una población envejecida.

**Dinámica demográfica**

**Figura . Tasa de Crecimiento Natural, Tasas Brutas de Natalidad y Mortalidad del municipio de Chaparral, 2005 - 2021.**



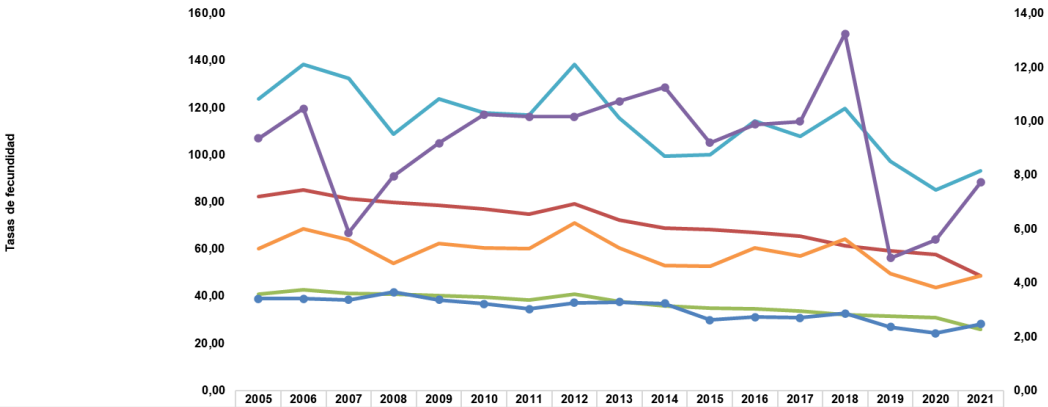

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tasa bruta de mortalidad Tolima | 5,39 | 5,47 | 5,39 | 5,38 | 5,30 | 5,54 | 5,49 | 5,62 | 5,51 | 5,60 | 5,96 | 5,95 | 5,73 | 5,86 | 6,45 | 7,38 | 7,32 |
| Tasa bruta de mortalidad Chaparral | 5,61 | 6,41 | 7,07 | 5,70 | 5,52 | 6,52 | 6,07 | 6,95 | 6,14 | 6,30 | 6,38 | 6,12 | 5,86 | 6,57 | 6,74 | 6,8 | 6,78 |
| Tasa bruta de natalidad Tolima | 17,06 | 16,64 | 16,00 | 15,70 | 14,98 | 14,10 | 14,14 | 14,00 | 13,42 | 13,04 | 12,96 | 12,47 | 12,5 | 12,07 | 11,93 | 11,85 | 10,82 |
| Tasa bruta de natalidad chaparral | 24,79 | 27,02 | 22,60 | 21,64 | 21,24 | 20,14 | 20,69 | 21,37 | 18,86 | 17,72 | 16,78 | 18,27 | 18,16 | 18,59 | 15,23 | 14,7 | 15,6 |
| Tasa de crecimiento natural Tolima | 11,67 | 11,17 | 10,61 | 10,32 | 9,68 | 8,56 | 8,65 | 8,38 | 7,91 | 7,44 | 7,00 | 6,52 | 6,77 | 6,21 | 5,48 | 4,47 | 3,50 |
| Tasa de crecimiento natural chaparral | 19,18 | 20,61 | 15,53 | 15,94 | 15,72 | 13,62 | 14,62 | 14,42 | 12,72 | 11,42 | 10,40 | 12,15 | 12,30 | 12,02 | 8,49 | 7,90 | 8,82 |

**Fuente:** DANE_SISPRO_MSPS

Para el año 2021 en el Municipio de Chaparral, Tolima se presentó decrecimiento de la tasa de natalidad de 8,82 por cada 100.000 habitantes con relación al año 2005, con un comportamiento oscilante con tendencia a la disminución; por otra parte, con relación a la tasa bruta de mortalidad, existe una variación, presentando incremento en las muertes de 6,78 por 100.000 habitantes para el 2021 en comparación con el 2005, los picos más significativos dentro del periodo analizado se presentaron en los año 2007 (7,81) y 2012 (6.95). La tasa de crecimiento natural tuvo un comportamiento positivo, lo que indica que se presentó un número mayor de nacimientos e incremento en la migración de personas hacia el Municipio que defunciones.

***Otros indicadores de la dinámica de la población***

**Figura . Tasa de fecundidad específica de 10 a 14 años y 15 a 19 años, municipio de Chaparral. 2021.**




| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años Tolima | 82,35 | 85,13 | 81,41 | 79,94 | 78,56 | 76,94 | 74,69 | 79,03 | 72,47 | 68,84 | 68,13 | 67,02 | 65,37 | 61,52 | 59,24 | 57,72 | 48,61 |
| Tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 19 años Tolima | 40,82 | 42,62 | 41,16 | 40,84 | 40,21 | 39,52 | 38,46 | 40,83 | 37,64 | 35,80 | 35,09 | 34,65 | 33,83 | 31,98 | 31,63 | 30,89 | 26,05 |
| Tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años chaparral | 123,67 | 138,34 | 132,52 | 108,74 | 123,66 | 117,69 | 116,71 | 138,49 | 115,64 | 99,55 | 99,92 | 114,43 | 107,97 | 119,72 | 97,29 | 84,96 | 93,12 |
| Tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 19 años chaparral | 60,28 | 68,62 | 64,04 | 54,01 | 62,20 | 60,33 | 60,26 | 71,13 | 60,54 | 53,14 | 52,78 | 60,38 | 57,2 | 64,3 | 49,48 | 43,79 | 48,67 |
| Tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años chaparral | 5,96 | 7,06 | 2,49 | 4,31 | 5,82 | 7,02 | 7,15 | 6,91 | 7,45 | 8,03 | 6,58 | 7,15 | 7,28 | 10,39 | 2,57 | 3,47 | 5,27 |
| Tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años Tolima | 3,40 | 3,41 | 3,37 | 3,65 | 3,36 | 3,22 | 3,02 | 3,25 | 3,28 | 3,23 | 2,61 | 2,73 | 2,7 | 2,86 | 2,35 | 2,13 | 2,46 |

**Fuente:** DANE_SISPRO_MSPS

Para el año 2021 en el Municipio de Chaparral, Tolima por cada 1.000 mujeres entre 10 a 14 años hubo 5,27 nacimientos, presentando una disminución con relación al año 2005 en 0,69 nacimientos, el año con mayores nacimientos en menores de 14 años fue el periodo 2018 con 10.39.

La tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años en el Municipio de Chaparral, Tolima para el año 2021 fue de 93,12 por 1000 mujeres de 15 a 19 años, mientras que para el departamento fue de 48,61.

La tasa de bruta de reproducción (fecundidad en mujeres de 10 a 19 años) para el periodo 2021 fue de 48,67 nacimientos, comparado con el periodo 2005; Comparados con el Departamento del Tolima, el Municipio de Chaparral presenta mayor tasa de fecundidad de 10 a 19 años en todos los periodos analizados fue 2012.

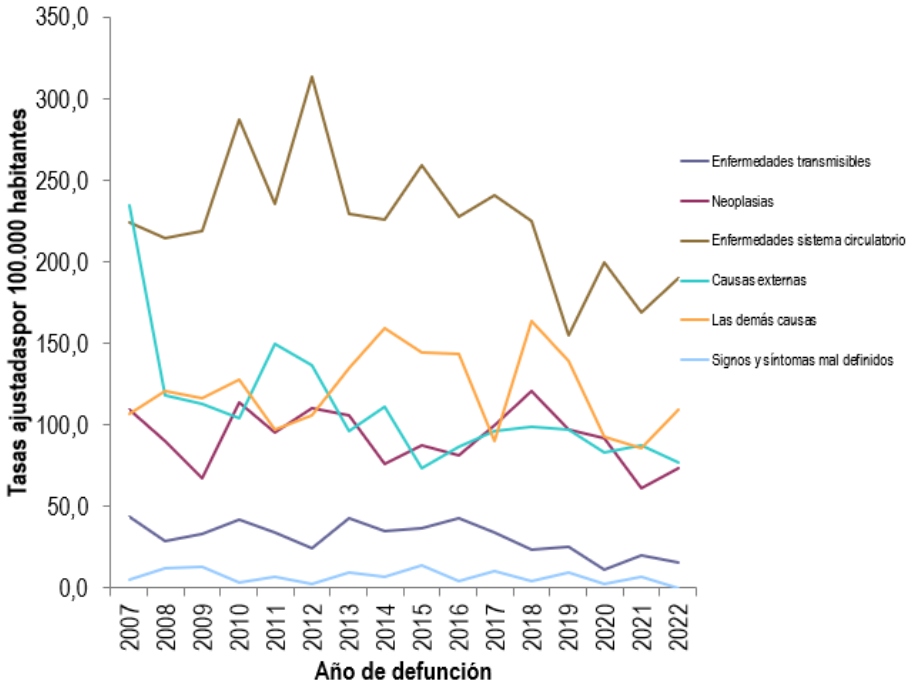
Aunque el Municipio de Chaparral, Tolima presenta descenso en la natalidad 2021 como se analiza en la pirámide poblacional, los datos analizados 2015-2021 de los embarazos a temprana edad son los más representativos y es un problema el cual se prioriza en la Dimensión de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos, el cual se debe trabajar en las actividades de promoción y prevención a través de los Planes de Intervenciones Colectivas.

De acuerdo a los análisis realizados en los comités de vigilancia epidemiológica existen diversos factores de riesgo que coadyudan a que día a día el Municipio tenga mujeres adolescentes embarazadas.

**Análisis de la Mortalidad**

**Mortalidad General por Grandes Causas**

**Figura . Tasa de mortalidad ajustada por edad, municipio de Chaparral Tolima, 2022**

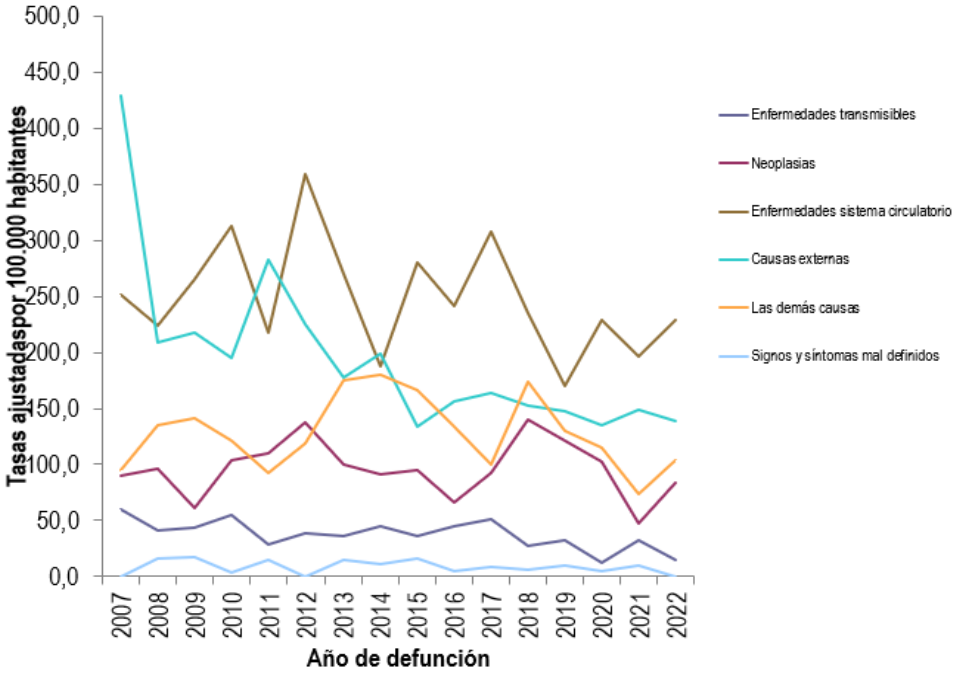



**Fuente:** DANE_SISPRO_MSPS.

Se realiza un análisis de la tasa de Mortalidad general en los últimos 16 años del Municipio de Chaparral, dentro de las cuatro primeras causas se encontraron: En primer lugar, las relacionadas con enfermedades del sistema circulatorio, con un comportamiento variante tendiente al decrecimiento para el año 2022 (190.09) por cada 100.000 habitantes con relación al año 2007 (34,01).

La presentación de las enfermedades del sistema circulatorio en el Municipio, pueden ser atribuidas a diferentes factores y determinantes, dentro de los que se establecen el envejecimiento de la población enmarcado en el aumento de los grupos poblacionales mayores de 60 años de acuerdo con la pirámide poblacional del Municipio, por otra parte, los malos hábitos y condiciones de vida, como la inactividad física, la alimentación inadecuada y el abuso de sustancias como el alcohol y el cigarrillo; además del diagnóstico tardío por inasistencia a controles médicos, las barreras de acceso geográfico, las brechas administrativas y del sistema de salud; así mismo la aparición de eventos precursores y la falta de estrategias de intervenciones colectivas efectivas son causantes de esta problemática.

**Figura . Tasa de mortalidad ajustada por edad para los hombres del municipio de Chaparral, Tolima, 2022**



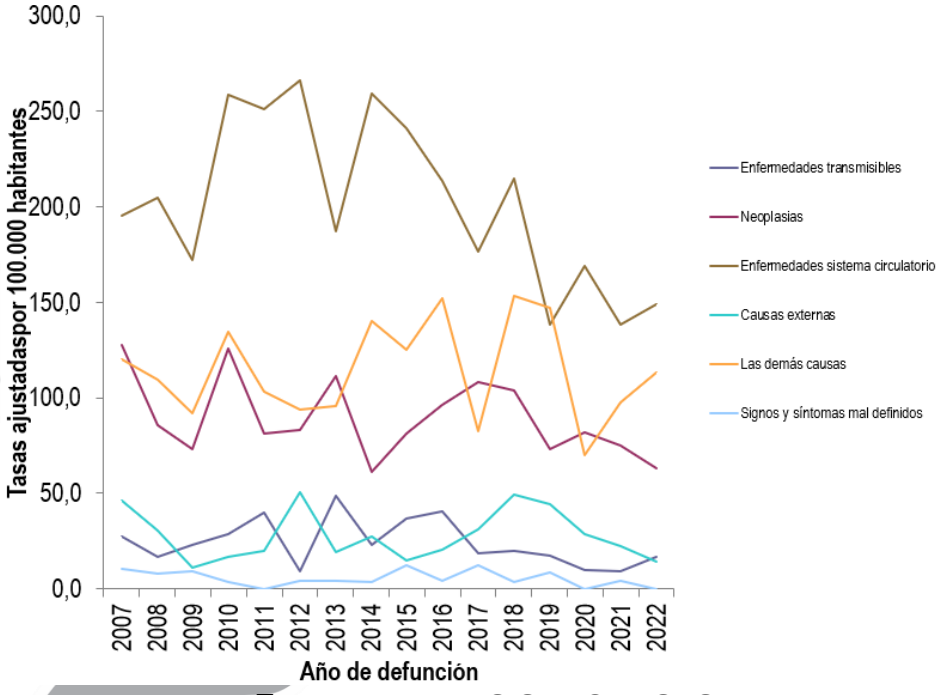

**Fuente:** DANE_SISPRO_MSPS.

Con relación a la mortalidad por gran causa en hombres en el Municipio de Chaparral, para el periodo comprendido entre el 2007 a 2022, la primera causa de muerte es atribuida a las enfermedades del sistema circulatorio, presentando un promedio de tasa de 3977,9 por cada 100.000 hombres, con un comportamiento fluctuante dentro del periodo analizado, tendiente al crecimiento según el dato del último periodo analizado 2022 (229.03) comparado con el periodo 2007 (252,2).

En segundo lugar, se ubicó la mortalidad por las causas externas, presentando un promedio de tasa de 3109, 9 por cada 100.000 hombres con un comportamiento variante dentro del periodo analizado, tendiente al decrecimiento.

Las Neoplasias, presentaron un promedio de tasa de 1536, 8 muertes atribuidas por cada 100.000 hombres, la tendencia es hacia la disminución para el último año analizado.

**<u>Figura .</u> Tasa de mortalidad ajustada por edad para las mujeres del municipio de Chaparral Tolima 2022**



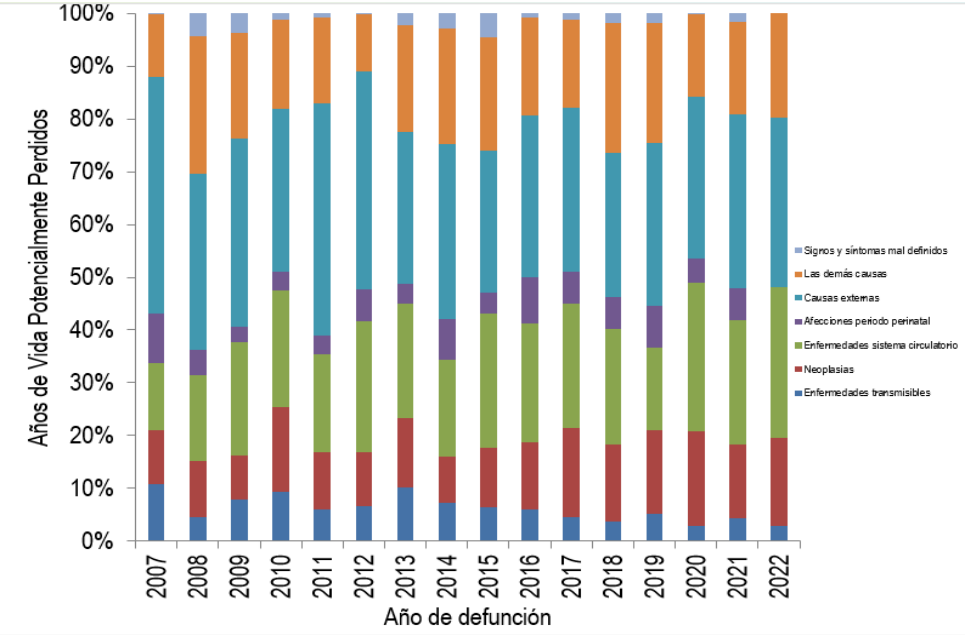

**Fuente:** DANE_SISPRO_MSPS

La tasa de mortalidad general en mujeres en el Municipio de Chaparral con mayor peso representativo son las enfermedades del sistema circulatorio, con un promedio de dato para los periodos 2007 a 2022 de 3237,8 el comportamiento de esta causa es variante, siendo el periodo 2012 el año con mayor mortalidad (266.5).

En segundo lugar, se ubican las demás causas, con un promedio de los 16 años de 1830,06 muertes por cada 100.000 mujeres, con un comportamiento fluctuante 2007-2022 y una tendencia hacia la disminución según el dato del último año 2022 (113,16).

***Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP***

**Figura . Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 municipio de Chaparral Tolima, 2022**

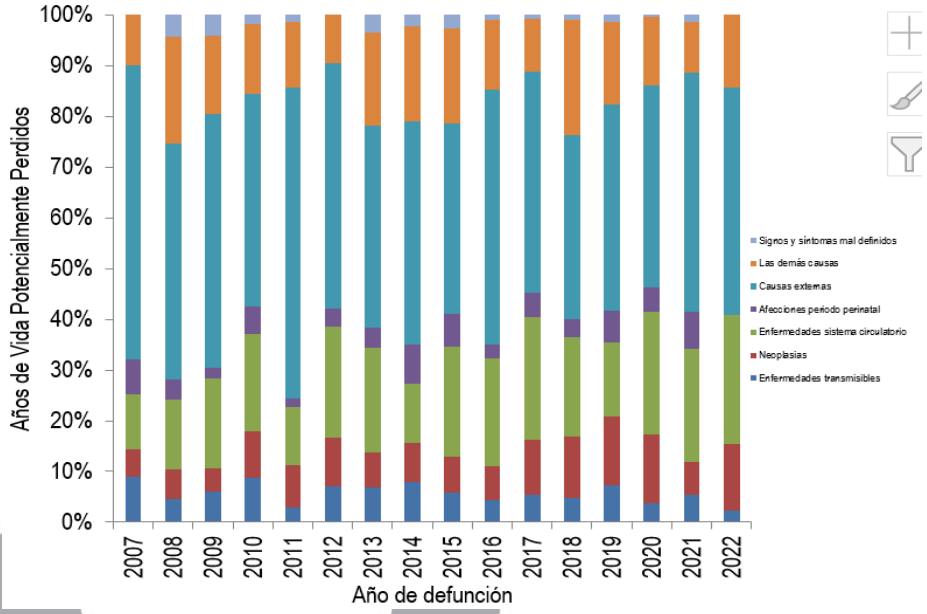



**Fuente:** DANE_SISPRO_MSPS.

En el Municipio de Chaparral para los periodos 2007-2022 los AVPP, son atribuibles al grupo de Las Causas externas, presentando tendencia a la disminución desde los últimos cinco años analizados; el comportamiento fue variante y el periodo más representativo fue el 2007 (4661.9), para el periodo 2022 los AVPP fue de 1660 a causa de esta; seguido las enfermedades del sistema circulatorio que muestra

tendencia al aumento con una tasa de 1483 en el periodo 2022, comparado con el periodo 2007 (1330), diferencia de 153 AVPP. En tercer lugar, encontramos las demás causas el cual aporto en el último periodo una tasa de 1017, disminuyo en comparación al periodo 2007; en cuarto lugar, las neoplasias el cual aporto para el último año una tasa de 858 (2022); por ultimo las enfermedades transmisibles con una tasa de 151 AVPP.

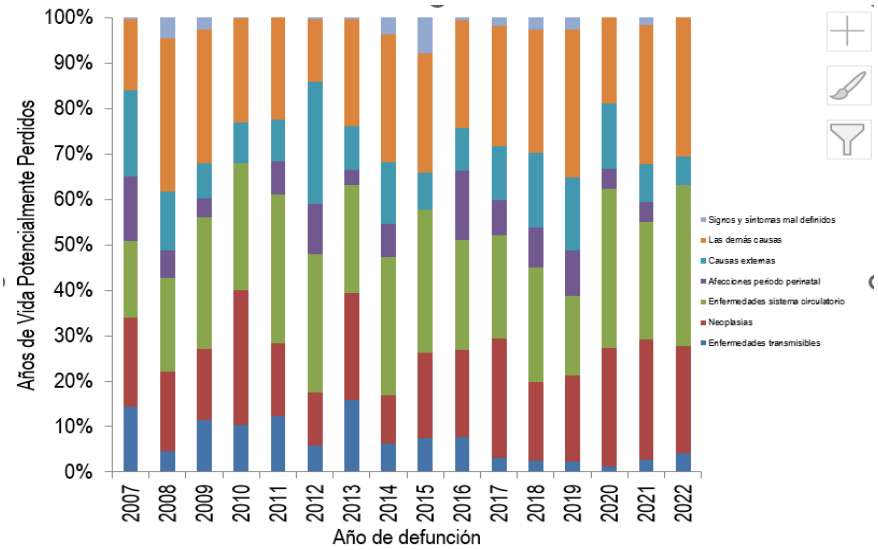
**Figura . Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en hombres del municipio de Chaparral Tolima, 2022.**




**Fuente:** DANE_SISPRO_MSPS.

Para el caso de los AVPP en hombres del Municipio de Chaparral, en los periodos comprendidos entre 2007 a 2022 la carga de la enfermedad se atribuye principalmente a las causas externas con un promedio de 29671,3 AVPP, en segundo lugar, la causa atribuye a las enfermedades del sistema circulatorio presentaron un promedio de 11565,1 AVPP y finalmente las demás causas.

**Figura . Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en las mujeres del municipio de Chaparral Tolima, 2022.**

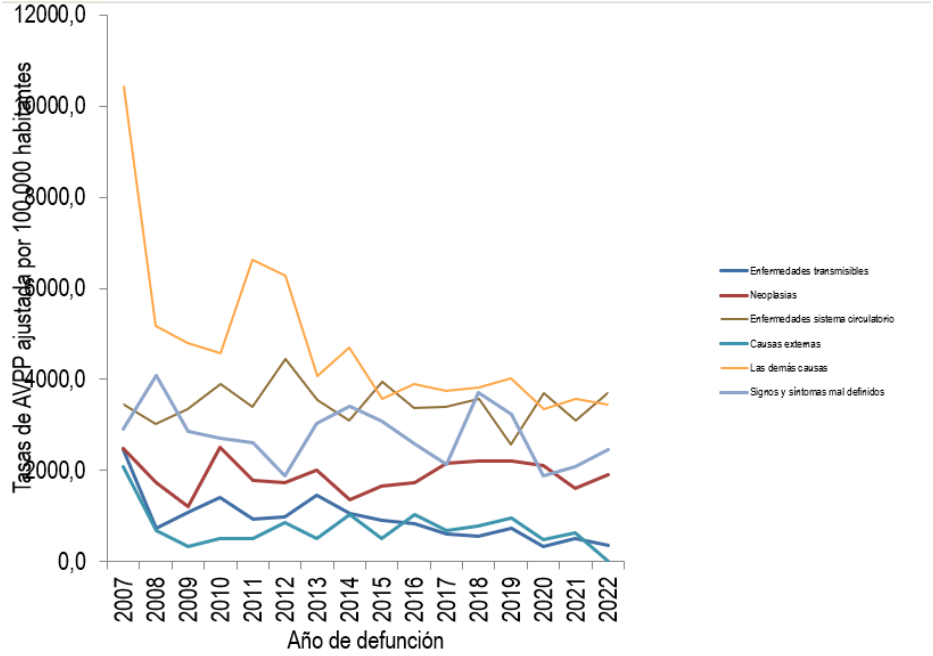



**Fuente:** DANE_SISPRO_MSPS.

Los AVPP en mujeres en Chaparral, Tolima, en los periodos de 2005 al 2020 la carga de la enfermedad se atribuye principalmente a las enfermedades del sistema circulatorio con un promedio de 9725.1 y una tasa para el último año analizado de 601.47; tendencia hacia el aumento; seguido las demás causas con una tasa promedio 9370.6 con tendencia a la disminución y en tercer lugar las neoplasias con una tasa de 401,41 para el año 2022 y un promedio 7406, para los periodos analizados, la tendencia es hacia el aumento.

***Tasas ajustadas de los años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP***

**Figura 14. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 municipio de Chaparral Tolima, 2022.**

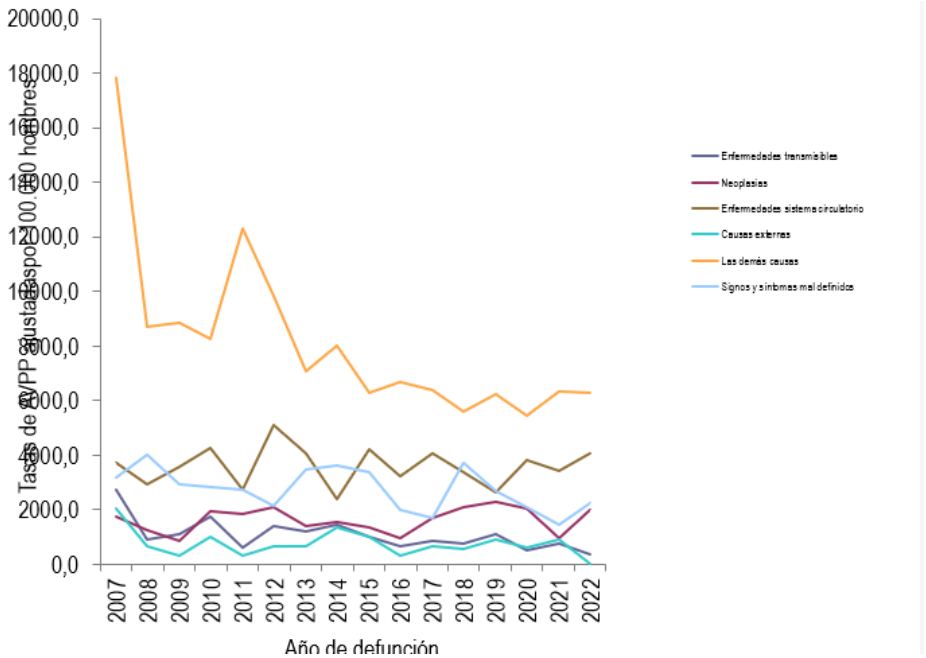



**Fuente:** DANE_SISPRO_MSPS.

En el Municipio de Chaparral, para el periodo 2022 con relación al 2007, disminuyeron las tasas de AVPP atribuible a las causas externas, dato importante para el análisis.

En primer lugar las tasas ajustadas por años de vida potencialmente perdidos en la población encontramos las demás causas con una tasa promedio de 76097, 9; la tendencia es hacia la disminución según el último año analizado (3441, 76); en segundo lugar encontramos las Enfermedades del Sistema Circulatorio, presento una tasa ajustada de AVPP 3696,10 el cual aumento comparado con el año 2007; en tercer lugar signos y síntomas mal definidos con una tasa para el último año 2022, de 2450, 97; en cuarto lugar las neoplasias con una tasa promedio de 30436 por 100.000 habitantes.

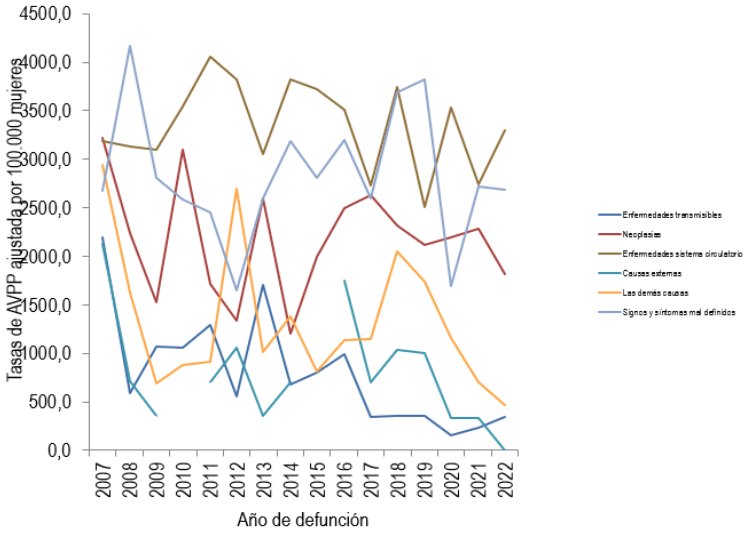
**Figura 15. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 en los hombres del municipio de Chaparral, 2022.**




**Fuente:** DANE_SISPRO_MSPS.

Para el año 2022 en comparación con el 2007 para los hombres de Chaparral, se presentó en primer lugar las demás causas externas con una tasa promedio de 130113,2, la tendencia es a la disminución según el periodo 2022 (6289,5) comparado con el 2007 (17825,5); en segundo lugar encontramos las enfermedades del sistema circulatorio con una tasa promedio de 57604, 3 con tendencia al aumento; en tercer lugar encontramos los signos y síntomas mal definidos con una tasa promedio de 44140,1.

**Figura 16. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 en las mujeres del municipio de Chaparral Tolima, 2022.**



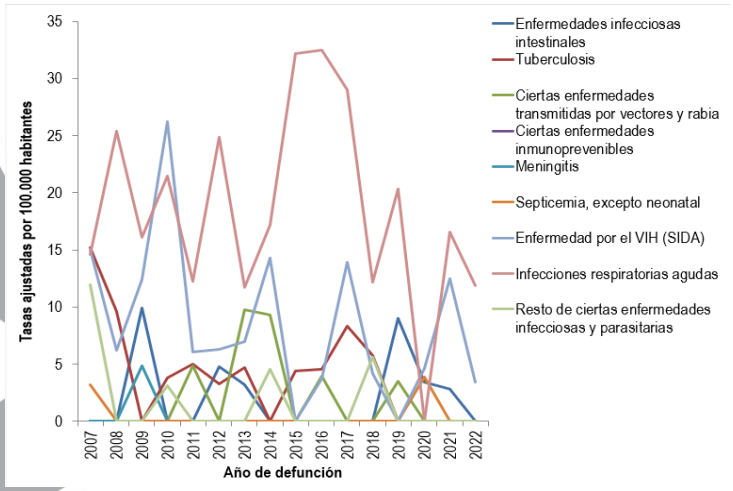

**Fuente:** DANE_SISPRO_MSPS.

Con respecto a la presentación de AVPP en las Mujeres del Municipio de Chaparral, para el 2022 con relación al 2007 se presentó decrecimiento en la tasa ajustada de AVPP atribuidos a las enfermedades del sistema circulatorio con una tasa promedio de 53497,7; en segundo lugar, encontramos signos y síntomas mal definidos con una tasa promedio de 45351 y en tercer lugar las neoplasias con una tasa promedio de 34800,3.

### 2.1.2 Mortalidad especifica por subgrupo

***Enfermedades Transmisibles***

**Figura 17. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en hombres del municipio de Chaparral Tolima, 2022.**




**Fuente:** DANE_SISPRO_MSPS.

Para el grupo de las Enfermedades Transmisibles según género masculino en los años 2007-2022 se encontró que las Infecciones Respiratorias Agudas ocupan el primer lugar en mortalidad con una tasa ajustada para el periodo 2022 de 11,88 muertes por 100000 hombres; la tendencia de esta subcausa es hacia el disminución, En segundo lugar, encontramos la Enfermedad por el VIH/SIDA, con una tasa de 3,43 muertes por 100000 hombres, para el 2022 y en el tercer lugar se encontró la Tuberculosis, donde por cada 100.000 habitantes hubo 0 muertes atribuidas a esta causa en el año 2022.

## 6. PRIORIZACION

Teniendo en cuenta la Resolución 100 de 17 de enero de 2024, se aplica la herramienta de priorización a todos los actores participativos y se obtiene la priorización de la morbilidad y mortalidad.

Tabla N. 4. Priorización de problemas de morbilidad

| PRIORIZACION DE MORBILIDAD MUNICIPIO DE CHAPARRAL 2023 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Morbilidad priorizada | magnitud | pertenencia social e intercultural | transcedencia | capacidad de intervencion | Total |
| Morbilidad por Desnutrición aguda, moderada y severa | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 |
| Exposición rábica Leve por animal potencialmente transmisor de rabia | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 |
| intento de suicidio | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 |
| Intoxicaciones Agudas por Sustancias Quimicas | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 |
| Intoxicaciones por plaguicidas | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 |
| Lesiones por Pólvora Pirotécnica , Temporada Navideña ( Diciembre 1 a Enero 15) | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 |
| Sifilis congenita | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 |
| Sifilis gestacional | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 |
| Intoxicaciones ocupacionales | 4 | 4 | 4 | 3 | 15 |
| Morbilidad Materna Extrema | 4 | 4 | 3 | 4 | 15 |
| VIH/SIDA | 4 | 4 | 4 | 3 | 15 |
| Violencia Sexual en población de 12 a 17 años | 4 | 4 | 4 | 3 | 15 |
| Defectos Congenitos | 3 | 3 | 4 | 4 | 14 |
| Dengue | 4 | 4 | 3 | 3 | 14 |

Fuente: elaboración Propia Asís 2023.

Tabla N. 4. Priorización de problemas de morbilidad

| PRIORIZACION DE MORBILIDAD MUNICIPIO DE CHAPARRAL 2023 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Morbilidad priorizada | magnitud | pertenencia social e intercultural | transcedencia | capacidad de intervencion | Total |
| Morbilidad por Varicela | 2 | 4 | 4 | 3 | 13 |
| Morbilidad por Cáncer de útero | 2 | 2 | 4 | 4 | 12 |
| Morbilidad por Violencia de género e intrafamiliar | 2 | 4 | 2 | 3 | 11 |
| Enfermedades Huérfanas o raras | 2 | 2 | 4 | 2 | 10 |
| Morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda en menores de 5 años | 2 | 3 | 2 | 3 | 10 |
| Morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda en poblacion general | 2 | 3 | 2 | 3 | 10 |
| Morbilidad por Infeccion Respiratoria Aguda en menores de 5 años | 2 | 3 | 2 | 3 | 10 |
| Morbilidad por Infeccion Respiratoria Aguda en poblacion general | 2 | 3 | 2 | 3 | 10 |
| Leishmaniasis cutanea | 1 | 4 | 1 | 3 | 9 |
| Leptospirosis | 1 | 3 | 1 | 3 | 8 |
| Accidente Ofidico | 1 | 1 | 1 | 2 | 5 |

Fuente: elaboración Propia Asís 2023.

Tabla N. 5. Priorización de problemas de morbilidad

| PRIORIZACION DE MORTALIDAD MUNICIPIO DE CHAPARRAL 2023 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Mortalidad priorizada | magnitud | pertenencia social e intercultural | transcedencia | capacidad de intervencion | Total |
| Mortalidad materna | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 |
| Mortalidad Neonatal tardía ( 7- 27 dias) | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 |
| Mortalidad perinatal | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 |
| Mortalidad por dengue | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 |
| Enfermedades del sistema circulatorio | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 |
| Mortalidad Infantil | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 |
| Mortalidad en la Niñez | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 |
| Enfermedad del VIH/SIDA | 4 | 4 | 3 | 3 | 14 |
| Lesiones Autoinflingidas intencionalmente | 4 | 4 | 2 | 3 | 13 |
| Accidentes de transporte terrestre | 4 | 4 | 2 | 3 | 13 |
| Diabetes mellitus | 3 | 3 | 3 | 3 | 12 |
| Tumor Maligno de Prostata | 2 | 2 | 3 | 3 | 10 |
| Tumor Maligno de Cuello Uterino | 2 | 2 | 3 | 3 | 10 |
| Mortalidad por IRA en menores de cinco años | 2 | 2 | 2 | 3 | 9 |
| Mortalidad por EDA en menores de cinco años | 2 | 2 | 2 | 3 | 9 |

Fuente: elaboración Propia Asís 2023.

## 7. RESULTADOS DE LA PRIORIZACIÓN DE LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN AFILIADA A LAS EAPB

En el Municipio operan entre otras las EAPB subsidiado y contributivo, Pijaos Salud, Asmet Salud, Nueva EPS, sanitas, salud total. Las cuales debieron caracterizar su población afiliada y armonizar sus prioridades de salud al Plan Decenal de Salud Pública. Los indicadores priorizados son neoplasias, enfermedades no transmisibles, enfermedades del sistema circulatorio, enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o remplazo renal, porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo.

El Análisis de la Situación de Salud del Municipio de Chaparral, establece de forma importante la caracterización demográfica, los perfiles epidemiológicos de morbilidad y mortalidad, y algunos de los determinantes sociales y condiciones de vida de acuerdo al modelo diferencial, así como también el proceso de priorización de acuerdo a cada uno de los ejes contemplados dentro del Plan Decenal de Salud Publica 2022 – 2031.

Otros aspectos importantes a tener en cuenta y que aunque no tiene gran componente de peso en los indicadores del departamento, si son eventos que cada vez tienen mayor incidencia y requieren de intervención con estrategias efectivas en las que se vienen trabajando mediante el fortalecimiento del sistema a nivel regional y el apoyo mancomunado de la Entidad territorial y las entidades del sector salud, como es el caso del VIH/SIDA, cáncer y las enfermedades trasmitidas por vectores, esta última que por el componente geográfico, climático y algunas actividades agrícolas de la región permiten la proliferación de vectores y por ende el aumento en las tasas del evento.

Tabla N 6. Priorización Entidad Administradora de los planes de beneficio 2023.

| EAPB | Indicador Priorizado |
|---|---|
| ASMET SALUD EPS SAS | Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la próstata |
| COMPENSAR | Porcentaje de personas atendidas por enfermedades no transmisibles por EAPB |
| COOSALUD EPS S.A | Tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos por enfermedades del sistema circulatorio |
| DIRECCION DE SANIDAD POLICIA NACIONAL | Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años |
| EPS SANITAS | Prevalencia de obesidad en mujeres de 18 a 64 años |
| EPS SANITAS | Prevalencia de anemia en mujeres de 10 a 13 años |
| NUEVA EPS | Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo |
| PIJAOS SALUD EPS -I | Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer |
| SALUD TOTAL - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO | Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal |
| SALUD TOTAL - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO | Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio |
| UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD UNISALUD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA | Porcentaje de personas atendidas por enfermedades no transmisibles por EAPB |

## 7.1 Reconocimiento de los principales efectos de salud identificados previamente

El establecimiento de prioridades en salud se realizó en el Municipio de Chaparral teniendo en cuenta una comprensión de la dinámica social, económica, cultural, étnica y de género desde una configuración territorial, en donde el territorio se entiende como: el espacio físico y escenario social donde transcurre la vida de las personas, familias y comunidades; se construyen relaciones históricas, culturales, económicas, políticas y ambientales y se producen y reproducen los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad. Las prioridades en salud serán definidas teniendo en cuenta los siguientes criterios: 19.1 Magnitud 19.2 Pertinencia Social e intercultural 19.3 Trascendencia 19.4 Capacidad de intervención. Para el caso de la priorización de la morbilidad su tuvo en cuenta una calificación de uno (1) valor mínimo a cuatro (4) valor máximo, para un total de veintiún (16) puntos; dentro de los parámetros a calificar se estableció una priorización inicial para el Municipio de Chaparral; criterios:

## 7.2 Magnitud

Criterio que permite determinar el tamaño de un problema o necesidad. Hace referencia a la identificación de las características de las personas afectadas (grupos de edad, sexo, etnia, situación o condición, área geográfica), el comportamiento de los daños en el transcurso del tiempo, para determinar tendencias en la variación por regiones. Se refiere a qué tan grande e importante

es un problema de salud y se puede medir a través de tasas de morbilidad y mortalidad generales y específicas. Se va a definir por cuartiles.

- Baja: 1 cuartil (0 a 25%).
  Medio: 2 cuartil (26 a 50%).
  Alto: 3 cuartil (51 a 75%)
  Muy Alto: 4 cuartil (mayor a 75%).

### 7.3 Pertinencia social e intercultural

Es la medición entre una necesidad real (tangible) de interés en salud pública, ante una percepción formal de la comunidad obtenida a través del ASIS participativo. En este caso la pregunta a responder es:

¿Cuál es el grado de adecuación o de compromiso que tiene la política respecto al contexto social en el cual se desarrolla y respecto del marco cultural de la población en la que se da?

### 7.4 Transcendencia

Permite valorar las repercusiones o consecuencias biológicas, psicosociales, socioeconómicas, socioculturales de los daños en salud en las personas, las familias, las comunidades y el territorio. En este caso la pregunta a responder es:

¿Qué tan duradero o grave es el problema por sus efectos a través del tiempo? Se va a definir por cuartiles.

### 7.5 Capacidad de intervención

Se determina a partir de dos categorías: Factibilidad y Viabilidad

**7.5.1 Factibilidad.** Se refiere a las posibilidades desde el punto de vista político, a través de las autoridades regionales, los planes nacionales de salud, el ministerio de salud, agencias, voluntarios y/o otras fuentes de intervenir y jerarquizar la resolución de los problemas de salud. Para algunos autores se refiere al costo – eficiencia de las actividades, y a la estimación de los resultados que se obtendrán utilizando recursos de costo conocido.

## 8. Núcleos problémicos Transformados del Municipio de Chaparral Tolima 2024-2027

### 8.1 Transformación del Núcleo problémico N.1.

- ✓ Aumento de enfermedades transmisibles asociados a los riesgos climáticos, biológicos y sanitarios.

Se reduce las barreras de acceso a los servicios de salud, asociado a los riesgos climáticos y sanitarios desfavorable, se mejora el cumplimiento de la adherencia de las guías y protocolos de atención, se gestiona los riesgos y el impacto negativo de los determinantes sociales que afectan el individuo, se fortalece la educación y cultura frente a la prevención de las enfermedades transmisibles en la comunidad.

## 8.2 Transformación Núcleo Problemico N. 2.

- ✓ Incremento de los indicadores de salud mental y alteraciones de la convivencia social, familiar e intercultural

Se reducen barreras a los servicios de salud, asociado a condiciones socioeconomicas, culturales y educativas desfavorables, se mejora la captacion inicial para un diagnostico precoz desde la infancia, se rompen estigmas en hombres y mujeres que impiden un diagnostico oportuno, se fortalece la educacion a padres de familia con base en la responsabilidad afectiva, y se genera entornos seguros para la convivencia familiar y social. se mejora las rutas de atencion en salud y se garantiza el cumplimiento de los protocolos.

## 8.3 Transformación Núcleo problémico N. 3.

- ✓ Barreras administrativas en la Salud Materna y factores de riesgo ambientales, geograficos, economicos y sociales

Se mejora el cumplimiento y adherencia a las rutas de atencion integral en salud sexual y reproductiva, se disminuye las brechas adminsitrativas para el acceso a los servicios de salud, se evaluan los factores socioeconomicos, sanitarios, educativos e interculturales que afectan la comunidad, accesibilidad geográfica de la ruralidad dispersa, se evalua las condiciones alimentarias para reducir las morbimortalidad en los indicadores de la salud maternoinfantil- se ha implementado la Política de Salud Mental y prevención de Sustancias Psicoactivas.

## 8.4 Transformación Núcleo Problemático N. 4

- ✓ Aumento de enfermedades no transmisibles en población menor de 60 años asociados a factores socioeconómicos y hábitos saludables.

se fortalecerá la capacidad de gestión de los servicios de salud mejorando la accesibilidad y la atención integral e integrada de las Enfermedades No Transmisibles ENT reduciendo la discapacidad con la intervención oportuna de eventos evitables, se contara con entornos que promuevan estilos de vida saludable y protejan la salud promoviendo el desarrollo sociocultural en los espacios cotidianos de las personas, familias y comunidades, con enfoque diferencial interviniendo los factores de riesgo modificables de condiciones no transmisibles

**8.5 Transformación Núcleo Problemático N. 5 .**

- ✓ Salud, desastres naturales y riesgos ambientales asociados a factores de riesgo sanitarios.

se incrementará la participación comunitaria y social en el nivel local, regional, reduciendo las brechas de inequidad en el acceso al agua potable, coberturas de acueducto, alcantarillado y aseo; se realiza gestión transectorial en el área educativa y de participación social y comunitaria, generando corresponsabilidad social en la tenencia de animales de compañía fortaleciendo la prevención, detección oportuna y control de las enfermedades zoonóticas; se materializara el derecho a un ambiente sano, a través de la transformación positiva de los determinantes sociales, sanitarios y ambientales;

**8.6 Transformación Núcleo Problemático N. 6.**

- ✓ Riesgo de vulnerabilidad en poblaciones diferenciales, discapacidad y baja percepción de sabiduría ancestral.

se logrará coberturas útiles de vacunación en biológicos trazadores; se efectuara la caracterización específica de las personas con discapacidad aumentando la cobertura de certificación RLCPD e implementación de la Política de discapacidad creando estrategias que permita acceder a oportunidades laborales, vivienda digna, mejoramiento de la infraestructura para la movilidad y la consecución de un trato digno y humanizado; generación de espacios de participación que incidan en el

reconocimiento de saberes y cultura de pueblos y comunidades indígenas, afrocolombianas.

## 8.7 Transformación Núcleo Problemico N. 7.

- ✓ Inseguridad alimentaria y condiciones de vida.

Se superan gradualmente la inseguridad alimentaria, se fortalecen la manipulación de alimentos, los malos hábitos y determinantes sociales para reducir el hambre. Se fortalece las malas prácticas alimenticias, se logra mejorar la carga de la enfermedad atribuida a los trastornos alimenticios, se reducen indicadores de mortalidad por desnutrición.

## 8.8 Transformación Núcleo Problémico N. 8.

- ✓ Aumento de los riesgos y enfermedades laborales en la población con economía popular.

Se caracterizará y se obtiene un censo poblacional de personas con economía popular, se hace una adecuada identificación y educación preventiva de los factores de riesgo asociados a la actividad económica, se mejorar la calidad de vida de la población en salud laboral.

| 5. Ejes Estratégicos del PDSP 2022-2031. | 6. Objetivo por Eje Estratégico del PDSP 2022-2031. | 7. Resultados esperados por Eje Estratégico del PDSP 2022-2031. | 8.Estrategias por resultados esperados. | 9. Metas Estratégicas por Eje del PDSP 2022-2031 |
|---|---|---|---|---|

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la Salud Pública | Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio. | 1. 1 Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública | 1.1.2 Promoción de capacidades y mecanismos para la gobernanza en salud pública y la incidencia sobre los determinantes sociales de la salud desde las diferentes instancias intersectoriales del orden nacional y territorial | A 2031 el 100% de los escenarios de participación existentes en los departamentos, distritos y municipios inciden en la gestión y la toma de decisiones en la inversión pública del sector salud y la garantía del derecho fundamental a la salud. |
| Eje 2. Pueblos y comunidades étnicas y campesina, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condicion y/o situación. | Contar con elementos para la acción que le permita aproximarse a las condiciones de vida y salud de las diferentes poblaciones de acuerdo con sus particularidades y necesidades, mediante el respeto a la integridad y la participación social, y como garante en la construcción conjunta de intervenciones desde el dialogo horizontal y respetuoso de sus saberes, prácticas y creencia | 2.4 Prácticas, saberes y conocimientos para la salud pública reconocidos y fortalecidos para Pueblos y comunidades étnicas, mujeres, población campesina, LBGTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación. | 2.4.4 Reconocer los riesgos ocupacionales desde las prácticas costumbres y conocimiento propios para incidir en decisiones políticas y técnicas y disminuir el riesgo. ocupacional en las personas y colectivos | A 2031 el 100% de entidades territoriales Departamentales, Distritales y Municipales que tienen en su territorio pueblos y comunidades indígenas, comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y pueblo Rrom integran en sus planes territoriales de salud los acuerdos resultantes para la garantía del derecho fundamental a la salud y la respuesta a las necesidades de la salud propia e intercultural. |
| Eje 3. Determinantes sociales de la salud | Transformar las circunstancias injustas relacionadas con peores resultados de salud de la población, mediante la definición de acciones de carácter inter y transectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas sociosanitarias. | 3.1 Entorno económico favorable para la salud | 3.1.4 Caracterización y gestión de las opciones de intervención respecto de las condiciones de salud, ambiente de trabajo u ocupación que se relacionan con peores resultados en la salud y la vulneración de la población, en particular en lo relacionado con procesos de enfermedades transmisibles | A 2031 las Entidades Municipales, Departamentales y Distritales responden a las necesidades en salud da la población con participación de los actores estratégicos del territorio. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Eje 4. Atención Primaria en Salud | Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud. | 4.3. Agentes del sistema de salud que garantizan el acceso de la población con criterios de longitudinalidad, continuidad, puerta de entrada, enfoques familiar y comunitario con acciones, universales, sistemáticas, permanentes y participativas bajo un enfoque familiar y comunitario fundamentado en la Atención Primaria en Salud - APS | 4.3.1 Gestión territorial para el cuidado de la salud basado en la atención primaria en salud | A 2031 los servicios de salud de mediana y alta complejidad han mejorado la eficiencia, efectividad y oportunidad de la atención en salud como dimensiones de la calidad en el marco del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo. |
| Eje 5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias | Reducir los impactos de las emergencias, desastres y el cambio climático en la salud humana y ambiental, a través de la gestión integral del riesgo (como un proceso que propende por la seguridad sanitaria, el bienestar y la calidad de vida de las personas), por medio de la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos; y fortaleciendo la detección, atención y los mecanismos de disponibilidad y acceso de las tecnologías, y servicios en salud necesarias para dar respuesta efectiva a un nuevo evento pandémico. | 5.2 Nivel Nacional y entes territoriales preparados y fortalecidos para la gestión del conocimiento, prevención, y atención sectorial e intersectorial de emergencias, desastres y pandemias. | 5.2.10 Fortalecimiento de la capacidad sectorial, transectorial y comunitaria para detectar y responder a eventos inusuales en salud pública que afecten la salud de la población. | A 2031 los servicios de salud de mediana y alta complejidad han mejorado la eficiencia, efectividad y oportunidad de la atención en salud como dimensiones de la calidad en el marco del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo. |
| Eje 6. Conocimiento en Salud Pública y soberanía sanitaria | Establecer la soberanía sanitaria y la construcción colectiva de conocimiento en salud como una prioridad en la agenda pública que permita avanzar en la investigación, desarrollo, innovación y producción local de Tecnologías estratégicas en salud y el fortalecimiento de las capacidades en salud a nivel nacional y territorial. | 6.2 Capacidades fortalecidas para la gestión del conocimiento en salud pública | 6.2.6. Fortalecimiento de las capacidades del Talento Humano en la irnplementación de estrategias para la generación de conocimiento de las condiciones de salud de la población y sus determinantes tales como observatorios, ASIS, unidades de análisis, seminarios, entre otras | A 2031 se fortalecerán en el 100% de los Departamentos y Distritos las capacidades técnicas y de investigación en salud pública del personal de salud |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Eje 7. Personal de salud | Crear y desarrollar mecanismos para mejorar la distribución, disponibilidad, formación, educación continua, así como, las condiciones de empleo y trabajo digno y decente del personal de salud. | 7.2 Talento Humano en Salud formado para la gestión integral de la salud pública | 7.2.1 Concertación de los mínimos de formación del TI-IS y las prácticas pedagógicas a nivel técnico, tecnológ ico, universitaria, posgradual y formación de formadonás con relación a: territorio, territorialidad, interculturalidad en salud, atención primaria en salud, salud pública y salud colectiva. | Lograr que el 100% de las secretarias de salud Departamentales y Distritales establezcan una estructura organizacional para la planificación y gestión estratégica del THS |

## 9. Visión compartida en salud del Territorio

Para el año 2027 Chaparral, avanzará en el acceso equitativo a los servicios de salud, a través del modelo de salud preventivo y predictivo fundamentado en la atención primaria en salud, garantizando el derecho fundamental y universal, integral, desde una perspectiva intersectorial y sectorial cerrando brechas de inequidades sociosanitarias con la participación social, intercultural y de gobernanza en salud generando un espacio de vida y para la vida de la comunidad chaparraluna.

| 13. Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud | 14. Estrategia PTS |
|---|---|
| fortalecer la gobernanza y gobernabilidad en salud publica a través de la articulacion intersectorial y sectorial con el fin de lograr ejecutar estrategias de promoción y prevencion que permitan la transformacion de la calidad de vida de la comunidad chaparralunna. | Gobernanza con inlcusion: soberania sanitaria interinstitucional e intercultural con la participación social eficaz que permita transformar la salud publica y fortalecer la vigilancia basada en la comunidad |

| 15. Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: | 16. Indicador de meta Estratégica PTS | 17. Linea Base | 18. Valor Esperado Cuatrienio | 19. Valor Esperado Año 1 | 20. Valor Esperado Año 2 | 21. Valor Esperado Año 3 | 22. Valor Esperado Año 4 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A 2027 el Municipio de Chaparral Tolima, implementara planes y programas para el fortalecimiento de la gobernanza inclusiva. | porcentaje de implementacion | 0 | 100% | 25% | 25% | 25% | 25% |

| 13. Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud | 14. Estrategia PTS |
|---|---|
| Reconocer, respetar saberes, practicas y creenicas de pueblos y comunidades etnicas y campesinas mujeres, sectores LGBTIQ+, victimas del conflicto armado, poblacion con discapacidad y otras poblaciones por condicion y/o situación en la implementacion de politicas, planes, programas y estrategia orientadas a la garantia del derecho fundamental a la salud. | Cerrando brechas de inequidad social, etnicas y de genero: caracterizar las comunidades étnicas, campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condicion y/o situacion gestionando particularidades y necesidades propias de pueblos y comunidades. |

| 15. Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: | 16. Indicador de meta Estratégica PTS | 17. Linea Base | 18. Valor Esperado Cuatrienio | 19. Valor Esperado Año 1 | 20. Valor Esperado Año 2 | 21. Valor Esperado Año 3 | 22. Valor Esperado Año 4 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A 2027 el Municipio de Chaparral Tolima, gestionara las necesidades de los pueblos y comunidades para la superacion de inequidades. | porcentaje de comunidades y pueblos caracterizadas | 1 | 8 | 2 | 2 | 2 | 2 |

| 13. Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud | 14. Estrategia PTS |
|---|---|
| Transformar los determinantes sociales en salud con la articulacion inter y transectorial en la implementacion de los planes y programas que permitan la reduccion de las inequidades y brechas sociosanitarias. | Transformando circunstancias injustas en salud: mejorar las condiciones sociales, economicas, culturales, nutricionales y ambientales a través de planes y programas que favorecen la calidad de vida de la comunidad chaparralunna. |

| **15. Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud:** | **16. Indicador de meta Estratégica PTS** | **17. Linea Base** | **18. Valor Esperado Cuatrienio** | **19. Valor Esperado Año 1** | **20. Valor Esperado Año 2** | **21. Valor Esperado Año 3** | **22. Valor Esperado Año 4** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A 2027 el Municipio de Chaparral Tolima, implementara un disminuira las peores condicoines de salud de la comunidad. | porcentaje de implementacion | 0 | 100%% | 25% | 25% | 25% | 25% |

| 13. Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud | 14. Estrategia PTS |
|---|---|
| Garantizar la atencion primaria en salud en articulacion con la ESE Municipal y los equipos basicos en salud que nos permita fortalecer las acciones individuales y colectivas reduciendo la morbilidad y mortalidad evitable. | Territorio saludable: se evaluarán las acciones individuales y colectivas a través de los indicadores de resultados aplicadas en los territorios y microterritorios, por los equipos de atencion basica en salud. |

| 12. Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud | 13. Indicador de meta Estratégica PTS | 14. Linea Base | 15. Valor Esperado Cuatrienio | 16. Valor Esperado Año 1 | 17. Valor Esperado Año 2 | 18. Valor Esperado Año 3 | 19. Valor Esperado Año 4 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A 2027 se contará con puestos de salud fortalecidos en infraestructura y dotación con accesibilidad, aceptabilidad en zonas rurales y dispersas. | número de puestos de salud fortalecidos y dotados | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A 2027 se contara con puestos de salud fortalecidos en infraestructura y dotación con accesibilidad, aceptabilidad en zonas rurales y dispersas. | número de puestos de salud fortalecidos y dotados | 10 | 10 | 2 | 2 | 3 | 3 |

| 13. Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud | 14. Estrategia PTS |
|---|---|
| fortalecer la capacidad de respuesta de gestion del riesgo en la detección, atención y los mecanismos de disponibilidad y acceso de las tecnologías, y servicios en salud necesarias para dar respuesta efectiva a emergencias, desastres y pandemias. | Red de Vigilancia Comunitaria e institucional: desarrollando habilidades de respuesta atraves de la gestion del riesgo institucional y comunitaria con disponibilidad y acceso de las tecnologías, y servicios en salud para responder a eventos inusuales que afecten la poblacion chaparralunna. |

| 15. Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: | 16. Indicador de meta Estratégica PTS | 17. Linea Base | 18. Valor Esperado Cuatrienio | 19. Valor Esperado Año 1 | 20. Valor Esperado Año 2 | 21. Valor Esperado Año 3 | 22. Valor Esperado Año 4 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A 2027 el Municipio de Chaparral, contara con un plan de gestion del riesgo institucional fortalecido por la | numero de personas capacitadas en la atencion de eventos insuales emergencias, desastres y | 500 | 800 | 50 | 50 | 100 | 100 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| vigilancia y capacidad de respuesta comunitaria. | pandemias. | | | | | | |

| 13. Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud | 14. Estrategia PTS |
|---|---|
| Articular mecanismos educativos en salud que permitan fortalecer las practicas y formacion del talento humano del territorio con inclusion diferencial para la atencion primaria en salud, salud publica y salud colectiva. | Personal de Salud formado: Gestionando la formacion educativa del talento humano en salud, para garantizar la atencion primaria, salud publica y salud colectiva. |

| **15. Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud:** | **16. Indicador de meta Estratégica PTS** | **17. Linea Base** | **18. Valor Esperado Cuatrienio** | **19. Valor Esperado Año 1** | **20. Valor Esperado Año 2** | **21. Valor Esperado Año 3** | **22. Valor Esperado Año 4** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A 2027 el Municipio de Chaparral Tolima, habra fortalecido la atencion primaria en salud a traves de la formacion | numero de talento humano en salud formado en salud publica y salud colectiva | 10 | 30 | 0 | 0 | 0 | 30 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| del talento humano en salud para brindar seguridad en la salud publica y salud colectiva. | | | | | | | |

## 10. RESULTADOS (Indicadores y líneas base-meta cuatrienio)

| Indicador Asociado | Línea Base | Meta al cuatrenio |
|---|---|---|
| Tasa de morbilidad por EDA *100.000 habitantes en población general | 8804,1 (2022) | 8500 |
| Tasa incidencia Dengue *100.000 habitantes. | 144,3(2022) | 142 |
| Tasa mortalidad por Dengue *100.000 habitantes | 0.0 (2022) | 0 |
| Tasa de morbilidad de IRA *100.000 habitantes población general | 10525,5 (2022) | 10300 |
| Porcentaje de cobertura en menores de 5 años con esquema de vacunación completa *100.000 habitantes | 87% | 88% |
| Tasa de incidencia por Leishmaniasis *100.000 habitantes | 37,0 (2022) | 35 |
| Porcentaje de actividades de Inspección Vigilancia y Control | 0 | 100% |
| Tasa de intento de suicidio *100.000 habitantes | 61.0 (2022) | 60 |
| Tasa de violencia de genero e intrafamiliar *100.000 habitantes | 279,3(2022) | 278 |
| Tasa de mortalidad por accidente de transporte *100.000 habitantes | 11,1 (2022) | 10,8 |
| Razón de mortalidad materna *1.000 nacidos vivos | 0 (2022) | 0 |

| | | |
|---|---|---|
| Razón de morbilidad materna extrema *1.000 nacidos vivos | 28,1(2022) | 27 |
| Tasa de mortalidad perinatal *1.000 nacidos vivos | 122,6 (2021) | 120 |
| Porcentaje de fecundidad en adolescentes en *1.000 nacidos vivos | 13% | 11% |
| Tasa de defectos congénitos *100.000 nacidos vivos | 1.292,0 (2021) | 1250 |
| Tasa de incidencia de sífilis gestacional *1.000 nacidos vivos | 12,6 (2022) | 11 |
| Tasa de morbilidad de cáncer de útero *100.000 mujeres | 29,4 | 28,5 |
| Tasa de morbilidad por VIH/SIDA *100.000 habitantes | 18,5 | 18 |
| Tasa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio *100.000 menores 60 años. | 239,7 (2021) | 238 |
| Tasa de mortalidad infantil *1000 nacidos vivos | 5,0 (2021) | 4,8 |
| Tasa de mortalidad en diabetes mellitus en menores de 60 años *100.000 habitantes | 33,4 | 32,5 |
| Numero de política pública de envejecimiento | 0 | 1 |
| 400 adultos mayores por año atendidos en los centros vida con servicios integrales | 0 | 1.600 |
| 90 adultos mayores atendidos por año en la fundación para ancianos en el municipio con servicios integrales | 0 | 360 |
| Numero de territorios capacitados en gestión del riesgo | 0 | 800 |
| Porcentaje de oportunidad en los procesos de salud | 0 | 4 |
| Numero de talento humano en salud formado en salud pública y salud colectiva | 0 | 20 |
| Tasa de incidencia de exposición rábica grave por animal potencialmente transmisor *100.000 habitantes | 53,6 | 53 |

| | | |
|---|---|---|
| Número de personas con economía popular fortalecidos en prevención de riesgos laborales | 0 | 4 |
| Porcentaje de implementación de la política publica de discapacidad | 0 | 4 |
| Apoyar una (1) fundacion por año en servicios de atencion integral a poblacion con capacidad reducida | 0 | 4 |
| Número de actividades día blanco y del silencio | 0 | 4 |
| Porcentaje de cobertura de afiliación | 90.6 | 95 |
| Numero de ayudas técnicas gestionas | 0 | 40 |
| Participación Social en salud en poblacion diferencial (Pueblos y comunidades étnicas y campesina, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condicion y/o situación) | 0 | 1 |
| Tasa de morbilidad por desnutrición aguda *1000 nacidos vivos | 0.4 | 0,3 |
| Salas amigas de la familia lactante en el entorno laboral implementadas en el municipio | 0 | 1 |
| Número de personas con economía popular fortalecidos en prevencion de riesgos laborales | 0 | 100 |

## 11. METAS DE RESULTADO Y PRODUCTO

| METAS DE RESULTADO -PRODUCTO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Ejes Estratégicos del PDSP 2022-2031 | Metas de Resultado adaptadas al territorio | Indicador de meta resultado | Meta de Producto | responsable | ODS |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública | fortalecer la gobernabilidad y gobernanza | Porcentaje de ejecución del plan territorial de salud pública | Rectoría, gobernanza y vigilancia epidemiológica de los eventos de interés en salud publica fortalecidas en el Municipio | Dirección Local de Salud | 3,5 |
| Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación | 100% pueblos y comunidades caracterizadas | porcentaje de ejecución de PIC | Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) formulado e implementado articulado con la Estrategia de Atención Primaria en Salud APS. | Dirección Local de Salud | 3 |
| Determinantes Sociales de la Salud | mantener la razón de mortalidad materna a 0 *1.000 nacidos vivos | porcentaje de ejecución de PIC | Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) formulado e implementado articulado con la Estrategia de Atención primaria en salud de la salud sexual y reproductiva | Dirección Local de Salud | 3 |
| Determinantes Sociales de la Salud | disminuir la razón de morbilidad materna extrema a 27 *1.000 nacidos vivos | porcentaje de ejecución de PIC | Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) formulado e implementado articulado con la Estrategia de Atención primaria en salud de la salud sexual y reproductiva | Dirección Local de Salud | 3 |

| METAS DE RESULTADO -PRODUCTO |
|---|
| |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Determinantes Sociales de la Salud | disminuir la tasa de mortalidad perinatal a 120*1.000 nacidos vivos | porcentaje de ejecucion de PIC | Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) formulado e implementado articulado con la Estrategia de Atención primaria en salud de la salud sexual y reproductiva | Direccion Local de Salud | 3 |
| Determinantes Sociales de la Salud | disminuir la tasa de fecundidad en adolescentes a 11% nacimientos *1,000 mujeres | porcentaje de ejecucion de PIC | Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) formulado e implementado articulado con la Estrategia de Atención primaria en salud de la salud sexual y reproductiva | Direccion Local de Salud | 3 |
| Determinantes Sociales de la Salud | disminuir la tasa de defectos congénitos a 1250 *100.000 nacidos vivos. | porcentaje de ejecucion de PIC | Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) formulado e implementado articulado con la Estrategia de Atención primaria en salud de la salud sexual y reproductiva | Direccion Local de Salud | 3 |
| Determinantes Sociales de la Salud | disminuir la tasa de incidencia de sifilis gestacional a 11 *1.000 nacidos vivos | porcentaje de ejecucion de PIC | Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) formulado e implementado articulado con la Estrategia de Atención primaria en salud de la salud sexual y reproductiva | Direccion Local de Salud | 3 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Determinantes Sociales de la Salud | disminuir la tasa de morbilidad cancer de utero a 28,5 *100.000 mujeres | porcentaje de ejecucion de PIC | Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) formulado e implementado articulado con la Estrategia de Atención primaria en salud de la salud sexual y reproductiva | Direccion Local de Salud | 3 |
| Determinantes Sociales de la Salud | disminuir la tasa de morbilidad por VIH/SIDA a 18 *100.000 habitantes | porcentaje de ejecucion de PIC | Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) formulado e implementado articulado con la Estrategia de Atención primaria en salud de la salud sexual y reproductiva | Direccion Local de Salud | 3 |
| Atención Primaria en Salud | Garantizar la adeacucion de 2 puestos de salud para la atencion primara en salud | numero de puestos adecuados/ numero total de puestos | Adecuacion de los puestos de salud para garantizar la atencion primaria en salud en la zona rural | Direccion Local de Salud | 3 |
| Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias | Un Plan en gestión integral de riesgos para la atencion de emergencias, desastres, pandemias y cambio climático en el Municipio. | porcentaje de avance | Entidades articuladas y Comunidad rural fortalecida para la respuesta y gestión de la urgencia, emergencia, desastre y cambio climático | Direccion Local de Salud | 3 |
| Personal de salud | Incrementar el porcentaje de talento humano capacitado en salud publica | numero de talento humano fortalecido | talento humano fortalecido en al salud publica | Direccion Local de Salud | 3,5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública | 100% de EAPB asistidas tecnicamente | numero de EAPB asistidas tecnicamente/total de EAPB | Entidades administradoras de los planes de beneficio ( Contributivo y Regímenes de excepción) operativas en el Municipio, asistidas técnicamente para el cumplimiento de su competencias. | Direccion Local de Salud | 3,5 |

| METAS DE RESULTADO -PRODUCTO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Determinantes Sociales de la Salud | disminuir la tasa la tasa de intento de suicidio a 60 *100.000 habitantes | porcentaje de ejecucion de PIC | Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) formulado e implementado articulado con la Estrategia de Atención primaria en salud de la salud mental | Direccion Local de Salud | 3 |
| Determinantes Sociales de la Salud | disminuir la tasa de violencia de genero e intrafamiliar a 278 *100.000 habitantes | porcentaje de ejecucion de PIC | Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) formulado e implementado articulado con la Estrategia de Atención primaria en salud de la salud mental | Direccion Local de Salud | 3 |
| Determinantes Sociales de la Salud | disminuir la tasa de mortalidad por accidente de tránsito a 10,8 *100.000 habitantes | porcentaje de ejecucion de PIC | Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) formulado e implementado articulado con la Estrategia de Atención primaria en salud de la salud mental | Direccion Local de Salud | 3 |
| Atención Primaria en Salud | Aumentar la cobertura de educacion en salud publica en la comunidad rural del Municipio | porcentaje de avance | Implementar una estrategia de articulación inter sectorial que promuevan el fortalecimiento de la salud publica rural | Direccion Local de Salud | 3,5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública | 100% de los procesos de gestion de salud publica fortalecidos. | porcentaje de avance | Procesos de Gestion en salud publica fortalecidos. | Direccion Local de Salud | 3,5 |
| Determinantes Sociales de la Salud | disminuir la tasa de morbilidad por EDA 8500*100.000 habitantes en poblacion general | porcentaje de ejecucion de PIC | Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) formulado e implementado articulado con la Estrategia de Atención primaria en salud para prevenir las enfermedades relacionadas el componente de Salud Ambiental | Direccion Local de Salud | 3 |
| Determinantes Sociales de la Salud | disminuir la tasa de incidencia de exposicion rabica grave por animal potencialmente transmisor a 53 *100.000 | porcentaje de ejecucion de PIC | Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) formulado e implementado articulado con la Estrategia de Atención primaria en salud para prevenir las enfermedades relacionadas el componente de Salud Ambiental | Direccion Local de Salud | 3 |
| Determinantes Sociales de la Salud | disminuir la tasa de morbilidad por IRA a 10300 *100.000 habitantes | porcentaje de ejecucion de PIC | Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) formulado e implementado articulado con la Estrategia de Atención primaria en salud para prevenir las enfermedades relacionadas el componente de | Direccion Local de Salud | 3 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Salud Ambiental | | |
| Atención Primaria en Salud | fortalecer la inspeccion y vigilancia de salud publica en el Municipio | porcentaje de avance | La salud cerca a las Comunidades rurales garantizando el acceso a los servicios y la atencion primaria en salud. | Direccion Local de Salud | 3,5 |
| Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública | Certificar 200 personas en el registro de localizacion y caracterizacion | total de personas certificadas/total de la meta | Personas con discapacidad, certificadas en el registro de localización y caracterización. | Direccion Local de Salud | 3,5 |
| Determinantes Sociales de la Salud | Aumentar el numero de personas con economia popular capacitados en prevencion de factores de riesgo derivados del trabajo | porcentaje de ejecucion de PIC | Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) formulado e implementado articulado con la Estrategia de Atención primaria en salud para población de economía popular e identificacion de los factores de riesgo laborales. | Direccion Local de Salud | 3 |

| METAS DE RESULTADO -PRODUCTO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública | lograr el 95% cobertura de afiliacion al SGSSS. | numero de personas afiliadas/total de personas | universalizacion del 95% de la poblacion al sistema general de seguridad social en salud | Direccion Local de Salud | 3,5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Determinantes Sociales de la Salud | Aumentar el porcentaje a 88 menores de 5 años con esquema de vacunación completa *100.000 habitantes | porcentaje de ejecucion de PIC | Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) formulado e implementado articulado con la Estrategia de Atención primaria en salud para al aumento de coberturas de vacunacion | Direccion Local de Salud | 3 |
| Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública | 100% de las IPS asistidas tecnicamente | numero de IPS asistidas tecnicamente/total de IPS operando | Instituciones prestadoras de servicios de salud operativas en el Municipio asistidas tecnicamente para el cumplimiento de sus compentencias | Direccion Local de Salud | 3,5 |
| Determinantes Sociales de la Salud | disminuir la tasa de morbilidad por IRA a 10300 *100.000 habitantes | porcentaje de ejecucion de PIC | Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) formulado e implementado articulado con la Estrategia de Atención primaria en salud para la atencion de enfermedades emeregentes, reemergentes y desatendidas. | Direccion Local de Salud | 3 |
| Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública | Aumentar el 50 % de la capacidad instalada de equipos, garantizando la oportuidad y continuidad de los servicios de salud | porcentaje de implementacion | Sistemas de información en salud, tecnología e innovación, fortalecidos para la operatividad y servicio a la comunidad | Direccion Local de Salud | 3,5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Determinantes Sociales de la Salud | disminuir la tasa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio a 238*100.000 habitantes menores de 60 años | porcentaje de ejecucion de PIC | Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) formulado e implementado articulado con la Estrategia de Atención primaria en salud para la prevencion de enfermedades no transmisibles, con la promocion de habitos saludables y transformacion de las condiciones de vida | Direccion Local de Salud | 3 |
| Determinantes Sociales de la Salud | disminuir la tasa de mortalidad infantil a 4,8 *1000 nacidos vivos | porcentaje de ejecucion de PIC | Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) formulado e implementado articulado con la Estrategia de Atención primaria en salud para la prevencion de enfermedades no transmisibles, con la promocion de habitos saludables y transformacion de las condiciones de vida | Direccion Local de Salud | 3 |
| Determinantes Sociales de la Salud | disminuir la tasa de mortalidad en diabetes mellitus en menores de 60 años a 32,5 *100.000 habitantes | porcentaje de ejecucion de PIC | Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) formulado e implementado articulado con la Estrategia de Atención primaria en salud para la prevencion de enfermedades no transmisibles, con la promocion de habitos saludables y transformacion | Direccion Local de Salud | 3 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | de las condiciones de vida | | |
| Determinantes Sociales de la Salud | disminuir la tasa de morbilidad por EDA _ *100.000 habitantes en poblacion general | porcentaje de ejecucion de PIC | Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) formulado e implementado, articulado con la Estrategia de Atención primaria en salud con énfasis en la promoción de hábitos protectores y prevencion de las enfermedades transmisibles. | Direccion Local de Salud | 3 |
| Determinantes Sociales de la Salud | disminuir la tasa de incidencia por Dengue a 142*100.000 habitantes | porcentaje de ejecucion de PIC | Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) formulado e implementado, articulado con la Estrategia de Atención primaria en salud con énfasis en la promoción de hábitos protectores y prevencion de las enfermedades transmisibles. | Direccion Local de Salud | 3 |
| Determinantes Sociales de la Salud | disminuir o mantener la tasa de mortalidad por Dengue a 0 *100.000 habitantes | porcentaje de ejecucion de PIC | Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) formulado e implementado, articulado con la Estrategia de Atención primaria en salud con énfasis en la promoción de hábitos protectores y prevencion de las | Direccion Local de Salud | 3 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | enfermedades transmisibles. | | |
| Determinantes Sociales de la Salud | disminuir la tasa de morbilidad por IRA a 10300 *100.000 habitantes | porcentaje de ejecución de PIC | Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) formulado e implementado, articulado con la Estrategia de Atención primaria en salud con énfasis en la promoción de hábitos protectores y prevención de las enfermedades transmisibles. | Dirección Local de Salud | 3 |
| Determinantes Sociales de la Salud | disminuir la tasa de incidencia de leishmaniasis a 35 *100.000 habitantes | porcentaje de ejecución de PIC | Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) formulado e implementado, articulado con la Estrategia de Atención primaria en salud con énfasis en la promoción de hábitos protectores y prevención de las enfermedades transmisibles. | Dirección Local de Salud | 3 |
| Determinantes Sociales de la Salud | Aumentar el número de personas con economía popular capacitados en prevención de factores de riesgo derivados del trabajo | porcentaje de ejecución de PIC | Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) formulado e implementado articulado con la Estrategia de Atención primaria en salud para población de economía popular e identificación de los factores de riesgo laborales. | Direccion Local de Salud | 3 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Eje 3. Determinantes sociales de la salud | disminuir la tasa morbilidad por desnutrición aguda a 0,3 *1.000 nacidos vivos | porcentaje de ejecucion de PIC | Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) formulado e implementado articulado con la Estrategia de Atención primaria en salud para prevenir las enfermedades relacinadas con la seguridad alimentaria | Direccion Local de Salud | 3 |
| Eje 3. Determinantes sociales de la salud | se implementará en el entorno laboral salas amigas de la familia lactante | porcentaje de ejecucion de PIC | Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) formulado e implementado articulado con la Estrategia de Atención primaria en salud para prevenir las enfermedades relacinadas con la seguridad alimentaria | Direccion Local de Salud | 3 |

## 12.COMPONENTE OPERATIVO Y DE INVERSIÓN PLURIANUAL DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD

Tabla N 7. El formato de inversión plurianual, es parte integral del presente documento.

| PLAN TERRITORIAL DE SALUD - COMPONENTE DE INVERSION PLURIANUAL EN SALUD | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 . Programa | 2 . Subprogramas | 3 . Proyectos | 4 . Proyección de recursos para financiar cuatrenio | 5 . Año 1 | 6 . Año 2 | 7 . Año 3 | 8 . Año 4 | 9, Componente fuente | 10. Fuentes de recursos | 11. Responsables |
| Inspección, vigilancia y control | No Aplica | Servicio de apoyo para la promocion de la salud y gestion de la salud publica de las dimensiones prioritarias y transversales del COAI 2024 Chaparral | $ 1.045.618.916,00 | $ 249.931.200,00 | 257.429.136 | 265.152.010 | 273.106.570 | SALUD PÚBLICA | SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES - SALUD PÚBLICA | DIRECCION LOCAL DE SALUD |
| Inspección, vigilancia y control | No Aplica | Fortalecimiento del aseguramiento en salud con acceso efectivo 2024 para el municipio de Chaparra | $ 167.345.080,00 | 40.000.000 | 41.200.000 | 42.436.000 | 43.709.080 | REGIMEN SUBSIDIADO | INGRESOS CORRIENTES DE LIBRE DESTINACIÓN | DIRECCION LOCAL DE SALUD |
| Salud Pública | No Aplica | Servicio de apoyo para la promocion de la salud y gestion de la salud publica de las dimensiones prioritarias y transversales del COAI 2024 Chaparral | $ 1.568.428.375,00 | 374.896.800 | 386.143.704 | 397.728.015 | 409.659.856 | SALUD PÚBLICA | SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES - SALUD PÚBLICA | DIRECCION LOCAL DE SALUD |
| Salud Pública | No Aplica | Servicio de apoyo para la promocion de la salud y gestion de la salud publica de las dimensiones prioritarias y transversales del COAI 2024 Chaparral | $ 83.672.540,00 | 20.000.000 | 20.600.000 | 21.218.000 | 21.854.540 | SALUD PÚBLICA | RECURSOS PROPIOS | DIRECCION LOCAL DE SALUD |
| Salud Pública | No Aplica | Servicio de apoyo para la promocion de la salud y gestion de la salud publica de las dimensiones prioritarias y transversales del COAI 2024 Chaparral | $ 397.444.565,00 | 95.000.000 | 97.850.000 | 100.785.500 | 103.809.065 | SALUD PÚBLICA | OTROS RECURSOS | DIRECCION LOCAL DE SALUD |
| Aseguramiento y prestación integral de servicios de salud | No Aplica | Fortalecimiento del aseguramiento en salud con acceso efectivo 2024 para el municipio de Chaparral | $ 70.933.006.707,00 | 16.954.907.000 | 17.463.554.210 | 17.987.460.836 | 18.527.084.661 | REGIMEN SUBSIDIADO | SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES REGIMEN SUBSIDIADO | DIRECCION LOCAL DE SALUD |
| Aseguramiento y prestación integral de servicios de salud | No Aplica | Fortalecimiento del aseguramiento en salud con acceso efectivo 2024 para el municipio de Chaparral | $ 13.773.588.827,00 | 3.292.260.000 | 3.391.027.800 | 3.492.758.634 | 3.597.542.393 | REGIMEN SUBSIDIADO | RENTAS CEDIDAS | DIRECCION LOCAL DE SALUD |
| Aseguramiento y prestación integral de servicios de salud | No Aplica | Fortalecimiento del aseguramiento en salud con acceso efectivo 2024 para el municipio de Chaparral | $ 143.386.416.866,00 | 34.429.231.000 | 35.250.957.930 | 36.308.486.668 | 37.397.741.268 | REGIMEN SUBSIDIADO | ADRES | DIRECCION LOCAL DE SALUD |
| Aseguramiento y prestación integral de servicios de salud | No Aplica | Fortalecimiento del aseguramiento en salud con acceso efectivo 2024 para el municipio de Chaparral | $ 3.513.974.978,00 | 821.188.000 | 871.198.349 | 897.334.300 | 924.254.329 | REGIMEN SUBSIDIADO | OTROS RECURSOS | DIRECCION LOCAL DE SALUD |

Se describen los programas que tiene la Dirección Local de Salud; con su respectiva fuente de recursos que nos permite planificar los planes y programas para el Municipio con el fin de reducir la morbilidad y mortalidad evitable.

La matriz plurianual queda como anexo al documento.

## 13.ANEXOS

Archivo Plantilla-componente metodologico.xlsx

Análisis de situación integral en salud participativo.

Documento pts 2024-2027