**INFORME GESTIÓN III TRIMESTRE 2021**

**PROGRAMA**

**EPIDEMIOLOGIA Y GESTION DEL CONOCIMIENTO**

**Dr. JORGE MARIO ESTRADA ALVAREZ**

**Coordinador/a**

**Informe presentado a:**

**Dra. ANA YOLIMA SANCHEZ GUTIERREZ**

**Secretaria de Salud y Seguridad Social**

**ANGELA RUBIO MEJIA**

**Directora Operativa de Salud Pública**

**PRESENTACIÓN DE RESULTADOS INSTITUCIONALES Y RESULTADOS Y AVANCES DEL PLAN DE DESARROLLO – GOBIERNO DE LA CIUDAD Capital del Eje (2020-2023)**

**CAPITULO I**

**DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES**

* 1. **ORGANIGRAMA DE LA DIMENSIÓN**

****

* 1. **OBJETIVO GENERAL DE LA DIMENSIÓN.**

Gestionar el proceso de  información en salud pública en cuanto a la recolección, consolidación evaluación crítica y análisis del dato como base para la toma de decisiones al interior de la Secretaría de Salud del municipio.

* 1. **OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA DIMENSIÓN RESULTADO OBTENIDOS**

Recepcionar, consolidar y evaluar la información en salud, insumo para el cálculo de indicadores que alimentan PTS, Plan de acción y Plan de desarrollo.

Analizar,  evaluar  y dar seguimiento a los  eventos de interés en salud pública que contribuyen a la gestión en salud pública del municipio de Pereira.

* 1. **RESULTADO OBTENIDOS**
     1. Indicadores de Plan De Desarrollo Gobierno de la Ciudad Capital del Eje (Con Corte a 25 de Septiembre de 2020, solo metas de bienestar )

**Tabla No 1. Meta de bienestar Plan de Desarrollo 2020-2023**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **INDICADOR DE BIENESTAR** | **LINEA BASE** | **PROGRAMADO** | **EJECUTADO (30 septiembre año 2021)** | **Avance %** |
| Número de líneas de base y dx construidas en salud pública para el análisis de la situación de salud de la población de Pereira | 0 | 0 | 0 | 0 |

* 1. **GERENCIA INTERNA:**

**1.5.1 Sistemas de Información:**

Como por parte del área, se encuentra la consolidación del sistema de información SIVIGILA, como fuente para indicadores del municipio, haciendo que los programas de salud pública priorizaron dicho sistema dentro de su gestión y asistencia técnica en los diferentes componentes de la misma.  para esta gestión fue necesario la reunión de equipo en la que interactúa un representante del área de vigilancia epidemiológica y demás componentes del programa.

Una de las principales acciones y frentes de trabajo es la consolidación de una asistencia técnica en SIVIGILA, direccionada al mejoramiento de la calidad del dato, especialmente en eventos como transmisibles y materno-infantil- perinatal.

Se encuentra aún en consolidación y mejora de eventos de salud mental. Un importante paso se da en el avance del análisis, registro y planes de mejora en muertes por Tb y VIH, las cuales para años pasados siempre se presentó subregistro para los indicadores que salen de este evento.

**1.5.2. Control Institucional:** mecanismos del líder de dimensión para proceso de seguimiento, control en el cumplimiento de los resultados planeados. Para este seguimiento interno, se realizan de manera mensual las siguientes actividades:

* Reuniones de equipo (1 al mes): Para el mes de Julio, Agosto y Septiembre se realizaron, dichas reuniones con el fin de evidenciar los avances principalmente en las visitas de asistencia técnica.
* Actualizaciones de BAI mensual que contribuyen al consolidado trimestral, para dar reporte en indicadores epidemiológicos del plan de desarrollo.
  1. **ARTICULACIÓN INTERINSTITUCIONAL E INTERSECTORIAL:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ACTOR** | **INTERÉS DE ARTICULACIÓN** | **RESULTADOS** |
| **CBA - Fundacion Alegria de Servir de vivir (Sede mundo nuevo)** | Vigilancia de Conglomerados Empresariales - CBA Centro de Bienestar del Adulto Mayor | Caracterización del Conglomerado en CBA y seguimiento de casos positivos, al igual que la socialización activa del lineamiento PRASS Empresarial. Para garantizar el cerco |
| **Hospital San Jorge** | Vigilancia de Conglomerados Empresariales | Caracterización del Conglomerado en Institución que presta servicios de Salud y seguimiento de casos positivos, al igual que la socialización activa del lineamiento PRASS Empresarial. Para garantizar el cerco |
| **SINAPSIS VITAL DE LA FLORIDA** | Vigilancia de Conglomerados Empresariales | Caracterización del Conglomerado en CB y seguimiento de casos positivos, al igual que la socialización activa del lineamiento PRASS Empresarial. Para garantizar el cerco |
| **CARCEL LA 40** | Vigilancia de Conglomerados en CBA (Centro de Bienestar del Adulto Mayor) | Caracterización del Conglomerado empresarial y seguimiento de Casos positivos al igual que la socialización Activa del lineamiento PRASS Empresarial |
| **Call Center Lamassu Media s.a.s** | Vigilancia de Conglomerados Empresariales | Caracterización del Conglomerado empresarial y seguimiento de Casos positivos al igual que la socialización Activa del lineamiento PRASS Empresarial |

**CAPITULO II**

**2.1. NOMBRE DEL PROGRAMA**

**Programa: MÁS SALUD, CON CALIDAD Y EFICIENCIA PARA LA GENTE**

Programa **MÁS SALUD, CON CALIDAD Y EFICIENCIA PARA LA GENTE** enmarcados en el plan de desarrollo **GOBIERNO DE LA CIUDAD Capital del Eje 2020 – 2023** en la línea estratégica **PEREIRA PARA LA GENTE**, en el sector **SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

**PROYECTO DE LA DIMENSIÓN:**

**Mejoramiento de la gestión integral de la salud pública Pereira.**

**2.2. COMPONENTES DEL PROGRAMA:**

* + 1. **SIVIGILA**
    2. **REGISTRO DE ESTADÍSTICAS VITALES**

**2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL PROGRAMA**

Consolidar la información de interés en salud pública bajo la competencia del municipio en los sistemas SIVIGILA y RUAF-ND.

Evaluar la calidad, cobertura y oportunidad de la información en interés en salud publica notificada a través de los sistemas de información en salud SIVIGILA y RUAF-ND.

**2.4. ACCIONES DESARROLLADAS DE ACUERDO AL PLAN DE ACCIÓN Y PLAN**

**TERRITORIAL DE SALUD:**

**2.4.1. PRODUCTO 1: Realizar visitas de asistencia técnica en SIVIGILA al 100% de UPGD priorizadas por positividad y volumen de notificación.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Metas de Producto Anual** | **Cumplimiento Avance de actividades** | | | | |
| **Trimestre 1** | **Trimestre 2** | **Trimestre 3** | **Trimestre 4** | **acumulado** |
| **Realizar visitas de asistencia tecnica en SIVIGILA al 100% de UPGD priorizadas por positividad y volumen de notificación** | **3** | **7** | **8** | **0** | **18** |

**Logros obtenidos durante la vigencia:**

Para el tercer trimestre del 2021 y corte 30 de septiembre se realizaron 8 visitas de asistencia técnica a las diferentes (UPGD/UI) caracterizadas en la ciudad de Pereira. Se realizó retroalimentación de las notificaciones de los EISP notificados por cada UPGD/UI, de los indicadores de oportunidad y cumplimiento en la notificación, ajustes de los diferentes eventos de EISP y su calidad del dato que ingresan al sistema. Las UPGD/UI visitadas en el tercer primer trimestre corresponden a: liga contra el cáncer, comfamiliar, Sanidad Policía, Batallón, Hospital universitario San Jorge, Virrey solís, Oncólogos del occidente y Pinares.

**Población atendida: Personal asistencia de IPS caracterizadas como UPGD en SIVIGILA**

**Registro fotográfico: No aplica**

**Como hallazgos generales se identificó:**

-Fortalecer el proceso de notificaciones semanales de manera oportuna de los EISP.

-Mejorar el proceso de los ajustes de casos pendientes de cada UPGD/UI, de los eventos que ingresan como sospechosos o probables al sistema, y la oportunidad de ajuste, teniendo en cuenta los tiempos que establecen los lineamientos nacionales 2021.

-Mejorar la oportunidad en cuanto a los eventos de notificación inmediata.

-Realizar notificación de archivo SIANIESP de manera oportuna.

-Mejorar la calidad del dato de las notificaciones y sus variables.

-Realizar notificación semanal en el sistema de vigilancia epidemiológica de mortalidad materna basada en la web.

-Se realiza búsqueda activa institucional con RIPS de cada UPGD en las visitas de asistencias técnicas evidenciando eventos que todavía no han sido captados por RIPS y no han sido notificados en el SIVIGILA.

**PRODUCTO 2: Realizar como mínimo 2 visitas de asistencia técnica al 100% de IPS certificadoras de hechos vitales del municipio de Pereira**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Metas de Producto Anual** | **Cumplimiento Avance de actividades** | | | | |
| **Trimestre 1** | **Trimestre 2** | **Trimestre 3** | **Trimestre 4** | **acumulado** |
| **Realizar como mínimo 2 visitas de asistencia técnica al 100% de IPS certificadoras de hechos vitales del municipio de Pereira** | **5** | **8** | **7** | **0** | **20** |

**Logros obtenidos durante la vigencia:** Como logros obtenidos ante el anterior indicador se evidencia los siguiente:

● Una mayor claridad de las instituciones ante el proceder para las correcciones a las críticas reportadas mes a mes.

● Disminución de inconsistencia en certificaciones de Nacidos Vivos y de defunción.

● Mejoramiento en el indicador de calidad para los hechos vitales.

● Mejoramiento en el indicador de oportunidad para los hechos vitales.

**Población atendida**: Instituciones de salud públicas y privadas del municipio de Pereira

**Zonas Intervenidas: N/A**

**Registro fotográfico: N/A**

Durante el tercer trimestre del año 2021, se lograron realizar 7 VAT, dando con esto cumplimiento al 100% del cronograma planteado en número de VAT para el segundo periodo evaluado.

Las 7 VAT realizadas en este tercer trimestre del año, se llevaron a cabo en las siguientes fechas:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FECHA VISITA** | **NOMBRE IPS** | **HALLAZGOS** | **ACCIONES** |  |  |
| 28/07/2021 | IPS - H&L | Aunque esta IPS, tiene poco flujo en certificaciones de hechos vitales, se evidenciaron varios hallazgos durante la VAT, tales como:  1. Inoportunidad en el envío de los certificados expedidos por la IPS a la SSM.  2. No cumplimiento de tareas del acta de la VAT, anterior.  3. Desconocimiento en el proceso de solicitud de certificados. | Se realiza capacitación en donde se explica el motivo, por que deben ser oportunos a la hora de enviar las certificaciones realizadas, y las afectaciones que se presentan en los indicadores cuando esto no se hace en los tiempos establecidos.  Se vuelven a arrastrar las tareas pendientes a la nueva acta de VAT.  Se da capacitación del proceso para solicitud de certificados y se asigna perfil SISAP, para solicitar la asignación de certificados por este medio. |  |  |
| 30/07/2021 | IPS -  HOME - MED | Con esta IPS, se explicó y capacito a la persona responsable del proceso de EEVV, en la institución, ya que esta totalmente nuevo dentro de la organización y desconoce todo lo relacionado con las EEVV y las actividades que se deben llevar a cabo para el buen funcionamiento dentro de la institución. | Se da capacitación del procesos de EEVV.  Se realizan ejercicios prácticos, para que el colaborador aprenda a realizar las correcciones solicitadas desde la SSM.  Dentro de la VAT, se dio gestión a algunos pendientes.  Se solicitó PA, ya que tenían afectado el cumplimiento del indicador de oportunidad en los 2 últimos trimestres. |  |  |
| 6/08/2021 | SAN RAFAEL - SEDE CUBA | Esta IPS, tiene poco flujo en certificaciones de hechos vitales, por lo que no hay muchos hallazgos durante la VAT. Había algunas inconsistencias, las cuales fueron corregidas en medio de la VAT. | Se realiza reconocimiento por el compromiso y buen funcionamiento de las EEVV, para la institución, y se recomienda utilizar la macro validadora, para corregir todas esas inconsistencias que vayan identificando, sin necesidad de que estas sean reportadas por la SSM. |  |  |
| 6/08/2021 | SAN RAFAEL -SEDE MEGACENTRO | Para la sede de San Rafael megacentro, se ha evidenciado mucha mejoría en todo el tema de la EEVV, para los últimos trimestres evaluados. La colaboradora encargada del proceso manifestó que estaba un poco atrasada con algunos requerimientos solicitados, pero era debido a que la epidemióloga de la IPS, se había ido, y ella estaba cubriendo ambos cargos. | Nuevamente se realiza capacitación sobre la macro validadora, con el fin que la institución la siga utilizando y de esta manera tener mayor control y corrección de inconsistencias.  Se aprovecha la VAT, para realizar algunas correcciones pendientes, y además realizar la recuperación de algunos certificados de defunción. |  |  |
| 11/08/2021 | IPS - ANGELES AL LLAMADO | Al igual que con la IPS, Home Med, la personas encargada del proceso de la EEVV , en la institución es totalmente nueva. En consecuencia, a lo anteriormente descrito se explicó a las colaboradoras responsables del proceso todo lo relacionado con las EEVV. Infortunadamente no se pudo dar explicaciones respecto a todo lo relacionado al manejo del aplicativo RUAF-ND, ya que no se tenía conocimiento de el usuario y contraseña del usuario administrador. | Se da capacitación del procesos de EEVV.  Se realizan ejercicios prácticos, para que la colaboradora aprenda a realizar las correcciones solicitadas desde la SSM.  Se arrastraron tareas del acta de la VAT anterior, ya que no se les había dado cumplimiento. |  |  |
| 8/09/2021 | IPS - HUMANIZAR | En esta IPS, si se encontraron varios hallazgos, no positivos, pero al indagar con la Directora de la IPS, manifiesta que se quedó sin personal, en varios procesos, y que las personas con que actualmente cuenta, les ha asignado otras responsabilidades, y ha eso se debe las inoportunidades a las respuestas de las solicitudes de la SSM. | Se acuerda con la Directora de la IPS, que una vez llegue la persona encargada, se notifique a la SSM, para coordinar una capacitación de todo lo relacionado con las EEVV.  Se gestionaron algunas dudas que se tenían respecto a unas solicitudes realizadas a la IPS.  Se da capacitación a uno de los médicos de la institución sobre el correcto diligenciamiento del certificado de defunción. |  |  |
| 10/09/2021 | CLINICA LOS ROSALES | Como punto positivo evidenciado desde la última visita a la fecha, es que la institución ha disminuido, en el número de las inconsistencias encontradas en el RUAF-ND, y adicional se ha tenido una mejor oportunidad en las respuestas a las solicitudes realizadas desde la secretaría de salud pública y seguridad social de Pereira, en lo que a EEVV se refiere.  Adicionalmente, también se ha evidenciado por medio del validador, que la inconsistencia edad del padre, ha disminuido considerablemente. | Se aprovechó la VAT, para realizar la corrección de unos pendientes.  Se recalca la importancia de realizar certificado manual, para muertes en domicilio, ocurridas en municipios diferentes a Pereira.  Se realiza reconocimiento, por el avance positivo que han tenido como institución respecto a las EEVV. |  |  |
|  |  |
|  |  |

**Nota:** Las actas de reunión de VAT, todas quedaron montadas como evidencia en la SPP.

**PRODUCTO 3: Realizar visita de asistencia técnica en sivigila al 100% de UPGD con 4 periodos epidemiológicos en notificación negativa y al total de Unidades informadoras.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Metas de Producto Anual** | **Cumplimiento Avance de actividades** | | | | | |
| **Trimestre 1** | **Trimestre 2** | **Trimestre 3** | **Trimestre 4** | **acumulado** |
| **Realizar visita de asistencia técnica en sivigila al 100% de UPGD con 4 periodos epidemiológicos en notificación negativa y al total de Unidades informadoras.** | **3** | **14** | **40** |  |  |

**Logros obtenidos durante la vigencia:**

**Proceso de notificación semanal**

El municipio de Pereira tiene hasta el 30 de Septiembre de 2021 53 UPGD (unidades primarias generadoras de datos) que se encuentran activas notificado al SIVIGILA cada semana y de manera inmediata de acuerdo a los eventos, 54 U.I (unidades informadoras) y 26 Laboratorios activos en REPS 20 de ellos notifican eventos de interés en salud pública de los pacientes que consultan particular o como prestadores de servicios de EPS, En lo que corresponde al municipio de PEREIRA tenemos un total de 133 instituciones que se encuentran caracterizadas en SIVIGILA.

En el indicador de cumplimiento acumulado a nivel municipal, Pereira ha reportado al departamento el 100% de las semanas epidemiológicas en lo que va del año 2021 ,Para este periodo se presenta un porcentaje de notificación del 100% con una positividad del 73%, negatividad del 27%. para este trimestre al igual que los anteriores se evidencia 1 UPGD con 4 periodos epidemiológicos con reporte negativo motivo por el cual se realiza visitas de asistencia técnica con el fin de validar este indicador encontrando que : UNION HAART upgd que atiende solo población con vih por lo tanto es difícil la captación de otros eventos..

El instituto nacional de salud brinda lineamientos anuales para su cumplimiento en eventos de interés en salud pública, para este año envió los lineamientos 2021 con sus respectivos cambios y actualizaciones (fichas de notificación, protocolos), al mismo tiempo envió el último actualizador de sivigila 2018-2020. revision 3.0.0 Act .KB 00081 autom2 ; el equipo de vigilancia epidemiológica se despliega en acciones a inicio del año para lograr la socialización al 100% de las UPGD del municipio. Es de aclarar que de manera continua se realizan actualizaciones de la información que se entrega al inicio del año lo que conecta estas actividades con las visitas de asistencia técnica para garantizar que las instituciones tengan la información veraz y oportuna de los posibles cambios realizados.

**Población atendida: IPS caraterizadas como UPGD en SIVIGILA en el Municipio de Pereira**

**Zonas Intervenidas: No aplica**

**Registro fotográfico: : No aplica**

**PRODUCTO 4: Apoyar el 100% de Unidades de análisis**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Metas de Producto Anual** | **Cumplimiento Avance de actividades** | | | | |
| **Trimestre 1** | **Trimestre 2** | **Trimestre 3** | **Trimestre 4** | **acumulado** |
| **Apoyar el 100% de Unidades de análisis** | **7,5** | **58,3** | 78,8 |  |  |

**Logros obtenidos durante la vigencia:** Análisis de mortalidad por eventos de interés en salud pública para su configuración final de caso y análisis de demoras por la matriz de camino a la supervivencia.

**Población atendida:** casos registrados como mortalidad en RUAF

**Zonas Intervenidas: NA**

**Registro fotográfico: N/A**

**Relación Acumulada de casos de mortalidad en eventos de interés en salud pública con necesidad de UDA por Lineamiento de VSP - 2021 según Instituto Nacional de Salud**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Casos** | **Total eventos reportados** | **Analizados de Pereira** | **Pendientes**  **a 30 de septiembre** |
| **Mortalidad Materna** | **2** | **1** | **1** |
| **Mortalidad EDA < 5 años** | **0** | **0** | **0** |
| **Mortalidad IRA < 5 años** | **2** | **2** | **0** |
| **Mortalidad perinatal** | **33** | **24** | **8** |
| **Malaria autóctona** | **0** | **0** | **0** |
| **Mortalidad por dengue** | **0** | **0** | **0** |
| **Sífilis congénita** | **20** | **18** | **2** |
| **Mortalidad por meningitis** | **0** | **0** | **0** |
| **Mortalidad Leptospirosis** | **0** | **0** | **0** |
| **Mortalidad Tuberculosis** | **15** | **7** | **9** |
| **Mortalidad TB-VIH (>49 AÑOS)** | **10** | **4** | **0** |
| **Mortalidad VIH** | **44** | **12** | **15** |
| **TOTAL EVENTOS** | **132** | **77** | **55** |

Para el tercer trimestre del año 2021 y corte 30 de septiembre se realizó 3 encuentros para unidades de análisis para el evento de sífilis congénita, se han reportado en total 25 casos para el 2021, de los cuales 12 casos tienen residencia Pereira, 6 casos residen en otros municipios, un caso repetido y 6 casos han sido descartados por unidad de análisis, el total de los casos analizados en el tercer trimestre son 9, de los cuales se confirmaron 5 con residencia Pereira y 4 casos descartados.

Total analizados hasta el tercer trimestre 18 casos y 2 están pendientes por realizar.

Para el evento de mortalidad perinatal y neonatal tardía y en el tercer trimestre se han realizado 4 encuentros de unidad de análisis, se han reportado en total 110 casos, 33 de estos con residencia Pereira incluido uno repetido y 77 otros municipios. Para los casos con residencia en Pereira en el tercer trimestre se analizaron un total de 9 casos, quedan pendiente 8 casos que están programados para el mes de octubre y noviembre, se debe tener en cuenta que se analizan 4 casos por periodo.

Total analizados 24 casos pendientes por realizar 8 casos.

En el Segundo trimestre para el programa de VIH/SIDA se realizó un encuentro como unidad de análisis colectiva analizando 12 casos de mortalidad por VIH/SIDA con residencia de Pereira. Dos casos que no se llevaron análisis colectivo porque en previa revisión y programación a la unidad de análisis colectiva se verificó residencia y se solicitó a las UPGD el ajuste en RUAF .

En el Tercer trimestre se realizaron tres encuentros para análisis de mortalidad por TB y coinfeccion en >49 años, (5 casos de Tuberculosis, 9 casos Coinfección).

Dentro de las unidades de análisis se encuentran casos que se descartan para coinfección y se cargan para VIH/SIDA.

Para VIH/SIDA, se realizo una unidad de analisis colectiva analizando 15 casos Notificados como VIH/SIDA y coinfecciòn que no clasificaron por la edad para el analisis individual.

**PRODUCTO 5: Realizar 10 coves con socialización en interés de salud publica**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Metas de Producto Anual** | **Cumplimiento Avance de actividades** | | | | |
| **Trimestre 1** | **Trimestre 2** | **Trimestre 3** | **Trimestre 4** | **acumulado** |
| **Realizar 10 coves con socializacion en interes de salud publica** | **2** | **3** | **3** | **0** | **8** |

**Logros obtenidos durante la vigencia:**

Durante el desarrollo de COVES se socializan en general el comportamiento de los eventos de interés en salud pública notificados a través de sivigila, mediante un dashdboard.

construido par tal fin.

Tambien se logra generar un espacio para socializar propuestas de estrategias de intervención para que seran desarrollados por los programas en el marco de la problemática analizadas desde el area de epidemiologia y gestión de conocimiento, asi como tambien constituir un cuerpo de evidencia epidemiológica a partir de datos de la vigilancia que se realizar en el municipio.

**Población atendida:** NA

**Zonas Intervenidas:** NA

**Registro fotográfico:** NA

**PRODUCTO 6: Asesoría y soporte a demanda en aplicativo SIVIGILA al 100% de UPGD y UI caracterizadas**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Metas de Producto Anual** | **Cumplimiento Avance de actividades** | | | | | |
| **Trimestre 1** | **Trimestre 2** | **Trimestre 3** | **Trimestre 4** | **acumulado** |
| **Asesoria y soporte a demanda en aplicativo SIVIGILA al 100% de UPGD y UI caracterizadas** | 10 | 14 | 28 | **0** | 52 |

**Logros obtenidos durante la vigencia:**

**Asesoría y soporte técnico SIVIGILA**

Las asesorías brindadas en el manejo del aplicativo SIVIGILA se hacen a las ips y clínicas del municipio, a demanda, inicialmente se verifica si el sivigila está actualizado, se indica acceso a los protocolos de notificación a través de la página del instituto nacional de salud , los eventos de reporte obligatorio, se procede a capacitar en el ingreso de fichas epidemiológicas individuales y colectivas, ajustes a los eventos que ingresan probables o sospechosos , los cuales tienen 4 semanas epidemiológicas para ajustarse, se entregan las fichas actualizadas, el decreto 3518 de 2006, codificación de los eventos, el calendario epidemiológico, archivo con los eventos de notificación inmediata, de las UPGD y UI.

De forma rutinaria se brinda asesoría telefónica, por correo electrónico y/o presencial a las UPGD que lo demanden en relación al manejo de los eventos de interés en salud pública y en el funcionamiento del aplicativo SIVIGILA.

\*Sensibilizar al personal médico frente a la importancia y obligatoriedad que de la notificación al sivigila según decreto 3518/2006.

\*Algunas ips del municipio no informan los percances presentados con el software, formateo de equipo, problemas al ingresar las fichas epidemiológicas,

\*En las unidades informadoras como los eventos son esporádicos se olvida el proceso de notificación por lo que constantemente hay que capacitarlos.

\*Cambio constante en el personal lo que permite un retraso en el proceso de notificación.

**Población atendida: IPS caracterizadas como UPGD en SIVIGILA en el Municipio de Pereira**

**Zonas Intervenidas: NA**

**Registro fotográfico: : NA**

A la fecha se ha dado el soporte y asistencia técnica necesaria de acuerdo a las solicitudes realizadas por las upgd- UI.

**PRODUCTO 7: Realizar crítica y retroalimentación semanal a los certificados de defunción y nacimientos consolidados en el sistema de información del municipio**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Metas de Producto Anual** | **Cumplimiento Avance de actividades** | | | | | |
| **Trimestre 1** | **Trimestre 2** | **Trimestre 3** | **Trimestre 4** | **acumulado** |
| **Realizar crítica y retroalimentación semanal a los certificados de defunción y nacimientos consolidados en el sistema de información del municipio** | **13** | **13** | **13** | 0 | **39** |

**Logros obtenidos durante la vigencia:**

● Mejoramiento en el indicador de calidad para los hechos vitales.

● Mejoramiento en el indicador de oportunidad para los hechos vitales.

● Disminución de inconsistencias de las instituciones IPS.

**Población atendida**: Instituciones de salud públicas y privadas del municipio de Pereira

**Zonas Intervenidas: N/A**

**Registro fotográfico: N/A**

Para dar cumplimiento a este indicador, mes a mes se viene trabajando en la revisión de inconsistencias en el RUAF-ND, las cuales son identificadas por medio del validador de calidad del dato, y se realizan reportes con corte quincenales de las inconsistencias detectadas a las IPS.



Debido a una actualización que se está llevando a cabo para este año 2021, se está manejando la información de las inconsistencias, acumuladas por mes, es decir no se presentarán por corte como se venían realizando en los anteriores informes.

**PRODUCTO 8: realizar crítica en calidad del dato en eventos de interés en salud publica por periodos epidemiológicos ingresados al SIVIGILA.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Metas de Producto Anual** | **Cumplimiento Avance de actividades** | | | | | |
| **Trimestre 1** | **Trimestre 2** | **Trimestre 3** | **Trimestre 4** | **acumulado** |
| **realizar crítica en calidad del dato en eventos de interés en salud pública por periodos epidemiológicos ingresados al SIVIGILA** | **3** | 3 | 3 | **0** | **9** |

**Logros obtenidos durante la vigencia:**

Para la semana epidemiológica 39 se notificaron 185885 eventos, de los cuales 2191 eventos son no transmisibles o inmunoprevenibles que corresponden a mortalidad perinatal y neonatal tardía, morbilidad materna extrema, mortalidad materna, sífilis congénita, sífilis gestacional, defectos congénitos, cáncer de mama y cérvix. Se solicitó realizar ajustes a 220 casos. Las variables a realizar cambios y/o ajustes fueron: Residencia a otros municipios, diligenciamiento de grupos poblacionales, tipo y fecha de egreso para MME, casos con diagnósticos mal definidos (MPN).

Esta crítica a la calidad del dato también se realiza durante encuentros con las UPGD de asistencia técnica (desde la semana epidemiológica 26 hasta la semana 39): se realizó a las siguientes instituciones: liga contra el cáncer, comfamiliar, Sanidad Policía, Batallón, Hospital universitario San Jorge, Virrey solís, Oncólogos del occidente y Pinares. .

El análisis crítico hasta la semana epidemiológica 39 con un registro de 185885 casos notificados de Eventos de interés en Salud Pública, pero exceptuando la notificación de la ficha 346 ficha de virus nuevos se tiene registrado 7990.

Casos notificados para eventos transmisibles de la semana epidemiologica 26 a la 39, 166 casos, casos ajustados 88, pendiente por ajustar 78 con 53% de casos ajustados.

Para estos eventos se mejoró la calidad del dato de los siguientes eventos:

1. Tuberculosis notificación de casos que se encuentran por libro de TB, concordancia con mortalidad por RUAF, realizado con programa de tuberculosis.
2. IAAS colectivo, que se realiza cada periodo epidemiológico en cada IPS que tiene caracterizado UCI, verificando notificación colectiva de ficha 359 colectiva IAD, 354 colectiva CAB y 362 colectiva ISO.
3. Concordancia de mortalidad RUAF y SIVIGILA, calidad del dato de residencia, dirección y causas de muerte.

Población atendida: Todas las UPGD caracterizadas en el municipio

Zonas Intervenidas: Comuna, barrio

Registro fotográfico: Si aplica 1 o 2 fotos relacionadas con el indicador

Describir brevemente las acciones desarrolladas en el marco del indicador en mención.

La critica de calidad del dato, se realiza en revisión de de eventos de manera semanal, los eventos de tuberculosis y VIH SIDA, se realiza cada periodo epidemiológico con las responsables de vigilancia de cada programa.

**PRODUCTO 9: Realizar retro alimentación de eventos de interés en salud publica según lineamiento del INS a los programas**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Metas de Producto Anual** | **Cumplimiento Avance de actividades** | | | | | |
| **Trimestre 1** | **Trimestre 2** | **Trimestre 3** | **Trimestre 4** | **acumulado** |
| **Realizar retroalimentación de eventos de interés en salud pública según lineamiento del INS a los programas** | 13 | 13 | 13 | **0** | **39** |

Logros obtenidos durante la vigencia:

Después de la recepción , consolidación de archivos planos enviados por cada UPGD y realización de la notificación semanal al Departamento se procede a realizar el filtro de cada uno de los eventos notificados en sivigila por programa para ser enviado al mismo con el fin de realizar el seguimiento oportuno a cada unos de los casos así:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PROGRAMA** | **CÓDIGO EVENTO** | **NOMBRE DEL EVENTO** | **CASOS A III TRIMESTRE** |
| **AMBIENTAL** | 355 | ETA | 3065 |
| 453 | LESIONES | 14 |
| 330 | HEPATITIS A | 127 |
| 365 | INTOXICACIONES | 4752 |
| **PAI** | 110 | BAJO PESO | 4917 |
| 348 | IRAG | 54 |
| 298 | ESAVI | 376 |
| 535 | MENINGITIS | 154 |
| 730 | SARAMPIÓN | 114 |
| 720 | SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA | 64 |
| 800 | TOSFERINA | 67 |
| 620 | PAROTIDITIS | 573 |
| 610 | PARÁLISIS FLÁCIDA | 58 |
| 710 | RUBEOLA | 0 |
| 760 | TETANOS ACCIDENTAL | 0 |
| 831 | VARICELA | 1799 |
| **INFANTIL** | 115 | CÁNCER MENORES DE 18 AÑOS | 608 |
| 215 | DEFECTOS CONGÉNITOS | 2966 |
| 113 | DESNUTRICIÓN | 0 |
| 342 | ENFERMEDADES HUÉRFANAS | 6747 |
| 112 | MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN | 0 |
| 600 | MORTALIDAD POR IRA | 0 |
| 591 | MORTALIDAD POR EDA - IRA-DNT | 150 |
| 110 | BAJO PESO | 4917 |
| 365 | INTOXICACIONES | 4752 |
| **ETV** | 210 | DENGUE | 5007 |
| 220 | DENGUE GRAVE | 48 |
| 217 | CHIKUNGUNYA | 0 |
| 895 | ZIKA | 4 |
| 420 | LEISHMANIA | 164 |
| 465 | MALARIA | 1548 |
| 205 | CHAGAS | 141 |
| 580 | MORTALIDAD POR DENGUE | 0 |
| **ENF. HUÉRFANAS** | 342 | ENFERMEDADES HUÉRFANAS | 6747 |
| **SALUD MENTAL** | 356 | INTENTO SUICIDA | 10033 |
| 365 | INTOXICACIONES | 4752 |
| 875 | VIOLENCIAS | 39405 |
| **SALUDSEXUAL** | 740 | SÍFILIS CONGÉNITA | 451 |
| 750 | SIFILIS GESTACIONAL | 1762 |
| 551 | MORTALIDAD MATERNA | 114 |
| 549 | MORBILIDAD MATERNA EXTREMA | 7415 |
| 560 | MORTALIDAD PERINATAL | 2025 |
| 850 | VIH-SIDA | 8852 |
| 155 | CANCER CERVIX- MAMA | 11035 |
| 875 | VIOLENCIA | 39405 |
| 340 | HEPATITIS B | 2934 |
| **ZOONOSIS** | 455 | LEPTOSPIRA | 3693 |
| 300 | AGRESIONES | 32467 |
| 900 | meningoencefalitis-ileocolitis eosinofilia | 0 |
| 100 | OFÍDICO | 196 |
| **TB-LEPRA** | 450 | LEPRA | 27 |
| 813 | TB SENSIBLE | 7635 |
| **BAJO PESO- DNT** | 110 | BAJO PESO | 4917 |
| 113 | DESNUTRICIÓN | 2615 |

Población atendida: Programas secretaria de salud Pública

Zonas Intervenidas: NA

Registro fotográfico: NA

se ha retroalimentado al 100 % de los programas de la secretaría de salud Pública a semana 25.

**PRODUCTO 10: hacer seguimiento al ajuste de eventos de interés en salud pública según lineamiento del INS**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Metas de Producto Anual** | **Cumplimiento Avance de actividades** | | | | | |
| **Trimestre 1** | **Trimestre 2** | **Trimestre 3** | **Trimestre 4** | **acumulado** |
| **Hacer seguimiento al ajuste de eventos de interés en salud pública según lineamiento del INS** | 15920 | 5245 | 4317 |  | **25482** |

**Logros obtenidos durante la vigencia:**

Para el tercer trimestre y semana epidemiológica entre la 26 y 39 eventos no transmisibles se ajustaron 16 casos y se tienen pendientes 24 eventos.

PAra los eventos transmisibles se tienen pendientes 252 eventos y en el segundo trimestre se ajustaron 184 eventos.

durante el III trimestre se han ajustado 4317 casos, con un faltante de 34570 casos.

Población atendida: Población general del municipio que fue notificada a través de sivigila con algún evento de interés en salud pública que requiere ajuste.

**Zonas Intervenidas: NA**

**Registro fotográfico: NA**

Se revisan eventos pendientes para ajustes (todos aquellos casos o eventos que tuvieron una clasificación inicial como sospechoso o probable), relacionados con los eventos no transmisibles, retroalimentando a través de correo electrónico a cada una de las mismas.

Se realiza el análisis de base de los datos del SIVIGILA, observando la notificación de los brotes y mortalidad de modo semanal. El análisis crítico a la semana epidemiológica 26 con un registro de 130662 casos notificados de Eventos de interés en Salud Pública, de los cuales 501 casos pertenecen como eventos transmisibles, y hasta el tercer trimestre 107 pertenecen a eventos no transmisibles e inmunoprevenibles que fueron notificados como clasificación inicial sospechosos o probables. Solo para el tercer trimestre entre las semanas 26 y 39 se notificaron 41 casos.

Durante asistencia técnicas realizadas para este tercer trimestre, se retroalimenta a las UPGD de los eventos que para la fecha no tenían ajuste, dichas UPGD son: liga contra el cáncer, comfamiliar, Sanidad Policía, Batallón, Hospital universitario San Jorge, Virrey solís, Oncólogos del occidente y Pinares.

El porcentaje de ajustes para las semanas epidemiológicas entre la 26 y 39 y los eventos no transmisibles e inmunoprevenibles fue del 39% con 16 casos ajustados, pendientes por ajustar 24 casos. En total desde la semana 1 a la semana 39 se han notificado 107 casos de los cuales el 72% que equivale a 77 casos a la fecha ya fueron ajustados y están pendientes el 28% que equivalen a 30 casos.

Es importante recordar que todos los casos notificados entre las semanas 35 a la 39 están dentro del periodo de oportunidad para el ajuste.

El porcentaje de ajustes para la semana epidemiológica fue del 48% con 240 casos ajustados, para eventos transmisibles pendientes por ajustar 252 casos.

Casos notificados para eventos transmisibles de la semana epidemiológica 26 a la 39 (III trimestre), 166 casos, casos ajustados 88, pendiente por ajustar 78 con 53% de casos ajustados.

**PRODUCTO 11: Elaborar y difundir semanalmente boletines epidemiologicos en eventos de interés en salud publica**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Metas de Producto Anual** | **Cumplimiento Avance de actividades** | | | | | |
| **Trimestre 1** | **Trimestre 2** | **Trimestre 3** | **Trimestre 4** | **acumulado** |
| **Elaborar y difundir semanalmente boletines epidemiologicos en eventos de interes en salud publica** | 8 | 15 | 15 | **0** | **38** |

**Logros obtenidos durante la vigencia:**

Se logra socializar al interior de la secretaria de salud y a entidades externas sobre el comportamiento de eventos de interés en salud publica así como también en las alertas por vigilancia sobre eventos en eliminación y control que ocurren en el municipio de Pereira.

**Población atendida: NA**

**Zonas Intervenidas: NA**

**Registro fotográfico: NA**

Se publicaron 8 boletines para las semanas epidemiológicas del mes de enero, febrero y marzo, dichos boletines son difundidos electrónicamente a través de correos electrónicos institucionales y a través de redes sociales.

**PRODUCTO 12: Actualizar el Documento de analisis de situacion de salud (ASIS) municipal según lineamientos del Ministerio de Salud y proteccion social**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Metas de Producto Anual** | **Cumplimiento Avance de actividades** | | | | | |
| **Trimestre 1** | **Trimestre 2** | **Trimestre 3** | **Trimestre 4** | **acumulado** |
| **Actualizar el Documento de analisis de situacion de salud (ASIS) municipal según lineamientos del Ministerio de Salud y proteccion social** | **0** | **0** | **0** |  | **0** |

**Logros obtenidos durante la vigencia:**

El cumplimiento de esta actividad propuesta se da en hacia el ultimo trimestre del año, cuando el Ministerio de Salud y Protección Social envía bases de datos oficiales para su construcción, bajo documento estandarizado para tal fin.

**Población atendida: NA**

**Zonas Intervenidas: NA**

**Registro fotográfico: NA**

**PRODUCTO 13: Revision y actualizacion de indicadores en salud del municipio, para la toma de decisiones y reporte de información**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Metas de Producto Anual** | **Cumplimiento Avance de actividades** | | | | | |
| **Trimestre 1** | **Trimestre 2** | **Trimestre 3** | **Trimestre 4** | **acumulado** |
| **Revision y actualizacion de indicadores en salud del municipio, para la toma de decisiones y reporte de información** | **1** | **1** | **1** | **0** | **3** |

**Logros obtenidos durante la vigencia:**

Para el periodo de I trimestre se realiza actualización de indicadores epidemiológicos del municipio que se encuentran como meta de bienestar en el plan de desarrollo 2020-2023.

**Población atendida: NA**

**Zonas Intervenidas: NA**

**Registro fotográfico: NA**

Describir brevemente las acciones desarrolladas en el marco del indicador en mención.

Se actualizan indicadores del municipio en cuanto a morbi-mortalidad, este seguimiento en cifras suele ser muy preliminar ya que se obtiene de datos de la vigilancia y RUAF los cuales están sujetos a ajustes durante todo el año y solo es cerradas por las entidades como DANE e INS en el año siguiente, sin embargo dan una idea de la continuidad en un seguimiento de acciones encaminadas a impactar dichos indicadores de resultado o bienestar en el plan de desarrollo del municipio y planes de acción municipal anual.

**PRODUCTO 14: Difusión de lineamientos en Vigilancia en Salud Pública del Instituto nacional de Salud**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Metas de Producto Anual** | **Cumplimiento Avance de actividades** | | | | | |
| **Trimestre 1** | **Trimestre 2** | **Trimestre 3** | **Trimestre 4** | **acumulado** |
| **Difusión de lineamientos en Vigilancia en Salud Pública del Instituto nacional de Salud** | **1** | **0** | **0** | **0** | **0** |

**Logros obtenidos durante la vigencia:**

Para la vigencia actual esta actividad fue cumplimentada en un 100% durante el primer trimestre bajo una socialización generalizada a todas la UPGD y UI caracterizadas en SIVIGILA, y se han realizado algunas actualizaciones mediante reunion virtual a la red, en especial por motivo de evento de nuevo coronavirus.

**Población atendida: IPS publicas y privadas habilitadas en el municipio de Pereira**

**Zonas Intervenidas: Municpio de Pereira**

**Registro fotográfico: No aplica**

**PRODUCTO 15: Capacitación anual en investigación y control de brotes al equipo de respuesta inmediata del municipio según lineamientos**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Metas de Producto Anual** | **Cumplimiento Avance de actividades** | | | | | |
| **Trimestre 1** | **Trimestre 2** | **Trimestre 3** | **Trimestre 4** | **acumulado** |
| **Capacitacion anual en investigacion y control de brotes al equipo de respuesta inmediata del municipio según lineamientos** | **1** | **0** | **0** | **0** | **0** |

Para la vigencia actual esta actividad fue cumplimentada en un 100% durante el primer trimestres bajo una socialización virtual de protoloco de ERI, donde se conto con la presencia (virtual) de todos los funcionarios de la Secretaria de Salud publica y seguridad social.

Población atendida: Personal de planta y contratista de la Secretaria de salud y seguridad social de Pereira

Zonas Intervenidas: Municipio de Pereira

Registro fotográfico: No aplica

**PRODUCTO 16: Atención de brotes ocurridos en el municipio con investigación epidemiológica de brote**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Metas de Producto Anual** | **Cumplimiento Avance de actividades** | | | | | |
| **Trimestre 1** | **Trimestre 2** | **Trimestre 3** | **Trimestre 4** | **acumulado** |
| **Atención de brotes ocurridos en el municipio con investigación epidemiológica de brote** | **9** | **18** | **5** | **0** | **32** |

**Logros obtenidos durante la vigencia:**

Dentro del segundo trimestre se notificaron dos brotes de ETA, el primero se confirmó por laboratorio, con microorganismo aislado en 103 casos en las fuerzas militares y y fuerza pública.

Otro brote fue inicialmente atendido en una institución de ICBF, se realizó la investigación inicial pero por ubicación se encontró que pertenece al municipio de Santa Rosa, con la notificación inicial de 10 menores de edad.

**Acercamientos con los diferentes establecimientos, en el marco del análisis correspondiente al cerco epidemiológico.**

Sensibilización de la estrategia PRASS (Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible) empresarial, cuya definición y lineamientos están formalizados mediante el Decreto PRASS de agosto de 2020 emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social. Con el fin de dar continuidad a dicha estrategia en el año 2021, se han intensificado las IEC y las capacitaciones en PRASS empresarial, potenciando el rastreo de los contactos estrechos en el momento de identificar un caso positivo, lo que ha permitido una mayor identificación número de conglomerados.

**Población atendida:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Población atendida:** |  | **Sector** |  |
| ***Centros de protección*** | **8** | Centro de Bienestar del Adulto Mayor | **8** |
|
|
|
|
| ***Empresa*** | **1** | Oficina - Call Center | **1** |
| ***Instituciones de Salud*** | **4** | Clínicas | **2** |
| Hospital | **2** |
| ***Centro penitenciario*** | **2** | IMPEC | **2** |
| ***Instituciones Públicas*** | **3** | BOMBEROS  SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL  SECRETARIA ADMINISTRATIVA | **3** |
| ***Carcel la 40*** | **1** | Poblacion privadad de la libertad | **1** |
| ***IPS - UPGD*** | **60** | IPS de la red del municipio | **60** |
| **TOTAL** | **79 Acumulado** | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Casos Confirmados** | **Total de Muestras Tomadas** | **Casos Fallecidos** | **Casos Sintomaticos** | **Casos Asintomaticos** |
| 520 | 11322 | 5 | 1730 | 1634 |

**Zonas Intervenidas: Comuna, barrio**

**Registro fotográfico: Si aplica 1 o 2 fotos relacionadas con el indicador**

Describir brevemente las acciones desarrolladas en el marco del indicador en mención.

se atendio un brote por probable ETA en instituciòn educativa con 760 estudiantes, realizando encuesta de consumidores, y lo concerniente a la investigaciòn de campo.

**PRODUCTO 17: Participar en Comité de Estadísticas Vitales**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Metas de Producto Anual** | **Cumplimiento Avance de actividades** | | | | | |
| **Trimestre 1** | **Trimestre 2** | **Trimestre 3** | **Trimestre 4** | **acumulado** |
| **Participar en Comité de Estadísticas Vitales** | **2** | **3** | **3** |  | **8** |

Logros obtenidos durante la vigencia:

Desde el municipio se llevó al comité EEVV departamental, una propuesta para revisión y aprobación la cual fue aprobada y gestionada.

La primera de ellas es modificar el acta de reunión que se está llevando a cabo, ya que con el acta que actualmente se está manejando, no hay una forma de validar el correcto seguimiento y cumplimiento de las tareas, lo que deja muchas tareas inconclusas o sin cumplimiento, en su totalidad.

**PRODUCTO 18: Capacitaciones en EEVV a diferentes actores de SREV del municipio**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Metas de Producto Anual** | **Cumplimiento Avance de actividades** | | | | | |
| **Trimestre 1** | **Trimestre 2** | **Trimestre 3** | **Trimestre 4** | **acumulado** |
| **Capacitaciones en EEVV a diferentes actores de SREV del municipio** | **7** | **15** | **12** |  | **34** |

**Logros obtenidos durante la vigencia:** Mediante estas capacitaciones se logró dar un mayor entendimiento a las personas que participan en el proceso de las EEVV del municipio, sobre la importancia que tienen las EEVV, el por qué se debe garantizar una buena cobertura, calidad y oportunidad en sus registro, y en general resolver muchas inquietudes.

En el tercer trimestre del año se pudieron llevar a cabo 12 capacitaciones a las siguientes instituciones relacionadas en el cuadro adjunto.



Todas estas capacitaciones tuvieron el mismo tema en común, el cual fue, dar claridad a las instituciones y universidades, sobre toda la importancia de las EEVV, tanto para sus instituciones como para el municipio, el departamento y a nivel País.

Además, se mostró video ilustrativo sobre las EEVV, y los diferentes entes que allí participan.

Se les recalcó la importancia del correcto diligenciamiento de los campos de los certificados de los hechos vitales.

Además se les hizo énfasis en la responsabilidad que tienen de certificar una defunción, los mecanismos y herramientas que tienen para establecer las causas de muerte, y se diferenció entre cuando aplica una necropsia clínica y una médico legal.

**2.5. POBLACIÓN POR ENFOQUE DIFERENCIAL.**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **No POBLACION ATENDIDA** |
| **POBLACION GENERAL** | 477070 |
| **INDIGENAS** |  |
| **AFRODESCENDIENTES** |  |
| **DISCAPACITADOS** |  |
| **POBLACION VICTIMA DEL CONFLICTO** |  |
| **PRIMERA INFANCIA (0-6)** |  |
| **INFANCIA(7-11)** |  |
| **ADOLESCENCIA (12-17)** |  |
| **JUVENTUD (18 A 28)** |  |

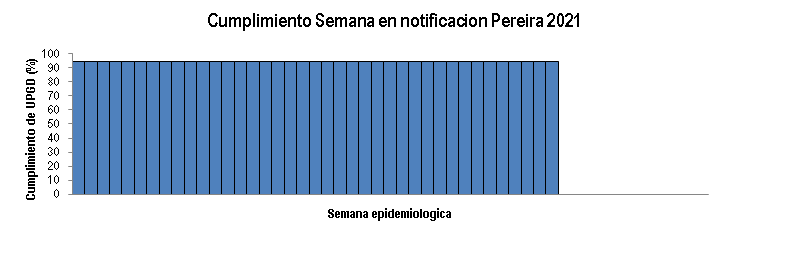
**2.6. SUJETOS INTERVENIDOS.** De acuerdo a lo que le aplique según programa

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SUJETOS** | **Sujeto (Priorizado)** | **Sujetos Intervenidos** | **%** |
| **EPS** | 0 | 0 | 0 |
| **IPS** | 104 | 104 | 100 |
| **ESTABLECIMIENTOS DE INTERÉS GENERAL** | 9 | 9 | 100 |

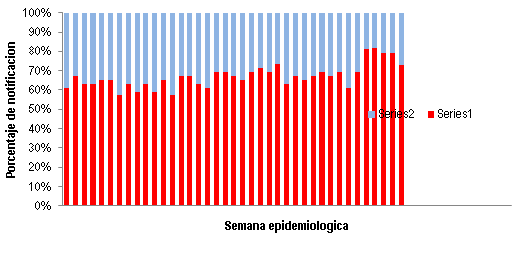
**2.7. ANEXOS**

**2.7.1. ANALISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD DEL PROGRAMA:**

**Gráfico 1. Cumplimiento en la notificación semanal de las UPGD de Pereira**

****

En relación a la notificación negativa o positiva de eventos de interés en salud pública, el comportamiento ha sido estable en el periodo evaluado, mostrando una constancia en la búsqueda de eventos por parte de las UPGD, esto permite inferir mayor sensibilización en la notificación por parte de las instituciones de salud del municipio.



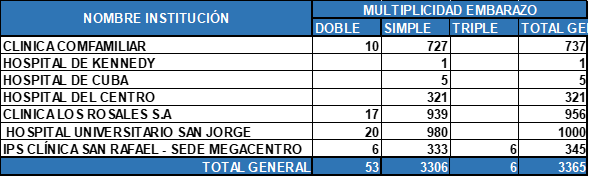
**Gráfico 2. Proporción de semanas negativas Municipio de Pereira , 2021**

**ANÁLISIS DE INDICADORES DE COBERTURA, OPORTUNIDAD Y CALIDAD EN ESTADISTICAS VITALES**

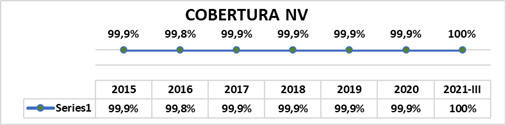
**Resultados Cobertura, Oportunidad y Calidad de los hechos vitales registrados en el municipio de Pereira al segundo trimestre de 2021.**

**Nacimientos:** Hasta el 30 de Septiembre de 2021 se han registrado **6.490** nacimientos en la ciudad de Pereira, pero de esta cifra solo **3.365,** nacimientos, corresponden a madres con residencia en Pereira, es decir que el **48%,** residen en municipios diferentes al de la capital risaraldense.

A continuación, se muestran las multiplicidades de embarazo, registradas para las madres residentes en Pereira, y las instituciones que atendieron los partos. Según información registrada en el RUAF-ND.

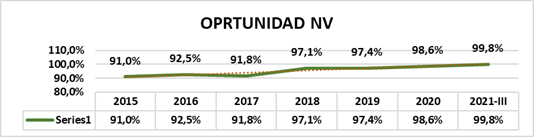


Al igual que en los anteriores trimestre del año el indicador de “**cobertura**” municipal de los nacimientos registrados para este tercer trimestre del 2021 es del **100%** evidenciando con esto una mejoría en comparación los últimos años, según la siguiente gráfica. Esta mejoría y este buen resultado, se debe principalmente al cambio en tipo de certificado de físico a electrónico, y al control que se realiza actualmente a las instituciones, desde la secretaría de salud municipal.



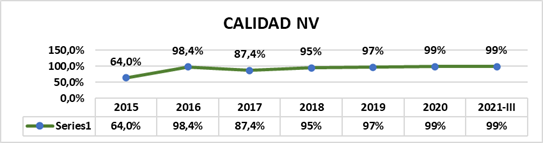
**Gráfica 1. Indicador Cobertura NV**

El indicador de “**oportunidad”** municipal de los nacimientos registrados, obtuvo el mismo porcentaje que del trimestre pasado, el cual fue del **99.8%,** lo que representa su puntaje más alto, obtenido en los últimos 5 años, generando esto un cumplimiento del indicador en **4.8%** por encima del estándar nacional, ya que la meta establecida para dicho indicador es del **95%**. El principal motivo para este resultado es el cambio de certificados físicos a electrónicos.



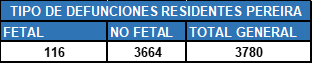
**Gráfico 2. Indicador Oportunidad NV**

El indicador de “**calidad**” municipal de los nacimientos registrados, presenta un cumplimiento del **99%,** frente a una meta del **95%**. La principal inconsistencia, que se encuentra mes a mes, en Nacidos vivos, es el no diligenciamiento de la edad del padre, aunque con el trabajo que se ha venido realizando en conjunto con las instituciones, esta inconsistencia ha disminuido significativamente.

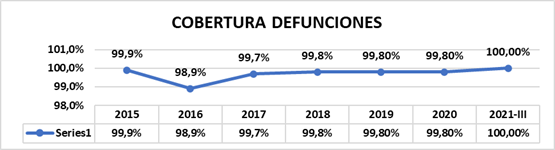
**Gráfico 3. Indicador de Calidad NV.**

**Defunciones:** Hasta el 30 de septiembre de 2021 se han registrado **5.907** defunciones en la ciudad de Pereira, pero de esta cifra solo **3.780,** eran personas residentes del municipio de Pereira. según información registrada en el RUAF-ND.

Estas defunciones presentaron los siguientes datos de tipo de defunción. Para los residentes en el municipio de Pereira.

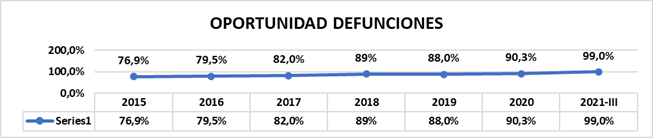


El indicador de “**cobertura**” municipal de defunciones, al igual que el de nacido vivo, para el periodo evaluado, tuvo un resultado obtenido del **100%.** Este resultado es gracias al control que se ha ejercido a la hora de entrega de certificados.

****

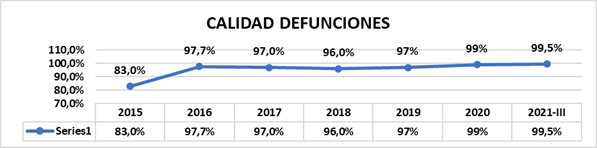
**Gráfica 4. Indicador Cobertura DEF.**

El indicador de **“oportunidad”** municipal de las defunciones registradas, al igual que en el trimestre pasado, obtuvo un resultado del 99%. Al igual que en el mismo indicador en nacimientos, presenta su puntaje más alto, obtenido en los últimos 5 años. El principal motivo para este resultado es el cambio de certificados físicos a electrónicos.

****

**Gráfico 5. Indicador Oportunidad DEF.**

El indicador de **“calidad”** municipal de las defunciones registradas, presenta un cumplimiento del **99.5%**, frente a una meta del **95%**. Para este tercer trimestre se aumentó el cumplimiento en 1.1% versus el segundo trimestre del 2021.

**Gráfico 6. Indicador de calidad DEF.**



**Firma**

**LIDER, COORDINADOR DEL PROGRAMA Y/0 DIRECTOR OPERATIVO**