

Adaptación
de la Política
de Salud
Sexual y
Reproductiva
al municipio
de Pereira

septiembre 1

2011

Documento elaborado por Giovanni Cano

Documento de
trabajo

Contenido

SIGLAS.....	1
1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. MARCO NORMATIVO	3
3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	6
a. La Población de Pereira	6
b. Morbilidad y mortalidad asociada a la salud sexual y reproductiva.....	11
c. Sífilis gestacional y sífilis congénita	17
d. Mortalidad	18
e. Cáncer.....	20
f. VIH, ITS y Uso del Condón	23
g. Fecundidad.....	28
h. Planificación familiar	30
i. Atención materna	33
j. Violencia Intrafamiliar y sexual.....	35
k. Otros aspectos relevantes en salud sexual	40
4. DESCRIPCION DEL PROBLEMA	41
5. ANALISIS DE ACTORES	44
6. OBJETIVOS.....	50
a. Objetivo General	50
b. Objetivos Específicos.....	50
7. METAS.....	50
8. PRINCIPIOS.....	51
9. MATRIZ DE PLANEACION.....	52
10. MECANISMOS DE SEGUIMIENTO Y CONTROL.....	60
11. RESPONSABLES.....	61
12. FINANCIACIÓN	64
BIBLIOGRAFIA	67

SIGLAS

AMCO: Área Metropolitana Centro Occidente.
APS: Atención Primaria en Salud.
CAIVAS: Centro de Atención Integral a Víctimas de Abuso Sexual.
CAVIF: Centro de Atención de Víctimas de Violencia Intrafamiliar.
COMPREVER: Comité de Prevención del Abuso Sexual de Risaralda.
CONPES: Consejo Nacional de Política Económica y Social.
COPACO: Comité de Participación Comunitaria en Salud.
DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística.
ENDS: Encuesta Nacional de Demografía y Salud.
EPS: Entidad Promotora de Salud.
ESE: Empresa Social del Estado.
GF: Grupos Focales
IEC: Información, Educación y Comunicación.
INS: Instituto Nacional de Salud.
IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud.
ITS: Infecciones de Transmisión Sexual.
IVE: Interrupción Voluntaria del Embarazo.
LGTBI: Lesbianas, Gay, Transgénero, Bisexuales e Intersexuales.
MAC: Métodos anticonceptivos.
MEN: Ministerio de Educación Nacional.
MPS: Ministerio de la Protección Social.
NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas
ND: No hay Dato.
Nro. Número.
ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio.
ONUSIDA: Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH Sida
OPS: Organización Panamericana de la Salud.
POS: Plan Obligatorio de Salud.
SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
SNBF: Sistema Nacional de Bienestar Familiar.
UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNODC: Oficina de Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito
VIF: Violencia Intrafamiliar.
VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.
VPH: Virus del Papiloma Humano.
VS: Violencia Sexual

1. INTRODUCCIÓN

Para la elaboración del presente documento se tuvieron como fuentes de información, los informes y reportes institucionales disponibles a la fecha, y otros de orden nacional con la ENDS 2010, los documentos CONPES relativos a los Objetivos del Milenio y normatividad vigente, entre otros. Entre estos se destacan:

- El perfil epidemiológico de Pereira del año 2008. Se espera que en el transcurso de los próximos meses se actualicen los perfiles epidemiológicos para los años 2009 y 2010, información que será incorporada al presente documento.
- Cuatro documentos de línea de base elaborados por el programa de Salud Sexual y Reproductiva en el año 2010, y los cuales corresponden a los siguientes tópicos: salud materna, cáncer de cérvix y seno, planificación familiar y VIH.
- Información DANE correspondiente a proyecciones de población y principales indicadores sociodemográficos, incluyendo los de mercado laboral.
- Encuestas Nacionales de Demografía y Salud 2005 y 2010 (ENDS), elaborados por Profamilia, y las cuales tienen información del orden nacional y desagregado por departamentos. Frente a este aspecto es importante aclarar que si bien la información suministrada por la ENDS es departamental y con especial énfasis en mujeres, da luces sobre las condiciones en materia de salud sexual y reproductiva de la población en Pereira, en tanto que los habitantes de nuestro municipio corresponden al 49,40% de la población departamental. Adicionalmente, presenta información actualizada y sobre tópicos de los cuales no se tiene información desde las entidades territoriales u otros actores locales, constituyéndose en un referente obligado.
- Información cualitativa recolectada a partir de grupos focales que se desarrollan durante el proceso de elaboración del presente documento, y de procesos similares realizados en años anteriores. Estos grupos focales permiten establecer énfasis poblacionales y obtener mayor información sobre factores de riesgo en salud sexual y reproductiva presentes en el municipio.

Es de anotar que el Estado Colombiano aún no cuenta con sistemas de información fortalecidos que permitan disponer de información oportuna y actualizada, de forma tal que se puedan tener los mejores y mayores insumos para la toma de decisiones, esta limitante se constituye en un obstáculo que deberá ser sorteado en la implementación de la Política Pública, por lo cual una de las primeras tareas deberá ser constituir la línea de base municipal¹.

¹ Un referente importante y que merece ser considerado por el municipio es el de la ENDS, la cual versa sobre diversos tópicos de interés y que en la mayoría de las ocasiones sólo se puede obtener dicha información, si se potencia el componente investigativo dentro de la política.

2. MARCO NORMATIVO

Referentes internacionales:

- Ley 51 de 1989. Esta Convención tiene como objetivo eliminar efectivamente todas las formas de discriminación contra la mujer, obligando a los estados a reformar las leyes vigentes a tal fin.
- BELEN DO PARA. Ley 248 de 1995. Por medio de la cual se aprueba la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, suscrita en la ciudad de Belem Do Para, Brasil, el 9 de junio de 1994.
- Conferencia internacional de población y desarrollo Cairo 1994. En la que se propone “una nueva estrategia en que se destacan los numerosos vínculos existentes entre la población y el desarrollo y se centra la atención en la satisfacción de las necesidades de hombres y mujeres particulares más que en el logro de objetivos demográficos. [...] Un elemento fundamental de este nuevo criterio consiste en dar a la mujer las armas necesarias para mejorar su situación y proporcionarle más posibilidades de elección mediante un mayor acceso a los servicios de educación y de salud y el fomento del desarrollo de las aptitudes profesionales y el empleo. En el Programa se aboga por que la planificación familiar esté al alcance de todos para el año 2015 o antes, como parte de un criterio ampliado en materia de derechos y salud reproductiva; se presentan estimaciones de los niveles de recursos nacionales y asistencia internacional que se necesitarán, y se exhorta a los gobiernos a que faciliten esos recursos”².
- Conferencia mundial de la mujer Beijing 1995. Esta conferencia renovó el compromiso de la comunidad internacional con los objetivos de la igualdad entre los géneros, el desarrollo y la paz para todas las mujeres.
- Cumbre del Milenio (ODM) 2000. Define 8 objetivos globales, algunos asociados con salud sexual y reproductiva, tales como la disminución del VIH, la equidad de género y la disminución de las muertes maternas.

Referentes nacionales

Constitución Política de Colombia

En la Constitución Política aparecen un conjunto de artículos que contribuyen a soportar legalmente la política de salud sexual y reproductiva.

- Artículo 13. Derecho a la igualdad y no discriminación de todas las personas;
- Artículo 15 Derecho a la intimidad personal y familiar de mujeres, hombres, jóvenes, niños y niñas; Artículo 16 Derecho al libre desarrollo de la personalidad;
- Artículo 18 Derecho a la libertad de conciencia;

² NACIONES UNIDAS. Conferencia internacional de población y desarrollo Cairo 1994. Resumen del programa de acción. Consultado en: <http://www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm>

- Artículo 42 Derecho de la pareja a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos;
- Artículo 43. Derechos de las mujeres;
- Artículo 48 Derecho a la Seguridad Social en Salud,
- Artículo 49. Derecho a la atención en salud.

Corte Constitucional

Sentencias CC T594/93, En la cual se reconoce que el cambio de nombre es un derecho relacionado con el libre desarrollo de la personalidad. Este reconocimiento es especialmente importante para población transgénero.

SU256/96, SU-480/97, T-436/04, T-628/07, T-295/08 relacionadas con los derechos de las personas que viven con VIH y la generación de medidas que superen la discriminación, y permitan la atención integral.

T-618/00 T-349-06, En la que se reconocen los derechos a la seguridad social de las personas homosexuales.

T-143/05, En la que se reconocen tratamientos encaminados a mejorar la salud sexual y reproductiva, no incorporados en el POS.

C-355-06, en la que se despenaliza el aborto en ciertas circunstancias.

Leyes

- Ley 100 de 1993 crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Ley 115 de 1994 define la Ley General de Educación.
- Ley 789 de 2002 crea el Sistema de Protección Social.
- Ley 1098 de 2006 Promulga el Código de Infancia y Adolescencia
- Ley 1146 de 2007. Sobre la Prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente y crea los Comités interinstitucionales consultivos.
- Ley 1257 de 2008 que brinda normas sobre sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contral las mujeres
- Ley 1329 de 2009. Se dictan otras disposiciones para contrarrestar la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes.
- Ley 1336 de 2009. Lucha contra la explotación, la pornografía y el turismo sexual con niños, niñas y adolescentes.
- Ley 1438 de 2011 Reforma del Sistema de Seguridad Social en Salud

Decretos y Resoluciones

- Decreto 3039 de 2007 en el que se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010
- Decreto 2968 De 2010. Por el cual se crea la Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

- Resolución 03353 de 1993 MEN. En la que se definen los programas y proyectos institucionales de Educación Sexual en la educación básica del país.
- Resolución 5261 del MPS. En el que se establece el Manual de actividades, intervenciones y procedimientos del POS
- Acuerdos 3, 4 y 8. Atención diferencial, unificación de planes de beneficios e ampliación de contenido y cobertura del POS.
- Normas técnicas de atención integral. MPS.

Otros referentes de política:

- Conpes 91 de 2005 y 140 de 2011 Objetivos de Desarrollo del Milenio. En los que se establecen algunas metas del estado colombiano de frente salud sexual y reproductiva.
- Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
- Plan Nacional HAZ PAZ 2005-2015
- Plan de respuesta nacional ante el VIH/SIDA 2008-2011
- Plan nacional de prevención de la explotación sexual comercial 2006-2011
- Modelo de atención integral en el sector salud para la atención a víctimas de violencia sexual.2011

3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

a. La Población de Pereira

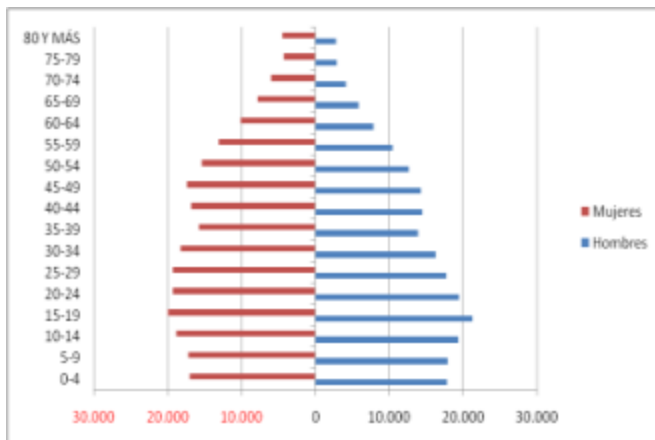


Ilustración 1. Pirámide de población del municipio de Pereira.

Fuente: DANE

La población de Pereira, de acuerdo a proyecciones del DANE 2011, asciende a 459.690 personas, la cual corresponde al 49,40% de la población risaraldense. Como se observa en la pirámide, la estructura poblacional de Pereira tiende a ser regresiva, lo que refleja una disminución en la natalidad y un proceso paulatino de envejecimiento.

De hecho, el coeficiente de envejecimiento³ ha ido en aumento en las últimas décadas: mientras que en 1985, éste era de 7,39%; en el 2011 es del 12,19% y se espera que en el 2020

sea del 16,33%⁴.

Así mismo se observan muescas en la etapa adulta de la población, probablemente por efecto de los procesos migratorios que se presentan en la región.

La población femenina asciende al 52,32% mientras que la masculina corresponde al 47,68%. De hecho, la relación de masculinidad ha ido en descenso en las últimas décadas y seguirá dicha tendencia en un futuro. Esto implicará que la proporción de mujeres aumentará por cada hombre. Este comportamiento se refleja a partir de los indicadores demográficos del departamento: mientras que en 1985, la relación de masculinidad era de 97,6 se espera que para el 2020, esta haya descendido hasta 94,83⁵. Este comportamiento podría entenderse por una mayor mortalidad infantil en hombres, procesos de violencia y migración.

No obstante, es importante considerar que la relación de masculinidad tiene un comportamiento sustancialmente distinto en el departamento que a nivel nacional. Mientras que la relación aumenta para Colombia en 0,23, la departamental disminuye en 2,83. Esto se puede explicar porque hay departamentos como Chocó, Nariño y Boyacá, e incluso Bogotá como distrito capital, en los que la relación aumenta de acuerdo a las proyecciones DANE.

³ Proporción de población con 60 años y más.

⁴ Fuente: DANE. Estimaciones de población por grupos quinquenales 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020. Consultado en www.dane.gov.co

⁵ DANE. Principales indicadores demográficos por departamento.

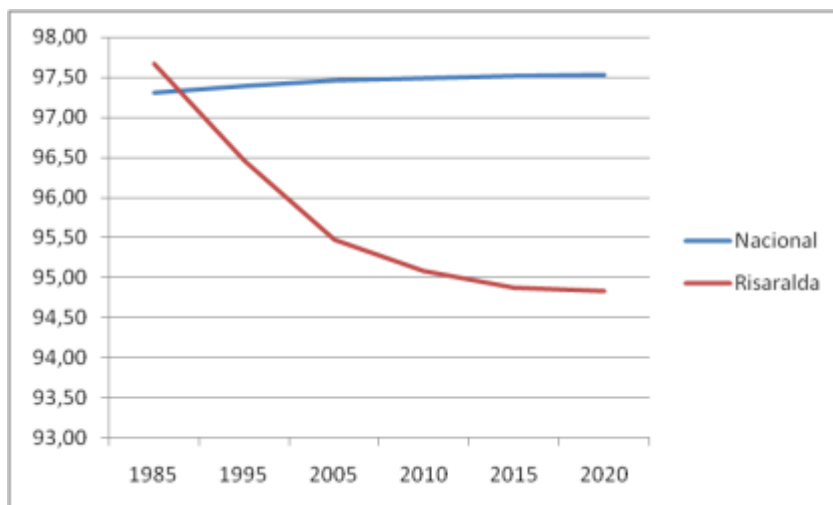


Ilustración 2. Relación de Masculinidad Risaralda y Colombia. Fuente: DANE

De lo anterior se colige que ante el crecimiento de la población femenina con relación a la masculina, se hará cada día más necesario fortalecer los servicios de salud dirigidos hacia las mujeres, en tanto que los factores de riesgo en materia de salud sexual y salud reproductiva difieren en función del sexo.

A la par se observa que la proporción de mujeres en edad fértil (10 a 49 años) presenta un

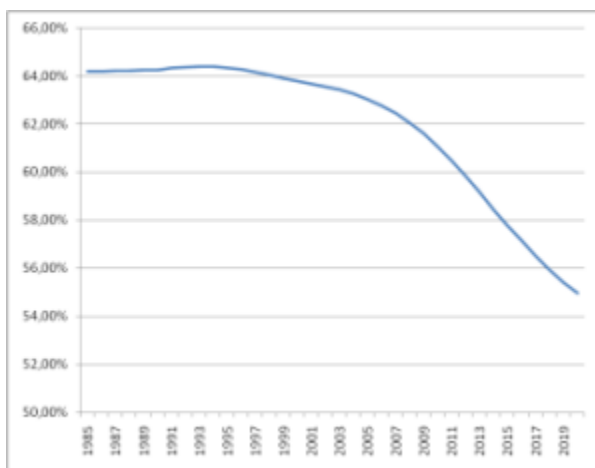


Ilustración 3. Proporción de mujeres en edad fértil en Risaralda 1985-2020. Fuente: DANE

marcado descenso en los últimos años, el cual se acrecentará de acuerdo a las proyecciones del DANE. Así, no sólo habrá más mujeres sino que la proporción de aquellas que ya no se encuentren en edad fértil será superior.

Así mismo, la esperanza de vida ha aumentado: para el periodo 2010-2015, la esperanza de vida en mujeres se aproxima a 78,93, mientras que en los hombres es de 70,63. Si bien el aumento en la esperanza de vida se debe a una mejor provisión de servicios básicos, una oferta más oportuna y adecuada en servicios de salud, y mayores niveles educativos de la población, se observa con preocupación la marcada diferencia entre hombres y mujeres, debido

fundamentalmente a la mayor probabilidad de lesiones fatales de las cuales pueden ser víctima estos últimos (tanto por homicidio como por accidentalidad), aspecto directamente ligado a los estilos de vida de los hombres.

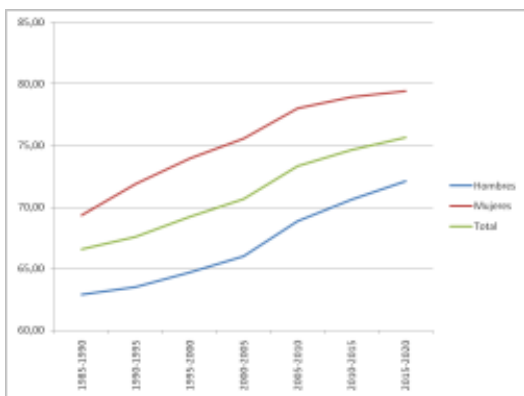


Ilustración 4. Esperanza de vida al nacer por sexo y total Risaralda 1985-2020. Fuente: DANE

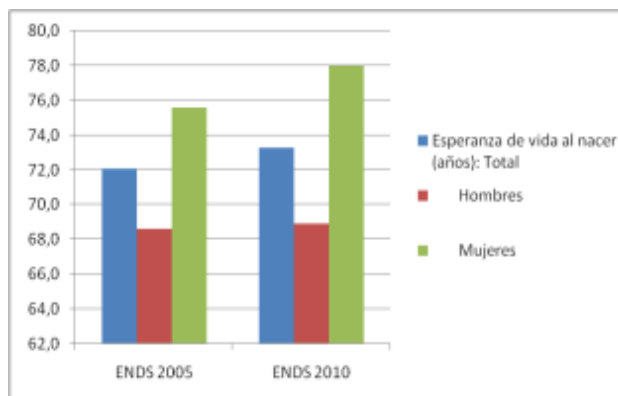


Ilustración 5. Esperanza de vida al nacer por sexo y total Risaralda 2005 y 2010. Fuente: ENDS 2010

Al comparar la ENDS 2005 y la ENDS 2010, se observa que la esperanza de vida en mujeres aumentó en 2,4 años, mientras que la de los hombres permaneció prácticamente igual.

Durante los últimos años Pereira y Área Metropolitana han tenido un incremento en el desempleo, llevándola a toques por encima del año 2001. Esto tiene un impacto sobre la prestación de servicios en salud en la medida que aumenta la proporción de la población que no cotiza al sistema de seguridad social en salud, al igual que aumenta la proporción de población que demanda servicios subsidiados y la presión sobre los cupos ofertados. Así las cosas, en los últimos años, si bien el índice de riqueza ha aumentado⁶, el índice de Gini también lo ha hecho.

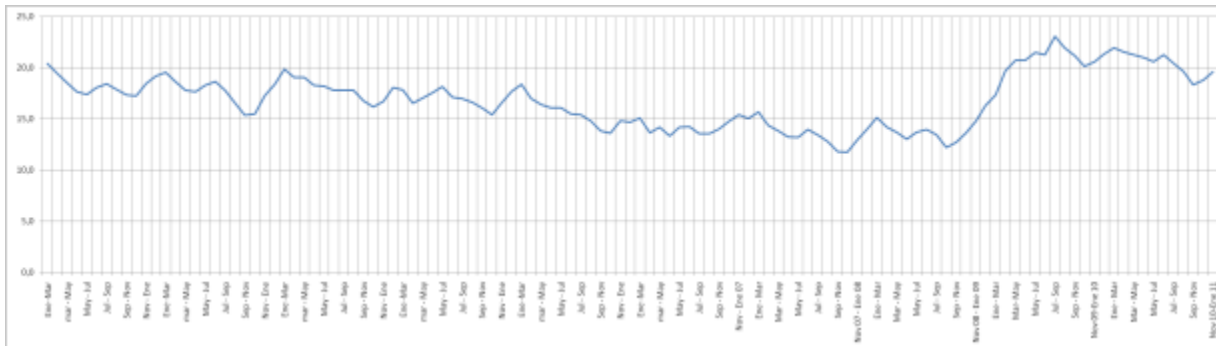


Ilustración 6. Evolución en la tasa de desempleo en el Área Metropolitana. Fuente: DANE

⁶ Cfr. ENDS 2005 y 2010. “En la ENDS 2010 se recolectó información detallada sobre características de la vivienda y sobre la disponibilidad de ciertos bienes de consumo duradero que se relacionan directamente con el nivel socio-económico. A cada hogar se le asigna un valor que es generado mediante la metodología de análisis de componentes principales, dependiendo de la disponibilidad de bienes y las características de la vivienda. A los residentes de cada hogar se le asigna el valor del hogar en el cual residen. Esto permite crear quintiles poblacionales de “bienestar” o de “riqueza”, es decir, cinco grupos con el mismo número de personas en cada quintil a nivel total del país” Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Pág. 33

Tabla 1. Proporción de personas con NBI, Miseria y por componente en Pereira 2010.

ITEM	Cabecera	Resto	Total
Proporción de personas con NBI	10,73	26,6	13,37
Proporción de personas con miseria	1,81	5,99	2,5
Componente vivienda	0,89	4,04	1,41
Componente servicios	0,69	0,41	0,64
Componente hacinamiento	4,33	10,13	5,3
Componente inasistencia escolar	1,78	5,13	2,34
Componente dependencia económica	5,27	14,01	6,72

Fuente: DANE

Como se observa en la tabla anterior, el hacinamiento y la dependencia económica son dos de los principales factores que configuran la pobreza en la ciudad. Es de anotar que ambos tienen estrecha relación con la salud sexual y reproductiva, en tanto que se sabe que bajo condiciones de hacinamiento, la probabilidad de violencia sexual y violencia intrafamiliar aumenta, mientras que hogares con una alta dependencia económica son más vulnerables ante peores formas de trabajo infantil, como la explotación sexual comercial.

Así mismo, las coberturas de servicios públicos domiciliarios no llegan al 100%, siendo la mayor la de energía (99,4%) y la menor, la de alcantarillado (94,6%). La cobertura de acueducto en el municipio es de 97,5%.

De acuerdo con el economista Johnier Cardona Salazar⁷, el índice de Gini subió en última década, 14 puntos, lo que demuestra que la concentración de la riqueza ha aumentado, lo que podría contribuir a estimar que los sectores más pobres se han ampliado en los últimos años.

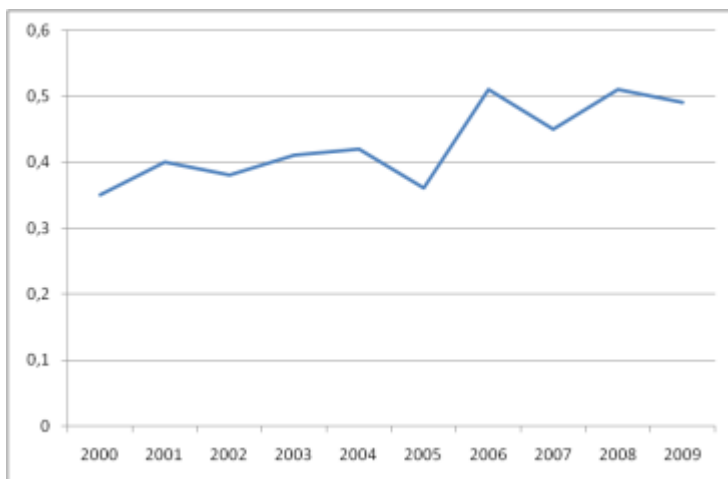


Ilustración 7. Evolución del Coeficiente de Gini Pereira 2001-2009.

Fuente: Red Alma Mater

De hecho, la pobreza y la inequidad social, se constituyen en los principales obstáculos para lograr comunidades y entornos saludables. Desde el enfoque de Determinantes de la Salud, se reconoce que “las condiciones sociales en que vive una persona influyen sobremanera en su estado de salud. En efecto, circunstancias como la pobreza, la escasa escolarización, la inseguridad alimentaria, la exclusión, la discriminación social, la mala calidad de la vivienda, las condiciones de falta de higiene en

⁷ CARDONA SALAZAR, Jhonier. Las Soluciones Estructurales A Los Problemas Del Municipio De Pereira Parten De No Esconder La Realidad Que Se Vive. Documento de trabajo. <http://www.almamater.edu.co/sitio/Archivos/Documentos/Documentos/00000177.pdf>

los primeros años de vida y la escasa calificación laboral constituyen factores determinantes de buena parte de las desigualdades que existen tanto entre los distintos países como dentro de ellos mismos, en lo que respecta al estado de salud, las enfermedades y la mortalidad de sus habitantes”⁸.

De acuerdo a datos del CENSO DANE 2005, en Pereira hay aproximadamente 119 mil hogares, de los cuales el 85,17% se encuentra ubicado en la cabecera municipal. El promedio de personas por hogar es de 3,6, aumentando en las zonas rurales (3,9), mientras que en zonas urbanas es inferior (3,5). Uno de cada 10 hogares en el municipio tiene experiencia migratoria internacional.

Es sabido que el nivel educativo de las mujeres tiene un fuerte impacto la salud sexual y reproductiva de ellas y sus familias, al igual que contribuye a un adecuado acceso a servicios de salud. De acuerdo a datos comparados de la ENDS 2005 y 2010, se observa un aumento en las coberturas en tasas brutas de escolaridad de niñas en primaria y secundaria, con un crecimiento en promedio de 8 puntos. Este esfuerzo redundará en mayores capacidades en la población femenina para enfrentar y superar los factores de riesgo en materia de salud sexual y reproductiva.

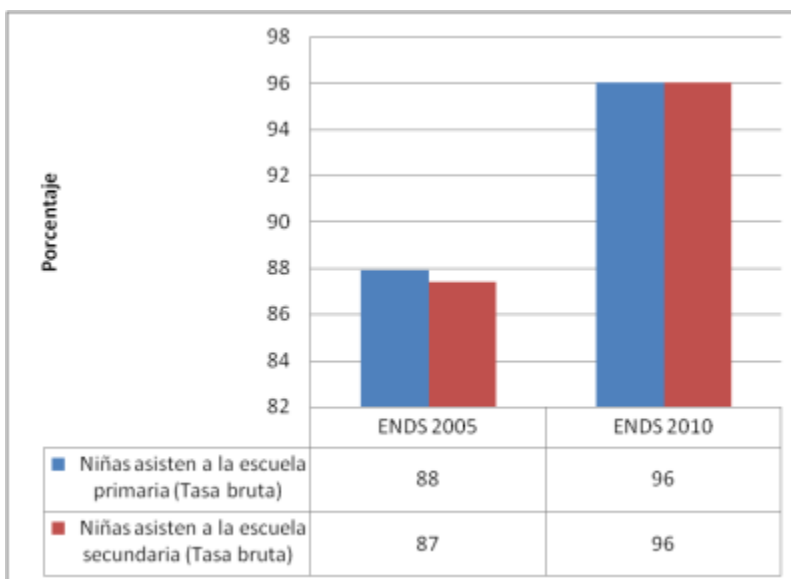


Ilustración 8. Tasas brutas de escolaridad en niñas 2005 y 2010. Fuente: ENDS

Sin embargo, al analizar por nivel educativo alcanzado de las mujeres en edad fértil, la ENDS 2010 revela que aún hay amplio camino por recorrer. El departamento está por debajo de la nación, en 7 puntos porcentuales, a la hora de comparar la proporción de mujeres con educación superior. Así mismo, Risaralda presenta una mayor proporción de mujeres sin educación y la mediana de años educativos alcanzados es inferior a la del resto del país.

⁸ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Dispositivo global de aprendizaje en determinantes sociales de salud y políticas públicas. <http://dds-dispositivoglobal.ops.org.ar/curso/cursoesp/contexto.html#objetivos>

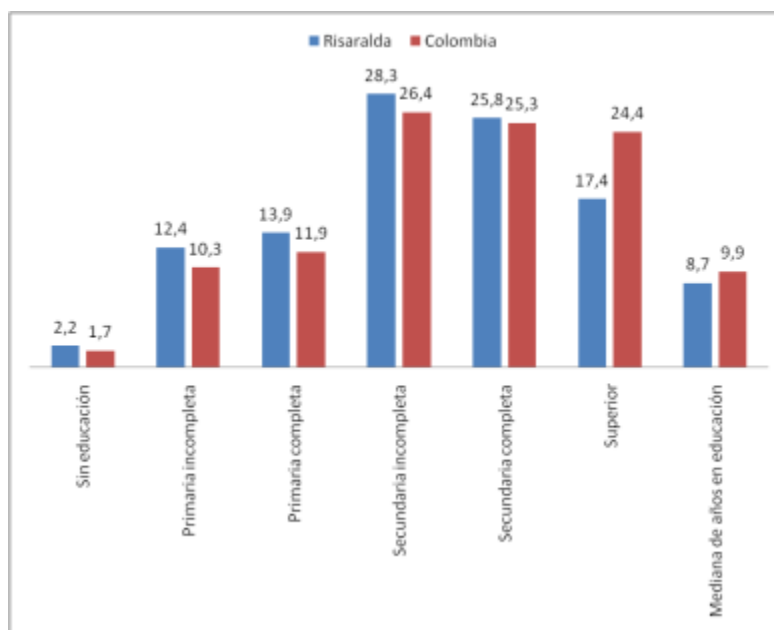


Ilustración 9. Nivel educativo máximo alcanzado por mujeres encuestadas en Risaralda y Colombia. Fuente: ENDS 2010

De igual forma se observa que las mujeres a nivel nacional tienden a tener un mayor nivel educativo que las mujeres risaraldenses, aunque la proporción con primaria que puede leer (con o sin dificultad) es mayor en el departamento. Así mismo, el analfabetismo femenino en el departamento es ligeramente superior que en el resto del país.

Tabla 2. Mujeres en edad fértil según capacidad de lectura en Risaralda y Colombia. 2010.

Mujeres en edad fértil según capacidad de lectura	Risaralda	Nación
Educación secundaria o más	71,5	76,1
Sin educación o sólo con primaria		
Puede leer fácilmente	22,1	16,1
Puede leer con dificultad	4	5,6
No puede leer	2,4	2,2

Fuente: ENDS 2010

En cuanto a la jefatura de hogar, la femenina aumentó entre el 2005 y el 2010, pasado del 31% al 38%⁹, esto adicionalmente nos indica que la proporción de hogares vulnerables ha aumentado en los últimos años.

b. Morbilidad y mortalidad asociada a la salud sexual y reproductiva.

Según el perfil epidemiológico 2008 del municipio de Pereira¹⁰, la discriminación por sexo de las consultas, muestra un predominio de las mujeres (64,0%), fenómeno que no necesariamente se debe atribuir a una mayor morbilidad en este grupo, sino también, a las etapas de gestación que

⁹Profamilia. Op.cit.

¹⁰ Gran parte de la información de este aparte es extraída del Perfil Epidemiológico 2008 elaborado por la Secretaría de Salud y Seguridad Social del Municipio.

inciden en una mayor consulta por parte de las mujeres y quizás un mayor cuidado por su salud con respecto a los hombres, quienes registraron un 36% en las consultas.

Por grupo de diagnóstico, se encuentra que al menos el 10% de los casos se encuentran asociados directa o indirectamente al campo de la salud sexual y reproductiva, siendo los más comunes, las enfermedades del sistema genitourinario, y en segundo lugar el embarazo, el parto y el puerperio.

Tabla 3. Consultas por grupo de diagnóstico en población general según total, consulta general, urgencias y egreso hospitalario Pereira. 2008

GRUPO DIAGNÓSTICO	TOTAL		CONSULTA GENERAL		URGENCIAS		EGRESO HOSPITALARIO	
	No de Casos	%	No de Casos	Orden	No de Casos	Orden	No de Casos	Orden
AFECCIONES DEL PERIODO PERINATAL	1740	0,37%	514	20	107	18	1119	12
CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	75275	15,83 %	69470	2	1606	6	4199	2
CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	33399	7,02%	30035	4	2032	5	1332	10
EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO	13668	2,87%	9390	14	1435	7	2843	4
ENFERMEDAD DE LA PIEL Y TEJIDO SUBCUTANEO	15138	3,18%	13320	10	537	12	1281	11
ENFERMEDAD DE LOS OJOS Y SUS ANEXOS	9037	1,90%	8764	15	169	16	104	19
ENFERMEDAD DEL SISTEMA GENITOURINARIO	32196	6,77%	28712	5	1183	9	2301	7
ENFERMEDAD DEL SISTEMA NERVIOSO	9646	2,03%	8720	16	502	13	424	15
ENFERMEDAD DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	26500	5,57%	25423	6	708	11	369	16
ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y ORGANOS HEMATOPOYETICOS	2214	0,47%	1836	18	96	19	282	17
ENFERMEDADES DEL OIDO Y APOFISIS MASTOIDES	9935	2,09%	9458	13	378	14	99	20
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	19174	4,03%	15914	9	738	10	2522	6
ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	85020	17,87 %	81954	1	1275	8	1791	9
ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	58695	12,34 %	51061	3	3176	2	4458	1
ENFERMEDADES ENDOCRINAS NUTRICIONALES Y METABOLICAS	12437	2,61%	11406	11	324	15	707	14
MALFORMACIONES CONGENITAS DEFORMIDADES Y ANOMALIAS	972	0,20%	796	19	31	20	145	18
SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS	20990	4,41%	15985	8	3017	3	1988	8
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	14698	3,09%	9597	12	2394	4	2707	5
TRAUMATISMO, ENVENENAMIENTO Y OTRAS CAUSAS EXTERNAS	31025	6,52%	23664	7	3937	1	3424	3
TUMORES NEOPLASIAS	3884	0,82%	2800	17	139	17	945	13
TOTAL	475643	100,0	418819		23784		33040	

GRUPO DIAGNÓSTICO	TOTAL		CONSULTA GENERAL		URGENCIAS		EGRESO HOSPITALARIO	
	No de Casos	%	No de Casos	Orden	No de Casos	Orden	No de Casos	Orden
		0%						

Fuente: Perfil epidemiológico 2008

Al analizar la consulta por grupo de edad, se encuentra que en el grupo de menores de un año se presentan diagnósticos que son de interés en la salud sexual y reproductiva, así como del grupo de 13 años en adelante.

El hecho que no se presenten diagnósticos asociados en el grupo de edad entre el primer año de vida y los 12 años, no significa que esta población no sea prioritaria para la política de salud sexual y reproductiva. Al contrario, es precisamente en esta edad en la que se forman los conocimientos y actitudes necesarias para el desarrollo de estilos de vida saludables, y que en gran medida contribuyen a incidir en los proceso de morbilidad y mortalidad a lo largo de la vida.

En el grupo de menores de un año, aparece en séptimo lugar como causa de consulta externa las afecciones relacionadas del periodo perinatal, la cual a su vez es la cuarta causa de urgencias, y la primera en los egresos hospitalarios.

Así mismo, aparece en el tercer lugar de las causas en egresos hospitalarios las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías.

Es claro que no es posible prevenir todas las afecciones originadas del periodo perinatal, así como malformaciones congénitas y anomalías, pero muchos casos pueden prevenirse aún desde antes de la gestación, garantizando la salud de las mujeres en edad fértil. Otras pueden detectarse oportunamente durante la gestación e incluso se pueden tomar los correctivos necesarios para evitar la enfermedad en los recién nacidos.

Tabla 4. Consultas por grupo de diagnóstico en población menor de un año según consulta general, urgencias y egreso hospitalario Pereira. 2008

Consulta Externa			Urgencias			Egreso Hospitalario		
Orden	Causa	No	Orden	Causa	No	Orden	Causa	No
1	infecciones respiratorias agudas	6279	1	infecciones respiratorias agudas	458	1	afecciones originada del periodo perinatal	1029
2	enfermedades intestinales infecciosas y parasitarias	1663	2	enfermedades intestinales infecciosas y parasitarias	231	2	infecciones respiratorias agudas	911
3	enfermedades del oído y la mastoides	644	3	signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	215	3	malformaciones congénitas, deformidades y anomalías	156
4	signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	641	4	afecciones originada del periodo perinatal	104	4	enfermedades intestinales infecciosas y parasitarias	132
5	otras enfermedades virales	562	5	otras enfermedades virales	61	5	signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	130

6	enfermedades no infecciosas de la piel y del tejido subcutáneo	519	6	traumatismos (excluye fracturas y luxaciones)	57	6	otras enfermedades del sistema urinario	62
7	afecciones originada del periodo perinatal	475	7	personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes	55	7	infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	43
8	otras enfermedades del intestino	381	8	otras enfermedades del intestino	50	8	enfermedades del pulmón	32
9	enfermedades del ojo y sus anexos	378	9	personas en contacto con los servicios de salud por otras razones	29	9	traumatismos (excluye fracturas y luxaciones)	19
10	enfermedades del pulmón	265	10	enfermedades del oído y la mastoides	27	10	enfermedades del ojo y sus anexos	14
	Resto de causas	2010		otras causas	224		otras causas	239
	Total	13817		Total	1511		Total	2767

Fuente: Perfil epidemiológico 2008

Ya en el grupo de 13 a 19 años, se observa que el 15% de los casos en consulta externa, el 18,07% en urgencias y el 44,42% en egresos hospitalarios están asociados a los procesos reproductivos. De estos (N 8458), sólo el 26,27% se refiere a atención para la anticoncepción.

Esto refleja que la población adolescente y joven del municipio inicia a temprana edad sus relaciones sexuales, las cuales desembocan en muchos casos en embarazos, los cuales son considerados de alto riesgo para el binomio madre-hijo. Es importante anotar que las mujeres en Risaralda tienden a iniciar su vida sexual más temprano que en el resto del país: mientras que el 13,6% de las mujeres entre 15 y 24 años entrevistadas por la ENDS 2010, habían iniciado sus relaciones sexuales antes de los 15 años, y el 61,1% antes de los 18 años, los porcentajes para el departamento fueron del 17,9% y 66,9%.

Tabla 5. Consultas por grupo de diagnóstico en población de 13 a 19 años según consulta general, urgencias y egreso hospitalario Pereira. 2008

Consulta Externa			Urgencias			Egreso Hospitalario		
Orden	Causa	No	Orden	Causa	No	Orden	Causa	No
1	enfermedades de los dientes y sus anexos	7641	1	trastornos mentales y del comportamiento	337	1	pesquisa prenatal y otra supervisión del embarazo	987
2	infecciones respiratorias agudas	2785	2	signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	265	2	complicaciones del parto	611
3	complicaciones del parto	2434	3	traumatismos (excluye fracturas y luxaciones)	232	3	trastornos mentales y del comportamiento	366
4	atención para la anticoncepción	2222	4	complicaciones del parto	213	4	traumatismos (excluye fracturas y luxaciones)	225
5	traumatismos (excluye fracturas y luxaciones)	1698	5	pesquisa prenatal y otra supervisión del embarazo	136	5	personas en contacto con los servicios de salud por otras razones	204

Consulta Externa			Urgencias			Egreso Hospitalario		
Orden	Causa	No	Orden	Causa	No	Orden	Causa	No
6	atención y examen del postparto	1652	6	personas en contacto con los servicios de salud por otras razones	109	6	signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	161
7	signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	1645	7	fracturas y luxaciones	103	7	complicaciones del embarazo	125
8	trastornos gástricos funcionales	1353	8	enfermedades intestinales infecciosas y parasitarias	85	8	enfermedades del apéndice	116
9	enfermedades intestinales infecciosas y parasitarias	1312	9	complicaciones del embarazo	78	9	fracturas y luxaciones	111
10	otras enfermedades del sistema urinario	1209	10	infecciones respiratorias agudas	71	10	infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	107
	otras causas	15976		otras causas	734		otras causas	866
	Total	39927		Total	2363		Total	3879

Fuente: Perfil epidemiológico 2008

En el grupo de 20 a 44 años, se observa que el 10,79% de los casos en consulta externa, el 16,69% en urgencias y el 31,64% en egresos hospitalarios están asociados a los procesos reproductivos. De estos (N 18356), sólo el 24,89% se refiere a atención para la anticoncepción.

También llama la atención que en este grupo aparecen enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos, correspondiendo al 3,17% de diagnósticos en consulta externa, y al 21,30% del total de diagnósticos asociados a salud sexual y reproductiva. Es de anotar que “que por su enfoque en los países del tercer mundo [estas enfermedades] hablan del papel que tienen las Enfermedades de Transmisión Sexual y los abortos provocados en su etiopatogenia”¹¹

Tabla 6. Consultas por grupo de diagnóstico en población de 20 a 44 años según consulta general, urgencias y egreso hospitalario Pereira. 2008

Consulta Externa			Urgencias			Egreso Hospitalario		
Orden	Causa	No	Orden	Causa	No	Orden	Causa	No
1	enfermedades de los dientes y sus anexos	27560	1	trastornos mentales y del comportamiento	1242	1	pesquisa prenatal y otra supervisión del embarazo	1877
2	infecciones respiratorias agudas	6947	2	traumatismos (excluye fracturas y luxaciones)	1111	2	trastornos mentales y del comportamiento	1336
3	traumatismos (excluye fracturas y luxaciones)	5211	3	signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	908	3	complicaciones del parto	1212
4	signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	5162	4	complicaciones del parto	730	4	traumatismos (excluye fracturas y luxaciones)	787

¹¹ SECRETARIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DE PEREIRA. Perfil epidemiológico 2008. Documento de trabajo.

Consulta Externa			Urgencias			Egreso Hospitalario		
Orden	Causa	No	Orden	Causa	No	Orden	Causa	No
5	complicaciones del parto	4824	5	pesquisa prenatal y otra supervisión del embarazo	654	5	personas en contacto con los servicios de salud por otras razones	467
6	atención para la anticoncepción	4568	6	fracturas y luxaciones	553	6	fracturas y luxaciones	444
7	otras enfermedades del sistema urinario	4235	7	infecciones respiratorias agudas	400	7	signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	432
8	enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos	3910	8	enfermedades intestinales infecciosas y parasitarias	268	8	complicaciones del embarazo	395
9	trastornos gástricos funcionales	3899	9	otras enfermedades del sistema urinario	237	9	infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	331
10	otros trastornos del sistema nervioso	3381	10	complicaciones del embarazo	186	10	otras enfermedades del sistema urinario	314
	otras causas	53626		otras causas	3117		otras causas	3417
	Total	123.323		Total	9406		Total	11012

Fuente: Perfil epidemiológico 2008

En el grupo de 45 a 60 años, desaparecen de las primeras 10 causas de consulta, los identificados con en los grupos anteriores, sin embargo aquí aparecen “los egresos por tumores malignos y carcinomas, entre los cuales se presentan con mayor frecuencia los ubicados en estómago, mama, útero, pulmón y próstata, que en su mayoría mediante una identificación temprana pueden ser altamente prevenibles”¹².

Tabla 7. Consultas por grupo de diagnóstico en población de 45 y 60 años según consulta general, urgencias y egreso hospitalario Pereira. 2008

Consulta Externa			Urgencias			Egreso Hospitalario		
Orden	Causa	No	Orden	Causa	No	Orden	Causa	No
1	Enfermedades de los dientes y sus anexos	12704	1	trastornos mentales y del comportamiento	452	1	trastornos mentales y del comportamiento	550
2	Enfermedad hipertensiva	3461	2	signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	399	2	enfermedades del pulmón	325
3	Infecciones respiratorias agudas	3169	3	traumatismos (excluye fracturas y luxaciones)	267	3	signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	298
4	Artropatías	2777	4	infecciones respiratorias agudas	154	4	traumatismos (excluye fracturas y luxaciones)	238
5	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	2560	5	fracturas y luxaciones	138	5	infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	212
6	Dorsopatías y	2516	6	enfermedades del	119	6	enfermedad	202

¹² Ídem

Consulta Externa			Urgencias			Egreso Hospitalario		
Orden	Causa	No	Orden	Causa	No	Orden	Causa	No
	trastornos de discos vertebrales			pulmón			isquémica del corazón	
7	Trastornos gástricos funcionales	2259	7	Dorsopatias y trastornos de discos vertebrales	112	7	fracturas y luxaciones	200
8	Trastornos de los tejidos blandos	1934	8	enfermedad hipertensiva	101	8	tumores malignos y carcinomas	173
9	Otros trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos	1788	9	enfermedades intestinales infecciosas y parasitarias	87	9	personas en contacto con los servicios de salud por otras razones	168
10	Trastornos mentales y del comportamiento	1739	10	trastornos gástricos funcionales	81	10	otras enfermedades del sistema urinario	158
	otras causas	25627		otras causas	1072		otras causas	1842
	Total	60534		Total	2982		Total	4366

Fuente: Perfil epidemiológico 2008

c. Sífilis gestacional y sífilis congénita

Al revisar la información disponible se observa un aumento progresivo de los casos de sífilis congénita y sífilis gestacional a partir del año 2008.

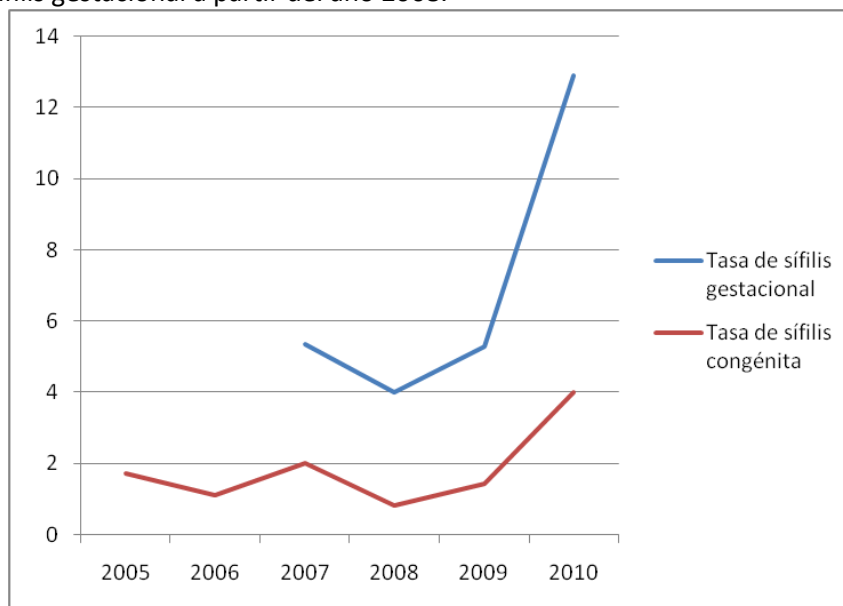


Ilustración 10. Tasas de sífilis gestacional y congénita en el municipio de Pereira. Fuente: Secretaría de Salud

La existencia de casos de sífilis congénita puede explicarse por varias razones: por un lado, la calidad en la prestación de los servicios de salud no fue la adecuada, lo que conllevó a que no se hiciera un diagnóstico oportuno; por otro lado, hubo fracasos en el tratamiento, reinfección por parte de las madres o estas no asistieron a los servicios de salud para hacer el seguimiento y monitoreo necesarios, lo que derivó en la enfermedad del recién nacido.

d. Mortalidad

- **Mortalidad Materna**

Durante el periodo 2007-2010 se ha observado el aumento de la razón de mortalidad materna en el municipio de Pereira, si bien en los años previos al periodo se había dado una disminución considerable. No obstante para lo avanzado del año 2011, esta disminuye considerablemente¹³.

“Cuando se analiza la razón de mortalidad materna se observa un aumento a través de los años; esta mortalidad es atribuida en el caso de los años 2007 y 2008 a enfermedades asociadas en un 100% a la gestación parto y puerperio, siendo en los años 2009 y 2010 en un 75% atribuible a enfermedades no asociadas con el embarazo.

Es importante tener en cuenta que el número absoluto de muertes se ha mantenido estable, sin embargo el número de nacidos vivos cada año ha ido disminuyendo por lo que se afecta directamente el indicador como se observa en la tabla anterior. La mortalidad materna relacionada con patologías no atribuibles a la gestación más frecuentes son tumor cerebral, accidente cerebrovascular, hemorragia subaracnoidea¹⁴.

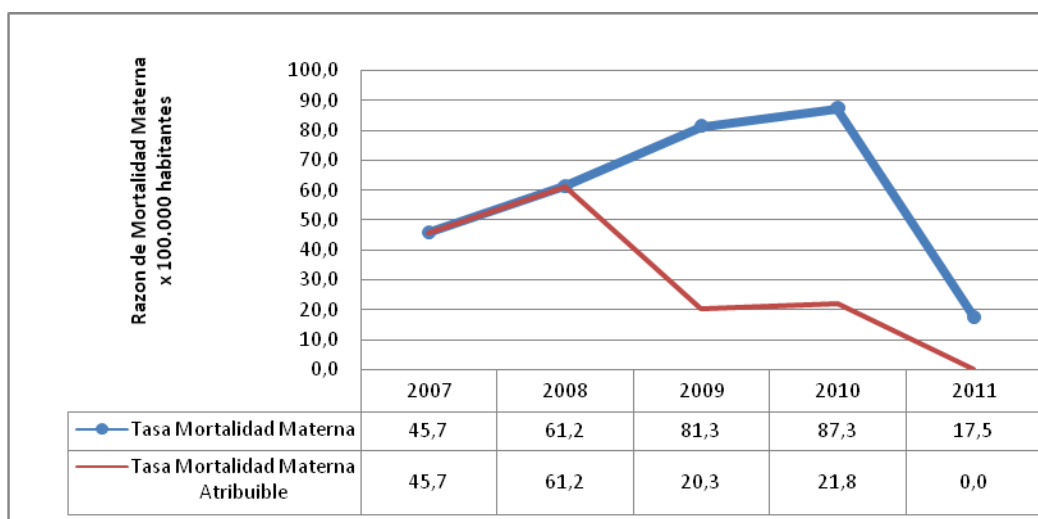


Ilustración 11. Razón de mortalidad materna en el municipio de Pereira. Fuente: Secretaría de Salud.

¹³ Dado que para el momento en el cual se elabora el presente documento no ha culminado el año 2011, se asume como línea de base la información disponible para el 2010.

¹⁴ SECRETARIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL. Informe de gestión. 2011.

- **Mortalidad Perinatal, neonatal e Infantil**

La tasa de mortalidad neonatal es el indicador de más peso en la mortalidad infantil, la cual puede tener múltiples factores relacionados con las enfermedades que pueden sufrir madres e hijos, como también con el desarrollo social y tecnológico de la sociedad en términos de prestación de los servicios de salud y con los conocimientos, hábitos y actitudes que tiene los profesionales de la salud y los mismos padres.

“La mortalidad neonatal se ha asociado principalmente a patologías relacionadas con malformaciones fetales y atención en el momento de parto o los primeros días de nacido como es el caso de asfixia perinatal o Síndrome de dificultad respiratoria; lo que implica la necesidad de trabajar coordinadamente no sólo desde el sector salud, sino desde el sector educativo o desde organizaciones que por competencia deban realizar acciones que disminuyan los riesgos en la población y mejoren el proyecto de vida de los individuos; además, es importante intensificar acciones propias del control prenatal para la identificación del riesgo materno durante la gestación de tal forma que se minimicen los riesgos en dicha población, dado que son la Sepsis del recién nacido, la asfixia del período neonatal y los otros trastornos e hipertensión de la madre que afectan al recién nacido, los que llevan a un mayor número de muertes en dicho período”¹⁵.

Dentro de las primeras cinco primeras causas de mortalidad en menores de 5 años, se observa la recurrencia de factores asociados al periodo gestacional y neonatal¹⁶:

Tabla 8: Cinco primeras causas de mortalidad en niños y niñas en Primera Infancia. Pereira. 2005-2010

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Cinco primeras causas de mortalidad de niños, niñas entre los 0 y 5 años	Sepsis del recién nacido	Síndrome de dificultad respiratoria	Malformaciones congénitas	Malformaciones congénitas	Trastornos respiratorios del periodo perinatal	Malformaciones congénitas
	Infección Respiratoria aguda	Infección Respiratoria aguda	Síndrome de dificultad respiratoria	Síndrome de dificultad respiratoria	Malformaciones congénitas	Neumonía no especificada
	Síndrome de dificultad respiratoria	Malformaciones congénitas	Infección Respiratoria Aguda	Infección Respiratoria aguda	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	Sepsis neonatal
	Malformaciones congénitas	Atelectasia primaria del recién nacido	Atelectasia primaria del recién nacido	Complicaciones feto y recién nacido	Hernia y otras enf intestinales	Síndrome de dificultad respiratoria
	Asfixia del nacimiento	Peso extremadamente bajo al nacer	Recién nacido afectado por trastornos hipertensivos de la madre	Enfermedad Diarreica Aguda	Neumonía no especificada	Inmaturidad extrema

¹⁵ Cfr. Secretaría de Salud. Informe de gestión.

¹⁶ Ídem

e. Cáncer

Al comparar las localizaciones del cáncer entre Colombia y Pereira no existen diferencias fundamentales en cuanto a mortalidad, así: los primeros lugares son ocupados en ambos sitios por estómago, bronquio y pulmón y el resto de las 10 primeras posiciones para Pereira, corresponden a tumores de: órganos genitales femeninos, colon y recto, órganos genitales masculinos, tumores del tejido linfático y órganos hematopoyéticos, cáncer de mama, cáncer de próstata, cáncer en sitios mal definidos o no especificados, cáncer de hígado y vías biliares, cáncer de próstata

Las localizaciones en mama, próstata y cérvix, cánceres con altos porcentajes de curación a través de detección temprana muestran, un comportamiento relativamente estable en el tiempo, los dos primeros registran una tendencia al ascenso. Frente al cáncer de cérvix el cuál registra una tendencia a la baja, teniendo en cuenta que a él se dirigen la mayor parte de las acciones en cáncer en el municipio, significando que la detección a través de citología está logrando el impacto esperado, porque probablemente las mujeres detectadas como sospechosas o confirmadas, están siendo objeto del tratamiento correspondiente o adecuado para lograr su curación.

Los tumores malignos constituyen un problema de gran relevancia en el perfil epidemiológico del municipio de Pereira, teniendo en cuenta que estos han ocupado el primer lugar en los dos últimos años como causa de mortalidad. Esta enfermedad representa para el 2008, el 19.2 de todas las muertes en Pereira con un registro de 521 eventos, y con una tasa de 115.1 x 100.000 habitantes.

El predominio cada vez mayor del cáncer es debido en parte a los cambios poblacionales, por efecto de los descensos de fecundidad y el aumento de la esperanza de vida, que da lugar a una población cada vez más envejecida y en consecuencia, una mayor contribución de las enfermedades propias de estas edades como es el cáncer.

Tabla 9: Mortalidad por cáncer en Pereira. 2008

Localización	2008	Hombre		Mujer	
		Nº	%	Nº	%
Bronquio y pulmón	63	33	12,8	30	11,4
Estómago	54	28	10,9	26	9,9
Otros órganos genitales femeninos	41	0	0,0	41	15,6
Colon y recto	38	17	6,6	21	8,0
Otros órganos genitales masculinos	37	37	14,3	0	0,0
Tejido linfático y órganos hematopoyéticos	35	22	8,5	13	4,9
Mama	35	0	0,0	35	13,3
Próstata	34	34	13,2	0	0,0
Sitios mal definidos o no especificados	32	17	6,6	15	5,7
Hígado y vías biliares	28	7	2,7	21	8,0
Páncreas	28	13	5,0	15	5,7

Localización	2008	Hombre		Mujer	
		Nº	%	Nº	%
Útero	20	0	0,0	20	7,6
Tumores de comportamiento					
incierto	20	10	3,9	10	3,8
Otras vías urinarias	14	10	3,9	4	1,5
Labio, cavidad bucal y faringe	8	5	1,9	3	1,1
Otros órganos respiratorios	6	3	1,2	3	1,1
Esófago	6	6	2,3	0	0,0
Melanoma y otros malignos de piel	5	4	1,6	1	0,4
Tejidos mesoteliales y tejidos blandos	5	1	0,4	4	1,5
Encéfalo	4	4	1,6	0	0,0
Sin dato	4	3	1,2	1	0,4
Tiroides y otras glándulas endocrinas	2	2	0,8	0	0,0
Huesos y cartílagos articulares	2	2	0,8	0	0,0
Vejiga	0	0	0,0	0	0,0
Otros órganos digestivos	0	0	0,0	0	0,0
Intestino delgado	0	0	0,0	0	0,0
Sistema Nervioso Central	0	0	0,0	0	0,0
Total	521	258	100,0	263	100,0

Fuente: Perfil epidemiológico 2008

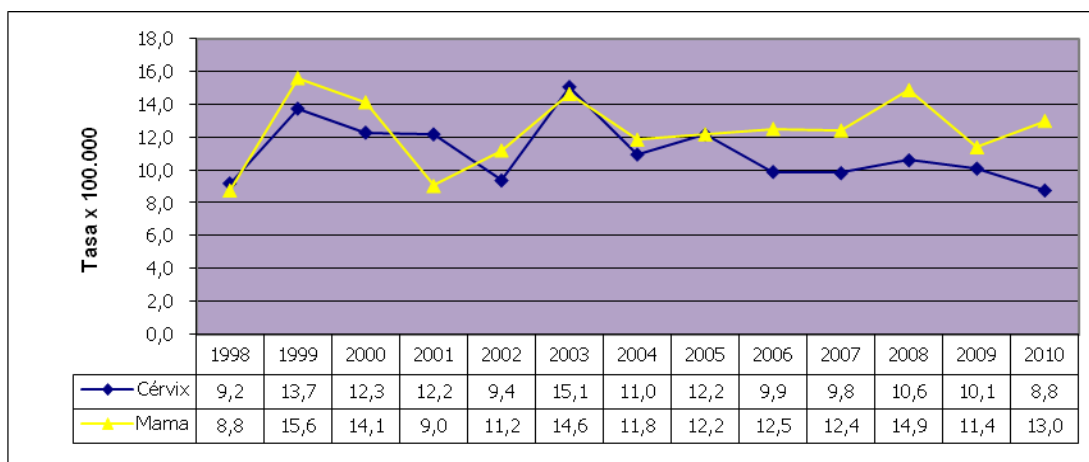


Ilustración 12. Evolución de mortalidad por cáncer de mama y cérvix en Pereira 1998-2010. Fuente: Secretaría de Salud

El cáncer de seno, próstata, útero y en otros órganos genitales masculinos y femeninos, representaron el 32.05% de los casos de mortalidad por cáncer en el 2008.

La citología es considerada una estrategia efectiva para la detección temprana de cáncer de cuello uterino, por lo que se espera que la mayor cantidad de mujeres entre los 25 y 69 años de edad se la hagan, y en el caso de menores de 25 años, quienes tengan vida sexual activa. La cobertura de citologías está en el departamento, de acuerdo a la ENDS 2010 es del 91,8% en mujeres que cumplen los criterios anteriormente descritos y que no han sido hysterectomizadas. De este grupo, el 10,4% sólo se la ha hecho una vez, mientras que se la han hecho anualmente el 64,4% y cada tres años el 6,4%.

Así mismo, y de acuerdo a la encuestas, el 6,5% de las mujeres no reclamaron el resultado de la última citología que se realizaron, siendo las principales razones para no reclamarlo: 1. No interesarles el resultado, 2. No fue entregado por la institución y 3. Se sintieron maltratadas durante el examen.

Del grupo de mujeres que nunca se han realizado la citología, las principales razones para no hacerlo son: temor o miedo (53,4%), pereza o descuido (25,6%) y barreras culturales (9,0%).

Un factor asociado al cáncer de cuello uterino es el virus del papiloma humano (VPH) y como medida para minimizar el riesgo de infección y persistencia del VPH, existen una serie de vacunas¹⁷. Sin embargo, el 49,5% de las mujeres no conoce sobre la existencia del virus y sólo el 28,1% sabe de la existencia de vacunas, y el 0,4% se ha aplicado una vacuna.

Una práctica de autocuidado y concientización sobre el cáncer de seno, es el autoexamen. El 66,9% de las mujeres entre los 18 y 69 años, en el departamento se lo han hecho. Sin embargo, el grado de desconocimiento sobre cómo debe hacerse es alto, lo que se refleja en que sólo el 50,3% lo hace cada mes, y de estas, el 74,4% lo hace en cualquier momento del mes, mientras que lo recomendado es que se haga mensualmente poco tiempo después de la menstruación, y si la mujer no menstrúa o los ciclos son irregulares, debe hacerse siempre el mismo día de cada mes.

Como el autoexamen de seno no es suficiente para la detección temprana de cáncer, es importante que las mujeres, entre los 18 y 69 años, se hagan un examen clínico una vez al año, sin embargo, la proporción de mujeres que han accedido al menos una vez en sus vidas a este servicio es bajo: 45%, siendo esta cifra inferior al valor nacional (46,6%). Del grupo de mujeres encuestadas en la ENDS 2010, sólo el 46% de ellas se lo había hecho en el último año, cifra también inferior al porcentaje nacional (47,4%). De igual manera, el porcentaje de mujeres a quienes en el examen les detectaron un tumor es superior que el porcentaje nacional (6,3 en Risaralda y 4,7 en Colombia).

En cuanto a la mamografía, es recomendable en el grupo de mujeres mayores de 40 años. La ENDS 2010 encontró que al 37,5% le habían hecho este examen, de las cuales el 65,4% sólo se habían hecho una vez.

El programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Secretaría de salud del municipio de Pereira, en el 2010 levantó una línea de base sobre la materia¹⁸, en la cual se evidencia que:

- La falta de seguimiento a las pacientes que reportan anormalidad en la citología en la red pública de servicios de salud, al igual que la atención en consulta especializada no es oportuna. Esto deriva en que los diagnósticos y tratamientos sean tardíos, cuando la enfermedad ha avanzado y pueda comprometer seriamente la vida de las personas.
- En cuanto prevención de cáncer de seno se observa que en las instituciones públicas no se desarrollan acciones de prevención, al igual que las actividades de tamizaje de seno no

¹⁷ Tetravalente (VPH 6,11,16 y 18) y bivalente (VPH 16 y 18)

¹⁸ SECRETARIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DE PEREIRA. Programa de Salud Sexual. Línea de base en cáncer 2010. Documento de trabajo.

están contratadas y sólo se remite a examen clínico de seno o a mamografía cuando la paciente presenta sintomatología de patologías mamarias

- En la red prestadora de servicios privada la situación es diferente para el programa de prevención del cáncer de cuello uterino. Existen unas acciones y actividades bien estructuradas aunque no cumplen al 100% con la normatividad vigente. Una de las falencias que más se evidenció es que la citología es tomada por auxiliar de enfermería y la norma dice que debe ser realizada por médico bacteriólogo o enfermera debidamente capacitados.
- Así mismo, el programa de detección temprana del cáncer de seno en algunas instituciones privadas no funciona como programa sino como actividades desligadas o sueltas, hacen mamografía si la paciente la pide o presenta sintomatología y el examen de seno no lo tienen codificado.
- En las instituciones que atienden regímenes especiales como la Policía Nacional, Batallón y Maestros, no funcionan adecuadamente los servicios, son de poca calidad, son inoportunos y no tienen un control para verificar el cumplimiento de sus actividades. Si bien algunas de estas entidades contratan algunos de los servicios con operadores que desarrollan adecuadamente sus labores, es claro que no se hace seguimiento a los diagnósticos anormales de citología.
- Otro elemento que se identificó en la línea de base es que las instituciones no dan a conocer los derechos a los usuarios e incluso los funcionarios no los conocen. Esto eleva el riesgo de vulneración en la atención.
- Una de las grandes falencias son los sistemas de información ya que las IPS deben enviar informes trimestrales de las actividades realizadas a la Dirección Local de Salud y aún se encuentran IPS que no reportan en el tiempo estipulado, lo que obstaculiza la labor de vigilancia, seguimiento y control de la Secretaría.

f. VIH, ITS y Uso del Condón

VIH

Las metas en el área específica de Sida propuestas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, ODM, obligan al país para el año 2015 a mantener la prevalencia de la infección por VIH por debajo del 1.2%, a aumentar el acceso a medicamentos antirretrovirales, a reducir la mortalidad por causa del Sida, a disminuir el número de casos de transmisión perinatal y a incrementar el uso de medidas de protección como el condón, particularmente entre la población joven.

En Pereira para el año 2008 se observa un incremento en la tasa de infección en el periodo analizado, (25,0 por 100.000 habitantes) y la mortalidad por SIDA 11.3 x 100.000 habitantes. El 57.7% se encuentra en el grupo de 15 a 34 años de edad, pero en los últimos años se evidencia un incremento de casos en los grupos mayores de 45 años con el 13.1% de la participación. El 3.3% (1.873 casos) son menores de 18 años.

El 72% de los casos reportados en el 2008 son hombres y el 28% son mujeres. En el 32.7% del total de casos registrados, no tienen identificado un mecanismo probable de transmisión, pero puede asumirse que en su mayoría son hombres que temen revelar su comportamiento sexual a causa del estigma y la discriminación que se presentan subsecuentemente al diagnóstico. En los casos en que se reportó el mecanismo probable de transmisión, el 53% corresponde al comportamiento heterosexual y el 8.9% homosexual.

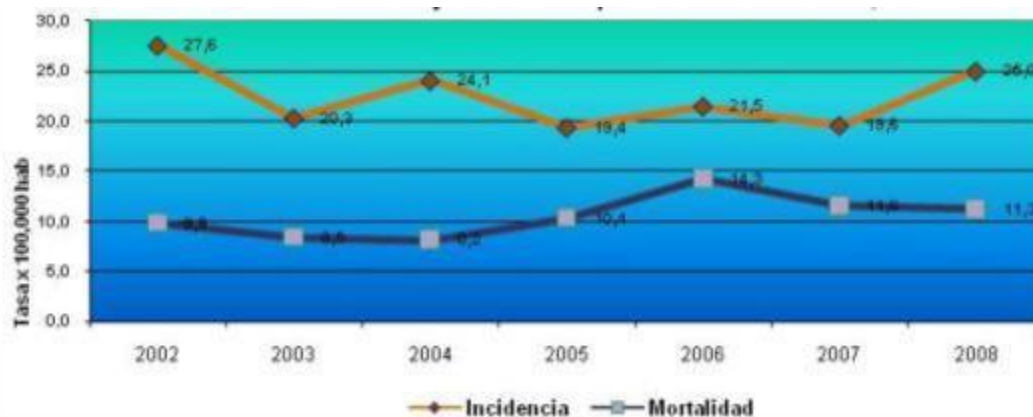


Ilustración 13: Incidencia y mortalidad de VIH en Pereira 2002-2008. Fuente: perfil epidemiológico.

Para el momento de la elaboración del presente documento, se encuentran pendientes la publicación de dos estudios relevantes para establecer la prevalencia de VIH en poblaciones específicas: el estudio de seroprevalencia en población de hombres que tienen sexo con hombres y el de seroprevalencia en consumidores de drogas inyectables, los cuales darán información sobre la situación de VIH en el municipio a partir de un enfoque diferencial, y que a su vez propondrán recomendaciones específicas para abordar estas poblaciones.

Si bien la prevalencia a nivel nacional está por debajo de las Metas del Milenio, existe una alta proporción de personas que nunca se han hecho la prueba de VIH o que no saben que están infectadas. A manera de ejemplo, el 56,4% de las mujeres entre los 15 y 49 años en el departamento, nunca se ha hecho la prueba de VIH y más preocupante aún es que, del conjunto de mujeres que tuvieron hijos dos años antes de la aplicación de la ENDS 2010, sólo el 47,4% recibió consejería frente al VIH en la atención prenatal¹⁹.

No obstante la multiplicidad de campañas sobre prevención del VIH en las últimas décadas, aún sorprende el grado de desconocimiento que tiene la ciudadanía en general, o al menos así lo revela la ENDS 2010 para el caso de las mujeres en el departamento de Risaralda: si bien hay prácticamente un conocimiento universal la existencia del VIH/SIDA, los mecanismos para evitar su propagación no se encuentran tan posicionados en la comunidad. Sólo el 62.9% de las mujeres encuestadas en la ENDS 2010 manifestaron el usar siempre condón y tener una sola pareja sexual fiel contribuían a evitar la transmisión del virus. Adicionalmente el 69,6% argumentó que no teniendo relaciones sexuales. De hecho, el estudio plantea que “aún existe una falta de conocimiento por parte de las mujeres colombianas sobre prácticas seguras para evitar el contagio

¹⁹ Cfr. Profamilia. Op.cit.

de la enfermedad, demostrando con ello falta de una adecuada educación sexual y también de planeación y desarrollo de campañas integrales de VIH/SIDA”²⁰

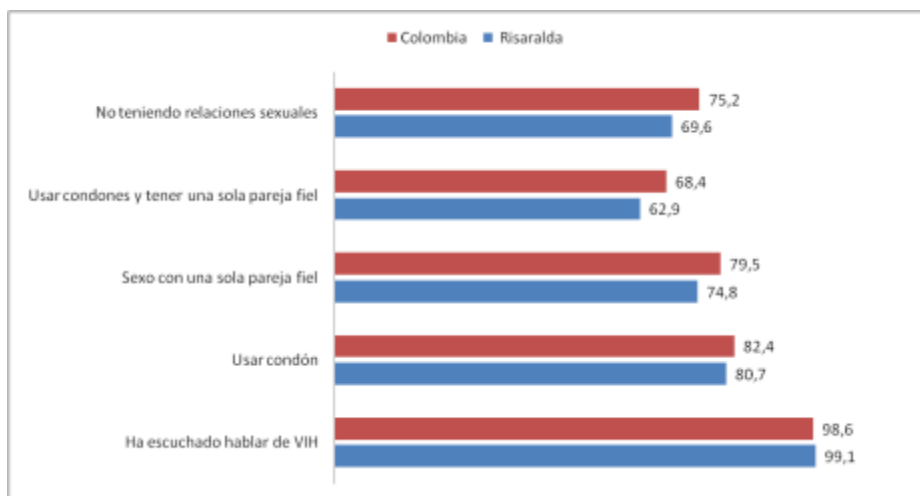


Ilustración 14. Nivel de conocimiento sobre el VIH y formas de prevención de la infección en Risaralda y Colombia.
Fuente: ENDS 2010.

La proporción de mujeres que tienen un conocimiento comprensivo²¹ sobre el VIH/SIDA llega al 23,7%, siendo inferior a la nacional (27,1%). Esta cifra sube levemente al 24,6% en mujeres adolescentes, sin embargo permanece la distancia con el nivel nacional (27,8%). Esto significa que en promedio, 3 de cada 4 mujeres en edad fértil tienen ideas erróneas sobre los mecanismos de transmisión de la enfermedad, hecho que sin duda alguna no sólo puede generar factores de riesgo sino que también potencia la discriminación y exclusión hacia las personas que viven con el virus.

De hecho, una de cada 6 mujeres en el departamento considera que una persona que parezca saludable no tiene VIH, 1 de cada 2 considera que el VIH se puede transmitir a través de mosquitos, 1 de cada 7 cree que se puede transmitir a través de métodos sobrenaturales y 1 de cada 3 manifiesta que se puede contraer el VIH al compartir alimentos con una persona infectada.

Así mismo, existe un amplio desconocimiento sobre los mecanismos de transmisión vertical y prevención de esta: un poco menos de la mitad de mujeres encuestadas por la ENDS 2010 no sabían que el VIH podía ser transmitido por la lactancia, y sólo un tercio reconoció que el riesgo de transmisión puede ser prevenido con tratamientos antirretrovirales. De forma combinada, sólo 1 de cada 5, tenía claro que la lactancia puede ser un factor de riesgo en la transmisión vertical cuando la madre está infectada y que el riesgo de transmisión puede ser reducido si la madre accede a tratamientos de forma oportuna.

²⁰Profamilia. ENDS 2010. Pág. 307

²¹ De acuerdo a la ENDS 2010 “Conocimiento comprensivo significa que la persona entrevistada sabe que el usar condón durante las relaciones sexuales y el tener una sola pareja fiel pueden reducir el riesgo de contraer el virus del VIH/Sida; sabe además que una persona que parezca saludable puede tener el virus del VIH/Sida; y finalmente rechaza las dos ideas erróneas más comunes sobre la transmisión o prevención del VIH/Sida”.

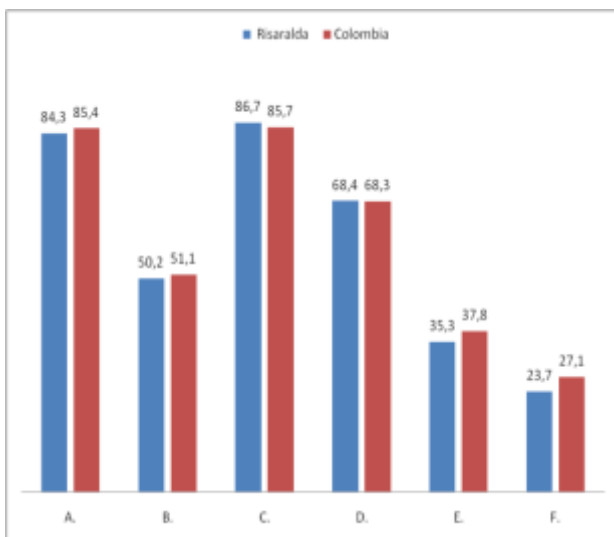


Ilustración 15. Porcentaje de mujeres que consideran que las afirmaciones sobre la transmisión del VIH son correctas en Risaralda y Colombia. Fuente: ENDS 2010

Convenciones:

- A. Una persona que parezca saludable puede tener el virus del VIH
- B. El VIH/Sida no puede ser transmitido por picadura de mosquitos
- C. El VIH/Sida no puede ser transmitido por medios sobrenaturales/ hechicería
- D. Una persona no puede contraer el virus del VIH compartiendo alimentos con una persona que tenga VIH/Sida
- E. Porcentaje que dice que una persona que parezca saludable puede tener el virus del VIH y que rechaza las dos ideas erróneas más comunes sobre VIH/Sida
- F. Porcentaje con conocimiento comprensivo sobre el VIH/Sida

Tabla 10: Porcentaje de mujeres de acuerdo a su respuesta frente a las afirmaciones sobre transmisión vertical en Risaralda y Colombia.2010

Enunciado	Risaralda	Colombia
VIH puede ser transmitido durante la lactancia	51,3	51,3
El riesgo de la transmisión del VIH de la madre al hijo (TSMH) puede ser reducido si la madre toma medicamentos especiales durante el embarazo	35,2	32,3
El VIH/Sida puede ser transmitido durante la lactancia y el riesgo de TSMH puede ser reducido si la madre toma medicamentos especiales durante el embarazo	21,2	20,4

Fuente: ENDS 2010

Otro aspecto relevante radica en la actitud de la ciudadanía hacia las personas que viven con VIH. El estigma y la discriminación son indicadores sobre la ausencia de conocimientos claros frente a la problemática y la persistencia de mitos y creencias que afectan la salud física y mental de las personas que viven con el virus. La ENDS 2010 también arroja cifras al respecto: el grado de aceptación de las personas que viven con VIH es muy bajo en el departamento y el país. Sólo 15,3% aceptaría de forma irrestricta a las personas viviendo con VIH de acuerdo a los enunciados propuestos por la ENDS.

Sorprende que un poco más de la mitad de las mujeres que respondieron a la encuesta, y que son un potente reflejo de la sociedad colombiana frente a las personas que viven con VIH, no aceptarían comprar vegetales frescos si se los vendiera una persona infectada con VIH, y alrededor del 42%, no considera prudente que un profesor viviendo con VIH de clases.

Tabla 11. Aceptación de las personas de VIH por las mujeres en edad fértil en Risaralda y Colombia. 2010

Enunciado	Risaralda	Colombia
Esta dispuesta a cuidar en el hogar a un familiar con el virus del VIH	81,6	77,1
Compraría vegetales frescos a una persona con el virus del VIH	48,3	48,2

Cree que a un profesor con el virus del VIH se le debe permitir seguir enseñando	57,7	56,4
No le gustaría mantener en secreto que un familiar está infectado con el Virus del VIH	42,7	42,5
Porcentaje que expresa aceptación de las cuatro actitudes	15,3	15,3

Fuente: ENDS 2010

Otras ITS

La ENDS 2010 indagó sobre el conocimiento sobre ITS distintas al VIH, que tenían las mujeres encuestadas, encontrándose que en el departamento una de cada 10 mujeres no tiene conocimiento sobre otras ITS, y si bien el 90% restante manifestó conocer otras ITS, el 40,7% no conoce síntomas en el hombre y el 34,4% no conoce síntomas en la mujer. Esto da cuenta que cerca de la mitad de la mitad de las entrevistadas (las que no conocen ITS o no conocen síntomas) tienen una mayor vulnerabilidad

Tabla 12. Conocimiento de las mujeres en edad fértil sobre ITS en Risaralda y Colombia. 2010

Conocimiento de ITS		Risaralda	Colombia
No conoce ITS		10,5	17,4
En el hombre	No conoce síntomas	40,7	30,9
	Mencionó un síntoma	14,2	15,3
	Mencionó dos o más síntomas	35,5	36,4
En la mujer	No conoce síntomas	34,4	28,1
	Mencionó un síntoma	14,1	14,1
	Mencionó dos o más síntomas	41	40,4

Fuente: ENDS 2010

El desconocimiento de los síntomas asociados a ITS representa factor de riesgo frente a una posible exposición durante el contacto sexual, en la medida que los criterios de evaluación, frente a la situación de salud de ellas mismas y de sus parejas sexuales, pueden ser insuficientes. Así mismo, el 2,6% de las mujeres encuestadas reportó haber tenido una ITS o síntomas asociados a una ITS en los doce meses previos a la aplicación del instrumento, no obstante, esta cifra es sustancialmente inferior al 8,7% nacional.

El uso del condón

Con el fin de evitar la propagación de la infección por VIH es fundamental que las personas asuman prácticas de sexo seguro, y en especial sexo penetrativo con condón. Este aspecto tradicionalmente ha sido un tema tabú y propio de hombres: es “[...] recurrente que pareciera ser discrecional de los hombres. Los y las participantes [en los grupos focales] coincidieron en que el papel de la mujer en el uso de este método de barrera es secundario y que ellas tienden a no exigirlo para no someterse al juicio moral de los hombres”²²

De hecho la capacidad de negociación de las mujeres es insuficiente frente a este método de doble protección: el 10,6% de las mujeres entrevistadas en la ENDS 2010 no rechazarían tener relaciones sexuales con sus compañeros sexuales aunque estos tuviesen una ITS ni exigirían el uso

²² SECRETARIA DE SALUD Y SEGURIDAD DE PEREIRA-FUNDACION HABITAT. Informe de grupos focales para la Campaña de Promoción del Uso del Condón. Pereira. 2010. Documento de trabajo.

del condón. Así mismo, 1 de cada 13 mujeres entre los 18 y 49 años, está en desacuerdo con que se enseñe el uso del condón a niños y niñas entre los 12 y 14 años, como mecanismo para prevenir el VIH.

En el trabajo de campo desarrollado para la elaboración del presente documento, se encontró que una de las principales problemáticas identificadas por los jóvenes, se refiere al no uso del condón en esta población. Al parecer, un grupo importante de menores de edad y adultos jóvenes no lo usa porque no tiene conciencia, o cuando tienen encuentros sexuales no lo tienen a la mano o porque es costoso. Ninguno de los jóvenes consultados tenía conocimiento sobre el derecho que tienen de acceder a condones gratuitos a través de los servicios de salud. Así mismo, y de acuerdo a las ENDS 2010, el 28% de las adolescentes encuestadas y que habían tenido relaciones sexuales, no usó condón en la primera relación.

El no uso del condón es un síntoma de alarma en términos de salud sexual y reproductiva: de acuerdo a la ENDS 2010, el 50,6% de las mujeres entrevistadas entre 15 y 49 años, y que habían tenido dos o más parejas sexuales en los últimos doce meses, no utilizó condón en su última relación sexual. Aun así las cifras en Risaralda son muy superiores a las del país, cuya proporción frente a esta variable llegó, de acuerdo a la encuesta, al 34%.

g. Fecundidad

Como se ha anotado anteriormente, la fecundidad en el departamento ha disminuido a lo largo de las últimas décadas y se espera que siga disminuyendo en los próximos años. De esta forma mientras que en el lustro 1985-1990, el promedio de hijos por mujer era de 2,87, para el periodo 2010-2015, es de 2,09. Así mismo, el número de nacidos vivos por cada mil mujeres desciende en el mismo periodo, pasando en Risaralda de 95,4% a 66,4%.

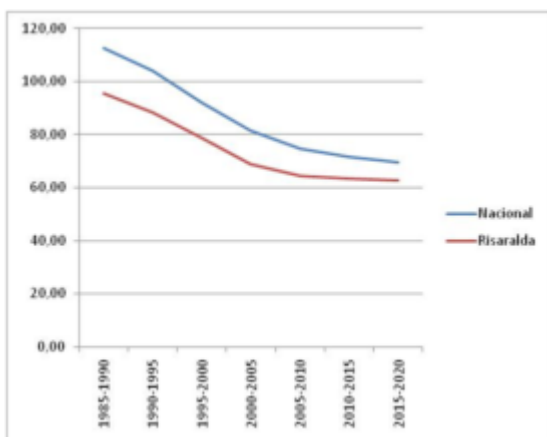


Ilustración 16. Tasa general de fecundidad por mil mujeres. Fuente: DANE

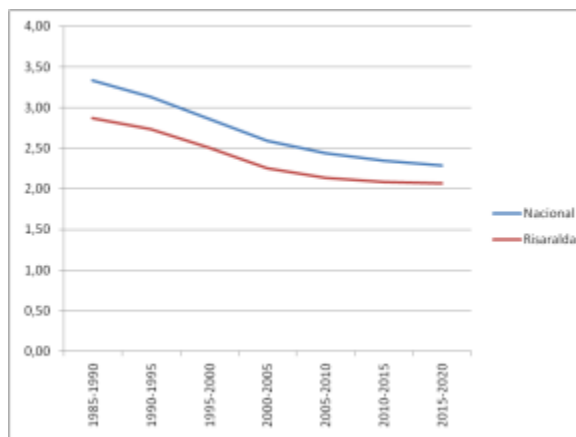


Ilustración 17. Tasa global de fecundidad. Fuente: DANE

El periodo intergenésico en Risaralda es superior al nacional, sin embargo, se observa que en el 16,4% de los casos, el periodo fue inferior a los 24 meses, lo que configura un escenario de riesgo por las razones anteriormente descritas.

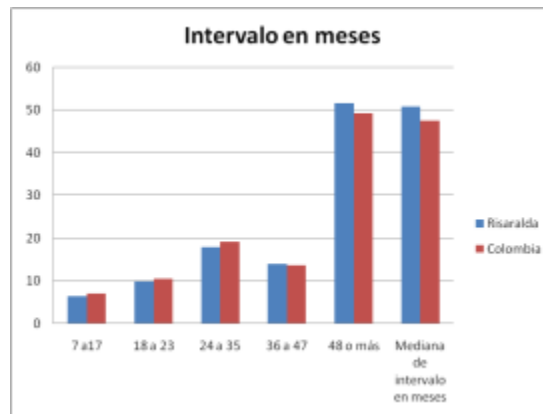


Ilustración 18. Intervalo intergenésico en Risaralda y Colombia. Fuente: ENDS 2010

Otro aspecto que incide en la fecundidad, es la edad de las madres al momento del nacimiento del primer hijo. De acuerdo a la ENDS 2010, al momento de aplicar la encuesta, el 17,7% de las adolescentes, entre 15 y 19 años, ya era madre, cifra superior al porcentaje nacional, ubicado en el 15,8%. Así mismo el porcentaje de adolescentes en embarazo o que habían estado en embarazo alguna vez, es levemente superior al total nacional.

En particular el embarazo a temprana edad tiene amplias y profundas consecuencias, en su mayoría negativas, tanto para la madre, como para el hijo: “Los riesgos de salud, la deserción escolar, la pérdida de oportunidades de ingresos futuros, el rechazo familiar y social, la mayor dificultad para lograr las tareas de desarrollo, las dificultades emocionales, físicas y aun financieras, son algunas de las consecuencias para la joven madre [...] Desde el punto de vista del niño, las consecuencias de una maternidad precoz son en salud –mayores riesgos de morbilidad y mortalidad durante el periodo neonatal– por la falta de desarrollo físico y emocional de la madre.”²³. De igual forma, el embarazo en adolescentes está asociado a gestaciones no deseadas y a la probabilidad de ocurrencia de abortos.

²³ FLORES, Carmen Elisa y SOTO, Victoria. Fecundidad adolescente y pobreza: diagnóstico y lineamientos de política. DNP: Estrategia para la reducción de la pobreza y la desigualdad. Bogotá, 2007. Pág. 60 y ss.

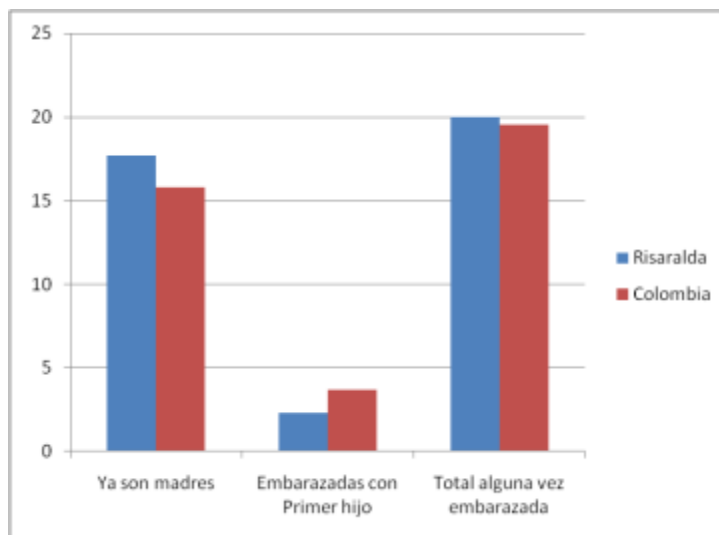


Ilustración 19. Porcentaje de mujeres entre los 15 y 19 años que ya son madres o están en embarazo en Risaralda y Colombia. Fuente: ENDS 2010

h. Planificación familiar

La Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, establece como meta “incrementar el uso correcto de métodos anticonceptivos en la población en edad fértil, con especial énfasis en la población masculina, y reducir la demanda insatisfecha de planificación familiar en la población de mujeres unidas”, como medida para prevenir la ocurrencia de embarazos no deseados, los cuales pueden eventualmente traducirse en embarazos de riesgo o propiciar prácticas de riesgo, como el aborto.

Así mismo, se asocia al ejercicio de los derechos reproductivos, en tanto que el uso adecuado de métodos anticonceptivos fortalece la capacidad de las mujeres y sus parejas para la toma de decisiones en cuanto al espaciamiento y número de hijos, brindando mayor autonomía sobre el proceso reproductivo.

Al comparar la ENDS 2005 y 2010, se observa que la proporción de mujeres con y sin unión que usan métodos anticonceptivos aumentó en Risaralda, sin embargo, hubo un mayor aumento en mujeres con unión, pasando del 82% al 84%, mientras que en las mujeres sin unión pasó del 82% al 83%.

Se percibe, igualmente, una transición entre los mecanismos más utilizados (p.ej. La disminución del DIU vs el aumento en la utilización de la inyección). También aumenta la utilización de la esterilización femenina, sin embargo, esta proporción dista de la proporción de esterilización masculina (mientras que 1 de cada 3 utiliza la esterilización femenina, en 1 de cada 20 de los casos, quien esta esterilizado es la pareja).

Preocupa la reducción en proporción de mujeres que usan el condón, pasando del 11% en el 2005 a 9,1% en el 2010, puesto que este dispositivo es de doble protección: de hecho el 91% de las mujeres en unión tienen mayor riesgo de contraer VIH.

Al analizar por tipo de método, la ENDS 2010 revela que hay una mayor proporción de uso en mujeres con unión en Risaralda, sin embargo, también es mayor el uso de métodos tradicionales y folclóricos, cuya efectividad para evitar embarazos es muy baja o nula²⁴.

Tabla 13. Uso de métodos anticonceptivos en mujeres con Unión en Risaralda y Colombia. 2010

Métodos anticonceptivos	Risaralda	Colombia
Cualquier método	84,3	79,1
Total Métodos Modernos	77,7	72,9
Esterilización femenina	34,9	34,9
Esterilización masculina	5,4	3,4
Píldora	12,1	7,6
DIU	5,3	7,5
Inyección	9,5	9,2
Implantes	1,2	3,1
Condón	9,1	7
Espuma	0,2	0,1
Método de amenorrea por lactancia	0,1	0,2
Total métodos tradicionales	6,6	6,1
Abstinencia periódica	2,4	2,3
Retiro	3,5	3,5
Métodos folclóricos	0,6	0,3
No usa	15,7	20,9

Fuente: ENDS 2010

En el departamento, el método más utilizado, de acuerdo a la ENDS 2010, es la esterilización femenina, sin embargo, 1 de cada 10 mujeres esterilizadas se han arrepentido de dicha decisión, principalmente por el deseo personal de tener más hijos (62,4%) o el deseo de la pareja (19,6%).

En cuanto a la asesoría que recibieron las mujeres para ser usuarias de métodos anticonceptivos modernos, se encuentra que la calidad de dicha asesoría es baja o nula en la mayoría de los casos:

Tabla 14. Tipo de asesoría dada a las mujeres en unión de acuerdo al método anticonceptivo en Risaralda y Colombia. 2010

Tipo de asesoría	Risaralda	Colombia
* Sobre los posibles efectos secundarios del método usado	54,9	54,3
* Que hay que hacer si hay efectos secundarios	44,6	44,1
* Sobre otros métodos	43,4	57
** Que la esterilización es permanente	89,8	89,7

* Sólo para usuarias de esterilización femenina, píldoras, DIU, inyecciones e implantes

** Mujeres esterilizadas a quienes se les dijo que no podrían tener más hijos

Fuente: ENDS 2010

²⁴ De hecho, la ENDS 2010 reveló que la mitad de las mujeres que utilizan el método de abstinencia periódica lo hacen de manera equivocada.

Por otro lado se encuentra la baja inducción a la demanda de servicios de planificación familiar en no usuarias de métodos anticonceptivos: de acuerdo a la ENDS 2010, el 71,7% de la encuestadas no usuarias de métodos, no habló sobre planificación familiar en los últimos 12 meses previos a la aplicación de la encuesta, aunque habían tenido contacto con promotores de salud o habían visitado establecimientos de salud durante dicho periodo.

Adicionalmente, el 45,5% de las mujeres encuestadas no sabía, al momento de diligenciar el instrumento, que las EPS proporcionaban métodos anticonceptivos temporales gratuitos.

La proporción de mujeres con necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar, y en unión, para el 2010, es de 5,6%. De hecho, aún existe una proporción significativa de hijos no deseados: mientras que la tasa de fecundidad deseada en el departamento es de 1,3, la tasa de fecundidad observada es de 1,7.

En línea de base elaborada por el Programa de Salud Sexual y Reproductiva elaborada en el 2010, se pudo evidenciar que:

- La red prestadora de servicios de salud pública, no cuenta con los insumos necesarios de los diferentes métodos de planificación para el reabastecimiento del método que el usuario requiera, la población vinculada es la más afectada ya que para la entrega de métodos hormonales dependiendo de su periodicidad y uso no lo entregan, dan prioridad a la población subsidiada.
- En algunas instituciones de salud de la red privada a no están suministrando el preservativo como método de planificación familiar, solamente realizan la parte preventiva, y lo entregan a pacientes con infecciones de transmisión sexual.
- En cuanto a métodos modernos y de inclusión en la norma como el implante subdérmico, la red prestadora publica no brinda una buena oportunidad de acceso a la población que lo requiere debido a los procesos de contratación, y las instituciones que hacen parte del régimen especial presentan la misma situación, lo cual genera mayor riesgo en el aumento de la fecundidad. En cuanto a los procedimientos quirúrgicos ocurre la misma situación en las diferentes redes prestadoras.
- En cuanto a sistemas de información se evidenció que las instituciones de la red prestadora pública no cuentan con un sistema estructurado que permita tener un seguimiento a la calidad de los datos que hacen parte del programa de planificación familiar, no cuentan con base de datos de los usuarios que hacen parte del programa, dicho seguimiento y control de los usuarios lo realizan de forma manual por medio de ficheros, algunas instituciones de la red privada presentan la misma situación en cuanto a las dificultades para el seguimiento de los usuarios al no contar con bases de datos.
- La remisión de informes del programa de planificación no ha sido de forma oportuna por parte de las IPS, ya lo que impide evaluar los indicadores específicos para tener una mejor mirada del programa en cuanto a la ejecución de actividades programadas o metas establecidas.

- En cuanto a la planificación de los programas, se evidenció que algunas instituciones no realizan una adecuada programación de las intervenciones a realizar, las metas y actividades propuestas no coinciden con lo ejecutado, y además dicha programación no es dada a conocer al personal involucrado en el proceso lo cual dificulta el cumplimiento de metas.
- Las instituciones prestadoras de servicios de salud no están realizando adecuadamente la difusión de sus programas de promoción y prevención.

i. Atención materna

De acuerdo a la ENDS 2010, del total de nacimientos en los últimos 5 años, el 2.4% de las mujeres gestantes en Risaralda no recibió atención prenatal, mientras que el 95,1% recibió atención por parte de un profesional de la medicina y el 2,5 restante la recibió de un profesional de enfermería.

Tabla 15. Contenido de la atención prenatal a gestantes en Risaralda y Colombia. 2010

Contenido de la APN	Risaralda	Colombia
Informaron sobre las complicaciones del embarazo	88,5	81,4
Fue pesada	99,8	99,4
Altura uterina	99,3	98,9
Tomaron la presión arterial	99,8	99,5
Tomaron muestra de orina	98,3	96,7
Tomaron muestra de sangre	99,5	97,5
Le escucharon latidos del corazón	98,5	97

Fuente: ENDS 2010

A una de cada nueve mujeres en gestación en los últimos 5 años no se les brindó información sobre las posibles complicaciones del embarazo. En términos generales, a casi el 100% de ellas se les realizaron procedimientos de rigor, sin embargo los menos frecuentes fueron los

exámenes de orina y escucha de los latidos del corazón.

En cuanto al suministro de dosis de la vacuna antitetánica en mujeres gestantes, al parecer²⁵ la cobertura en Risaralda es menor que a nivel nacional, aunque la proporción de mujeres que no recibieron ninguna dosis es menor que en el país. De hecho, una de cada 17 mujeres encuestadas no recibió ninguna dosis durante la última gestación.

²⁵ El porcentaje de mujeres que dicen no recordar o saber es superior en el departamento que a nivel nacional.

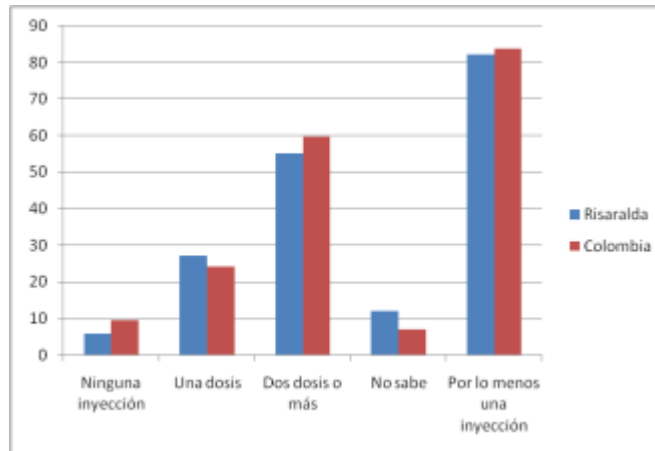


Ilustración 20. Porcentaje de mujeres que recibieron dosis antitetánica en Risaralda y Colombia. Fuente: ENDS 2010

Así mismo, velar por la adecuada alimentación de las madres gestantes desemboca en menores riesgos para la salud de ellas y de sus hijos. El consumo de calcio, hierro y ácido fólico durante la gestación es fundamental para prevenir anemia y anomalías en el desarrollo del feto.

Tabla 16. Ingesta de suplementos por gestantes en Risaralda. 2010

Ingesta de suplementos	Hierro	Ácido fólico	Calcio
Porcentaje que recibió	92	91,9	87,9
Porcentaje que recibió pero no lo tomó	2,6	1,6	0,9
Tomó 1 mes	3,2	1,8	2
Tomó 2 meses	3	3,7	4
Tomó 3 meses	6,9	6,3	6,7
Tomó 4 meses	7,5	7,5	8
Tomó 5 meses	10	9,8	11,3
Tomó 6 meses	16	16,6	16
Tomó 7 o más meses	48,7	50,6	49,1
No sabe o no recuerda	2	2	2

Fuente: ENDS 2010

Alrededor de las mitad de mujeres con niños menores de 5 años encuestadas recibió suplementos de ácido fólico, hierro y calcio durante siete meses o más de la gestación.

Sin embargo, el porcentaje de mujeres que no recibió suplementos oscila entre el 8% y el 12%. Por otro lado, se encuentra el grupo de mujeres que aunque recibieron suplemento, decidieron no

tomarlo, lo que indica un insuficiente acompañamiento a las gestantes.

En cuanto al lugar de la atención del parto, en el 98,3% de los casos, la atención de parto fue en una institución de salud mientras que el resto fue realizado en casas. Así mismo, el 25,2% de los nacimientos fue por cesárea.

En las gestantes, los problemas posparto más comunes fueron la depresión, el sangrado interno de la vagina, el dolor al orinar y la infección de los senos, sin embargo no todos los casos que se presentaron tuvieron atención médica. De hecho, del total de casos de depresión posparto, sólo el 44,8% tuvo atención, mientras que los que tuvieron mayor proporción de atención médica fueron los que precisamente se presentaron con menor frecuencia, como la pérdida involuntaria de orina y los desmayos o pérdidas de conciencia. Sólo el 69,54% del total de casos presentados tuvo algún tipo de atención.

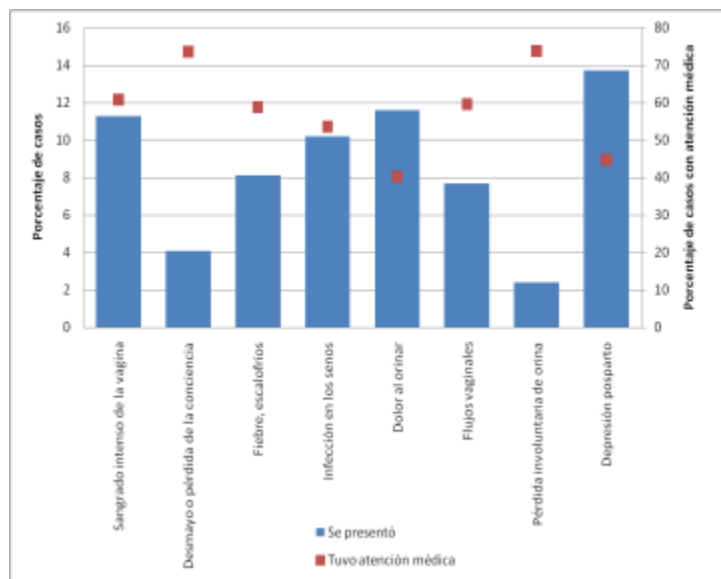


Ilustración 21. Porcentaje de problemas posparto y porcentaje de problemas con atención médica en Risaralda.
Fuente: ENDS 2010

j. Violencia Intrafamiliar y sexual

Durante el periodo 2005-2009, de acuerdo al FORENSIS, se presentaron en Risaralda 6274 casos de VIF, de los cuales el 81,29% proceden de los municipios que conforman el Área Metropolitana (proporcionalmente estos municipios concentran el 73% de la población risaraldense). La mayor cantidad de casos corresponden a Pereira (59,79%), seguido de Dosquebradas (15,72%) y la Virginia (5,79%). Santa Rosa de Cabal, si bien no hace parte del Área Metropolitana, aporta el 7.94% de los casos. Durante todo el periodo, Pereira y la Virginia han tenido tasas de VIF superiores a la departamental, siendo la Virginia el municipio con las tasas más altas en el departamento en el periodo 2005-2007 y en el año 2009: para el año 2008 fue superada por Pereira. Otros municipios que han tenido tasas superiores a la departamental son: Marsella (2006,2007 y 2008), Santa Rosa de Cabal (2005, 2006 y 2007) y Mistrató (2009).

La violencia de pareja se presenta como la modalidad más frecuente de los casos de VIF en el Departamento. Del total de casos de VIF (N 6274), la violencia de pareja aporta el 58.58% de los eventos. Las tasas más altas²⁶ se presentan en los municipios que conforman el Área Metropolitana y la cuenca del Río Otún. De esta forma, Pereira y la Virginia tuvieron tasas superiores a la departamental en todos los años analizados.

²⁶ Tasas por 100 mil habitantes. Población mayor de 11 años.

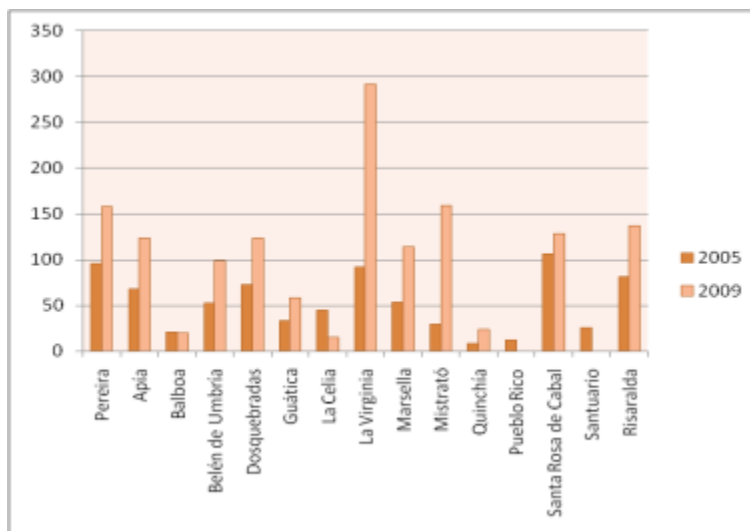


Ilustración 22. Tasas de Violencia de Pareja por 100 mil habitantes en el departamento años 2005-2009. Fuente: FORENSIS

Al analizar por género, la distribución de las víctimas, se encuentra que sólo en el 2008 “el género femenino reportó el mayor número de casos con 715, que representaron el 89,6%, el cálculo de la razón hombre-mujer arrojó como resultado 9:1, por cada hombre víctima de maltrato de pareja, fueron maltratadas 9 mujeres, dato que fue igual al obtenido el año anterior”²⁷. En contraposición se observó que los agresores son hombres: “el esposo para el estado civil casada con 417 casos y el compañero permanente en el estado civil unión libre con 329, se constituyeron en los principales agresores en este tipo de violencia”²⁸.

De igual forma las expresiones de violencia de pareja adquieren diversos matices, expresiones y modalidades, lo que es corroborado por la ENDS 2010: el 68,9% de las mujeres que han estado alguna vez en unión, han sufrido alguna forma de control por parte de sus compañeros, siendo las más comunes, los celos, la insistencia por saber dónde están y las acusaciones de infidelidad. Por otro lado, el 21% sufrió tratos desobligantes por parte de sus compañeros, expresado en frases como “usted no sirve para nada” o “usted es bruta”, y el 27% recibió algún tipo de amenaza asociada al abandono, quitarle los hijos o quitarle el apoyo económico.

En cuanto a la violencia física, el 32.2% de las mujeres que han estado unidas alguna vez, ha sido víctima de alguna forma de agresión por parte de su compañero o esposo, siendo las más comunes los empujones o zarandeos, golpes con la mano, patadas o arrastradas. Cabe destacar que 1 de cada 10 mujeres víctimas de violencia física, fue violada por su esposo o compañero.

En la mayoría de las expresiones de violencia física, el departamento está por debajo de los porcentajes nacionales, sin embargo, está por encima en los siguientes casos: violación por parte del compañero o esposo, amenaza con arma por parte del compañero o esposo, o intentaron estrangulada o quemarla, particularmente expresiones que dejan un impacto físico y/o psicológico más fuerte.

²⁷ INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL SECCIONAL RISARALDA. Revista de medicina legal 2008. Pág. 86. Consultado en www.medicinalegal.gov.co

²⁸ ídem

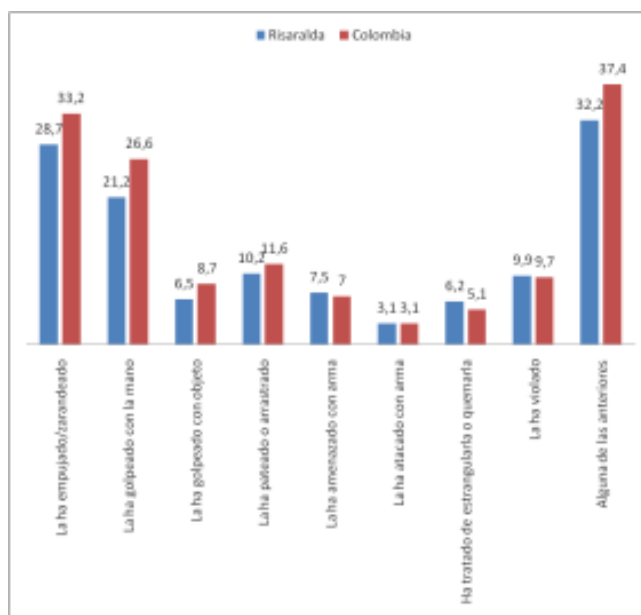


Ilustración 23. Formas de maltrato a la pareja. Fuente: ENDS 2010

En cuanto a las consecuencias de los distintos hechos violentos de los que han sido víctimas las mujeres entrevistadas por la ENDS 2010, se observa que el porcentaje de personas que reportaron alguna lesión en el departamento fue superior al del nivel nacional, en especial en los casos en los que los efectos se asocian a la salud mental. La distribución por lesiones es la siguiente:

Tabla 17. Formas de lesiones a mujeres maltratadas.

Lesiones	Risaralda	Colombia
Moretones/dolores	54,7	57,7
Herida o hueso quebrado	9,7	13,8
Aborto	2,7	2,1
Perdida de órgano/miembro o función	0,8	2,2
Deseo de suicidarse	24,8	23,1
Sintió que no valía nada	51,3	50,6
Afectó relación con hijos	30,1	30,3
No volvió a hablar con nadie	22	23,2
Disminuyó la productividad	38	39,2
Se enfermó físicamente	46,6	41,9
Se enfermó de la cabeza	52,8	39
Perdió interés en sexo	83,1	70,7
Alguna lesión	90,1	85,3

Fuente: ENDS 2010

A pesar de lo anterior, sólo 1 de cada 3 mujeres que sufrió algún tipo de violencia física asistió a un servicio de salud, sin embargo, un tercio de las que asistieron no recibieron información sobre posibles medidas de protección y denuncia a las cuales podrían acceder por ser víctimas de violencia sexual. De lo anterior se deducen dos situaciones importantes: una proporción significativa de mujeres no asisten a servicios de salud –uno de los posibles escenarios para la

detección de violencia intrafamiliar y sexual-, y una proporción significativa de quienes acceden a este tipo de servicios, no reciben información de calidad que contribuya al restablecimiento de sus derechos.

De hecho, y de acuerdo a datos de la ENDS 2010, el 72,5% de las mujeres que han sido víctimas de violencia intrafamiliar, nunca ha buscado ayuda. Las comisarías de familia, las inspecciones de policía y la fiscalía, son las instituciones que más frecuentemente aparecieron en el grupo de mujeres que buscaron ayuda (27,5%).

Las razones por las cuales las mujeres no denuncian son variadas, siendo las más destacadas²⁹:

- La percepción de que ellas pueden resolver solas la situación (24,2%), lo que eventualmente puede desembocar en respuestas agresiva por parte de la víctima –lo que agudizaría la situación de violencia intrafamiliar- o el empeoramiento de los hechos de violencia por parte del agresor, con la consecuencia de mayores o más profundas lesiones. Esta percepción de autonomía frente a la situación hace que las mujeres y sus parejas no accedan a servicios de consejería que pueden ser útiles en la resolución de conflictos, así mismo, contribuyen a elevar los niveles de impunidad en la medida que hechos que pueden ser tipificados como delito no son juzgados.
- El 16,7% no lo hacen porque consideran que los daños no fueron serios.
- 1 de cada 9 mujeres no sabe dónde acudir, lo que refleja que a pesar de las campañas de prevención y atención a la violencia intrafamiliar, la información sobre los mecanismos y rutas de atención no está llegando a una proporción significativa de la población.
- 1 de cada 8 mujeres no denuncia porque se siente humillada o avergonzada, lo que de alguna forma refleja uno de los efectos paralizantes de la violencia hacia las mujeres. 1 de cada 6 mujeres no lo hace por miedo a que se presenten más agresiones, lo refleja el desconocimiento o falta de credibilidad de los mecanismos de protección a víctimas, así mismo, 1 de cada 16 manifiesta expresamente que no lo hace porque no cree en la justicia.
- 1 de cada 16 mujeres han “naturalizado” la violencia hacia ellas, en la medida que consideran que hace parte de la vida o que ellas se lo merecían.

De esta forma se observan sendas dificultades en los procesos de construcción de las relaciones de género, en donde masculinidades basadas en el ejercicio abusivo de la fuerza, la violencia y el dominio, son elementos característicos de la violencia, a la par de la necesidad de acciones afirmativas que disminuyan la vulnerabilidad de las mujeres frente a este tipo de violencias.

Otro indicador sobre las prácticas abusivas de poder sobre las niñas y mujeres se encuentra en el maltrato infantil: Durante el periodo 2005-2009, se presentaron en Risaralda 1130 casos de maltrato infantil, de los cuales el 79,29% proceden de los municipios que conforman el Área Metropolitana. La mayor cantidad de casos corresponden a Pereira (56,81%), seguido de

²⁹ Cfr. ENDS. 2010

Dosquebradas (14,07%) y la Virginia (8,41%). Las tasas³⁰ por encima de la departamental se presentan La Virginia (2005 al 2009), Pereira (2006 al 2009), Marsella (2005 al 2008), Guática (2007 y 2009), Balboa (2007), Belén de Umbría (2005) y Santa Rosa de Cabal (2005).

En cuanto a la distribución por género, se encuentra que “El 60,5% de las víctimas de maltrato infantil fueron niñas, principalmente en edades de 10 a 14 años. Para los niños el grupo de edad que tuvo mayor frecuencia fue el comprendido entre los 5 a 10 años”³¹. En cuanto a los agresores se encuentra que los hombres, principalmente padres y padrastros, corresponden al 38% mientras que las madres corresponden al 28.8%.

En cuanto a violencia sexual, se encuentra que durante el periodo 2005-2009, se presentaron en Risaralda 2282 casos de violencia sexual, de los cuales el 83,17% proceden de los municipios que conforman el Área Metropolitana y Santa Rosa de Cabal. La mayor cantidad de casos corresponden a Pereira (59,33%), seguido de Dosquebradas (15,21%) y la Santa Rosa de Cabal (4,69%).

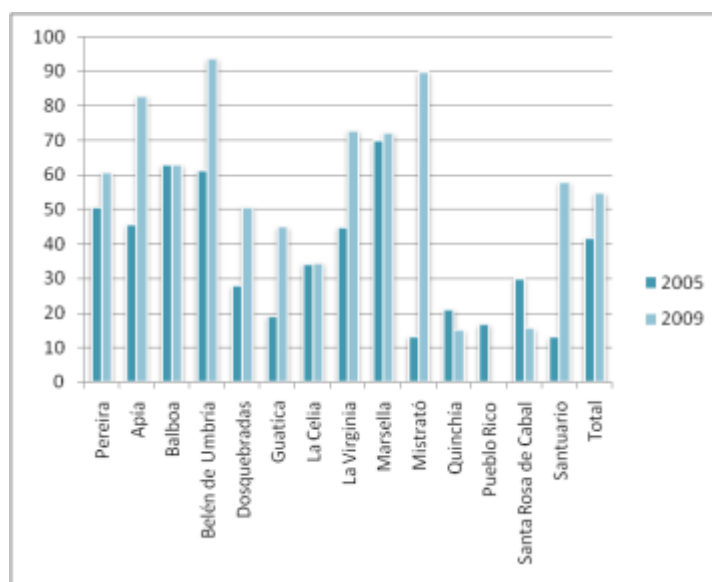


Ilustración 24. Tasas de Violencia Sexual por 100 mil habitantes en el departamento años 2005-2009. Fuente: FORENSIS

En cuanto a la distribución por género se encontró que, tan sólo en el 2008, el femenino “representó el 82,3% de los casos, dando como resultado una razón hombre-mujer de 5-1, por cada hombre víctima de abuso sexual fueron abusadas 5 niñas”³², siendo los hombres los agresores en la inmensa mayoría de los casos. De esta forma tanto la VIF y la VIS tienden a ser síntomas expresiones abusivas de poder sobre la vida, dignidad e integridad de las niñas y mujeres.

Así como existen diversas formas y manifestaciones de la violencia intrafamiliar, también existen diversas expresiones en cuanto a violencia sexual: la ENDS 2010 revela que el 20% de las mujeres

³⁰ Tasas por 100 mil habitantes. Población menor de 18 años.

³¹ INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL SECCIONAL RISARALDA. Op. Cit. Pág. 100

³² INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL SECCIONAL RISARALDA. Op. Cit. Pág. 108

encuestadas fueron tocadas o manoseadas sin su consentimiento, siendo los lugares más comunes sus casas (61,8%) y la calle (37,5%).

k. Otros aspectos relevantes en salud sexual

Homofobia y discriminación

En los grupos focales realizados con población LGTBI y con mujeres, apareció la discusión sobre aspectos relativos a la homofobia y la discriminación como problemas significativos en términos de salud sexual. Reconocen que existen altos niveles de intolerancia social hacia expresiones no heterosexuales o no ajustadas a las convenciones del género, lo que deriva no sólo en fenómenos de violencia física o psicológica, sino también en la generación de barreras para el acceso a servicios de salud sexual y una mayor exposición a enfermedades de transmisión sexual, por ocasión de la clandestinidad de dichas relaciones.

Lo anterior se refleja en que el 41,8% de las mujeres entre los 13 y 49 años de edad, abordadas por la ENDS 2010, no están de acuerdo con los derechos de las parejas del mismo sexo, y 1 de cada 8 mujeres tendría una actitud francamente discriminatoria en caso de tener un hijo homosexual (echarlo de la casa, quitarle el apoyo económico, enviarlo al médico o al psicólogo).

Efectos de la educación sexual sobre la salud sexual y reproductiva

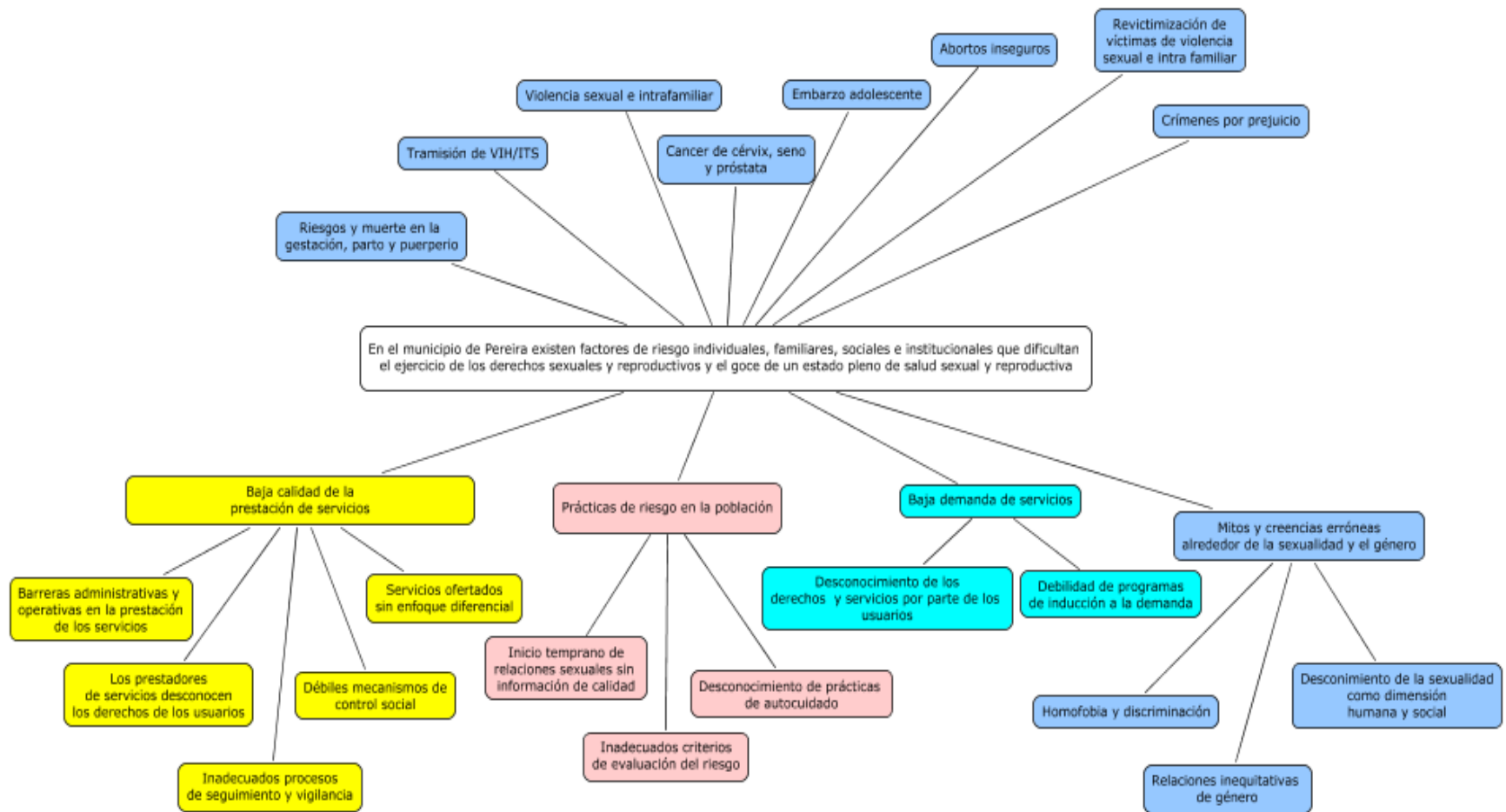
La educación sexual tiene profundos impactos en la salud sexual de las personas, tanto para conocer sus derechos, evidenciar las formas de vulneración y mecanismos de restablecimiento, como para prevenir factores de riesgo como el embarazo no deseado o las enfermedades de transmisión sexual.

De hecho la ENDS 2010 reveló que las mujeres menores de 25 años con educación sexual tienen menos probabilidad de quedar en embarazo durante la adolescencia y la juventud, que las mujeres, en el mismo rango de edad que no han recibido educación sexual³³. Así mismo, reconocen con mayor frecuencia las causales en las cuales ha sido despenalizado el aborto en Colombia, aunque persiste un porcentaje importante (cerca del 20% en Risaralda) que no identifica dichas causales, y tienden a tener mayor claridad que lo pueden exigir ante una EPS.

Sin embargo, es claro que es insuficiente. La mayoría de las mujeres entrevistadas en la ENDS 2010 presentan dificultades para identificar sus propios periodos de fertilidad, tienen marcados niveles de homofobia o los niveles de negociación del uso del condón con sus compañeros sexuales no son los esperados.

³³ “Para las mujeres que han recibido información sobre SSR, el porcentaje de las que están embarazadas de primer hijo o que ya son madres es de 19 por ciento entre las mujeres de 15-19 años mientras que para las de 20-24 es de 54 por ciento. Entre quienes no han recibido información los respectivos porcentajes son 51 y 85. Puede verse, entonces que el efecto de la educación sexual es reducir la proporción de mujeres embarazadas” ENDS 2010 Pág. 495.

4. DESCRIPCION DEL PROBLEMA



Conforme a lo anterior, se puede afirmar que en el municipio de Pereira existen factores de riesgo individuales, sociales familiares e institucionales que dificultan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y el goce de un estado pleno de salud sexual y reproductiva, lo que se evidencia en fenómenos como la morbilidad asociada a la salud sexual y reproductiva (mortalidad natal, materna y perinatal, cáncer de cérvix, próstata y seno, sífilis congénita y gestacional, VIH e ITS, violencia sexual e intrafamiliar, entre otros), la discriminación por género y orientación sexual, bajos niveles de educación sexual y baja calidad de los servicios de salud³⁴.

En el análisis del problema se encontraron cuatro grandes núcleos problematizables:

- **Baja calidad en la prestación de los servicios**, lo que se manifiesta en la presencia de barreras administrativas y operativas que se presentan en las EPS e IPS. Estas barreras afectan la prestación de servicios diversos como la IVE, la atención materna o la detección y atención oportuna del Cáncer. A lo anterior se suma el desconocimiento de los derechos de los usuarios y usuarias por parte de los prestadores de los servicios de salud, lo que de entrada condiciona la prestación de un servicio de calidad, y si bien en la legislación y jurisprudencia se recalcan aspectos relacionados, es recurrente el desconocimiento o inobservancia de estas disposiciones.

Así mismo, no existen fuertes mecanismos de seguimiento y vigilancia por parte de los organismos responsables. Las herramientas y recurso humano son insuficientes para esta tarea. El que no haya seguimiento y vigilancia de calidad deriva en que no se apliquen los correctivos oportunos frente a anomalías o crisis en la atención. A esto se suman los débiles mecanismos de control social, en particular los que realizan las ligas de usuarios, ya sea por desconocimiento o por falta de interés frente a la prestación de servicios en salud sexual y reproductiva.

Adicionalmente, no existen mecanismos de atención diferenciada a los usuarios y usuarias. En particular, la prestación de servicios amigables para el adolescente no se ha dado en todas las instituciones competentes, ya sea por desconocimiento u omisión, ni se oferta la asistencia técnica necesaria y suficiente para garantizar la implementación de dicho enfoque

- **Prácticas de riesgo en la población**, en particular frente a la prevención de enfermedades de transmisión sexual y embarazos inoportunos, no deseados o a temprana edad. Pese a las campañas y estrategias IEC implementadas, el uso condón como mecanismos de doble protección no está generalizado. En particular los proyectos de educación sexual y construcción de ciudadanía, herramientas que deberían acompañar el inicio seguro de las relaciones sexuales, no ponen énfasis en aspectos claves relacionados con la autoprotección y el cuidado, como la negociación del uso del condón, criterios adecuados en la evaluación del riesgo y en la promoción del uso de servicios de salud en materia de promoción y prevención. A esto se suma, que las EPS e IPS no cuentan con programas sólidos de educación, información y comunicación dirigidos a la comunidad.

Así mismo, no existen comportamientos consistentes que permitan que la ciudadanía acceda a los servicios de salud de forma preventiva u oportuna. Las coberturas insuficientes en control

³⁴ Consolidados a partir del proceso de grupos focales.

prenatal o la atención de enfermedades de transmisión sexual por personal no calificado (como el de las farmacias), son ejemplo de esto.

- **Mitos y creencias erróneas alrededor de la sexualidad y el género**, que refuerzan las prácticas de riesgo. Estos mitos y creencias son de diverso orden: algunos relacionados con los factores de autocuidado y criterios de evaluación del riesgo, otros con los roles sociales y culturales que se asignan a hombres y mujeres, y otros relacionados con la discriminación. Estos mitos y creencias soportan, por tanto, un complejo entramado de factores que van desde la transmisión de enfermedades hasta la violencia sexual e intrafamiliar. Es importante reconocer que materia de salud sexual y reproductiva, los conocimientos y actitudes de las personas frente la sexualidad, inciden de manera directa en las prácticas de autocuidado que desarrollen en dicha dimensión individual y social.
- **Baja demanda de servicios**, derivado del desconocimiento que tienen los ciudadanos sobre los derechos que tienen en materia de salud sexual y reproductiva, así como los mecanismos de exigibilidad de estos. A esto se suma, que los programas de inducción a la demanda son insuficientes, de corta duración y no se encuentran articulados entre sí.

El análisis de los efectos se presenta a continuación

Tabla 18. Análisis de efectos de los problemas identificados.

EFFECTOS	DESCRIPTOR	INDICADOR
Riesgos en la gestación, parto y postparto	87,3 por cada mil nacidos vivos	Razón de mortalidad materna
	La tasa de mortalidad infantil se sitúa en 11,3 a 2010.	Mortalidad infantil
	96%	Cobertura de control prenatal
	89,1%	Cobertura con cuatro controles prenatales
	5,6%	Demanda no satisfecha de MAC
	4,0 en el año 2010	Sífilis congénita
	La tasa de fecundidad real es de 1,7 mientras que la tasa de fecundidad deseada es de 1,3.	Relación entre tasa de fecundidad real y tasa de fecundidad deseada
	50,5% de nacimientos y embarazos deseados en los últimos cinco años.	Porcentaje de nacimientos y embarazos deseados.
Transmisión del VIH/ITS	25 x 100 mil habitantes en el 2008	Prevalencia de VIH
Violencia sexual e intrafamiliar	212 por 100 mil habitantes en el 2009	Tasa de violencia intrafamiliar
	64,5 por 100 mil habitantes en el 2009	Tasa de delito sexual
Cáncer de cérvix, seno y próstata	13,0 por 100 mil habitantes en el 2010.	Mortalidad por cáncer de mama
	15,1 por 100 mil habitantes en el	Mortalidad por cáncer de

EFFECTOS	DESCRIPTOR	INDICADOR
	2010	próstata
	8,8 por 100 mil habitantes en el 2010.	Mortalidad por cáncer de cérvix
Embarazo adolescente	23,3%	Porcentaje de embarazo adolescente
Abortos inseguros	ND	Porcentaje de abortos inseguros
Re victimización de víctimas de violencia sexual e intrafamiliar	Pendiente	Porcentaje de víctimas de violencia sexual e intrafamiliar sin atención integral
Crímenes por prejuicio	Pendiente	Nro. Crímenes por prejuicio.

Fuente: Elaboración Propia a partir de perfiles epidemiológicos, ENDS 2010, Forensis 2010.

5. ANALISIS DE ACTORES

En el proceso de formulación de la política pública, se indagó con los asistentes de los grupos focales la percepción sobre algunos actores que potencialmente podrían tener relación con su desarrollo. A partir de este ejercicio se construyó una matriz de influencia/posición de estos actores. Los resultados de la matriz se presentan a continuación:

Tabla 19. Análisis de actores Pereira. 2011.

ACTORES	SIGLA	INFLUENCIA	POSICIONES	ACTORES CLAVES
Secretaría de salud	SSSS	4	4	16
Secretaría de educación	SEM	4	3	12
Comprever	CPV	3	4	12
Ministerio de la Protección Social	MPS	3	3	9
Ministerio de Educación Nacional	MEN	3	3	9
Instituciones educativas	IE	3	3	9
UNFPA	UNFPA	2	4	8
ONUSIDA	ONUSIDA	2	4	8
ESE/IPS	ESE/IPS	4	2	8
EPS	EPS	4	2	8
Concejo municipal	CM	4	2	8
UNODC	UNODC	2	3	6
Supersalud	SUPER	3	2	6
Policía	POL	2	3	6
Personería municipal	PM	3	2	6
INS	INS	2	3	6
Defensoría del pueblo	DP	3	2	6
Procuraduría	PGN	4	1	4

ACTORES	SIGLA	INFLUENCIA	POSICIONES	ACTORES CLAVES
Juntas de acción comunal	JAC	2	2	4
Instituto municipal de cultura	IMC	2	2	4
COPACO	COP	2	2	4
Comité de infancia y adolescencia	CIA	2	2	4
AMCO	AMCO	2	2	4
Iglesias	IGL	3	1	3
Familias	FLIAS	3	1	3
Ministerio de Cultura	MC	1	2	2

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de GF

Es de anotar que se perciben como aliados de peso en el proceso de ejecución de la política la Secretaría de Salud y Seguridad Social del Municipio y la Secretaría de Educación Municipal. Esto se entiende en la medida que estos dos actores son quienes lideran y coordinan la prestación de los servicios de salud y educación en el municipio y tienen alta influencia en el desarrollo y direccionamiento de acciones en materia de promoción, prevención, detección y atención. Adicionalmente aparece el COMPREVER como un escenario significativo, de corte interinstitucional, en el cual se dan cita actores públicos y privados con el fin de analizar acciones encaminadas a la prevención de la violencia intrafamiliar y violencia sexual.

Adicionalmente, se observa que el desarrollo de la política de salud sexual y reproductiva se encuentra altamente influenciada por las disposiciones de organismos del orden nacional, como el Ministerio de la Protección Social y el Ministerio de Educación, toda vez que estos se encargan de brindar lineamientos, asistir técnicamente a las entidades territoriales y proveer recursos para su ejecución. De esta forma, se puede afirmar que los avances, orientaciones y énfasis de la política local están altamente condicionados por las disposiciones de orden nacional.

Otro grupo de actores con alta favorabilidad/influencia en el desarrollo de la política son las instituciones educativas, comprensible en la medida que existe una preocupación sobre el desarrollo de los proyectos de educación sexual y construcción de ciudadanía, así como la prevención de ciertos fenómenos como el embarazo adolescente, la violencia sexual y la transmisión de ITS.

Otros actores con alta favorabilidad frente a la política pero con baja influencia, lo constituyen organismos internacionales como UNFPA y ONUSIDA, quienes tienen el potencial de brindar asistencia técnica y aportar recursos para aspectos como investigación y cualificación del talento humano.

Sin embargo hay actores que se perciben con una alta influencia en el destino de la política, pero poco favorables (ya sea por la explicitación de posturas o por la inobservancia de competencias en la materia). En primer lugar aparecen las EPS, ESE e IPS, de quienes en gran medida depende el éxito de la política. Estas entidades se perciben como negligentes en la prestación oportuna y de calidad de ciertos servicios, como la IVE, la atención materna o los servicios amigables para adolescentes.

En este mismo cuadrante se encuentran las entidades del Ministerio Público, responsables de velar por la garantía de los derechos humanos y por el adecuado ejercicio de la función pública. La percepción sobre estos actores puede entenderse por los pronunciamientos que han hecho funcionarios de estas instituciones sobre la IVE o la unión de parejas del mismo sexo. De igual forma aparecen las Iglesias, quienes tienen una postura particular frente al abordaje de la salud sexual y reproductiva que riñe con las orientaciones de la política (p.ej. planificación familiar, IVE y uniones de parejas del mismo sexo). En el caso de las familias, se perciben estas como agentes responsables en la educación sexual de sus miembros pero que no cumplen esta función o que lo hacen de forma inadecuada.

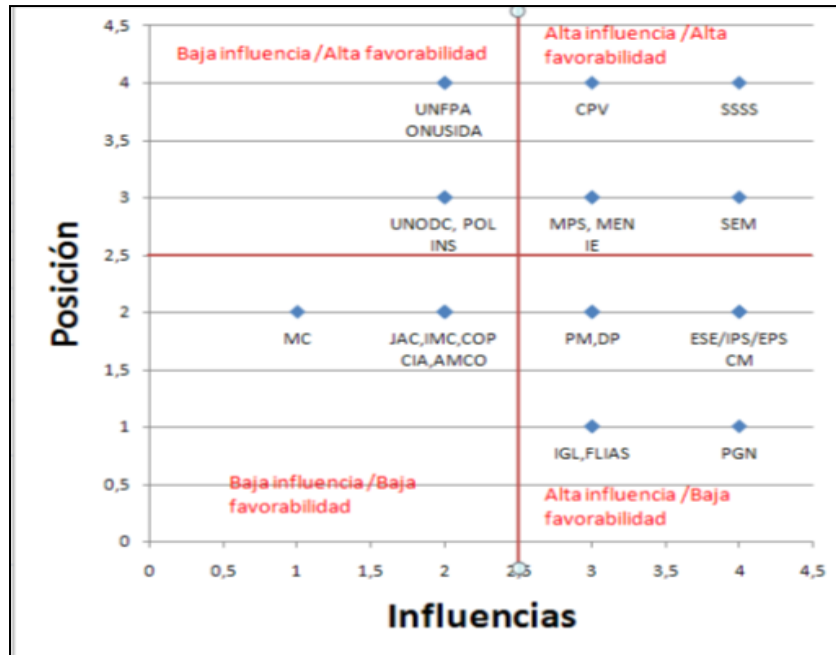


Ilustración 25. Plano de posiciones e influencias de los actores.

Conforme a lo anterior, el municipio de Pereira debe estar atento a las disposiciones y orientaciones emanadas del nivel nacional³⁵; potenciar el liderazgo de la Secretaría de Educación y Seguridad Social y de la Secretaría de Educación Municipal, como posibles coordinadores de la política; fortalecer los procesos de asistencia técnica y vigilancia a ESE, EPS e IPS; y ganar voluntades entre los actores del Ministerio Público. Así mismo, hallar puntos de encuentro con actores como las iglesias y organizaciones de padres de familia, para impulsar algunos aspectos relacionados con la política.

Una descripción detallada de los actores, sus características y potenciales intereses se presenta a continuación:

³⁵ A manera de ejemplo, lo dispuesto en los Conpes 91 de 2005 y 140 de 2011 Objetivos de Desarrollo del Milenio, que establecen metas en materia de salud materna, salud infantil y prevención del VIH, entre otros.

Tabla 20. Análisis de actores Pereira. 2011.

ACTORES	CARACTERISTICAS	INTERESES
Secretaría de salud	Organización pública del orden municipal responsable de implementar las políticas públicas en salud y el plan territorial de salud pública.	Disminuir la morbimortalidad asociada a la salud sexual y reproductiva en el municipio de Pereira. Promover prácticas protectoras y mitigar los factores de riesgo.
Secretaría de educación	Organización pública del orden municipal responsable de implementar las políticas públicas en educación sexual y construcción de ciudadanía en las instituciones educativas del municipio de Pereira.	Garantizar la calidad de la prestación del servicio educativo y el desarrollo de los proyectos educativos institucionales. Liderar el proceso de formación docente y de transversalización curricular.
Comprever	Escenario interinstitucional municipal y departamental responsable de liderar las acciones en materia de prevención, atención integral y detección y vigilancia de la violencia sexual y la violencia intrafamiliar.	Cualificar la atención a las víctimas de violencia intrafamiliar y violencia sexual. Diseñar e implementar las rutas de atención. Fortalecer los procesos de prevención y detección oportuna.
Ministerio de la Protección Social	Institución del orden nacional responsable de trazar la política en materia de salud sexual y reproductiva y establecer las líneas de acción en los planes territoriales de salud pública.	Disminuir la morbimortalidad asociada a la salud sexual y reproductiva en la población colombiana. Promover prácticas protectoras y mitigar los factores de riesgo. Liderar el desarrollo efectivo del Proyecto Colombia ante el Fondo Global de VIH/SIDA, TBC y Malaria.
Ministerio de Educación Nacional	Institución del orden nacional responsable de trazar la política nacional de educación sexual y construcción de ciudadanía.	Garantizar la calidad de la prestación del servicio educativo y el desarrollo de los proyectos educativos institucionales de forma ajustada a las políticas trazadas en el orden nacional.
Instituciones educativas	Entidades municipales oficiales y no oficiales que prestan el servicio educativo en Pereira.	Desarrollar los proyectos educativos institucionales y garantizar la transversalización curricular necesaria.
UNFPA	Oficina de las Naciones Unidas responsable de impulsar políticas y programas en materia de población, género y salud sexual.	Brindar cooperación y asistencia técnica al Estado Colombiano con el fin de mejorar los indicadores en materia de género y de salud sexual reproductiva.
ONUSIDA	Programa conjunto de Naciones Unidas responsable de trazar la respuesta internacional ante el avance del VIH/SIDA en el mundo.	Impulsar el desarrollo del Plan de Respuesta ante el VIH 2008-2011 en el territorio colombiano. Desarrollar procesos de cooperación y asistencia técnica. Contribuir al desarrollo efectivo del Proyecto Colombia ante el Fondo Global de VIH/SIDA, TBC y Malaria.
ESE/IPS	Prestar los servicios de salud en el municipio de Pereira.	Garantizar la prestación de los servicios de salud conforme a las normas técnicas y legislación vigente.

ACTORES	CARACTERISTICAS	INTERESES
EPS	Administrar la prestación de los planes obligatorios de salud del régimen contributivo y subsidiado.	Garantizar la prestación de los servicios de salud conforme a las normas técnicas y legislación vigente.
Concejo municipal	Corporación pública responsable de la aprobación del plan de desarrollo municipal y de los presupuestos del municipio de Pereira, realizar control político a las actuaciones del ejecutivo, discutir y aprobar las políticas municipales que se diseñen.	Velar por el desarrollo del plan de desarrollo y por las ejecuciones presupuestales aprobadas. Realizar debates públicos sobre problemática sentidas en el municipio de Pereira.
UNODC	Oficina de Naciones Unidas para la lucha contra las drogas y el delito. Ha desarrollado procesos de asistencia técnica e investigación en materia de drogas y VIH, y trata de personas (incluida la explotación sexual comercial).	Brindar cooperación y asistencia técnica al Estado Colombiano con el fin de mejora los indicadores en materia de drogas y criminalidad.
Supersalud	Vigilar la gestión del sistema de seguridad social en salud en el territorio colombiano.	Garantizar el cumplimiento de las normas en materia de financiación, administración y prestación de los servicios. Ordenar los correctivos necesarios para prevenir o superar las situaciones críticas o irregulares en la prestación de los servicios de salud.
Policía	Institución del orden nacional responsable de proteger los bienes, vida y honra de los colombianos.	Desarrollan acciones de prevención y atención en la comisión de delitos. Apoyan el restablecimiento de derechos de las víctimas. Desarrollan acciones de pedagogía comunitaria.
Personería municipal	Institución del Ministerio Público responsable de velar por la garantía de los derechos de la población pereirana, contribuye a la promoción, vigilancia y restablecimiento de derechos.	Realiza vigilancia en la garantía de derechos de usuarios del sistema de salud y en el restablecimiento de derechos de víctimas de violencia sexual del municipio de Pereira.
INS	Apoya los procesos de vigilancia epidemiológica a nivel nacional, contribuye a la formulación de las normas técnicas, hace asistencia técnica científica.	Disminuir la morbimortalidad por eventos de interés epidemiológico.
Defensoría del pueblo	Institución del Ministerio Público del orden departamental responsable de velar por la garantía de los derechos de la población, contribuye a la promoción, vigilancia y restablecimiento de derechos.	Realiza vigilancia en la garantía de derechos de usuarios del sistema de salud y en el restablecimiento de derechos de víctimas de violencia sexual del municipio de Pereira.
Procuraduría	Institución del Ministerio Público del orden Nacional responsable de velar por la garantía de los derechos de la población, contribuye a la promoción, vigilancia y	Realiza vigilancia en la garantía de derechos de usuarios del sistema de salud y en el restablecimiento de derechos de víctimas de violencia sexual del municipio de Pereira.

ACTORES	CARACTERISTICAS	INTERESES
	restablecimiento de derechos, así mismo vela por la adecuada actuación de los servidores públicos.	Vela por la adecuada aplicación de las normas.
Juntas de acción comunal	Asociaciones para el desarrollo local. Sirven de puente para identificar problemáticas y canalizar programas dirigidos a la comunidad.	La mayoría de las JAC cuentan con comités de salud, responsables de apoyar a la comunidad en la identificación y solución de problemáticas. Adicionalmente sirven de escenarios articuladores entre la oferta local y las demandas comunitarias.
Instituto Municipal de Cultura y Fomento al Turismo	Institución pública del orden municipal responsable de liderar procesos encaminados a fomentar el arte, la cultura y el turismo en la ciudad de Pereira.	Direccionar oferta cultural encaminada a visibilizar y promover valores, conductas y principios. Apoyar la expresión de diverso grupos identitarios.
COPACO	Son espacio de participación comunitaria del sector salud.	Incidir en la formulación de planes, programas y proyectos de salud pública en el municipio de Pereira.
Comité de infancia y adolescencia	Espacio interinstitucional responsable de la formulación y coordinación de la política de infancia y adolescencia.	Desarrollar acciones encaminadas a proteger la existencia de los menores de edad y potenciar su desarrollo.
AMCO	Entidad administrativa del orden supramunicipal responsable de la articulación de políticas, programas y proyectos comunes a los tres municipios que la conforman.	Desarrollar procesos de articulación interinstitucional en la prestación de servicios municipales. Atender problemáticas comunes.
Iglesias	Organizaciones sociales de carácter confesional.	Promover el posicionamiento de discursos, abordajes y prácticas en materia de salud sexual y reproductiva conforme a las posturas confesionales de cada una de ellas.
Familias	Espacios ecosistémicos responsables de la protección y cuidado de sus miembros. Unidad básica de la sociedad conforme a la Constitución Política.	Están interesadas en la formación moral de los menores de edad y en el desarrollo de factores de prevención de embarazos no deseados y transmisión de VIH.
Ministerio de Cultura	Institución pública del orden nacional responsable de liderar procesos encaminados a fomentar el arte, la cultura y el turismo en Colombia	Direccionar oferta cultural encaminada a visibilizar y promover valores, conductas y principios. Apoyar la expresión de diverso grupos identitarios.

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de GF

6. OBJETIVOS

a. Objetivo General

Mejorar la salud sexual y reproductiva de la población pereirana para el 2021.

b. Objetivos Específicos

- Mejorar la calidad de la prestación de los servicios de promoción de la salud sexual y reproductiva, prevención y atención de la enfermedad.
- Fomentar las prácticas de autocuidado y adecuados criterios de evaluación del riesgo en salud sexual y reproductiva en la población pereirana.
- Elevar la demanda de servicios en salud sexual y reproductiva
- Avanzar en la superación de las barreras culturales que impiden el goce efectivo de la salud sexual y reproductiva.

7. METAS

Tabla 21: Tabla de metas Política.

INDICADOR	2010	2021
Razón de mortalidad materna	87,3	<45 ³⁶
Mortalidad materna directa evitable	21,8%	0
Tasa de mortalidad perinatal	9,1	7,5
Tasa de mortalidad neonatal	11,9	4
Cobertura de Control prenatal (cuatro controles)	89,1%	≥95
Tasa de sífilis gestacional	12,5	10
Tasa de sífilis congénita	4	<0,5 ³⁷
Porcentaje de embarazo en adolescentes	23,3	14
Incidencia de VIH	29,8	30
Mortalidad de cáncer de cérvix	8,8	7,1
Mortalidad de cáncer de próstata	15,1	9,2
Mortalidad de cáncer de mama	13,0	10

³⁶ Cfr. Conpes 140 de 2011

³⁷ Cfr. Organización Mundial de la Salud.

INDICADOR	2010	2021
Tasa de delitos sexuales	SD	Se debe establecer a partir de la línea de base y metas formuladas por el Observatorio Nacional de Violencias ³⁸
Tasa de violencia intrafamiliar	SD	
Atención integral a víctimas de violencia	SD	100%
Atención oportuna de IVE	SD	100%
Disminuir los índices de homofobia	SD	Se debe establecer a partir del levantamiento de línea de base por parte del municipio

8. PRINCIPIOS

En el marco de la ejecución de la Política de Salud Sexual y Reproductiva, se adoptan los principios establecidos en el Plan Nacional de Salud Pública, a saber:

- Universalidad
- Equidad
- Calidad
- Eficiencia
- Responsabilidad
- Respeto por la diversidad cultural
- Participación social
- Intersectorialidad

Así mismo, se adoptan los principios establecidos en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, y que son concordantes con los previstos en el Plan Nacional de Salud Pública:

- Derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos
- Empoderamiento
- Intervención focalizada
- Salud como servicio público prestado con criterios de calidad

³⁸ Cfr. Conpes 140 de 2011

9. MATRIZ DE PLANEACION

A continuación se propone matriz de planeación que recoge las estrategias propuestas por la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva e incorpora aspectos del Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 y del Conpes 140 de 2011. Así mismo se consultaron otros desarrollos como el Plan Nacional de Respuesta frente al VIH 2008-2011 y el Plan Nacional de Cáncer. Sin embargo, es importante anotar que al momento de la elaboración del presente documento se encuentra en elaboración el Plan Decenal de Salud, derivado de los desarrollos del Plan de Desarrollo Nacional aprobado hace un par de meses.

Líneas de intervención	ESTRATEGIAS			
	ESTRATEGIAS IEC	COORDINACION INSTITUCIONAL	FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN	PROMOCION DE LA PARTICIPACION SOCIAL
Salud Materna	<ul style="list-style-type: none"> Promoción de derechos y deberes de hombre y mujeres en cuanto a los servicios de consulta preconcepcional, control prenatal, curso profiláctico, parto, puerperio y atención a menores de un año. Promoción de la detección oportuna de signos de alarma en la gestación. Implementación de estrategias de IEC para inducir la demanda hacia los servicios de control prenatal y SSR que ofrecen APV Promoción del ingreso oportuno al control prenatal. 	<ul style="list-style-type: none"> Formación del talento humano para la garantía de los derechos de las gestantes y la prestación de servicios de calidad. Formulación de planes de seguimiento, prevención y control a la mortalidad materna con las empresas promotoras de salud. Fortalecimiento de los proceso de asistencia técnica, incluyendo el plan de eliminación de sífilis gestacional y congénita Implementación y seguimiento de la vigilancia de la morbilidad materna 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar acciones de movilización social para la sensibilización a directivos y técnicos sobre barreras de acceso relacionadas con la atención integral en salud sexual y reproductiva, con énfasis en población de adolescentes y jóvenes Posicionar el módulo de gestantes en las EPS. Articulación del programa de salud materna con la estrategia de APS. IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE MODELOS DE GESTIÓN CLÍNICA PARA LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE OBSTETRICIA EN TODOS 	<ul style="list-style-type: none"> Promoción de los sistemas de preguntas, quejas y reclamos en la población gestante. Formación a los miembros de ligas de usuarios de EPS e IPS y COPACO en la promoción y garantía de derechos de las gestantes y la prestación de servicios de calidad. Fortalecer las redes de apoyo social (nodos) en la promoción de la salud materna.

Líneas de intervención	ESTRATEGIAS			
	ESTRATEGIAS IEC	COORDINACION INSTITUCIONAL	FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN	PROMOCION DE LA PARTICIPACION SOCIAL
	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de la participación de los hombres en el cuidado de las gestantes en cada una de las etapas de la gestación y en el cuidado de los niños menores de un año. • Promoción del acceso a servicios de salud para gestantes y desestimulo de la automedicación y de la consulta con personal no calificado. • Difusión del contenido de la sentencia C-355 de 2006 en todos los actores 	<p>extrema.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar estrategias de búsqueda activa de gestantes 	<p>LOS NIVELES DE COMPLEJIDAD DEL SISTEMA.</p> <ul style="list-style-type: none"> • GARANTIZAR LA PROVISIÓN DE SERVICIOS, PROCEDIMIENTOS Y SUPLEMENTOS NECESARIOS PARA SALUD OPTIMA DE LA GESTANTE Y EL RECIÉN NACIDO. • PROMOCIÓN Y SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LAS GUÍAS DE ATENCIÓN, INCLUIDAS AQUELLAS RELACIONADAS CON IVE Y POSTABORTO. 	
Planificación familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de derechos y deberes de hombre y mujeres en cuanto a servicios de planificación. • Desarrollo de acciones encaminadas a superar los mitos y barreras en cuanto los métodos anticonceptivos en hombres y mujeres. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer los proyectos de educación sexual y construcción de ciudadanía como mecanismos para la promoción de los servicios de planificación familiar en población adolescente y joven. • Implementar 	<ul style="list-style-type: none"> • GARANTIZAR LA OPORTUNIDAD Y DISPONIBILIDAD DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, ASÍ COMO EL SUMINISTRO DE MAC, INCLUYENDO MÉTODOS DE EMERGENCIA. • ARTICULACIÓN DEL PROGRAMA DE 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover el acceso servicios de planificación familiar en organizaciones sociales y comunitarias, estudiantiles (incluyendo educación superior) y organizaciones de mujeres. • Desarrollo de procesos que propicien el empoderamiento y participación de las mujeres

Líneas de intervención	ESTRATEGIAS			
	ESTRATEGIAS IEC	COORDINACION INSTITUCIONAL	FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN	PROMOCION DE LA PARTICIPACION SOCIAL
	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollo de un programa especializado de promoción de uso de MAC y planificación familiar dirigido a hombres y mujeres adolescentes y jóvenes. Promoción de la participación de los hombres en los procesos de planificación familiar y en especial en el fomento del uso del condón como mecanismo de doble protección. Fomento de la capacidad de negociación y decisión de las mujeres sobre la cantidad de hijos que se desea tener. 	<p>sistemas de seguimiento a coberturas.</p>	<p>PLANIFICACIÓN FAMILIAR CON LA ESTRATEGIA DE APS.</p> <ul style="list-style-type: none"> INCLUIR EN LAS ACTIVIDADES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR LA CONSULTA PRECONCEPCIONAL COMO ESTRATEGIA EFECTIVA PARA EL TRATAMIENTO DE PATOLOGÍAS PREVIAS A LA GESTACIÓN, CON ESPECIAL ÉNFASIS EN SÍFILIS. Fortalecimiento de servicios amigables para adolescentes en el municipio de Pereira. 	<p>sobre su propia salud sexual y reproductiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> Fortalecer las redes de apoyo social (nodos) en la promoción de la salud planificación familiar.
Salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollo de estrategias IEC que fomenten las competencias ciudadanas en el marco de los proyectos de educación sexual y construcción de ciudadanía. Promoción de los 	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer los proyectos de educación sexual y construcción de ciudadanía Hacer seguimiento a la implementación de las normas técnicas relacionadas. 	<ul style="list-style-type: none"> IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO A LOS SERVICIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES. ARTICULACIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD SEXUAL EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON LA ESTRATEGIA DE APS. 	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollo de proyectos de educación sexual y construcción de ciudadanía con enfoque comunitario y de carácter extramurales. Desarrollar programas de formación de dinamizadores juveniles en salud sexual y salud reproductiva.

Líneas de intervención	ESTRATEGIAS			
	ESTRATEGIAS IEC	COORDINACION INSTITUCIONAL	FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN	PROMOCION DE LA PARTICIPACION SOCIAL
	servicios amigables para el adolescente y el joven	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar programas de educación sexual y construcción de ciudadanía en universidades. • Brindar asistencia técnica a EPS e IPS. • Desarrollar investigaciones sobre la salud sexual y salud reproductiva de adolescente y jóvenes. 	<ul style="list-style-type: none"> • FORMACIÓN DEL TALENTO HUMANO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL ENFOQUE DIFERENCIAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer las redes de apoyo social (nodos) en la promoción de la salud sexual del adolescente y el joven.
Cáncer de cérvix, próstata y seno	<ul style="list-style-type: none"> • Difusión de información a la población general sobre la incidencia del cáncer de próstata, cérvix y mama y los factores protectores. • Difusión en hombres sobre su papel en la prevención de la transmisión del VPH y su relación con el cáncer de cuello uterino. • Desarrollo de 	<ul style="list-style-type: none"> • Hacer seguimiento a la implementación de las normas técnicas relacionadas. • Brindar asistencia técnica a EPS e IPS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar acciones encaminadas al control del riesgo³⁹. • Diseñar y ejecutar acciones encaminadas a mejorar la toma, lectura e interpretación de los resultados obtenidos a partir de las citologías cérvico-uterina. • Implementación de sistemas de seguimiento a personas con tamizaje positivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover el acceso servicios de prevención y detección temprana en organizaciones sociales y comunitarias, estudiantiles (incluyendo educación superior) y organizaciones de mujeres. • Fortalecer las redes de apoyo social (nodos) en la prevención y detección oportuna del cáncer.

³⁹ Cfr. REPUBLICA DE COLOMBIA. Plan Nacional para el control del Cáncer 2010-2019.

Líneas de intervención	ESTRATEGIAS			
	ESTRATEGIAS IEC	COORDINACION INSTITUCIONAL	FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN	PROMOCION DE LA PARTICIPACION SOCIAL
	estrategias IEC para superar los mitos y creencias frente a la citología y examen de próstata, dirigidas a hombres, mujeres y mujeres gestantes.		<ul style="list-style-type: none"> Articulación de los programas de prevención de cáncer de cérvix, mama y próstata con la estrategia de APS. 	
VIH	<ul style="list-style-type: none"> DISEÑO Y DESARROLLO DE ESTRATEGIAS DE IEC DIRIGIDAS A LOS Y LAS JÓVENES, Y POBLACIÓN MAYOR DE 45 AÑOS, EN LOS ÁMBITOS ESCOLAR, COMUNITARIO Y SOCIAL QUE PROMUEVAN EL EJERCICIO AUTÓNOMO, RESPONSABLE Y PLACENTERO DE LA SEXUALIDAD. Desarrollo de estrategias IEC para promoción de la prueba voluntaria. Desarrollo de estrategias IEC para la superación del estigma y discriminación de las personas que viven con VIH. 	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollo de acciones encaminadas a la superación del estigma y la discriminación Fortalecer los proyectos de educación sexual y construcción de ciudadanía Hacer seguimiento a la implementación de las normas técnicas relacionadas. Garantizar el aseguramiento de las personas que viven con VIH. 	<ul style="list-style-type: none"> FORMACIÓN DEL TALENTO HUMANO DE ACUERDO CON LOS MODELOS DE GESTIÓN PROGRAMÁTICOS Y GUÍAS DE ATENCIÓN INTEGRAL VIGENTES (ADULTOS Y NIÑEZ) Y EL PLAN DE RESPUESTA INTERSECTORIAL DE VIH Y SIDA. IMPLEMENTACIÓN DE MECANISMOS DE SEGUIMIENTO Y CONTROL A GESTANTES QUE VIVEN CON VIH Y A RECIÉN NACIDOS CON MADRES QUE VIVEN CON VIH. DIVULGACIÓN Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE SALUD EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE MANEJO PROFILÁCTICO Y TERAPÉUTICO DE 	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecimiento de redes de jóvenes por los derechos sexuales y reproductivos que promuevan una sexualidad segura, responsable y placentera. Capacitación de grupos de base comunitaria para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y la prevención de las ITS, VIH y Sida, especialmente los relacionados con poblaciones caracterizadas por mayor vulnerabilidad. Fortalecimiento de las organizaciones de personas que viven con VIH. Fortalecer las redes de apoyo social (nodos) en la prevención del VIH y la promoción de la prueba voluntaria.

Líneas de intervención	ESTRATEGIAS			
	ESTRATEGIAS IEC	COORDINACION INSTITUCIONAL	FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN	PROMOCION DE LA PARTICIPACION SOCIAL
			<p>TRANSMISIÓN PERINATAL DEL VIH.</p> <ul style="list-style-type: none"> • CAPACITACIÓN AL RECURSO HUMANO EN SALUD DE LAS EPS E IPS EN LOS CONTENIDOS TÉCNICOS PARA EL ABORDAJE SINDRÓMICO DE LAS ITS. • FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN. • ARTICULACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE VIH CON LA ESTRATEGIA DE APS. 	
Violencia intrafamiliar (VIF) y sexual (VS)	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar estrategias de comunicación social y comunitaria que contribuyan a reconocer la VIF y la VS como intolerables sociales. • Desarrollar estrategias de promoción de habilidades para la vida en niños, niñas, familias y comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer los programas de educación sexual y construcción de ciudadanía (PESCC) como estrategias para la prevención del abuso sexual en niños y niñas. • Consolidar un sistema de vigilancia intersectorial que apoye la garantía de 	<ul style="list-style-type: none"> • Elevar las capacidades del talento humano de las instituciones competentes para la prevención, atención integral y detección, y vigilancia de la VS y la VIF. • Fortalecer el CAIVAS y el CAVIF • Articulación de los 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a actores institucionales y comunitarios en la detección temprana de casos de VS y VIF, rutas de atención y prevención de la VS y VIF. • Fortalecer las redes de apoyo social (nodos) en la prevención de la violencia sexual y la violencia intrafamiliar, la detección y la denuncia.

Líneas de intervención	ESTRATEGIAS			
	ESTRATEGIAS IEC	COORDINACION INSTITUCIONAL	FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN	PROMOCION DE LA PARTICIPACION SOCIAL
	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar estrategias IEC para la promoción y defensa de los derechos de las mujeres. • Desarrollar estrategias IEC para la promoción de nuevas masculinidades. 	<p>derechos de la población</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incorporar en las rutas y protocolos de atención de las instituciones el enfoque diferencial • Hacer seguimiento a la implementación de las normas técnicas relacionadas. • Implantar un sistema departamental de información para la detección, seguimiento y monitoreo de casos de VIF y VS 	<p>programas de prevención y detección de la violencia sexual e intrafamiliar con la estrategia de APS.</p>	
Homofobia y discriminación	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar estrategias IEC para el reconocimiento de la diversidad sexual y los derechos sexuales y reproductivos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer los programas de educación sexual y construcción de ciudadanía (PESCC) como estrategias la valoración de la diferencia. • Brindar asistencia técnica para la superación de la homofobia y la 	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporar el enfoque diferencial en la oferta de servicios, en especial en población trans e intersexual. • Articulación de los programas de prevención de discriminación por orientación sexual y discriminación basada en género con la estrategia de APS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar procesos de promoción de derechos y deberes en población LGTBI. • Fortalecer las redes de apoyo social (nodos) en la prevención de la homofobia y la discriminación basada en género.

Líneas de intervención	ESTRATEGIAS			
	ESTRATEGIAS IEC	COORDINACION INSTITUCIONAL	FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN	PROMOCION DE LA PARTICIPACION SOCIAL
		discriminación en prestadores de servicios de salud.		

10. MECANISMOS DE SEGUIMIENTO Y CONTROL

- Es necesario consolidar un espacio de gerencia de la Política, que por un lado permita fortalecer el programa de salud sexual y reproductiva de la Secretaría de Salud Municipal, a la par que articule las distintas competencias y responsabilidad de actores de los sectores de educación y protección. Este espacio deberá ser un escenario interinstitucional en el cual se coordinen y articulen las distintas ofertas institucionales. En principio se recomienda que su direccionamiento lo asuma una instancia similar al COMPREVER, la cual cumpla las funciones de Comisión Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos, conforme a lo establecido en el Decreto 2968 de 2010 del Ministerio de la Protección Social.
- Se requiere de planes de acción plurianuales que permitan monitorear diferencialmente la política en función de los planes de desarrollo y el plan territorial de salud pública. Estos planes deben estar acompañados de tableros de control o de cuadros de mando integral, según defina la administración municipal. Como gran parte de las acciones en la presente política corresponden al sector Salud, será necesario vincular los contenidos del presente documento al próximo plan territorial de salud, y por ende bajo las premisas de seguimiento y monitoreo que este contemple
- En particular es necesario fortalecer y cualificar las labores de asistencia técnica, vigilancia y control que son competencia de la Secretaría de Salud y Seguridad Social, como entidad líder de la política, en el municipio. Así mismo, en materia de prevención y educación sexual, en los procesos de seguimiento a la gestión de instituciones educativas, la Secretaría de Educación Municipal deberá desarrollar un módulo especial de monitoreo y evaluación a la gestión de los Proyectos de Educación Sexual y Construcción de Ciudadanía.
- Se recomienda que se haga una evaluación de medio término a la política, con el fin de hacer los ajustes y correctivos pertinentes.
- Aprovechando los mecanismos de control social y participación, es importante que se fortalezca el COPACO municipal para que acompañe la labor de seguimiento y monitoreo. Así mismo, que se desarrollen informes anuales de gestión de la política y audiencias públicas de rendición de cuentas, en las que se divulgue el avance en la ejecución y se asuman recomendaciones por parte de los actores sociales.
- Adicionalmente, es importante que se fortalezcan las ligas y asociaciones de usuarios del sector salud, con el fin de que estos acompañen las acciones de control, seguimiento y monitoreo a la implementación de las acciones de la política en especial en las ESE, IPS y EPS.

11. RESPONSABLES

Sin pretender hacer un ejercicio exhaustivo de los actores, roles y competencias de las distintas entidades públicas y privadas en la gestión de la política, se recomiendan algunas de las responsabilidades y tareas a considerar para la gestión y éxito de la política.

DEPENDENCIAS/INSTITUCIONES	ACCIONES
Despacho del Alcalde	<ul style="list-style-type: none"> • Liderar la ejecución de la Política Municipal. • Garantizar la coordinación y articulación de los distintos actores. • Velar por la inclusión de la Política en los Planes de Desarrollo, Planes de Acción y Presupuestos. • Garantizar el desarrollo de mecanismos de seguimiento de control, monitoreo y evaluación.
Secretaría de salud y seguridad social	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar técnicamente la ejecución de la política, de la mano de la Secretaría de Educación Municipal. • Garantizar la inclusión y gestión de los contenidos de la política en el Plan Territorial de Salud. • Asistir técnicamente a los distintos actores para que incorporen acciones de la política en sus planes de acción institucionales. • Hacer seguimiento y vigilancia del cumplimiento de las normas técnicas en el sector salud.
Secretaría de educación	<ul style="list-style-type: none"> • Acompañar a la Secretaría de Salud y Seguridad Social del Municipio en la coordinación técnica de la política. • Garantizar la correcta ejecución de los proyectos de educación sexual y construcción de ciudadanía en las Instituciones Educativas. • Promover los servicios de salud amigables para el adolescente entre la comunidad educativa. • Velar por la implementación de la estrategia de escuelas saludables en las instituciones educativas del municipio. • Fortalecer los mecanismos de prevención y detección de violencia intrafamiliar y violencia sexual en instituciones educativas.
Comprever	<ul style="list-style-type: none"> • Liderar los procesos de prevención, detección y vigilancia, atención integral y transformación institucional en materia de violencia sexual y violencia intrafamiliar. • Coordinar los procesos para la atención integral de víctimas de violencia sexual y violencia intrafamiliar, y los procesos de restablecimiento de Derechos.
Secretaría de Planeación Municipal	<ul style="list-style-type: none"> • Velar por la inclusión de los contenidos de la Política de Salud Sexual y Reproductiva en los planes de desarrollo y planes de acción de las dependencias de la administración municipal. • Implementar, en coordinación con la Secretaría de Educación Municipal y la Secretaría de Salud y Seguridad Social, un sistema de información y monitoreo de la presente política. • Coordinar el proceso de armonización de las distintas políticas con

DEPENDENCIAS/INSTITUCIONES	ACCIONES
	<p>los contenidos de la política de salud sexual y reproductiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyar al conjunto de la Administración Municipal en el acceso a recursos de cooperación internacional para la Política.
Secretaria de Desarrollo Político y Social Secretaría de Recreación y Deporte Instituto Municipal de Cultura y Fomento al Turismo Secretaría de Desarrollo Rural	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar estrategias IEC que permitan: <ul style="list-style-type: none"> ○ Fomentar la equidad de género y prevenir la violencia sexual e intrafamiliar, así como la homofobia y la discriminación sexual, entre sus públicos. ○ Transversalizar sus programas con la promoción de estilos de vida saludables y la promoción y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. ○ Divulgar entre sus audiencias los servicios de salud sexual y reproductiva existentes en el municipio.
ICBF	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar los proyectos de salud sexual y reproductiva con enfoque de habilidades para la vida en los distintos programas conforme a lo establecido en el Proyecto VIVE TUS DERECHOS. • Coordinar y liderar la implementación de la Política de HAZ PAZ con los demás actores del SNBF.
Personería Municipal	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorear el estado del avance y garantía en materia de derechos sexuales y reproductivos en el Municipio de Pereira. • Desarrollar estrategias IEC encaminadas a la equidad de género, la prevención de las violencias y la homofobia. • Vigilar y formular recomendaciones a la administración municipal y demás actores corresponsables para garantizar el efectivo cumplimiento de las normas relacionadas con salud sexual y reproductiva y la política. • Apoyar a la ciudadanía en el acceso a servicios de salud oportunos, pertinentes y de calidad. • Acompañar los procesos de restablecimiento de derechos de víctimas de violencia sexual e intrafamiliar, así como de discriminación por orientación sexual o género..
Universidades	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar procesos de educación sexual en los distintos programas • Desarrollar estrategias IEC que promuevan estilos de vida saludables, la equidad de género, la prevención de la violencia sexual e intrafamiliar, la homofobia y el acceso a servicios de salud. • Impulsar procesos de investigación relacionados con género y salud sexual y reproductiva.
Organizaciones no gubernamentales	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar estrategias IEC que promuevan estilos de vida saludables, la equidad de género, la prevención de la violencia sexual e intrafamiliar, la homofobia y el acceso a servicios de salud.
ESE/IPS/EPS	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar a la ciudadanía servicios de salud oportunos, pertinentes y de calidad. • Minimizar las barreras administrativas y técnicas en la prestación de

DEPENDENCIAS/INSTITUCIONES	ACCIONES
	<p>servicios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Velar por la formación permanente de sus funcionarios. • Garantizar la prestación de servicios de salud que incorporen el enfoque diferencial. • Velar por el cumplimiento efectivo de las normas técnicas, procesos y procedimientos. • Fortalecer los procesos de prevención y promoción entre sus usuarios.

12. FINANCIACIÓN

Para garantizar la financiación de la Política es necesario:

- Identificar los aportes y responsabilidades de los actores convocados por la política, los distintos sectores como salud, educación y protección, de acuerdo a cada una de las líneas y estrategias.
- Garantizar la inclusión de las líneas, estrategias y acciones en otros instrumentos de planificación como el Plan Territorial de Salud derivado de las disposiciones del Plan Decenal de Salud del orden nacional y el Plan de Desarrollo Municipal.
- Identificar fuentes de financiación adicionales a las de recursos propios y del sistema general de participaciones. En especial, fuentes asociadas a la cooperación internacional pueden ser de especial utilidad.
- Identificar fuentes de financiación concurrentes y complementarias, como es el caso de los recursos de municipios vecinos o del departamento que pueden incidir directa o indirectamente en la gestión de la política.
- Vigilar la inversión que deben realizar en prevención, promoción y atención, las distintas empresas prestadoras de servicios de salud.

Tabla 22. Financiación de la Política.

LINEAS	ESTRATEGIAS	VIGENCIA (MILLONES DE PESOS)										TOTAL
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
SALUD MATERNA	ESTRATEGIAS IEC	80,0	82,4	84,9	87,4	90,0	92,7	95,5	98,4	101,3	104,4	917,1
	COORDINACION INSTITUCIONAL	30	30,9	31,8	32,8	33,8	34,8	35,8	36,9	38,0	39,1	343,9
	FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN	45	46,4	47,7	49,2	50,6	52,2	53,7	55,3	57,0	58,7	515,9
	PROMOCION DE LA PARTICIPACION SOCIAL	20	20,6	21,2	21,9	22,5	23,2	23,9	24,6	25,3	26,1	229,3
	TOTAL	175,0	180,3	185,7	191,2	197,0	202,9	209,0	215,2	221,7	228,3	2006,2
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	ESTRATEGIAS IEC	40,0	41,2	42,4	43,7	45,0	46,4	47,8	49,2	50,7	52,2	458,6
	COORDINACION INSTITUCIONAL	35	36,1	37,1	38,2	39,4	40,6	41,8	43,0	44,3	45,7	401,2
	FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN	33	34,0	35,0	36,1	37,1	38,3	39,4	40,6	41,8	43,1	378,3
	PROMOCION DE LA PARTICIPACION SOCIAL	15	15,5	15,9	16,4	16,9	17,4	17,9	18,4	19,0	19,6	172,0

LINEAS	ESTRATEGIAS	VIGENCIA (MILLONES DE PESOS)										TOTAL
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
	TOTAL	123,0	126,7	130,5	134,4	138,4	142,6	146,9	151,3	155,8	160,5	1410,1
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES	ESTRATEGIAS IEC	60,0	61,8	63,7	65,6	67,5	69,6	71,6	73,8	76,0	78,3	687,8
	COORDINACION INSTITUCIONAL	50	51,5	53,0	54,6	56,3	58,0	59,7	61,5	63,3	65,2	573,2
	FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN	25	25,8	26,5	27,3	28,1	29,0	29,9	30,7	31,7	32,6	286,6
	PROMOCION DE LA PARTICIPACION SOCIAL	30	30,9	31,8	32,8	33,8	34,8	35,8	36,9	38,0	39,1	343,9
	TOTAL	165,0	170,0	175,0	180,3	185,7	191,3	197,0	202,9	209,0	215,3	1891,5
CÁNCER DE CÉRVIX, PRÓSTATA Y SENO	ESTRATEGIAS IEC	70,0	72,1	74,3	76,5	78,8	81,1	83,6	86,1	88,7	91,3	802,5
	COORDINACION INSTITUCIONAL	25	25,8	26,5	27,3	28,1	29,0	29,9	30,7	31,7	32,6	286,6
	FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN	42	43,3	44,6	45,9	47,3	48,7	50,2	51,7	53,2	54,8	481,5
	PROMOCION DE LA PARTICIPACION SOCIAL	40	41,2	42,4	43,7	45,0	46,4	47,8	49,2	50,7	52,2	458,6
	TOTAL	177,0	182,3	187,8	193,4	199,2	205,2	211,3	217,7	224,2	230,9	2029,1
VIH E ITS	ESTRATEGIAS IEC	80,0	82,4	84,9	87,4	90,0	92,7	95,5	98,4	101,3	104,4	917,1
	COORDINACION INSTITUCIONAL	54	55,6	57,3	59,0	60,8	62,6	64,5	66,4	68,4	70,5	619,0
	FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN	25	25,8	26,5	27,3	28,1	29,0	29,9	30,7	31,7	32,6	286,6
	PROMOCION DE LA PARTICIPACION SOCIAL	30	30,9	31,8	32,8	33,8	34,8	35,8	36,9	38,0	39,1	343,9
	TOTAL	189,0	194,7	200,5	206,5	212,7	219,1	225,7	232,4	239,4	246,6	2166,7
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR (VIF) Y SEXUAL (VS)	ESTRATEGIAS IEC	56,0	57,7	59,4	61,2	63,0	64,9	66,9	68,9	70,9	73,1	642,0
	COORDINACION INSTITUCIONAL	44	45,3	46,7	48,1	49,5	51,0	52,5	54,1	55,7	57,4	504,4
	FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN	50	51,5	53,0	54,6	56,3	58,0	59,7	61,5	63,3	65,2	573,2
	PROMOCION DE LA	25	25,8	26,5	27,3	28,1	29,0	29,9	30,7	31,7	32,6	286,6

LINEAS	ESTRATEGIAS	VIGENCIA (MILLONES DE PESOS)										TOTAL
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
	PARTICIPACION SOCIAL											
	TOTAL	175,0	180,3	185,7	191,2	197,0	202,9	209,0	215,2	221,7	228,3	2006,2
HOMOFOBIA Y DISCRIMINACIÓN	ESTRATEGIAS IEC	45,0	46,4	47,7	49,2	50,6	52,2	53,7	55,3	57,0	58,7	515,9
	COORDINACION INSTITUCIONAL	20	20,6	21,2	21,9	22,5	23,2	23,9	24,6	25,3	26,1	229,3
	FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN	35	36,1	37,1	38,2	39,4	40,6	41,8	43,0	44,3	45,7	401,2
	PROMOCION DE LA PARTICIPACION SOCIAL	30	30,9	31,8	32,8	33,8	34,8	35,8	36,9	38,0	39,1	343,9
	TOTAL	130,0	133,9	137,9	142,1	146,3	150,7	155,2	159,9	164,7	169,6	1490,3
TOTAL	1134,0	1168,0	1203,1	1239,2	1276,3	1314,6	1354,1	1394,7	1436,5	1479,6	13000,0	

BIBLIOGRAFIA

CARDONA SALAZAR, Jhonier. Las Soluciones Estructurales A Los Problemas Del Municipio De Pereira Parten De No Esconder La Realidad Que Se Vive. Documento de trabajo

CONSEJO NACIONAL DE POLITICA ECONOMICA Y SOCIAL. Documento Conpes 91 de Objetivos del Milenio. Bogotá. 2005

CONSEJO NACIONAL DE POLITICA ECONOMICA Y SOCIAL. Documento Conpes 140 de Objetivos del Milenio. Bogotá. 2011

DANE. Estimaciones de población por grupos quinquenales 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020.

DANE. Principales indicadores demográficos por departamento.

FLORES, Carmen Elisa y SOTO, Victoria. Fecundidad adolescente y pobreza: diagnóstico y lineamientos de política. DNP: Estrategia para la reducción de la pobreza y la desigualdad. Bogotá, 2007

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL SECCIONAL RISARALDA. Revista Forensis del 2004 al 2010.
NACIONES UNIDAS. Conferencia internacional de población y desarrollo Cairo 1994. Resumen del programa de acción.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Dispositivo global de aprendizaje en determinantes sociales de salud y políticas públicas.

PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2005.

PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2010.

REPUBLICA DE COLOMBIA. Plan Nacional para el control del Cáncer 2010-2019.

SECRETARIA DE SALUD Y SEGURIDAD DE PEREIRA-FUNDACION HABITAT. Informe de grupos focales para la Campaña de Promoción del Uso del Condón. Pereira. 2010. Documento de trabajo.

SECRETARIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DE PEREIRA. Programa de Salud Sexual. Línea de base en cáncer 2010. Documento de trabajo.

SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL. Informe de gestión. 2011

SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL. Perfil epidemiológico del Municipio de Pereira. 2008.