



**SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
PLAN TERRITORIAL DE SALUD 2016 – 2019
PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2012 - 2021**

PLAN TERRITORIAL DE SALUD 2016 -2019
PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2012 – 2021

JUAN PABLO GALLO MAYA

ALCALDE DE PEREIRA

LUZ ADRIANA ÁNGEL OSORNO

SECRETARIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

GUSTAVO ADOLFO RIVERA MUÑOZ

DIRECTOR OPERATIVO DE SALUD PÚBLICA

DIANA MILENA CASTAÑEDA

DIRECTORA OPERATIVA DE ASEGURAMIENTO

EQUIPO TÉCNICO DE PLANEACIÓN EN SALUD

LINA MARIA TABARES LENIS
PROFESIONAL ESPECIALIZADA

OLGA HELENA TRUJILLO FLOREZ
PROFESIONAL UNIVERSITARIA

CLAUDIA SANTANDER OCACIONES
PROFESIONAL UNIVERSITARIA

LUZ ADRIANA GARCÍA
PROFESIONAL ESPECIALIZADA

JORGE MARIO ESTRADA ALVÁREZ
REFERENTE EPIDEMIOLOGÍA Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD

EQUIPO DE APOYO

YENI ANEIDER RIOS
REFERENTE DIMENSIÓN ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

LUCY ANDREA HENAO GUZMÁN
REFERENTE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

LARUA HEANO CEBALLOS
REFERENTE SALUD AMBIENTAL

NANCY RAMÍREZ
REFERENTE ENFERMEDADES ZONÓTICAS

JAVIER TABARES
REFERENTE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

LINA MARCELA CIRO
REFERENTE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	5
ANTECEDENTES	6
MARCO NORMATIVO	6
ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD	7
SALUD AMBIENTAL	9
Acceso y Calidad Al Agua Potable.....	9
Calidad del Aire.....	10
Movilidad.....	11
Condiciones de la Vivienda.....	11
Riesgo Biológico	11
Riesgo Químico.....	11
Adaptación e Implementación de Políticas Nacionales e Internacionales en Salud Ambiental.	12
Protección y Recuperación de Entornos y Ecosistemas Estratégicos....	12
Condiciones Crónicas No Transmisibles.....	12
SALUD MENTAL Y CONVIVENCIA	13
Promoción de la Salud Mental	13
Prevención y Atención Integral a Problemas y Trastornos Mentales y a Diferentes Formas de Violencia.....	14
SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL	16
Consumo y Aprovechamiento Biológico de Alimentos	16
Calidad e Inocuidad de los Alimentos	17
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	18
Promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos y Equidad de Género.....	18
VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	19
Enfermedades de Transmisión por Via Aérea	19
Enfermedades Desatendidas	20
Enfermedad Diarréica Aguda y Enfermedades Transmitidas por Alimentos.....	20

Infecciones Asociadas a la Atención En Salud	21
Inmunoprevenibles	22
Enfermedades Zoonóticas	22
Enfermedades Transmitidas Por Vectores	22
SALUD PÚBLICA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES	23
Gestión Integral de Riesgos en Emergencias y Desastres	23
Respuesta en Salud ante Situaciones de Urgencia, Emergencias en Salud Pública y Desastres	25
SALUD Y ÁMBITO LABORAL	26
Seguridad y Salud en el Trabajo	26
GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES	27
Desarrollo Integral de las Niñas, Niños y Adolescentes	27
Envejecimiento y Vejez	28
Salud y Género	29
Salud y Etnia	29
Discapacidad	29
FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN DE LA SALUD	30
Fortalecimiento de la Vigilancia Epidemiológica	30
Estrategias para Garantizar la Provisión Adecuada Servicios de Salud .	30
Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad	30
Atención Primaria en Salud	30
Modelo de Atención en Salud	31
Estudio de Capacidad de Oferta y Demanda en Salud	31
Estrategías para Garantizar el Aseguramiento	31
PRIORIZACIÓN ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS (EPS)	25
IDENTIFICACIÓN Y VALORACIÓN DE TENSIONES EN SALUD	26
EJES ESTRUCTURANTES PRESENTES Y DESEADOS	27
COMPONENTE ESTRATEGICO PLAN TERRITORIAL DE SALUD	28
Plan plurianual de inversiones	39

INTRODUCCIÓN

El municipio de Pereira en cumplimiento de la Resolución 1536 del 2015, mediante la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud, adelantó concomitantemente con la formulación del Plan de Desarrollo 2016-2019 la formulación del Plan Territorial de Salud siguiendo los lineamientos de la Estrategia Pase para la Equidad en Salud e incorporando los elementos esenciales definidos en la recientemente adoptada Política de Atención Integral en Salud – PAIS del gobierno nacional.

El presente documento recoge los contenidos del componente estratégico en los términos del Artículo 25 de la Resolución 1536 del 2015 y el componente de inversión plurianual del plan territorial se encuentra integrado al Plan Plurianual de Inversiones del Plan de Desarrollo y para dar cumplimiento al Artículo 27 de la misma Resolución sobre la aprobación del Plan Territorial de Salud simultáneamente con el Plan de Desarrollo, de común acuerdo con la Secretaría de Planeación, los contenidos del Plan Territorial de Salud se entienden incorporados a los programas del Plan de Desarrollo 2016-2019 de nominados **TODOS CON ASEGURAMIENTO Y SALUD PÚBLICA Y SOCIAL** siendo este documento un referente técnico complementario del Plan de Desarrollo.

El Plan territorial de salud construido se armoniza con el Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021, el cual se convierte en una posibilidad que facilita la intersectorialidad y transectorialidad.

Por tal motivo es un pacto social y un mandato ciudadano que define la actuación articulada de actores y sectores públicos y privados que en conjunto pueden crear condiciones favorables para mejorar los entornos, el bienestar y la calidad de vida. La estructura del presente documento da cuenta de la implementación articulada de acciones de acuerdo a las dimensiones del Plan decenal de salud pública a saber:

Salud Ambiental

Vida saludable y condiciones no transmisibles

Salud Mental y Convivencia Social

Seguridad alimentaria y nutricional

Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos

Vida Saludable Y Enfermedades Transmisibles

Salud pública en emergencias y desastres

Salud y ámbito laboral

Fortalecimiento de la Autoridad sanitaria

Gestión diferencial de poblaciones vulnerables

En el CD anexo se incorpora la matriz de componente estratégico de Plan territorial la cual contiene los objetivos de dimensión con sus respectivos objetivos sanitarios de componente, determinando meta propuesta de acuerdo a la línea de base para cada uno de los indicadores.

ANTECEDENTES

En el 2012 se inició un trabajo por parte del Ministerio de Salud y Protección Social en la formulación del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP 2012-2021), se comenzó con la construcción de mesas de trabajo que involucraron los diferentes actores comunitarios y de salud, en ellas hubo participación de la Secretaría de Salud y Seguridad Social, como la entidad territorial de salud para el municipio de Pereira, trabajo en el que se desarrollaron discusiones frente a las dimensiones y necesidades para el mejoramiento de la salud colectiva del país. Hacia el 2013 se construyó por primera vez y bajo la tutoría y metodología de la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio, el documento de análisis de situación de salud del municipio, documento que sirvió de referencia para una primera mirada de la situación de salud con enfoque por determinantes sociales, apuesta principal del PDSP 2012-2021, esto dio la oportunidad de que el sector salud

tuviera una mirada integral frente a sus problemáticas, sensibilizando a otros sectores del aporte significativo dentro de la dimensión salud.

Hacia mediados del año 2014, el ministerio socializó por primera vez la metodología PASE a la Equidad, metodología con la cual se pretendía armonizar el plan territorial de salud de la vigencia 2012-2015 al PDSP 2012-2021, ejercicio que se completó de manera formal en el año 2015, teniendo por primera vez una planeación en salud con enfoque de determinantes sociales en salud.

PASE a la Equidad, como metodología de formulación del plan territorial de salud en consonancia con el plan decenal de salud pública, considera los momentos clásicos de la planeación los cuales son: Diagnóstico, identificación de problemas, priorización de problemas, formulación de metas y un plan estratégico, estando todos estos pasos recogidos en la actual formulación del plan territorial de salud 2016-2019 para el municipio de Pereira, siendo una apuesta integral a un CAMBIO en la Salud Colectiva de los pereiranos, con intervención directa en determinantes sociales de la salud.

MARCO NORMATIVO

El marco legal del Plan Territorial de Salud se encuentra inmerso en el contexto de la Ley 152 de 1994 “Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo” que en su Artículo 36 establece que “en materia de elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento y evaluación de los planes de desarrollo de las entidades territoriales, se aplicarán, en cuanto sean compatibles, las mismas reglas previstas para el Plan Nacional de Desarrollo” y “deberán tener en cuenta para su elaboración las políticas y estrategias del Plan Nacional de Desarrollo” (Artículo 32).

La Ley 715 del 2001 establece como una de las competencias de dirección del sector salud en el ámbito municipal “Formular, ejecutar y evaluar planes, programas y proyectos en salud, en armonía con las políticas y disposiciones del orden nacional y departamental” y competencias en salud pública “Establecer la

situación de salud en el municipio y propender por el mejoramiento de las condiciones determinantes de dicha situación. De igual forma, promoverá la coordinación, cooperación e integración funcional de los diferentes sectores para la formulación y ejecución de los planes, programas y proyectos en salud pública en su ámbito territorial.”

La Ley 1438 del 2011, en su artículo 6º, estableció, para el Ministerio de Salud y Protección Social la obligación de elaborar un Plan Decenal de Salud Pública en el cual confluyeran las políticas sectoriales para mejorar la salud de los colombianos, por lo que dicha entidad expidió la Resolución 1841 de 2013 mediante la cual se adoptó el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 el cual es de obligatorio cumplimiento para todos los actores del Sistema de Salud y especificó como una responsabilidad de las entidades territoriales la adaptación y adopción de los contenidos del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 en cada cuatrienio a través del Plan Territorial de Salud.

Con el fin de operativizar este marco legal, el Ministerio de Salud, mediante la Resolución 518 del 2015 estableció como un proceso de la gestión en salud pública la planeación integral en salud siendo definido el mismo mediante la Resolución 1536 del 2015 indicando expresamente como una responsabilidad de las autoridades de planeación integral en salud el “articular el Plan Territorial de Salud con los respectivos planes de desarrollo territorial”.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN EN SALUD

(Documento ampliado anexo ASIS Pereira 2014)

SALUD AMBIENTAL

Acceso y Calidad Al Agua Potable

En el municipio de Pereira se evidencia una deficiencia en la infraestructura de los sistemas de tratamiento que abastecen agua las zonas de la Carbonera, la Trinidad, km 5 y Caimalito I y II. De acuerdo a las acciones de vigilancia han arrojado un nivel de riesgo inviable sanitariamente; para los sectores de la Renta, San José, y la Bananera el índice de riesgo de calidad del agua ha sido alto, lo anterior conlleva a eventos de interés de salud pública de origen hídrico; esta situación se ve agravada ya que el 98% de las zonas rurales dispersas no tienen suministro de agua y un 12% no cuentan con adecuada disposición de residuos sólidos y líquidos, propiciando una disposición a cielo abierto y contaminación de las fuentes hídricas que abastecen.

El municipio de Pereira cuenta con 58 sistemas de suministro, 1 de tipo urbano y 57 de tipo rural. De acuerdo con el comportamiento del Índice de Riesgo de Calidad del agua – IRCA en el año 2012 se tuvieron 4 sistemas de suministro con nivel de riesgo inviable sanitariamente, en el año 2015 el número disminuyó a 2 sistemas de suministro pasando del 7% al 3%. En el nivel de riesgo alto se tuvieron 28 sistemas de suministros en el año 2012 y en el año 2015 se tuvieron 14 pasando de un 48% a un 24%; en el riesgo medio se tuvieron 4 sistemas de suministro y en el año 2015 se tuvieron 8 pasando del 7% al 14%; en riesgo bajo se tuvieron 7 sistemas de suministro y en el año 2015 se tuvieron 3 pasando del 12% al 5%; en el nivel sin riesgo se tuvieron 10 sistemas de suministro y en el año 2015 se tuvieron 14 pasando del 17% al 24%, y en 2012 se tuvieron 5 sistemas de suministro sin muestras y en el año 2015 se tuvieron 17 pasando del 9% al 29%.

El notable aumento del porcentaje de sistemas de suministro sin muestras obedece a la disminución en la asignación de cupos por parte del laboratorio de salud Pública departamental. En el año 2011 se tuvieron 682 muestras microbiológicas y 419 fisicoquímicas y para el año 2015 se tuvieron 310 muestras microbiológicas y 209 fisicoquímicas, lo anterior representa una disminución del 55% y 50% respectivamente. Esta situación incide en la cobertura de la vigilancia de la calidad del agua por parte de la entidad territorial disminuyéndola en 69% para microbiológicas y en 65% para muestras fisicoquímicas-

El proceso de vigilancia clasifica la calidad del agua como concepto FAVORABLE, concepto FAVORABLE CON REQUERIMIENTO y concepto DESFAVORABLE. En cuanto al concepto sanitario favorable en el año 2012 se tuvieron 7 (12%) sistemas de suministro y en el año 2015 se tuvieron 13 (22%). De acuerdo al concepto sanitario favorable con requerimiento se pasó de 15(26%) sistemas de suministro a 14 (24%); Con concepto desfavorable pasaron de 31 (53%) a 14 (24%); finalmente, en el año 2012 se tuvieron 5 sistemas de suministro sin toma de muestras de calidad del agua (9%) y en el año 2015 17(29%).

Teniendo en cuenta los factores que inciden en la calidad del agua para consumo humano, se identifica el tipo de tratamiento aplicado en los sistemas de suministro, se pueden identificar los siguientes datos: para el año 2015 el 69% de los acueductos realizan solo proceso de desinfección, el 9% distribuyen agua cruda y el 22% realizan tratamiento completo.

Calidad del Aire

Se evidencia deficiencia en información actualizada y representativa de los puntos críticos en cuanto a calidad del aire, ruido, radiaciones electromagnéticas y radiaciones ultravioletas; a su vez se establece que la entidad territorial no cuenta con los equipos de monitoreo para realizar las acciones de inspección y vigilancia que corresponden por competencia y por ende hay deficiencia en la correlación de la incidencia en salud de eventos asociados a los factores medioambientales.

Movilidad

La planeación de vías vehiculares no ha ido a la par con el crecimiento del Municipio y de su parque automotor el cual aumentó en 78% desde el 2004 al 2012, lo cual se evidencia en el colapso del tráfico en el centro de la ciudad y arterias vehiculares como las avenidas 30 de Agosto, Américas y Ferrocarril principalmente en las horas pico; también se observan vías en mal estado en la zona urbana (las vías urbanas corresponden a un 75,76 km de las cuales 63,79 km se encuentran en buen estado). La reducción del espacio público con invasión de los andenes por parte del comercio informal, disminuye el tránsito de las personas en general; aportando al incremento del estrés de los usuarios de dichas vías que se ven afectados por la reducción del tiempo de entrada y salida de estas zonas. Informes de Medicina Legal indican que en el 2012 se reportó una tasa de lesiones por accidente de tránsito de 225,4 por 100.000 habitantes y en el 2013 fue de 259,4 por 100.000 habitantes; la tasa de mortalidad en el 2012 fue de 16,4 por 100.000 habitantes en el 2013 incrementó a 18,3 por 100.000 habitantes .

Condiciones de la Vivienda

El municipio de Pereira presenta deficiencias en las condiciones de las viviendas en las zonas intervenidas por la estrategia ENFASYS de la Secretaria de Salud. Según la información recopilada las viviendas con materiales inadecuados en paredes son del 32%, en pisos del 9% y en techos del 3%, lo cual genera un riesgo para Infecciones Respiratorias Agudas y enfermedades transmitidas por vectores, entre otras. Igualmente se presenta un hacinamiento del 10%; el 3% están ubicadas en zonas de riesgo para desastres de origen natural; esta situación se presenta principalmente en los corregimientos de Caimalito, Puerto Caldas, comunas Villa Santana, Río Otún, Barrios el Dorado, la Laguna, Caracol la Curva, el Plumón.

Riesgo Biológico

De acuerdo con las visitas realizadas durante el año 2015 el 33,5% de centros de estética ornamental, el 35,7% de centros de estética corporal; además, el 17% de trabajadores independientes no cuenta con un plan de gestión integral de residuos hospitalarios y similares, lo que conduce a una inadecuada gestión de residuos hospitalarios y similares por parte de pequeños generadores.

Riesgo Químico

En el municipio de Pereira no existe un control en la cadena de comercialización y uso agrícola de sustancias químicas que estén asociadas a intoxicaciones, teniendo como resultado para el 2013 y 2014 un total de 188 casos de intoxicación por plaguicidas relacionados a intencionalidad suicida en una mayor proporción, con un 35% reportados al sistema de vigilancia en salud pública (SIVIGILA);

igualmente la percepción del riesgo por parte de la comunidad es bajo para el manejo adecuado de sustancias químicas, lo cual aumenta el nivel de riesgo y las afectaciones en la salud. Si bien existe normatividad en el control de expendio y venta de sustancias químicas peligrosas, hay baja efectividad en la aplicación e igualmente no se evidencia articulación interinstitucional que permita definir estrategias para disminuir los riesgos en la salud.

Adaptación e Implementación de Políticas Nacionales e Internacionales en Salud Ambiental

No se cuenta con la política integral de salud ambiental en la cual participan las entidades responsables del control y mitigación de los factores de riesgo ambiental, es así como no se cuenta con estrategias de responsabilidad social empresarial relacionadas con la producción limpia (en términos de uso y manejo de sustancias químicas) y sostenible (manejo adecuado de residuos sólidos y líquidos), lo cual afecta negativamente los entornos saludables. Por lo anterior se requiere fortalecer la vigilancia sanitaria para el municipio en este campo.

Protección y Recuperación de Entornos y Ecosistemas Estratégicos.

En el municipio de Pereira hay deficiencia en la protección de ecosistemas estratégicos y entornos, partiendo del estudio realizado en el año 2011 por la CARDER donde indica que las principales áreas protegidas que tienen conflicto severo del uso del suelo son: Distrito de conservación Barbas Bremen (33,21%) y Alto del Nudo (50,06%), igualmente se identifica manejo inadecuado de humedales, problema generalizado en la cuenca media y alta del Río Otún que obedece a la dinámica económica regional y su estrecha relación con el desconocimiento de los humedales como ecosistema estratégico para las actividades humanas; la anterior situación genera un impacto directo sobre la disponibilidad de agua para consumo humano y la calidad del aire.

Condiciones Crónicas No Transmisibles

Según registro de defunciones DANE en el período 2005-2013, la mayor carga de mortalidad estuvo representada por la enfermedad cardiovascular con una tasa de mortalidad ajustada por edad y sexo de 153,5 muertes x 100.000 habitantes, las neoplasias (tumores) con una tasa de 122 muertes x 100.000 habitantes, causas atribuibles a la condición crónica no transmisible. En su distribución por género la enfermedad cardiovascular ocupa el primer lugar como causa de muerte tanto en hombres como en mujeres con tasas de mortalidad por dicha causa de 190 muertes x 100.000 y 122 x 100.000 habitantes respectivamente.

Frente a la consecuencia de esta carga de mortalidad en la población de Pereira se estimó que para el período 2005-2013 se dieron 57.354 años de vida

potencialmente perdidos, de los cuales 37% están representados en la enfermedad cardiovascular y neoplasias como condiciones crónicas no transmisibles.

En el período de 2005 a 2013 se presentaron 5.095 muertes por tumores (tasa de muerte ajustada por edad de 122,2 x 100.000 habitantes para el 2013), las cuales representaron la tercera causa de muerte de las registradas en Pereira. De acuerdo con el género los hombres mostraron menor riesgo de morir por tumores que las mujeres, comportamiento que se ha mantenido en el período de tiempo analizado.

Algunas tasas específicas en tumores muestran un comportamiento con tendencia al aumento en la mortalidad, es el caso de la mortalidad por tumores de seno y cérvix en mujeres y tumores de próstata en hombres.

En cáncer de cérvix se ha observado que la tasa de mortalidad va en aumento, teniendo 7,0 x cada 100.000 mujeres para el año 2012 y 13 x 100.000 mujeres en el año 2015, significando un riesgo relativo de muerte del 50%. En cáncer de mama, no se observa una tendencia clara a la disminución o al aumento con años variables, con una tasa que oscila entre 12 y 19 x 100.000 mujeres en los últimos cuatro años.

En hombres los tipos de cáncer que representan mayor carga en la mortalidad son el de estómago y el de próstata. Este último presenta un incremento de 40% en el riesgo de muerte, pasando de 12.4 x 100.000 hombres en el 2009 a 17.5 x 100.000 hombres en el 2015.

SALUD MENTAL Y CONVIVENCIA

Promoción de la Salud Mental

En el municipio de Pereira se evidencian falencias en la línea de acción de promoción de la salud mental desde las primeras etapas del ciclo vital, incluyendo la gestación con énfasis en habilidades para la vida. Lo anterior se refuerza por falta de continuidad en los procesos de articulación intersectorial para construir una política pública y unos programas y proyectos que favorezcan el desarrollo multidimensional del ser humano. Faltan competencias de cuidadores, padres de familia, docentes, personal de salud y actores clave para la promoción y formación de habilidades para la vida. En el sector educativo no se han implementado las zonas de orientación escolar, ni se ha transversalizado la malla curricular con la promoción de la salud mental. Faltan estrategias culturales y deportivas que aporten al adecuado uso del tiempo libre y favorezcan la promoción de la salud mental y la sana convivencia. Hay debilidad en la implementación del comité de salud mental del municipio. Los programas y estrategias implementadas hasta el momento tienen una baja cobertura de acuerdo a las poblaciones sujeto. Lo anterior aumenta la progresión de factores de riesgo relacionados con el aumento

de intención suicida, suicidio, violencia intrafamiliar, patologías mentales y consumo de sustancia psicoactivas. Situación que representa una carga de morbilidad importante muchas veces no atendida.

La problemática anteriormente planteada devela la necesidad urgente de llevar a cabo estudios cuantitativos de la situación de salud mental de la población del territorio.

En el municipio existe un débil proceso de gestión del riesgo individual y colectivo en salud mental a cargo de las EPS, red prestadora y entidad territorial, lo cual se ve agravado por la falta de transversalización de la salud mental en los diferentes programas territoriales de promoción y prevención y en los programas de detección temprana y protección específica. En los entornos familiares, escolares y comunitarios faltan capacidades para detectar y desarrollar estrategias de afrontamiento para un manejo adecuado de la patología. Las intervenciones actuales orientadas a la prevención y mitigación en el consumo de SPA (sustancias psicoactivas) son de baja cobertura y registran un inadecuado manejo de redes familiares, comunitarias e institucionales. Esta situación se ve afectada por débiles procesos de información, educación y comunicación, así como el uso de tecnologías y acciones de movilización social y comunitaria con baja participación y poco involucramiento parental. Ausencia de un sistema de información unificado que permita implementar acciones focalizadas y coordinadas. Falta de control en el microtráfico de drogas y de propuestas de emprendimiento de desarrollo social. Así mismo, se evidencia falta de continuidad e interdisciplinariedad para el abordaje integral psicológico y social en los programas de mitigación de consumo.

Prevención y Atención Integral a Problemas y Trastornos Mentales y a Diferentes Formas de Violencia

En el municipio de Pereira el programa de atención a víctimas de conflicto armado tiene una estructura y una operación que no garantiza el restablecimiento de los derechos. No existe un sistema de información único que permita una gestión coordinada y focalizada para la atención psicosocial de víctimas. De igual manera existe desarticulación intersectorial en los procesos de caracterización de víctimas. Faltan estrategias familiares y comunitarias que permitan una atención extramural integral dada la condición de víctima. Existen falencias operativas en la aplicabilidad de la normatividad por parte de las redes existentes. Todo lo anterior genera baja cobertura en la atención y en el seguimiento.

Durante el año 2015 la Alcaldía de Pereira a través de la Secretaría de Salud realizó el Primer Estudio de Salud Mental en el Municipio de Pereira con una muestra de 1.110 habitantes entre 14 y 68 años, en el cual se estimaron los

principales trastornos mentales de los pereiranos para avanzar en la comprensión y reconocimiento de la salud mental como una prioridad en salud pública. El Estudio mostró que un 28% de la población había presentado síntomas de ansiedad generalizada, concentrándose en mujeres y en el grupo de 30-39 años, la mayoría residente en zonas urbanas, con antecedentes de maltrato o desplazamiento y con proclividad al uso de alcohol, marihuana o tabaco.

El 12,5% registró síntomas asociados a estrés post-traumático especialmente por desastres naturales, el 6,6% ha presentado al menos un episodio depresivo mayor, el 8,1% depresión moderada o grave, en particular en el grupo de edad de 30-39 años, más del 60% de estas personas reportó pensamientos recurrentes de muerte, y cerca del 44% ha pensado en el suicidio. Solo el 41% consultó a los servicios de salud por sus síntomas.

En referencia al maltrato una alta proporción de quienes respondieron la encuesta reportó haber recibido algún tipo de maltrato (72,8%).

En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas se observa que el uso de alcohol al menos una vez en la vida (Prevalencia de vida) fue de 87,6%, siendo similar al de la media nacional (87%; Minsalud et al, 2013). La marihuana es la sustancia ilícita de mayor uso en el municipio registrando uso al menos una vez en la vida en el 19,9% y en el último mes en el 3,2% de los casos. Algo similar se encuentra para el caso del uso de cocaína, siendo 6,3% la proporción de personas que dijo haberla usado alguna vez en la vida, en contraste con el 3,2% de la media nacional. Para el caso de los opiáceos, Pereira registra una prevalencia de vida de 1,26%, comparado con el 0,04% del promedio nacional.

De otro lado, y aún cuando en el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social no reporta datos discriminados por territorio para el caso de la heroína, es ampliamente reconocido que Pereira y Dosquebradas en particular, concentran un número importante de consumidores activos de heroína. Risaralda y en particular estas ciudades han sido priorizadas, junto con otros municipios, por parte del Ministerio de Salud en el marco Plan Nacional de Respuesta al Consumo de Heroína y las líneas estratégicas de mitigación, reducción de daños y riesgos y superación o tratamiento.

En término de violencia el país ha sufrido las consecuencias de un conflicto armado que data de más de 50 años y Pereira no es ajeno a las mismas, de acuerdo con el Estudio de Salud Mental en el Municipio de Pereira (2015) el 14% de la población entrevistada (14-68 años) dijo haber sido víctima de desplazamiento forzado, evento que afecta la integridad, la estabilidad emocional, la salud general, altera y debilita las redes sociales y comunitarias.

A lo anterior se suma que no solamente la violencia por conflicto está presente en el municipio sino también otras formas de violencia como el maltrato y la violencia sexual; es así como el 72,8% de los entrevistados reporta haber recibido algún tipo de maltrato: principalmente físico, seguido del psicológico (amenaza) y en menor porcentaje se encuentra la negligencia.

SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Consumo y Aprovechamiento Biológico de Alimentos

La población del municipio de Pereira tiene inadecuados hábitos alimenticios lo cual se observa en todas las etapas del ciclo vital. Esta situación es agravada por el escaso recurso económico dispuesto para la compra de alimentos, la mala escogencia de los mismos para la canasta básica familiar, patrones culturales y familiares que han marcado una tradición alimenticia poco balanceada.

Lo anterior ha originado un problema generacional en todos los grupos etáreos desde el nacimiento hasta los adultos mayores, incluyendo la madre gestante; malnutrición tanto por déficit “desnutrición” como por exceso “sobrepeso y obesidad”; situación que se ve reflejada a futuro con deficiencia en micronutrientes, enfermedades crónicas no transmisibles, bajo peso al nacer, no aumento de la media de la lactancia materna, afectando la salud nutricional del individuo y por ende la salud física y mental de la población.

Con base en la última investigación del estado nutricional de la población de Pereira para el 2014 en cuanto a exceso de peso se obtuvo lo siguiente:

Sobrepeso y la obesidad para la primera infancia es de 9,3%. Entre 5 y 10 años es de 8,4% y para el rango de edad entre 11 y 17 años es 4,1%. En jóvenes (19 a 28 años) es de 23,9%.

La primera infancia en su vida cotidiana tiene como factor de riesgo el sedentarismo. En el ámbito familiar es poco frecuente que se promueva la recreación en los niños y las niñas como un aspecto fundamental para su desarrollo. Existen representaciones sociales inadecuadas frente al juego. Se inicia proceso de posicionamiento para que éste sea percibido y vivido como una práctica clave que potencia el desarrollo y muy especialmente la salud mental. Igualmente no existe una oferta desde el entorno espacio público que ofrezca zonas de estimulación integral a favor del desarrollo motor, perceptual desde el arte y la lúdica. En los centros de desarrollo infantil, hogares comunitarios u otros espacios institucionales creados para el cuidado de la primera infancia o la educación inicial no existen programas específicos que potencien la recreación y la actividad física para construir el hábito que se requiere para la infancia y

adolescencia y así disminuir el riesgo a la obesidad, pre obesidad o algún tipo de trastorno alimenticio. Otro factor que influye es el alto consumo de azúcares y grasas que hacen parte de las tiendas escolares y de los establecimientos de consumo en general.

Los Niños, Niñas Adolescentes y Jóvenes desde su edad escolar están influenciados por factores de riesgo como son la falta de programas de educación física, recreación y deporte dirigidos en el ámbito escolar, comunitario y familiar por profesionales del deporte con la frecuencia y desarrollo sistemático necesario

El municipio de Pereira muestra un impacto favorable en los indicadores de desnutrición. A continuación se muestra comparativo entre investigación realizada año 2011 y 2015.

Tabla 1. Indicadores del Estado Nutricional Municipio de Pereira

Indicador	2011	2014
Media de Lactancia Materna Exclusiva	1,8 meses	2 meses
Desnutrición Crónica menores de 5 años	21,10%	8,90%
Desnutrición Crónica menores de 10 años	14,40%	6,70%
Desnutrición global 0-5 años	16%	4%
Fuente: encuesta del Estado Nutricional de la población de Pereira 2011 - 2014		

Calidad e Inocuidad de los Alimentos

En el municipio de Pereira existen prácticas higiénico-sanitarias que generan factores de riesgo, en toda la cadena productiva desde la producción, distribución, almacenamiento, preparación, expendio, servido y consumo final de los alimentos. Lo anterior es visible desde el entorno agrícola, en el ámbito de los hogares y en los establecimientos de preparación y expendio de alimentos, los cuales aumentaron su número a 5.100 sujetos de alto y mediano riesgo epidemiológico en el 2015. Así se generan condiciones adversas para la salud de los consumidores, que aumentan la probabilidad de ser afectados por enfermedades transmitidas por alimentos (ETAS), como son las intoxicaciones alimentarias, enfermedades diarreicas agudas, hepatitis A, entre otras.

En cuanto al proceso de Inspección Vigilancia y Control (IVC) realizado por la Secretaria de Salud al 68% de establecimientos (5100 establecimientos de expendio y preparación de alimentos) durante el cuatrenio 2012 – 2015 tuvo un concepto sanitario favorable el 41% de ellos, cumplimiento parcial el 56% y un 2% desfavorable.

Si se toma en cuenta que el número de establecimientos productores y/o expendedores de alimentos de mediano y alto riesgo existentes en Pereira son aproximadamente 5100 con amplia variedad de productos se tiene una cobertura baja en la vigilancia.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos y Equidad de Género

La dimensión de salud sexual y reproductiva tiene como indicador de la calidad de los servicios de salud la razón de mortalidad materna, la cual ha presentado una reducción significativa en los últimos cuatro años, de 57.1 x 100.000 en el 2012 a 14.7 x 100.000 en el 2015. Mencionada reducción obedece al cumplimiento de normas técnicas y guías de atención a la gestante y el parto, lo cual se ha visto traducido en una cobertura de controles prenatales de 92% y parto institucionalizado de 99% para el municipio de Pereira; sin embargo, las estrategias para garantizar captación temprana de la gestante se hacen necesarias debido que dicha captación para el municipio es del 57% y puede disminuir aun mas comprometiendo resultados en el componente materno perinatal.

En sífilis congénita, se observa un comportamiento favorable, pasando en el 2012 de 4.1 x 1000 NV a 2,2 x 1000 NV en el 2015, significando una reducción casi del 50% en la incidencia. Según análisis sobre los casos confirmados en el sistema de vigilancia se ha encontrado que un 60% de las madres de estos niños no asistieron a control prenatal, 40% eran consumidoras de sustancia psicoactivas, condicionantes que pueden afectar la reducción de la incidencia observada hasta el momento, de tal modo que son necesarias intervenciones críticas en estos aspectos.

En cuanto al porcentaje de embarazo en adolescentes ha tenido una leve tendencia a la disminución en los últimos 4 años pasando de 23,6% a 19,6%. Lo anterior hace un llamado a la intersectorialidad entre Secretaria de Salud, Secretaria de Educación y otros actores como medios de comunicación, para continuar implementando estrategias que ligadas a la construcción de proyecto de vida se conviertan en factores protectores en cuanto a la toma de decisiones asertivas.

Falta promoción de los servicios de detección temprana en alteraciones del joven, lo cual se evidencia en la baja cobertura de 3.3%, tanto en la red pública como privada.

La prevalencia por VIH ha presentado un incremento de 34 x 100.000 habitantes en el 2011 a 40,7 x 100.000 habitantes en el 2015, condición que se agrava por la alta carga de tuberculosis registrada en el municipio conllevando a situaciones de coinfección TB/VIH con un importante incremento en la tasa de mortalidad TB/VIH de 3,2 x 100.000 habitantes en el 2014 a 5,1 x 100.000 habitantes en 2015.

En el municipio de Pereira se evidencia vulneración de derechos en la salud sexual y reproductiva con mayor énfasis en la población adolescente y joven, y en la comunidad LGTBI. Esta situación se ve reforzada desde lo social y cultural ya que existe una discriminación, que se evidencia en barreras para acceder y participar en diferentes ámbitos.

VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Durante el periodo 2005 a 2013 se presentaron 1.733 muertes por enfermedades transmisibles. Con relación a la edad los mayores de 80 años presentaron mayor riesgo de morir por estas enfermedades seguido de los menores de 0 a 4 años de edad. Las causas que más concentran mortalidad por enfermedades transmisibles son el VIH, Tuberculosis e infecciones respiratorias.

Enfermedades de Transmisión por Vía Aérea

Teniendo en cuenta que la tuberculosis es una de las enfermedades más representativas la cual ha mostrado una tendencia al aumento pasando de una incidencia de 50,8 a 60,5 casos x 100.000 habitantes entre 2004 y 2015; esta situación puede haber sido influenciada por el aumento en la captación de sintomáticos respiratorios y/o por un deficiente control de la enfermedad en la comunidad, ya que muchos de los casos son diagnosticados en un tercer nivel de atención. El 80 % de los mismos corresponden a TB pulmonar y el 20 % restante a TB extrapulmonar; la mayor proporción de casos se encuentran en el casco urbano, en las comunas Centro, Rio Otún, Villavicencio, Villasantana y del Café, las cuales dentro de la distribución de la población municipal representan el 30% de la carga poblacional. A nivel municipal la proporción de abandono del tratamiento es del 12 %. El éxito terapéutico en el municipio se ha venido incrementando desde el año 2012 en el cual se observó 72% y un 82% para el 2014 en cura de la enfermedad; sin embargo la meta nacional es del 85%, indicador que podría mejorarse si se disminuye el abandono del tratamiento por parte del paciente; lo cual puede lograrse mediante un trabajo articulado con

diferentes sectores y actores sociales como desarrollo social, salud mental a los cuales hay que fortalecer financieramente logrando con esto la adherencia al tratamiento y empoderamiento comunitario frente a la captación del sintomático respiratorio y el DOTS/TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado).

Si bien la prevalencia de tuberculosis muestra un incremento, la mortalidad por dicha causa por el contrario muestra una disminución pasando de 5,3 muertes x 100.000 habitantes en el 2010 a 2,8 muertes por 100.000 en el 2015. De igual manera factores tales como, la dificultad en el acceso a los servicios de salud, la baja percepción del riesgo por parte de la comunidad, y las condiciones de vulnerabilidad como la pobreza, habitantes de calle, consumidores de sustancias psicoactivas, perpetúan la presencia de este evento y han llevado a la complicación en el manejo clínico por la aparición de formas de la enfermedad con resistencia a los tratamientos antituberculosos actuales. Esto es evidenciable ante el incremento en la notificación de casos de tuberculosis multidrogoresistentes en el municipio de Pereira ya que para el año 2013 se notificaron 2 casos, en el 2014 8 casos y el 2015 16 casos.

Enfermedades Desatendidas

En Pereira la tasa de casos de lepra se ha mantenido por debajo de 1 por cada 10.000 habitantes cada año. Desde el 2004 hasta el 2014 se han presentado 11 casos nuevos de lepra, el 60% de ellos multibacilar y el 63,3% se ha presentado en el género masculino; según lo observado y acorde con la descripción de la OMS sobre cómo se transmite la enfermedad, se resalta que en el 18% de los casos se han encontrado nexos familiares. La lepra ocasiona secuelas neurológicas y físicas que se traducen en discapacidad.

En Pereira la baja tasa de incidencia de lepra observada puede, en parte, ser atribuida a una deficiencia en las EPS y las instituciones prestadoras de servicios de salud de primer nivel, las cuales no realizan búsquedas activas institucionales ni un diagnóstico oportuno de la enfermedad, ésto inferido por la baja captación en sintomáticos dermatológicos; además de ello, el municipio no cuenta con un dato real de la situación de discapacidad entre los pacientes, impidiendo llevar a cabo un acompañamiento y atención integral a los usuarios.

Enfermedad Diarréica Aguda y Enfermedades Transmitidas por Alimentos

La enfermedad diarréica aguda EDA en el municipio de Pereira ha tenido un comportamiento a la baja, desde el año 2012 al 2015 no se reportan casos de mortalidad por este evento. La disminución de esta tasa obedece a la promoción de estrategias de protección a través de diferentes programas de la Secretaría de Salud y Seguridad Social del municipio desde la estrategia de Atención Primaria en Salud.

La morbilidad por EDA se ha comportado igualmente a la baja mostrando tasas desde el 2011 con 360,9 x 1000 menores de 5 años, en el 2012 de 128,1, en el 2013 de 145,8, en el 2014 de 140,7 y en el 2015 de 134 mostrando una disminución significativa.

En el municipio de Pereira, se ha identificado que la manipulación inadecuada de alimentos y la poca adherencia a prácticas clave para la prevención de las enfermedades prevalentes de la infancia, hace recurrente la morbilidad por EDA y ETA. Esta situación se ve empeorada por la baja cobertura a nivel municipal de unidades AIEPI (Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia), comunitario y el desconocimiento sobre AIEPI clínico por parte de los prestadores, las prácticas culturales indígenas que conllevan a un tratamiento tardío, el reporte inoportuno y subregistro de casos por parte de IPS, y el alto nivel de rotación de los médicos en el área de urgencias. Aún cuando en los últimos cuatro años no se ha presentado mortalidad, si existe un nivel representativo de morbilidad por EDA en el municipio. En los últimos años se ha tenido la implementación de cursos comunitarios de prácticas clave, mejoramiento en la infraestructura de acueducto y alcantarillado y el inicio de la implementación de trece unidades AIEPI comunitarias, mas los procesos permanentes de inspección vigilancia y control en establecimientos de consumo.

Infecciones Asociadas a la Atención En Salud

En las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud ubicadas en Pereira, se presentan casos de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS). Se reconoce un proceso incipiente de seguimiento a las IAAS en las diferentes IPS; en cuanto al nivel territorial, para el año 2015 se inició la vigilancia epidemiológica para el seguimiento y control de estos eventos en las unidades de cuidados intensivos; Los resultados de la vigilancia mostraron que las mayores tasas de neumonías asociadas a ventilador se presentaron en la población pediátrica (2,7 casos x 1000 días-ventilador), comparada con la población adulta (0.98 casos x 1000 días ventilador).

En cuanto a la Infección de tracto urinario asociado a catéter es mayor su tasa de infección en adultos (2.4 casos x 1000 días catéter) comparada con la población pediátrica (1,4 casos x 1000 días catéter).

Las Infecciones asociadas a catéter sanguíneo se presentan con mayor incidencia en población pediátrica y neonatal con 4,5 casos x 1000 días catéter sanguíneo y 9,1 casos x 1000 días catéter respectivamente. Se hace necesario el seguimiento a la situación de IAAS en el municipio desde el seguimiento a la implementación de la Política de Seguridad del Paciente.

Inmunoprevenibles

La carga de enfermedad evitable por vacunación ha tenido una reducción sustancial en el municipio a partir del año de 1993 cuando se presentaron los últimos brotes de sarampión-rubeola, llevando a cero la mortalidad en el presente. Lo anterior se ha logrado en el municipio mediante el mantenimiento de coberturas útiles de vacunación (96.4% con población base nacidos vivos 2015).

Enfermedades Zoonóticas

En el municipio de Pereira se observan prácticas inadecuadas intra y extra domiciliarias que generan riesgos en la proliferación de roedores plaga y además se evidencia una convivencia irresponsable con animales de compañía. Lo anterior incide directamente en la transmisión de enfermedades zoonóticas, además de las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia que presentan una alta incidencia; 1.459 casos reportados en el 2015, de los cuales 67% fueron sin riesgo de transmisión de rabia y el 5.9% fueron con riesgo alto de transmisión de rabia. Por otra parte aún no se cuenta con la legalización de la política municipal de protección animal. De igual forma existe falta de adherencia a los respectivos protocolos y guías de atención en el manejo de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, específicamente en la aplicación de vacuna y suero antirrábico por parte de los prestadores de servicios de salud.

En el municipio se han presentado históricamente casos de leptospirosis con una incidencia media para el periodo 2012-2014 de 8.8 casos por 100.000 habitantes (Fuente SIVIGILA). Con una mortalidad del 0.2 x100.000 (1 caso por año), pero debido a la existencia de zonas vulnerables donde el manejo inadecuado de residuos y condiciones de vivienda inadecuadas se continúa favoreciendo la proliferación de vectores, roedores que pueden provocar brotes.

Frente a zoonosis, como rabia en humanos, para el área urbana y rural la incidencia ha sido cero los últimos años. Como riesgo para este evento persiste la agresión por animales la cual genera un problema de salud pública por el alto riesgo de posible transmisión de la infección a humanos, aunque estrategias de vacunación antirrábica en población felina y canina son implementadas en el municipio, también existe un riesgo frente a animales silvestres y murciélagos en la zona rural que pueden infectar animales domésticos que favorecería la transmisión de rabia a humanos.

Enfermedades Transmitidas Por Vectores

La tasa de incidencia de dengue ha tenido una tendencia hacia la reducción, la cual para el año 2002 presentó una tasa de aproximadamente 1181.3 casos por 100.000 habitantes, con una reducción a 2009 de 64.3 casos por 100.000. En el año 2010 ocurrió en el municipio un brote que elevó la tasa de incidencia de la

enfermedad a 1800 casos por 100.000 y a un aumento en la mortalidad que pasó de 0.22 a 1.97 muertes por cada 100.000 habitantes, expresado en 9 muertes en el 2010 frente al histórico de 1 muerte por año. Existen amenazas constantes de brote de la enfermedad, así como también el ingreso de nuevas enfermedades de origen viral con transmisión por vectores (*Aedes aegypti* y *albopictus*), como Chicunguña y Zika, las cuales si bien no generan una alta mortalidad, si una alta carga de morbilidad a la población con su consecuente nivel de incapacidad y en algunos casos secuelas a largo plazo. Sumado a lo anterior se ha identificado que en el municipio de Pereira la población presenta prácticas de riesgo individual y colectivo lo cual conlleva al aumento en el número de casos reportados al sistema; por otra parte la presencia de aspectos culturales, la falta de apropiación de la problemática en la comunidad, la falta de una mayor cobertura de la estrategia de gestión integrada para la prevención del dengue, falta de adherencia a protocolos y guías de atención, la alta movilización y las condiciones geográficas como la altitud en la cual se encuentra el municipio de Pereira, son factores que favorecen la proliferación de los vectores en la zona y la incidencia de ETV, condicionantes específicos para aumento del riesgo por muerte especialmente por Dengue.

La falta de lluvias y el desecamiento disminuye los criaderos de los vectores; sin embargo, el aumento de la temperatura incide en la proliferación de zancudos al acortar los ciclos de vida. En el municipio de Pereira se han reportado casos autóctonos de malaria, con incidencia más alta para el año 2009 de 7 x 100.000 Habitantes, para el 2015 se presentó una incidencia de 0,4 x 100.000 Habitantes, con concentración de casos en zonas rurales como Caimalito, Galicia y Morelia; presencia de casos en zona urbana en sectores como el Poblado, el Dorado y la Unidad.

SALUD PÚBLICA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

Gestión Integral de Riesgos en Emergencias y Desastres

En general la frecuente ocurrencia de emergencias de origen natural en el municipio de Pereira se debe principalmente a las características climatológicas de la región, las cuales durante los dos períodos lluviosos del año (enero-marzo y julio-agosto) desencadenan inundaciones, avenidas torrenciales, vendavales, tempestades, deslizamientos en contraste con los dos periodos secos del año (abril-mayo y octubre-noviembre) cuando se desencadenan incendios forestales y estructurales, epidemias y desabastecimiento de agua, agravándose la situación cuando se presentan los Fenómenos del Niño y la Niña (ANÁLISIS SITUACIÓN SALUD en EMERGENCIAS y DESASTRES/ 2013 Secretaría de Salud y Seguridad Social de Pereira.)

De acuerdo con Plan de Ordenamiento Territorial 2015-2027, los deslizamientos y los incendios estructurales son los que ocasionan mayor afectación sobre la salud,

aportando el mayor número de víctimas mortales y lesionadas en los últimos 10 años. Los vendavales y las inundaciones son los que dejan mayor número de población afectada (damnificada). De acuerdo con el censo que realiza la Dirección Operativa de Prevención y Atención de Desastres, se contabilizan para el 2015 cerca de 3.628 viviendas expuestas a riesgo no mitigable geológico, hidrológico ó combinado ubicadas en las comunas Ferrocarril (26%), Consota (17%), Boston (13%), Otún (13%) y Villasantana (9%); para la zona rural en Caimalito (50%) y Puerto Caldas (19%). El 17.6% del área total del suelo urbano se clasifica con riesgo para deslizamientos. El 21% del territorio municipal se clasifica como Prioridad 1 para incendios forestales. Con respecto a epidemias el Municipio es endémico para Dengue, Malaria, Fiebre Amarilla, Chikunguña y Zika, con antecedentes claros de declaratoria de emergencia municipal por epidemia de dengue del 2010 (7.649 casos), pandemia H1N1 (2009) que dejó 61 casos positivos con cinco (5) defunciones, y el territorio presenta riesgo de importar enfermedades internacionales (Cólera, Ébola, MERSCOV-Síndrome respiratorio por coronavirus de Oriente medio, Influenza aviar etc) a través del Aeropuerto Internacional Matecaña y el ingreso irregular de población migrante internacional. Los accidentes de tránsito corresponden a la tercera tasa de mortalidad (15.1) más alta del Municipio (ASIS 2013). El Municipio tiene dos antecedentes de explosiones y riesgo permanente relacionado con las dos líneas de poliductos de ECOPETROL que atraviesan el territorio. Se suma a esta situación el riesgo antrópico por concentración masiva de personas, ya que el municipio de Pereira por tener características de Metrópoli Regional, ejerce influencia sobre 19 centros urbanos en un área de 35 km y sobre 20 centros urbanos (Área influencia Ecorregión Eje Cafetero) en el rango de los 55kms; se materializan proyectos con visión de urbe (Zona franca Pereira Trade Park, Zona Franca del Eje Cafetero, Zona Franca del Parque Temático de Flora y Fauna), es región atractiva para eventos masivos de gran magnitud (Mundial Sub 20) y el Municipio es el principal receptor del eje cafetero de población desplazada (indígenas y víctimas del conflicto armado).

Es imprescindible además considerar que el municipio de Pereira se localiza en la zona de Amenaza Sísmica Alta, al estar atravesado por el sistema de fallas de Romeral, ser afectado por sismos de tipo volcánico del área de influencia de Volcán Nevado del Ruiz y las erupciones del Nevado Santa Isabel, además la condición del colector Egojá genera amenazas hidrológicas y geotécnicas que alcanzan altos niveles de sismicidad durante la ocurrencia de terremotos.

En promedio el municipio de Pereira ha sufrido 9 desastres relacionados con fenómenos naturales cada año entre 1906 y 2000, tales como: Sismos del eje cafetero de 1999 y 1995 (168 muertos), Ola invernal 2010 – 2011 (1 muerto y 1.921 afectados), explosión del poliducto de ECOPETROL 2002 (1 muerto, 3 heridos y 1 acueducto contaminado) y explosión poliducto ECOPETROL del 2011 (28 muertos, 99 heridos, 3 acueductos contaminados), Pandemia H1N1 de 2009

(4 muertos, 82132 consulta por IRA), Epidemia de dengue 2009-2010 (10 muertos) (Boletín Epidemiológico No. 47 /2009 y 48/2011 del Instituto Nacional de Salud: Pandemia H1N1, Boletín Epidemiológico No. 52 /2011 e Índices aéricos Secretaría Salud Pereira/2002-2011 Epidemia Dengue), Fenómeno niño de 1991 y 2006, incendio forestal Parque Los Nevados 2006 (3000 Hectáreas y 30 humedales afectados), alerta por Ébola Aeropuerto Matecaña, escapes de químicos y sustancias peligrosas (colegio La Villa/2012 – 100 afectados, Empresa Biorgánicos del Otún/2009 18 afectados), incendios estructurales de grandes proporciones, accidentes de tránsito con múltiples víctimas, constantes brotes de varicela y ETAS en población hacinada (Cárcel de varones 2012-2013-2014-2015, instituciones educativas), celebración de eventos masivos como Fiestas de la Cosecha y Mundial Sub 20 FIFA.

En conclusión, se tiene que el municipio de Pereira no cuenta con un proceso de gestión del riesgo de desastres que le permita reconocer y adaptarse a las condiciones de riesgo del territorio que ocupa, por lo cual su infraestructura, bienes y población siguen ubicándose en áreas de potencial afectación por eventos amenazantes de tipo natural y no se interviene su vulnerabilidad.

Respuesta en Salud ante Situaciones de Urgencia, Emergencias en Salud Pública y Desastres

No se cuenta con un estudio del impacto sobre la salud (población e infraestructura) de los eventos naturales, antrópicos o socio naturales que han desencadenado situaciones de emergencia en el municipio de Pereira. De los tres instrumentos de planificación de la gestión en salud del riesgo de desastres; el PLAN MUNICIPAL DE GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES está recién formulado (Diciembre/2015), la ESTRATEGIA MUNICIPAL DE RESPUESTA EMRE está en proyecto de construcción por la Dirección Operativa de Prevención y Atención de Desastres DOPAD y el PLAN DE RECUPERACIÓN no se ha construido.

Vale la pena anotar que el Municipio no cuenta con un Sistema de Emergencias Médicas, ni un Fondo de reserva para situaciones de emergencia (respuesta, reconstrucción, recuperación). La red hospitalaria en su servicio de urgencias presenta un índice de ocupación del 115%. No se cuenta con sistema de comunicaciones, transporte, dotación, suministros médicos, materiales de reserva a cargo de la Secretaría de Salud para enfrentar situaciones de emergencia y desastre, no hay alianzas con organismos internacionales y otros sectores para hacer frente a emergencias y desastres.

El componente de Atención Pre Hospitalaria se ha venido fortaleciendo, ya que para el año 2011 se contaba con once (11) vehículos habilitados para prestar el servicio de transporte especial de pacientes (ambulancias) , y para el año 2015 se incrementó a 53 vehículos, de los cuales 43 son para Transporte Asistencial

Básico y 10 para Transporte Asistencial Medicalizado. El 87% de esta infraestructura pertenece al sector privado, lo cual ha generado una tendencia hacia el lucro más que hacia la misión médica y el socorro. Las entidades de socorro oficiales Bomberos y Defensa Civil cuentan cada una con una (1) unidad de rescate (ANÁLISIS SITUACIÓN SALUD en EMERGENCIAS y DESASTRES/ 2013 Secretaría de Salud y Seguridad Social de Pereira.). Lo anterior demuestra la baja capacidad de respuesta del municipio para la atención prehospitalaria

SALUD Y ÁMBITO LABORAL

Seguridad y Salud en el Trabajo

El municipio de Pereira no cuenta con un sistema de información que permita establecer la incidencia de la carga de la enfermedad de origen laboral, accidentabilidad, discapacidad y cobertura al sector informal; lo anterior se origina por la falta de articulación de los actores tales como: Ministerio de Trabajo, ARL, Secretaría de Salud, Secretaría de Gobierno, EPS e IPS. Esta situación se ve agravada por el desconocimiento de la clasificación del origen de la enfermedad al ser atendida por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud; sumado a esta problemática se evidencia una débil implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo por parte de los empleadores, lo que acrecienta los factores de riesgo a los cuales se expone la población trabajadora.

En el municipio de Pereira existe un débil proceso de protección de la salud en el trabajo y del fomento de la cultura preventiva a los trabajadores informales de la economía. Lo anterior se genera por factores relacionados como: Falta capacidad de respuesta desde el programa de Riesgo Laboral de la Secretaria de Salud, ya que no puede brindar una total cobertura por la falta de recurso humano y económico; el sector informal es migratorio y esto dificulta la caracterización y el seguimiento. No todos los trabajadores informales están inscritos en la base de datos del Registro Único de Vendedores Informales de Pereira (RUVIP), además la diversificación de la actividad económica de cada vendedor y los diferentes lugares donde ejercen su actividad cambian constantemente. Lo anterior ha generado una limitación en el acceso a la información con el fin de crear una caracterización confiable, la cual contribuye a la creación de programas, estrategias y actividades en pro a la mitigación de los factores de riesgos predominantes, que impacten la salud de los trabajadores informales. Actualmente la Secretaria de Salud trabaja con las zonas priorizadas (Centro y Cuba); capacitando a las mujeres del sector informal en identificación de factores de riesgo y reglas de autocuidado, realizando también diagnóstico de los puestos de trabajo de los vendedores informales estacionarios.

GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES

Desarrollo Integral de las Niñas, Niños y Adolescentes

El municipio de Pereira cuenta con un Modelo de atención a la Primera infancia que es insuficiente, en el cual la oferta no garantiza la respuesta integral a la demanda en términos de cobertura y calidad. Lo anterior se refuerza por la falta de infraestructura adecuada, falta de materiales e insumos apropiados para los niños y niñas, reducidos espacios formativos para el mejoramiento de capacidades y destrezas por parte de docentes, cuidadores y padres. Débiles procesos para el desarrollo integral de la primera infancia, abordaje pedagógico inapropiado, estrategias con poco involucramiento familiar y, ausencia de acciones de detección oportuna e intervención temprana de dificultades del desarrollo. Además existen representaciones sociales inadecuadas a nivel comunitario sobre la importancia de la educación en primera infancia. Esta situación puede generar aumento de la morbilidad evitable relacionada con la interacción con los entornos y la mortalidad prevenible. Es importante mencionar que el municipio ya cuenta con política pública de primera infancia, infancia y adolescencia y planes de acción anual con seguimiento por parte del comité municipal de primera infancia, infancia y adolescencia. Así mismo hay un proceso incipiente de implementación del modelo Circulo virtuoso en Tokio y Puerto Caldas.

La ciudad dispone de 6 Centros de Desarrollo Infantil (CDI), de los cuales 4 cuentan con valor agregado a través del Modelo Círculo Virtuoso. Estos han sido construidos por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), con el apoyo de la Alcaldía de Pereira, donde reciben atención 1.096 niños y niñas aproximadamente. Además existen 7 Hogares infantiles que atienden aproximadamente 696 niños y niñas; quienes reciben educación inicial, atención, cuidado y complemento nutricional, entre otros; para un total de 1.792 niños y niñas de primera infancia con atención integral. Adicional a esto, el ICBF cuenta entre otras con la modalidades de: CDI Modalidad Familiar donde reciben atención 3.100 niños y niñas, HCB1- Tradicionales Familiares donde reciben atención 5.530 niños y niñas y HCB-Fami donde reciben atención y cuidado 72 niñas y niños.

Se estima además que mediante oferta privada (tipo jardines infantiles y colegios) se cubren otros 3.423 niños y niñas de los estratos 3, 4, 5 y 6, en el rango de edad de la primera infancia (0-5 años).

Así las cosas, solamente 5.215 niños y niñas entre los 0 - 5 años reciben educación inicial en Pereira, en el marco de la atención integral, lo que significa una cobertura de sólo el 12,74%. Por tanto el restante 87,26% de los niños no recibe educación inicial en el marco de la atención integral.

Teniendo en cuenta que la demanda total estimada de la población de primera infancia, de estratos I y II en el municipio de Pereira es de 18.192 niños y niñas y

que solo mediante la modalidad de CDI, reciben atención 1.096 niños y niñas, lo que equivale al 6,02%, podemos concluir que el déficit de atención integral bajo la modalidad de CDI para los estratos I y II, es de 17.099 niños y niñas entre los 0 y 5 años.

En cuanto a indicadores de morbi mortalidad se tiene: En los últimos años se observa una tendencia a la baja en la mortalidad infantil con un descenso de 8,8 x 1000 N.V a 5,4x1000 N-V . En menores de cinco años el descenso se a visto de 2,0 en el año 2010 a 1,2 año 2014 . La asistencia a controles de crecimiento y desarrollo ha aumentado año tras año, los últimos dos años se han tenido coberturas municipales de acuerdo a reporte de las IPS de 63%. El índice de COP (dientes cariados, obturados y perdidos) modificado mejoró bajando de 2 a 1,6 según comparativo años 2011 y 2015. (población de 12 años de edad)

Indicadores de primera infancia, infancia y adolescencia relacionados con salud nutricional, salud materno perinatal, embarazo a temprana edad, enfermedades inmunoprevenibles y prevalentes de la infancia se observa en las dimensiones anteriormente descritas.

Envejecimiento y Vejez

En el municipio de Pereira no existe una política, que propenda por la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores, lo que ha conllevado a pérdida de prácticas de autocuidado, abandono familiar, social y/o vida en calle. De igual forma el sistema general de seguridad social presenta un significativo número de barreras para el acceso a los servicios tanto de protección (pensión) como de promoción, prevención, atención y rehabilitación. Adicionalmente las representaciones sociales de la población en general frente a la vejez, no favorecen la asunción de estilos de vida saludable. Esta situación se ve agravada por una condición propia de la edad en cuanto a la disminución en la capacidad del individuo para interactuar de manera eficiente y activa con su entorno.

Existe la ley 1251 de 2008, en la cual se dictan normas tendientes a la promoción de los derechos del adulto mayor. De igual forma el municipio cuenta con una estampilla proadulto mayor, a través de la cual se financian los centros de bienestar del adulto mayor y un "centro día" para la recreación y esparcimiento liderado por la secretaria de desarrollo social quien maneja subsidios y atención psicosocial.

Pereira pasó de un índice de envejecimiento del 2005 de 39% a 63% en el año 2015. Para este año la población mayor de 60 años corresponde al 35,3% del total de la población.

Salud y Género

A nivel municipal no se cuenta con servicios de salud con enfoque de equidad de género y salud en todos los grupos de edad y en los diferentes ámbitos de desarrollo humano como son hogar, espacio público, instituciones de trabajo, entre otros. Lo anterior se ve agravado por patrones culturales de crianza, falta de política de equidad de género y modelo de atención de prestación de servicios con enfoque de género, lo que lleva a una insatisfacción del usuario y a la no demanda de servicios. La Alcaldía cuenta con el Proyecto Educativo de Sexualidad y Convivencia Ciudadana (PESCC) en proceso de implementación en instituciones educativas, liderado desde la secretaria de educación con apoyo de la secretaria de salud y seguridad social.

Salud y Etnia

El municipio de Pereira no cuenta con un modelo de atención con enfoque intercultural en salud que responda a las características socioculturales de la población indígena y afrocolombiana unido a esto no se cuenta con una articulación entre los saberes ancestrales de la medicina tradicional indígena -afro y la medicina occidental, llamando la atención, de acuerdo con las estadísticas existentes en fichas familiares, que solo el 53,9% de familias indígenas hacen uso de IPS y la población afro solo el 59,1%, mostrando un moderado uso de los servicios de salud.

Discapacidad

Según censo DANE 2005, la población en condición de discapacidad identificada en el Municipio de Pereira es de 26.040 personas, encontrándose un alto porcentaje de hombres y mujeres entre los 35 y 59 años, lo que equivale al 34% del total de la población registrada; Así mismo se evidencia un número significativo de niños, niñas y adolescentes representados en un 17%, según datos del Registro de localización y Caracterización de la población con discapacidad con corte a diciembre de 2014, se encuentran 14.421 personas registradas un alto porcentaje de estos se encuentran en edad productiva (15 a 65 años), no tienen vinculación a procesos productivos o de empleo. En lo concerniente a la atención de la población con discapacidad, el municipio de Pereira cuenta con 26 organizaciones no gubernamentales para discapacidad, las cuales representan la gran mayoría de las discapacidades y tienen presencia en zona rural y urbana, la oferta de estas organizaciones va desde promoción de la actividad física, deporte formativo y competitivo, acciones de rehabilitación, recreación y esparcimiento. La población cubierta por estas instituciones es baja, no supera el 7% de la población registrada con discapacidad en el municipio.

FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN DE LA SALUD

Fortalecimiento de la Vigilancia Epidemiológica

EL sistema de información en vigilancia epidemiológica actual presenta una cobertura del 100% con relación a los prestadores que cumplen criterios para ser parte del sistema de vigilancia en salud pública SIVIGILA, sin embargo dicho sistema de orden nacional no permite realizar un análisis de situación de salud con enfoque de determinantes sociales. Lo anterior es originado por la debilidad del sistema en la captura del dato de dirección y localidad (comuna) o algún tipo de georreferenciación por coordenadas que permita la disponibilidad de un dato epidemiológico desagregado geográficamente. Aunado a esto se encuentra la falta de integralidad en los sistemas de información en salud y los sistemas de IVC del municipio en la parte sanitaria con otros sistemas de información municipales que arrojen datos o indicadores socioeconómicos con desagregación geográfica.

Estrategias para Garantizar la Provisión Adecuada Servicios de Salud

Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad

EL municipio de Pereira cuenta con 253 IPS públicas y privadas las cuales están obligadas a cumplir con el Decreto 1011 de 2.006 y sus demás normas concordantes para ofertar y prestar servicios de salud.

La Secretaria de Salud y Seguridad Social en los últimos 4 años priorizó 74 IPS públicas y privadas para una cobertura del 29%, las cuales se acompañaron para el fortalecimiento en la implementación y cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y Política de Seguridad del paciente.

Para el año 2.015 las 74 IPS priorizadas quedan en un 98% de cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, esto se debe a que la ESE Salud Pereira tiene pendiente organizar unas condiciones de habilitación en el componente de infraestructura.

Atención Primaria en Salud

El municipio de Pereira desde hace 15 años tiene implementada una estrategia comunitaria que responde a las acciones colectivas de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

La Secretaria de Salud y Seguridad Social dando cumplimiento a la Conferencia de Alma ATA en 1.978, Ley 1438 de 2.011, Estrategias de Entornos saludables y Plan Decenal de Salud Pública 2.012- 2.021 se vio en la necesidad de reorientar el enfoque, el recurso humano y las actividades desarrolladas de la estrategia comunitaria para dar respuesta a la Atención Primaria en Salud.

Para el año 2.015 se cuenta con la estrategia ENFASYS (Entornos Familiares, Saludables y Solidarios), la cual es una aproximación al enfoque de Atención Primaria en Salud y se encuentra en unas zonas priorizadas del municipio como Puerto Caldas, Caimalito, Cerritos, Comuna Villa Santana, Comuna Rio Otún, Comuna Ferrocarril, Comuna Consota y Salamanca. La estrategia ENFASYS da una cobertura de menos del 20%, la cual corresponde a 20658 familias Y 63425 personas

Es importante mencionar que la financiación de la estrategia depende exclusivamente de recursos propios del municipio y voluntad política de la administración.

Modelo de Atención en Salud

El municipio de Pereira no cuenta con un Modelo de Atención en salud, por lo tanto se hace necesaria su construcción con enfoque de Atención Primaria en Salud, el cual debe ser construido y articulado con los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Estudio de Capacidad de Oferta y Demanda en Salud

El municipio de Pereira no cuenta con un estudio de capacidad instalada, oferta y demanda de servicios de salud. Se hace necesario realizarlo para poder establecer si la oferta de servicios de salud del municipio responde a las necesidades de la población y la carga de la enfermedad.

En cuanto a capacidad instalada se evidencia un déficit en la disponibilidad de camas el cual no se ha precisado o determinado con exactitud, no obstante se ha observado que en la mayoría de las veces el déficit se presenta en camas de segundo nivel de atención, lo que apalanca la necesidad de llevar a cabo el estudio de capacidad instalada ya mencionado.

Estrategias para Garantizar el Aseguramiento.

El Municipio de Pereira, Secretaría de Salud y Seguridad Social logró para el año 2015 superar la meta propuesta inicialmente (95%), alcanzando un 99.97%. cifra que se obtiene con la fórmula propuesta en el plan de desarrollo municipal 2012-2015, dado que la población registrada en las bases de datos de afiliación al régimen contributivo y régimen subsidiado equipara a la cifra de la proyección DANE para el año 2015. Ahora bien se tiene en el Municipio de Pereira una población sin afiliación al SGSSS, en niveles 1 y 2 del SISBEN equivalente a

6.500 personas, que sumadas a la población de los regímenes subsidiado y contributivo superarían la población DANE proyectada. A la población pobre no afiliada se le garantiza la prestación de los servicios médico asistenciales de primer nivel o baja complejidad a través de los recursos SGP SSF, contratados con la ESE Salud Pereira por parte del Municipio de Pereira.

El resultado de obtener una cobertura del 99.97%, se da por varios factores tales como:

La población DANE es una estimación con base en cifras del año 2015, en la que no se contemplan factores tan variables como la flotabilidad de la población en el Municipio de Pereira, por efectos migratorios y que posiblemente corresponde a que se posea mayor población.

Por efectos de la aplicación de la norma de Movilidad en el SGSS (decreto 3047 de 2013), se tuvo un incremento de cerca de 10.000 nuevos afiliados al Régimen Subsidiado en el 2015, usuarios que están afiliados a las ocho (8) EPS's del Régimen Contributivo. Se mejoraron los índices de empleo en la ciudad de modo tal que se incrementó el número de afiliados en el Régimen Contributivo.

PRIORIZACIÓN DE ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS (EPS)

La caracterización poblacional de la población afiliada a las EAPB, de acuerdo con la información dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social permitió establecer en la mayoría de las entidades aseguradoras las siguientes prioridades:

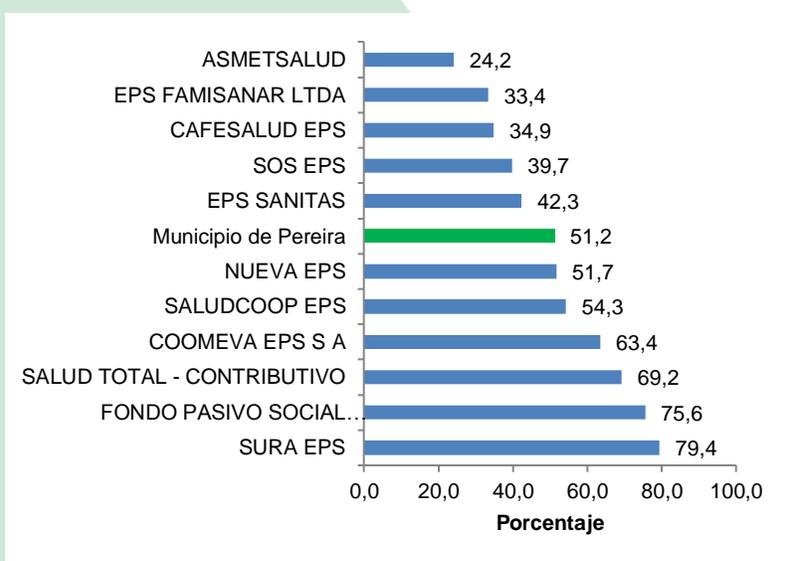
Tabla 2. Priorización de las EAPB para el municipio de Pereira

Prioridad	Indicador
materno perinatal	Tasa de mortalidad infantil por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
	Razón de mortalidad materna
	Tasa de mortalidad perinatal
Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años
	Prevalencia de Diabetes Mellitus en personas de 18 a 69 años
	Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años
Alteraciones nutricionales	Prevalencia de obesidad en personas de 18 a 64 años
Cáncer	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer
Infecciones transmisión sexual	Prevalencia registrada de VIH/Sida
	Tasa ajustada de mortalidad por resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH/Sida

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

Al comparar las prioridades planteadas en el diagnóstico de salud (Análisis de situación de salud del municipio de Pereira), se aprecian concordancias con las propuestas por las EAPB, lo que permitirá un plan territorial con intervenciones por parte de la EAPB armonizadas con las planteadas por la secretaria de salud en el marco del plan de desarrollo municipal 2016-2019.

Grafica 1. Distribución de la población afiliada con valoración e intervención del riesgo según EAPB



Frente al avance en la gestión de riesgo individual, la gráfica muestra un total del municipio de 51.2%, estando por encima del indicador municipal seis EPS, sin embargo, la meta para estas debe alcanzar coberturas poblacionales útiles, las cuales no se han determinado su valor a alcanzar por parte del ministerio de salud y protección social.

IDENTIFICACIÓN Y VALORACIÓN DE TENSIONES EN SALUD

En un sentido estricto, la identificación de una tensión en salud se logra cuando se describen las interacciones o secuencias de acontecimientos, condiciones, circunstancias y cadenas de determinación que se vinculan entre sí dando lugar a un evento o una situación problemática en salud. La identificación y valoración de tensiones en salud presentes en el municipio, permite describir, valorar y hacer un balance de las tensiones presentes en el territorio.

La valoración de tensiones corresponde a una valoración en términos de actores que pueden reforzar la tensión o liberarla para lograr el equilibrio entre las diferentes dimensiones del desarrollo y la dimensión en salud pública. Esta valoración corresponde a una priorización de los problemas llevando a comprender aún más la problemática del municipio y permitiendo establecer las intervenciones más efectivas para lograr un equilibrio. Todas las tensiones identificadas por áreas de observación en las ocho dimensiones de salud pública pueden ser consultadas en archivo **anexo denominado Tensión y valoración**.

Como paso siguiente a la identificación, valoración y espacialización de las tensiones en salud (georreferenciación) se identifican a la confluencia de problemáticas en el municipio y llevan a la comprensión verdadera de la dinámica en salud y sus determinantes sociales, como parte del ejercicio diagnóstico se obtienen los ejes estructurantes del problema y su proyección hacia el mejoramiento.

COMPONENTE ESTRATÉGICO PLAN TERRIOTRIAL DE SALUD

PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	SUBPROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	DIMENSION PLAN DECENAL DE SALUD PUBLICA	OBJETIVOS SANITARIO DE DIMENSION	META SANITARIA DE DIMENSION	UNIDAD DE MEDIDA	LINEA BASE		VALOR ESPERADO AL CUATRENILO
						VALOR	AÑO	
SALUD PUBLICA Y SOCIAL	Todos por un ambiente saludable	Salud Ambiental	Aumentar Porcentaje de acueductos con concepto sanitario favorable	Aumentar a 70 el Porcentaje de acueductos con concepto sanitario favorable	porcentaje	46	2015	70
		Salud Ambiental	Aumentar Porcentaje de piscinas públicas y de uso restringido con concepto sanitario favorable	Aumentar a 90 el Porcentaje de piscinas públicas y de uso restringido con concepto sanitario favorable	porcentaje	75	2015	90
		Salud Ambiental	Reducción del riesgo asociado al inadecuado manejo de	Reducción del riesgo asociado a un 30% por inadecuado	Porcentaje	66	2015	30

		residuos hospitalarios y similares en centros de estética ornamentales, corporales y trabajadores independientes	manejo de residuos hospitalarios y similares en centros de estética ornamentales, corporales y trabajadores independientes				
Salud Ambiental	Implementar el proceso de IVC en establecimientos asociados a la cadena de comercialización y uso agrícola de sustancias químicas	Implementar el proceso de IVC en el 100% de establecimientos asociados a la cadena de comercialización y uso agrícola de sustancias químicas	Porcentaje	cero	2015	100	
Salud Ambiental	Realizar análisis municipal sobre la incidencia de determinantes	Realizar (1) análisis municipal sobre la incidencia de determinante	Análisis (1)	0	2015	1	

		de tipo ambiental en el proceso de salud-enfermedad.	s de tipos ambiental en el proceso de salud-enfermedad.				
	Salud Ambiental	Realizar análisis de la accidentalidad vial y su impacto en la salud pública	Rralizar un (1) análisis de la accidentalidad vial y su impacto en la salud pública	Análisis (1)	0	2015	1
	salud y ámbito laboral	Fortalecer procesos de articulación intersectorial con las ARL para iniciar con analisis de situación de acuerdo a los reportes de accidentes y enfermedades laborales	Lograr análisis de situación de acuerdo a los reportes de accidentes y enfermedades laborales	Numero (1 Análisis)	0	2'015	1
		Aumentar cobertura de Caracterización de condiciones	Aumentar la cobertura de Caracterización de condiciones	Número (4)	2	2015	4

			de salud a población trabajadora informal de los sectores de	de salud a población trabajadora informal de los sectores priorizados a 4 sectores. (centro, cuba, circunvalar, corocito)				
SALUD PUBLICA Y SOCIAL	Vida Saludable para Todos	Vida saludable y condiciones no transmisibles	Disminuir la Tasa de mortalidad por Diabetes	Disminuir la tasa de mortalidad por diabetes a 17 x 100.000 habitantes	tasa x 100.000	20,9	2015	17
			Disminuir tasa de mortalidad por hipertensión	Mantener por debajo la tasa de mortalidad por enfermedad hipertensiva en menores de 60 años por debajo de 2 x 100.000 menores de	tasa x 100.000	2	2015	<=2

			60 años					
			Prevalencia de preobesidad y obesidad en población menor de 28 años	Disminuir a 17% el porcentaje de preobesidad y obesidad en población menor de 28 años de edad.	porcentaje	18,4	2015	17
			Disminuir la tasa de mortalidad por cáncer de mama	Disminuir la tasa de mortalidad por cáncer de mama a 15 x 100.000 mujeres	tasa x 100.000 mujeres	20,4	2015	15
			Mantener la reducción lograda en la mortalidad por Cáncer de Cervix	Mantener la tasa de mortalidad por cáncer de cervix por debajo de 6,9 casos x 100.000 mujeres	tasa x 100.000 mujeres	6,9	2014	<=6,9

			Disminuir la mortalidad por CA de próstata	Reducir la mortalidad por cáncer de próstata a 12 casos x 100.000 hombres	tasa x 100.000	13,2	2014	12
			Mantener índice COP modificado en población de 12 años de edad	Mantener por debajo de 1,6 el índice COP modificado en población de 12 años de edad	Promedio	1,6	2015	<=1,6
			Aumentar cobertura de promoción de la salud visual y auditiva en población menor de 5 años de edad	Aumentar al 100% la promoción de la salud visual y auditiva de población menor de 6 años de edad beneficiada por modalidades de Hogares Infatiles y CDI del	porcentaje	10,50 %	2015	70

		ICBF:				
Salud Mental y Convivencia Social	Implementar la política pública de salud mental del municipio.	Implementación efectiva de una 1 política pública de salud mental.	numero	No se ha aprobado ni implementado la política pública de promoción y protección integral de la salud mental	2015	politica pública aprobada e implementada
	Aumentar la Frecuencia de uso de servicios en	Aumentar cinco puntos con respecto a la línea de	Número	SD	2015	Aumentar cinco puntos con respecto a

		salud mental en EPS con su red prestadora y en universidades en usuarios diagnosticados con ansiedad y depresión	base, la frecuencia de uso de servicios en salud mental en usuarios diagnosticados con ansiedad y depresión.				la línea de base, la frecuencia de uso de servicios en salud mental en usuarios diagnosticados con ansiedad y depresión.
		Disminuir la Tasa de Suicidio en Población General	Disminuir la tasa de suicidio a 6,6 x 100.000 habitantes	Tasa	Tasa de suicidio de 6,8 x 100.000 habitantes	2015	Disminuir la tasa de suicidio a 6,6 x 100.000 habitantes
		Disminuir la Prevalencia de vida en consumo de marihuana en menores e iguales a 19 años	Disminuir a 18% la Prevalencia de vida en consumo de marihuana en menores e iguales a 19 años	Porcentaje	21,20	2015	18

		Disminuir la Tasa de mortalidad por causa externa en menores de 29 años	Disminuir la tasa de mortalidad por causa externa en menores de 29 años a 57 x 100.000 habitantes	tasa	58,7 x 100.000 menores de 29 años	2015	57
		Porcentaje de víctimas de conflicto armado con disminución del riesgo psicosocial	Lograr que el 50% de la población atendida disminuya el riesgo psicosocial	Porcentaje	SD	2015	50
Vida saludable y Enfermedades Transmisibles		Reducir la mortalidad por tuberculosis en todas sus formas en el municipio de Pereira	Disminuir la tasa de mortalidad por Tuberculosis a 3.0 casos x 100.000 hab.	Tasa x 100,000 Hab	3,4	2014	3
		Mantener la reducción en la prevalencia por lepra	Mantener por debajo de 1 caso de lepra x 10.000 hab	tasa x 10.000 hab	menor a 1 (0,04)	2015	menor a 1
		Mantener reducción en la mortalidad	Mantener en cero la mortalidad	tasa x 100.000 menores	0	2015	0

			por EDA en menores de cinco años	por EDA en menores de cinco años	de 5 años			
			Mantener la reducción de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda IRA en menores de cinco años	Mantener la Tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda IRA en menores de cinco años por debajo de $5,9 * 100.000$ menore de cinco años	tasa x 100.000 menores de 5 años	5,9	2015	$\leq 5,9$ (IRA) . Cero (EDA)
			Realizar seguimiento a las infecciones asociadas a la atención en salud, resistencia bacteriana y consumo de antibioticos, priorizadas por el INS	Implementar un programa de Infecciones asociadas a la atención en salud, resistencia bacteriana y consumo de antibiotico	Número	0	2015	1 Programa Implementado

		Mantener la reducción de la mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles	Mantener en cero la mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles	tasax 100.000 hab	0	201 5	0
		Mantener la reducción de la tasa de letalidad por dengue en el municipio de Pereira	Mantener la tasa de letalidad por dengue menor o igual a 2 (x 100.000 habitantes)	Tasa x 100 hab	<2 (0,3)	201 5	<=2
		Mantener la reducción de mortalidad por malaria autóctona en el municipio de Pereira	Mantener en cero la mortalidad por Malaria autóctona	Tasa x 100.000 hab	0	201 5	0
		Mantener controlada la incidencia de rabia en el municipio de Pereira	Mantener en cero (0) la incidencia de rabia humana transmitida por caninos y felinos	tasax10 0.000	0	201 5	0

		Mantener controlada la tasa de mortalidad por leptospirosis en el municipio de Pereira	Mantener la tasa de mortalidad por Leptospirosis menor ó igual a 0,20 * 100.000 habitantes	tasa * 100.000 habitantes	0	2015	0
		Aumentar el porcentaje de IPS veterinarias con concepto favorable en el cumplimiento de la normatividad técnica .	Aumentar en un 50% el porcentaje de IPS veterinarias con concepto favorable en el cumplimiento de la normatividad técnica de acuerdo al proceso de caracterización realizado en el año 2016	porcentaje	0	2015	Aumento en un 50%
Un Inicio para la vida	Seguridad alimentaria y nutricional	Disminuir en un punto porcentual la desnutrición	Disminuir a 8,0% la desnutrición crónica en	porcentaje	8,9 (crónica) y 4 (glob	2015	8 (crónica y 2.6 (global

		crónica y global en menores de 5 años de edad.	menores de 5 años. Disminuir la desnutrición global en menores de 5 años a 2.6		al)		
		Desnutrición crónica de 5 a 10 años de edad	Disminuir la Desnutrición crónica de 5 a 10 años a 4,6%	porcentaje	5	2015	4,6
		Desnutrición aguda entre 5 y 10 años de edad	Disminuir la desnutrición aguda entre 5 y 10 años a 2,6%	porcentaje	3,3	2015	2,6
		Mantener reducción de brotes de intoxicación por alimentos en establecimiento de alto y mediano riesgo epidemiológico	Mantener en cero Número de brotes de intoxicación por alimentos en establecimiento de alto y mediano riesgo epidemiológico	numero	0	2015	cero

			Disminuir porcentaje de embarazo adolescente entre 15 y 19 años	Disminuir porcentaje de embarazo adolescente a 17%	porcentaje	19,6	2015	17
		Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos	Reducir la Razón de mortalidad materna en el municipio de Pereira.	Mantener por debajo de 18,5 la razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos.	razón x 100.000 N.V. .	18,5	2014	18,5
			Reducir la mortalidad neonatal	Reducir la mortalidad neonatal a 4,4 x 1000. N.V	tasa x 1000 N.V	4,7	2015	4,4
			Reducir incidencia de sífilis congénita en el municipio de Pereira	Disminuir a 1,5 x 1000 N.V la tasa de incidencia de sífilis congénita	tasa x 1000 N.V	2,2	2015	1,5
			Incrementar capacidad de oferta en el proceso de	Incrementar capacidad de oferta en el proceso de	Número	4	2015	6

		restablecimiento de derechos y de atención integral a víctimas de violencia sexual e intrafamiliar	restablecimiento de derechos a víctimas de violencia sexual e intrafamiliar con comisaría nocturna y en los centros caivas y cavif				
		Reducir la mortalidad por VIH	Reducir a 9 x 100.000 hab la tasa de mortalidad por VIH/SIDA	tasa x 100.000 hab	12,4	2015	9
Instituciones y Hogares saludables	Salud pública en emergencias y desastres	Fortalecer en la salud pública el proceso de gestión del riesgo de desastres e incorporarlo en las políticas de planificación y desarrollo	100% de los actores en salud priorizados que inician con un proceso de gestión del riesgo de desastres.	%	33	2015	100

	territorial para reducir el impacto sobre la salud, de los eventos de emergencia y desastre.					
	Implementar y articular extrasectorial mente la Estrategia de Respuesta en Salud ante desastres, en sus fases de preparación, atención y recuperación para garantizar una respuesta efectiva ante desastres.	100% de la Estrategia de Respuesta en Salud ante desastres implementada y articulada extrasectorial mente, en sus fases de preparación, atención y recuperación .	Porcentaje	20	2015	100
Autoridad sanitaria	Mantener el sistema de información en salud del municipio de Pereira compuesto	Mantener implementados y actualizados 3 sistemas de información	numero	3	2015	3

	por SIVIGILA, RUAF, SISAP, actualizado y con información veraz y confiable que permitan dar seguimiento al análisis de situación de salud del municipio de Pereira, con enfoque de determinantes sociales en sal.	compuestos por SIVIGILA, RUAF y SISAP para el municipio de Pereira y que provean los indicadores necesarios para realizar análisis de situación de salud.				
	Cumplimiento del sistema obligatorio de Garantía de la calidad	Cumplimiento del sistema obligatorio de garantía de la calidad en el 100% de IPS públicas y privadas	Porcentaje	29%	2015	100
	Aumentar el porcentaje de evaluación de	Lograr un porcentaje de	Porcentaje	70% de cumpl	2015	80

		adherencia de protocolos, guías o programas de detección temprana o protección específica de eventos priorizados	adherencia por encima del 80% en el 100% de las guías y protocolos de los eventos priorizados		imiento en las guías y protocolos prioritizadas		
		Fortalecer la Estrategia de Atención Primaria en Salud o Disminuir el nivel de riesgo en salud en el 20% de las familias intervenidas por la estrategia de atención primaria en salud	lograr que el 20% de las familias intervenidas por la estrategia de atención primaria en salud mejoren su clasificación de riesgo.	Porcentaje	SD	2015	20,00
TODOS CON ASEGURAMIENTO.	Todos asegurados con calidad y equidad	Mantener por encima del 99% la cobertura de aseguramiento	Mantener por encima del 99% la cobertura de aseguramiento	porcentaje	99,47	2015	>=99,4

	o al SGSSS	to al SGSSS				
	Garantizar el acceso de la población pobre no asegurada que demande prestación de servicios de salud del primer nivel de atención en salud	Garantizar en un 100% el acceso de la población pobre no asegurada que demande prestación de servicios de salud del primer nivel de atención en salud	porcentaje	100	2015	100
	Fortalecer la participación social en salud	Renovación y actualización de 220 veedurías en salud	Número (220)	220	2015	220
	Implementar la estrategia del Defensor de la Salud	Implementar una estrategia de defensor de la salud	Número (1)	0	2015	1

SALUD PUBLICA Y SOCIAL	Un inicio para la vida	Gestión diferencial en poblaciones vulnerables	Aumentar el porcentaje de indígenas de la estrategia de atención primaria en salud que hacen uso de las servicios de salud en los programas de detección temprana y protección específica	Aumentar a un 65% el porcentaje de indígenas de la estrategia de atención primaria en salud que hacen uso de las servicios de salud en los programas de detección temprana y protección específica	porcenta je	54%	201 5	65
			Cualificar el modelo de participación social en salud con enfoque étnico	Aumentar a 5 el porcentaje de participación de afrodescendientes e indígenas en veedurias de salud	Número	2%	201 5	5
			Disminuir la mortalidad infantil en el	Disminuir a 5,0 x 1000 N.V la tasa	tasa	5,4 x 1000 N.V	201 5	5 ,0

		municipio	de mortalidad infantil				
		Mantener reducción en mortalidad en menores de 5 años	Mantener por debajo de 1,2 x 1000 N.V la mortalidad en menores de 5 años	tasa	1,2	2015	<=1,2
		Mantener reducción en mortalidad en menores de 5 años	Mantener por debajo de 1,2 x 1000 N.V la mortalidad en menores de 5 años	tasa	1,2	2015	<=1,3
	vida saludable para todos	Lograr articulación intersectorial para promover un sano proceso de vejez y envejecimiento y mejorar la atención con calidad.	Construcción un plan de acción municipal para la promoción del proceso de vejez y envejecimiento saludable y mejorar la atención con calidad	Numero (1)	1	2015	1

			Lograr incremento en el nivel de conocimiento frente a procesos de etimulación familiar de acuerdo con el tipo de discapacidad en la población beneficiada por los nodos RBC	Lograr incremento en el nivel de conocimiento del 90 % de personas beneficiadas por la estrategia RBC frente a procesos de etimulación familiar de acuerdo con el tipo de discapacidad	Porcentaje	SD	2015	90
			Lograr que el registro único de caracterización y localización de personas con discapacidad se encuentre completo y actualizado	Un registro único de caracterización y localización de personas con discapacidad se encuentre completo y actualizado	numero	1	2015	1

PLAN PLURIANUAL DE INVERSIONES: Se encuentra anexo a este documento bajo la denominación de InversionPlurianual.xls

