

Lineamientos para la formulación del informe de Empalme

Documento del Sector Salud para el Empalme de nuevos gobernantes departamentales, distritales y municipales

RECTORIA

1. El municipio está certificado? Que ventajas, desventajas y dificultades se han identificado?

El municipio de categoría uno se encuentra certificado, lo cual no se puede tomar como un formalismo, sino como un proceso de desarrollo de capacidades locales e institucionales para el cumplimiento de las Funciones Esenciales de Salud pública y manejo administrativo y financiero de los recursos.

Ventajas:

Autonomía administrativa y financiera de los recursos del SGP para ser asignados de acuerdo a las prioridades establecidas por la entidad territorial

Posibilidad de diseñar planes propios con focalizaciones, ajustados a la realidad local.

Además del manejo de los recursos, contratar personal con la competencia técnica específica según metas de desarrollo territorial, como lograr el mejoramiento de la entidad territorial y las instituciones de salud, a pesar de los obstáculos administrativos y de personal.

Que con base en la Ley 715 de 2001, el municipio ha asumido servicios de salud requeridos y no se han asumido servicios nuevos, quedando obligado a articularse con la red departamental para la aplicación de las Guías de atención integral.

Asunción de las competencias, recursos y poder de decisión de la entidad territorial para la prestación de servicios básicos a cargo del Estado.

Asunción de la salud pública, las acciones de promoción y prevención, el monitoreo y seguimiento, y la vigilancia en salud pública de los factores predisponentes, en especial los relacionados con el estado de salud de la población.

Administración directa de la Secretaria Municipal de Salud, vigilancia de la Empresas Sociales del Estado y establecimiento del equilibrio financiero a través del esfuerzo fiscal territorial, mantenimiento del Fondo Local de Salud, organización del sistema básico de información integrados, celebración de contratos en la prestación de servicios de salud, entre otros.

Construcción social, técnica, política y administrativa del modelo de atención contextualizado de salud desde lo local, buscando acercar al ciudadano a la gestión pública para obtener mayores niveles de eficiencia y eficacia en la gestión y los servicios.

Administración del aseguramiento por la municipalidad, además de que con la legislación presente, el municipio puede focalizar la aplicación de los instrumentos de selección, elegir los beneficiarios, afiliarlos al sistema, establecer contratos con las aseguradoras y hacer los seguimientos respectivos.

Mayor responsabilidad política con las funciones esenciales del sector y de su integración con el conjunto de políticas locales sociales y ambientales.

Desventajas y dificultades:

Las desventajas y dificultades para la administración de los recursos, se ven afectadas más por la poca disponibilidad de os mismos para el desarrollo de los componentes establecidos por la ley; para garantizar las competencias y/o responsabilidad municipal, las cuales se van incrementando de manera paulatina.

Débil proceso de participación de diferentes sectores que participan en la intervención de los determinantes sociales de la salud, de obligatoria articulación en la municipalidad descentralizada.

Procesos relacionados con la prestación de los servicios para los diferentes niveles territoriales, donde falta claridad en la delimitación de algunas competencias y por lo tanto estas no se asumen de manera total.

Por la estructura del sistema de salud, se ha originado una fragmentación en el ejercicio de las funciones, de forma que las responsabilidades se diluyen entre los diferentes actores, sin lograr el cumplimiento a cabalidad por parte de la entidad municipal.

2. El plan Territorial de Salud ha sido actualizado teniendo en cuenta el Análisis de la situación de salud y las prioridades, se ha armonizado con el Plan Decenal de Salud pública 2012 – 2015, se ha interiorizado, lo conocen los del sector, otros sectores y la comunidad, es el elemento base para el funcionamiento del sector?

Según lineamientos metodológicos desde el año 2012 se viene trabajando en la construcción del análisis de situación de salud con enfoques de determinantes, un primer acercamiento se realizó durante el año 2012, año durante el cual se realizaron capacitaciones en los lineamientos metodológicos para construcción del ASIS. Para el años 2013, se realizó el primer acercamiento al documento ASIS estandarizado por ministerio de salud y protección social, dicho documento fue enviado y aprobado por el ministerio, contenía información para la serie 2005-2011, tanto en morbilidad y mortalidad y alguna información de determinantes.

Durante el año 2015, se inició el proceso de armonización del plan territorial de salud con el plan decenal de salud pública, bajo la estrategia PASE A LA EQUIDAD, implementada bajo asistenciatécnica al departamento y fue replicada en el municipio. En Mayo del 2015 se inició el proceso de armonización por parte de la secretaria con aplicación de Metodología PASE, producto de múltiples encuentros, recolección de información de múltiples fuentes con diagnósticos en diferentes sectores, reuniones con pares de otros sectores como educación, rural, planeación, desarrollo social, gobierno entre otros, se dio armonización al plan con el producto final de aplicativo entregado por el ministerio y entregado en fecha estipulado para ello.

El contenido establecido en el plan decenal de salud territorial remitido al nivel departamental y nacional a través del aplicativo establecido se encuentra en proceso de socialización ante las secretarías centralizadas y organizaciones comunitarias priorizadas.

3. Tiene un sistema de información del sector, que contiene, que analiza, que reporta, cual es el avance y que se va a desarrollar.

El municipio de Pereira cuenta con un sistema de información web, el cual fue adquirido bajo licencia a la empresa Punto EXE. Dicha plataforma es denominada Sistema de Información en Salud Pública (SISAP), esta contiene diferentes módulos que permiten el cargue de información por parte de diferentes instituciones de salud frente a informes de obligatorio cumplimiento, como lo son los RIPS (Res. 3374 de 2000, Res. 1531 de 2014) Informes trimestrales (circular 00052 de 2009), reporte de actividades de detección temprana y proteccionespecífica bajo la resolución 4505 de 2012, aseguramiento, sistema de APS, como soporte a la estrategia ENFASYS.

Los diferentes reportes del sistema están basados en requerimientos de información de la entidad y de otras entidades. El desarrollo de la misma se da según requerimientos de normatividad y la actualización del mismo está sujeto a cambio de ley.

La información es analizada por cada una de las líneas estratégicas de manera trimestral con el fin de ajustar intervenciones y lograr resultados establecidos en el plan de salud pública o por lo componentes de los diferentes programas

Se pretende en futuro que dicho sistema tengainteroperabilidad con otros sistemas del nivel nacional, ejemplo SIVIGILA, RUAF entre otros, así mismo buscar mecanismos de integración entre aplicativos que al interior de la secretaria han diseñado los líderes de proceso con el fin de mejorar la gestión integral.

La plataforma también ha sido desarrollada para generar reportes de obligatorio cumplimiento por parte de la secretaria de salud y seguridad social de Pereira al ministerio de salud y protección social, estos reportes son, libro de registro de tuberculosis, RIPS y reporte 4505 a plataforma Piscis del ministerio.

4. Entrega el municipio la información de manera oportuna al Sistema de Salud?

Las entregas de información por parte del municipio se dan en varios reportes, según lineamientos :

1. SIVIGILA: este reporte es semanal al nivel departamental, con un cumplimiento 100% durante el cuatrienio 2012 – 2015, reporte obligatorio bajo el decreto 3518 de 2006.
2. RUAF: Reporte de hechos vitales por parte de IPS, información notificada a la plataforma nacional es vigilada y criticada en su calidad de manera semanal por la secretaria de salud, con un reporte en cumplimiento de 100% para el DANE.
3. Reporte de RIPS población no asegurada: reporte mensual a la plataforma Piscis del ministerio, en cumplimiento de la resolución 1531 de 2014.
4. Reporte de actividades de detección temprana y protección específica: este reporte es de manera trimestral al nivel departamental, este responde al cumplimiento de la resolución 4505 de 2012.
5. Reporte archivos SIANESP: este reporte corresponde a eventos de interés en salud pública en fuentes secundaria (RIPS), se hace manera mensual y es obligatorio bajo la circular externa 00023 de mayo de 2015.
6. Bases de datos aseguramiento.

5. La actual administración ha elaborado informes sobre los resultados alcanzados en la ejecución del plan Territorial de salud?

Se han elaborado informes de Gestión trimestrales y anuales de los resultados alcanzados el cual contiene los avances y porcentaje de cumplimiento de las metas planeadas anualmente y la descripción cualitativa de las acciones desarrolladas para cumplir los objetivos propuestos, estableciendo debilidades, fortalezas y lecciones aprendidas

6. Que hace de inspección, vigilancia y control IVC, cuáles son las dificultades para realizarla y que tiene planeado para avanzar?

SALUD PÚBLICA:

ZOONOSIS:

Antes del 2013, no se tenía ninguna injerencia sobre los establecimientos agropecuarios, consultorios y demás afines, esta actividad la realizaba la secretaria departamental de salud. Se realiza a partir del 2013 la caracterización de los establecimientos veterinarios y afines, identificando la actividad de cada uno de estos, indicando que se realizara un acompañamiento para la mejora de la actividad veterinaria y del establecimiento como tal. Durante el año 2014 se realiza Asistencia Técnica sobre Residuos hospitalarios, manejo de medicamentos de Control, capacitación sobre Convivencia Responsable con Animales de Compañía y se muestra el modelo de Inspección, Vigilancia y Control que se realizara, acompañando a las diferentes entidades y otorgando conceptos sanitarios favorables y pendientes según el caso. Durante el 2015 se unifico el formulario único de inscripción de establecimientos, realizándose la respectiva inscripción de los mismos y se inicia la vigilancia de estos establecimientos.

PROGRAMA ETV:

El programa ETV adelanta acciones en las comunidades con el ánimo de hacer promoción y prevención de las enfermedades transmitidas por vectores, en éste sentido se realizaron acciones como recolección de inservibles en la comuna del Río Otún y el barrio el Dorado, las acciones se realizan de manera conjunta en donde las acciones del programa ETV se enfocan en realizar la promoción y cada una de las viviendas impartiendo recomendaciones para eliminar todos los elementos inservibles que puedan almacenar agua lluvia y que se puedan convertir en criaderos de zancudos transmisores de enfermedades como el dengue y el chikungunya, por su parte la empresa ATESA de Occidente realiza la recolección de dichos elementos en los vehículos destinados para tal fin y darle su disposición final.

Por otro lado se viene implementando la estrategia EGI (Estrategia de gestión integrada en prevención del dengue) en la cual se hace articulación comunitaria para realizar las acciones tales como visitas de levantamiento de índices aélicos, talleres y charlas preventivas con actores sociales comunitarios como veedores, líderes comunitarios, presidentes y miembros de juntas de acción comunal, líderes religiosos y madres comunitarias.

PROGRAMA AGUA Y SANEAMIENTO

Desde el Programa de Agua y Saneamiento de acuerdo a la ley 9 de 1979, ley 715 de 2001 y decretos reglamentarios 1575 de 2007, 554 de 2015, 351 de 2014 y 1030 de 2007 respectivamente para Agua de consumo Humano, Agua de uso recreativo, Generadores de residuos Hospitalarios y Similares y ópticas sin consultorio y talleres ópticos; se realizan visitas de inspección sanitaria integrales a los siguientes establecimientos:

- Relacionados con abastecimiento de agua para consumo humano: Acueductos urbanos y Rurales. Se determina el índice de riesgo de calidad del agua - IRCA, Índice de riesgo de abastecimiento – IRABA, Buenas practicas sanitarias – BPS, Concepto sanitario, certificación de calidad del agua, Mapa de Riesgo de calidad de agua, concertación de puntos de muestreo.
- Relacionados con Piscinas públicas y de Uso restringido: Visitas para determinar concepto sanitario, buenas prácticas sanitarias y características *in situ* de la calidad del agua del estanque de piscina.
- Relacionados con Generadores de Residuos Hospitalarios y Similares: Moteles y casas de Lenocinio. Se determina el concepto sanitario donde se incluye la evaluación de la gestión interna de residuos infecto contagiosos o biológicos.
- Relacionados con la salud visual: Ópticas sin consultorio y talleres ópticos. Se determina concepto sanitario con miras a la expedición del certificado de dispensación.
- Establecimientos de interés general: Almacenes, Bancos, Oficinas, Hoteles, Residencias, Gimnasios, Talleres, Estaciones de Servicios, Industrias manufactureras, Ebanisterías y similares, Monta llantas, Lava-autos, Recicladeros, Chatarrerías, entre otros similares.

Dificultades en agua y saneamiento:

Derogación de normatividad –Para el caso puntual en piscinas de uso restringido y públicas, se venían adelantando acciones de IVC de acuerdo a lo establecido por las resoluciones reglamentarias, la derogación de la normatividad provoco un retroceso en los avances y tuvo que ser congelado el proceso adelantado con los sujetos, como estrategia para avanzar ante la situación, se desarrolló un derrotero de visita de inspección de acuerdo a los requerimientos amplios expresados en las normas que quedaban vigentes.

Articulación intersectorial –los procesos de articulación son lentos y por tanto sus avances, al respecto se ha participado con constancia en los espacios propuestos optimizando acciones y realizando intervenciones conjuntas donde se logren resultados desde los diferentes sectores e instituciones. Sin embargo en la comunidad se sigue presentando poca protección y cuidado de las cuencas hidrográficas y del recurso hídrico así como la utilización de lotes baldíos y la vía pública como áreas de depósitos de residuos solidos.

PROGRAMA CONSUMO

El programa Factores de Riesgo asociados al consumo de alimentos y bebidas realiza visitas de inspección, vigilancia y control a establecimientos de almacenamiento, preparación, expendio y consumo de alimentos y bebidas localizados en el municipio de Pereira, donde se aplica una lista de chequeo conforme a lo establecido en la Ley 09 de 1979 y sus decretos reglamentarios, para verificar condiciones sanitarias generales de algunos establecimientos de interés; otorgando plazos de hasta 30 días para que los responsables de los establecimientos realicen las adecuaciones y cumplan lo establecido en la norma.

Los sujetos que son objeto de visita son aquellos que representan alto, mediano y bajo riesgo epidemiológico como es el caso de las ventas y expendios de alimentos y productos perecederos, conforme a lo establecido en el Decreto 3075 de 1997, Resolución 2674 de 2013, Resolución 604 de 1993, Resolución 5109 de 2005, Ley 1335 de 2009.

A partir del año 2015 la Secretaría de Salud y Seguridad Social empezó una estrategia de comunicación visual, que consiste en la fijación de concepto sanitario a los establecimientos que son objeto vigilados por el programa, esto con el fin de que la ciudadanía realice un consumo responsable y los establecimientos se interesen por mantener el concepto sanitario favorable.

Como dificultades relacionadas con el desarrollo del programa se encuentra la falta de personal de planta, para la toma de medidas sanitarias y se evidencia que falta personal técnico para así poder tener un mayor cubrimiento del municipio y ser más contundentes desde el ámbito sanitario. Se ha dificultado realizar un seguimiento continuo a algunos establecimientos, dado que se priorizan zonas por cantidad de establecimientos y posible cantidad de personas que consumen en estos.

Para seguir avanzando se propone seguir realizando las visitas de verificación y aumentar la cobertura, además de continuar con la estrategia de concepto sanitario visible, que ha mostrado un interés tanto por parte de los responsables de los establecimientos como de los consumidores, en aras de mejorar en la cultura del consumo responsable de alimentos.

RESIDUOS HOSPITALARIOS

Se realiza IVC a los siguientes sujetos generadores de RHYS:

- IPS públicas y privadas de Alta, Mediana y Baja complejidad
- Pequeños generadores y/o profesionales independientes de salud (laboratorios clínicos, consultorios odontológicos, consultorios médicos)
- Objeto Social Diferente de servicios de salud (aeropuerto, terminal, fundaciones, entre otras)
- Cementerios, Funerarias, Salas de Velación, Morgues, Laboratorios de Tanatopraxia
- Lavanderías Hospitalarias
- Centros de Estética Ornamental (Peluquerías, Salas de Belleza, Academias de Belleza, Manicure, Pedicura, Barberías)
- Centros de estética Corporal (SPA, Centros de Estética, Cámaras de Bronceo, Academias de Estética)
- Tatuajes – Piercing
- Plantas de Alimentos y/o Áreas de Servido de Alimentos en IPS`s
- Cafeterías en IPS`s y/o en Cementerios.

Las visitas de IVC se realizan revisando condiciones sanitarias, saneamiento básico y gestión integral de residuos.

Los Inconvenientes que se han presentado han sido de varias índoles:

- Poco personal idóneo para realizar las visitas de IVC
- Poca cobertura de establecimientos sujetos de IVC
- Ausencia de un comité jurídico experto en materia sanitaria y ambiental
- Dificultades logísticas para la operación del programa como es el transporte, insumos y equipos para trabajo en campo.
- No continuidad en procesos de contratación para garantizar las acciones de IVC a establecimientos.
- Rotación de personal de IVC.

Lo planeado para avanzar es:

- Fortalecimiento del equipo de IVC en la línea de residuos hospitalarios y similares, con personal idóneo y capacitado.
- Extender la estrategia de sellos de conceptos sanitarios a todos los establecimientos no solo para los establecimientos de consumo.
- Fortalecer el control del IVC en la toma de medidas sanitarias de seguridad, en las que nos cubija el art 576 y 577 de la ley 9 del 79.
- Fortalecer las alianzas estratégicas con el fin de potenciar las competencias relacionadas con los sujetos de interés de la línea.

PROGRAMA RIESGO LABORAL

- El programa de riesgo laboral actualmente tiene actividades de inspección, vigilancia y control (IVC); dentro de dos componentes de:
- Riesgo Químico.
- Sector Informal.
- En cumplimiento a las directrices del Ministerio de Salud donde se determina que los Entes Territoriales serán los encargados de realizar las labores IVC a los sitios que expenden y comercializan sustancias químicas, la Secretaria de Salud y Seguridad Social de Pereira inicia en el año 2013 y 2014 la identificación y creación de la línea base de los sitios dedicados a dicha actividad, identificando 448.
- Dentro de las dificultades encontradas más comunes es la falta de legislación en el cumplimiento de la obligatoriedad hacia el comercializador de este tipo de sustancias y los vacíos que tiene la ley al respecto lo que dificulta cumplir con el objetivo.
- Para el programa de riesgo laboral es de vital importancia tener una mayor cobertura, una estructura sólida y clara en la estrategia de riesgo químico
- En cuanto al sector informal se trabaja mediante la base de datos del Registro Único de Vendedores Informales de Pereira (RUVIP), la cual tiene registrados 2.199 trabajadores, discriminados en tres grupos:
 - Estacionarios.
 - Semiestacionarios.
 - Ambulantes.

En la visita realiza capacitación a las mujeres trabajadoras del sector informal estacionario en riesgos ocupacionales y normas de autocuidado.

En la realización de dicha actividad se invidencia que una de las principales dificultades para llevar a cabo este proceso, es la poca disposición de los trabajadores informales debido a que este sector laboral es muy reacio a entregar información personal y en la mayoría de los casos actúan a la defensiva por temor a que se tomen restricciones y se vea afectado su trabajo; ya que estas personas ven al ente territorial como una autoridad policiva, lo que afecta la buena recepción de las recomendaciones y el objetivo en promoción y prevención que es la pauta principal de esta labor.

Otra dificultad encontrada es que la base de datos RUVIP no se actualiza desde el año 2008, lo que hace que se distorsione la calidad del dato al no tener claro a cuantos trabajadores informales se debe llegar.

Para el área de riesgo laboral es indispensable dar una mayor cobertura en las labores de IVC con el sector informal, ya que actualmente la proliferación de las personas vinculadas a esta labor crece abismalmente; el municipio de Pereira tiene la necesidad de abarcar un mayor porcentaje de esta población con el fin de hacer un trabajo educativo, donde se realice una vigilancia y control permanente que contribuya a mitigar los riesgos a los que están expuestos los trabajadores informales de nuestra ciudad.

ASEGURAMIENTO:

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 14 del Decreto 971 de 2011 y la Circular Externa N° 06 de 2011 proferida por la Superintendencia Nacional de Salud, corresponde hacer el seguimiento y control del régimen subsidiado de tal manera que se adelante la vigilancia pertinente en aras que las EPS cumplan con sus obligaciones frente a los usuarios y en caso de evidenciar fallas o incumplimientos en las obligaciones de las EPS, hacer los respectivos requerimiento para que subsanen las falencias evidenciadas y en caso de no hacerlo proceder a notificar a la Superintendencia Nacional de Salud.

Según lo previsto por la ley, la vigilancia incluirá el seguimiento a los procesos de afiliación, el reporte de novedades, la garantía del acceso a los servicios, la red contratada para la prestación de los servicios de salud, el suministro de medicamentos, el pago a la red prestadora de servicios, la satisfacción de los usuarios, la oportunidad en la prestación de los servicios, la prestación de servicios de promoción y prevención, así como otros que permitan mejorar la calidad en la atención al afiliado, sin perjuicio de las demás obligaciones establecidas en las normas vigentes.

Adicionalmente con la entrada en vigencia del Decreto 3047 de 2013 el cual prevé que la movilidad entre regímenes que reglamenta le permite a los usuarios focalizados en los niveles I y II del SISBEN migrar del régimen subsidiado al

régimen contributivo y viceversa sin necesidad de realizar un nuevo proceso de afiliación; actualmente existen EPS del régimen contributivo están operando también el régimen subsidiado y viceversa. En este sentido mediante Resolución 122 de 2015 el Ministerio de Salud y Protección Social extendió las acciones de inspección y vigilancia a las EPS del Régimen Contributivo que están operando la movilidad entre regímenes.

Dificultades

- La poca oportunidad en la respuesta que dan las EPS y en ocasiones las maniobras elusivas frente a los requerimientos elevados, representa un cuello de botella en el proceso de inspección y vigilancia.
- La limitación legal de las competencias del ente territorial en torno a poder ejercer también el control a las EPS en términos sancionatorios limita la implementación de correctivos efectivos frente a los incumplimientos evidenciados.
- El recurso humano disponible para adelantar las acciones de inspección y vigilancia es insuficiente teniendo en cuenta el volumen de actores a los cuales se les debe realizar.

Oportunidades de mejora

- Fortalecer el personal que hace las acciones de inspección y vigilancia
- Mejorar las competencias de los funcionarios de la secretaría de salud en torno a la inspección y vigilancia de que trata la circular 06 de 2011.

7. Se han realizado procesos de rendición de cuentas, con qué mecanismos, con qué frecuencia y quienes participan?

Los procesos de rendición de cuentas se realizaron anualmente al finalizar cada año y se llevaron a cabo mediante convocatoria por diferentes medios de comunicación y de forma directa invitando a líderes comunitarios, veedores en salud y a los integrantes del Comité de Participación Comunitaria (COPACO), autoridades municipales y organizaciones sociales, la metodología utilizada es mediante una exposición de diapositivas donde se explica como se han mejorado los indicadores de salud en el municipio de Pereira, como se encontraban al iniciar el año y que avances se han logrado durante la vigencia de las metas programadas en el Plan de Desarrollo, plan de acción municipal y plan de salud territorial.

8. Qué programas o proyectos han realizado con articulación y coordinación sectorial, intersectorial y comunitaria? Como ha sido el proceso, los mecanismos y los avances.

SALUD PÚBLICA:

PROGRAMA O PROYECTO	ARTICULACION	OBSERVACION
TUBERCULOSIS	Fondo Mundial OIM Fonade	Fortalecimiento del programa de Tuberculosis en el marco del proyecto del fondo mundial en 8 ciudades del país, donde se busca mejorar: 1. las acciones colaborativas de TB-VIH 2. Atención Integral al paciente con TB fármaco resistente 3. Mejoramiento del programa regular 4. Abordaje psicosocial del paciente con tuberculosis Apoyo en la supervisión de medicamentos por parte de bienestar universitario a los estudiantes con tuberculosis y

	Academia (Universidad Tecnológica – Católica –Andi Comunidad y Fundaciones	<p>festivales de salud</p> <p>Fortalecimiento de las competencia en salud para el abordaje de pacientes con tuberculosis a profesionales del área psicosocial</p> <p>Capacitación a los estudiantes y personal del área de la salud en las guías de manejo de la tuberculosis</p> <p>Apoyo en la supervisión de medicamentos y apadrinamiento de los pacientes con tuberculosis</p>
ENFASYS	<p>Comunidad (Zonas Priorizadas</p> <p>ESE Salud Pereira</p> <p>SISBEN</p> <p>EPS Subsidiadas</p> <p>IPS privadas</p> <p>ESE Hospital Universitario San Jorge</p> <p>Departamento para la Prosperidad Social (DPS)</p>	<p>Se realizaron reuniones con cada una de las entidades con el fin de establecer responsabilidades, mecanismos y acuerdos para la gestión individual de los riesgos en salud de los casos encontrados en las zonas priorizadas.</p>
GESTION DEL RIESGO	<p>- Comité de Migraciones.</p> <p>- Aeropuerto Internacional Matecaña: Punto de Entrada</p> <p>- Red Hospitalaria</p> <p>- Operadores Turísticos</p> <p>- Programas de la Sec. Salud: Gestión del Riesgo, Vigilancia Epidemiológica, Salud Ambiental, Enfermedades Transmisibles.</p>	<p>Implementación del <i>Programa de Reglamento Sanitario Internacional 2005</i>, para fortalecer la capacidad de identificación, notificación y primera respuesta ante Emergencias de Salud Pública de Importancia Internacional y eventos inusuales en salud.</p> <p>Modalidad de asistencia técnica, capacitación, gestión.</p> <p>Diseño de la ruta de atención en salud a población migrante irregular, diseño de los procedimientos operativos y protocolos para respuesta, ejecución de simulaciones y simulacros por emergencia sanitaria</p>
GESTION DEL RIESGO	<p>Instituciones prestadoras de servicios de salud de urgencias, hospitalización y UCI</p>	<p>Implementación del <i>Programa Municipal Hospital Seguro frente a los desastres</i>, para desarrollar un proceso de gestión hospitalaria del riesgo de desastres, articular las instituciones para una respuesta en red y articular el sector salud con los demás sectores municipales. Modalidad de asistencia técnica y capacitación.</p> <p>Elaboración del perfil de amenazas a la red hospitalaria, evaluación del riesgo hospitalario, ajuste de planes hospitalarios de emergencias, definición de insumos para apoyo municipal a la red.</p>

GESTION DEL RIESGO	- Instituciones prestadoras del servicio de transporte especial de pacientes y de atención pre hospitalarias. - Fiscalía - Policía Carreteras - Policía Metropolitana - Área Metropolitana Centro Occidente	Implementación de la campaña AMBULANCIAS SEGURAS ATENCIÓN CON CALIDAD dentro del proceso de Protocolo de Regulación del Sistema de Atención Prehospitalaria, para mejorar la calidad en la prestación de los servicios de transporte de pacientes y de atención pre hospitalaria. Modalidad de asistencia técnica, capacitación, inspección, vigilancia y control.
VIH	Fondo Mundial OIM Fonade Global Commuties	Fortalecer las acciones colaborativas de VIH y tuberculosis con las IPS y EPS del municipio de Pereira, a través de asistencia técnica, taller y seguimiento a usuarios Participación en 2 investigaciones con población que tiene sexo hombre con hombre y el uso del condón

NUTRICION:

De acuerdo a resultados del año 2013 en el ejercicio de vigilancia epidemiológica nutricional en las comunas vulnerables se identificó la necesidad de iniciar con un programa que pudiera dar respuesta efectiva a los niños y niñas con necesidades de recuperación nutricional con enfoque comunitario y en el 2015 el programa de recuperación nutricional con enfoque comunitario incluye los primeros mil días donde su objetivo específico es abordar de manera efectiva la desnutrición en primera infancia detectada en ejercicios de búsqueda activa en zonas pobres y vulnerables.

Debilidades:

Recurso humano insuficiente para la asignación de responsabilidades

PAI (PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN)

La articulación con el sector educativo las EPS e IPS en la jornada de vacunación para prevención de cáncer de cuello uterino, la cual inicio en el año 2012, donde la población objeto era las niñas que cursaron cuarto grado de básica primaria de 9 años y más, y de ahí en adelante para las fases del 2013-2014 y 2015 para ello por parte de la secretaria de salud y seguridad social se realizó un protocolo de trabajo.

Debilidades:

No se cuenta con espacio propio para el adecuado almacenamiento y distribución de los biológicos

PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

- **COMPREVER:** Comité Interinstitucional y consultivo para la prevención y atención integral de los niños, niñas y adolescentes, víctimas de la violencia sexual e intrafamiliar. Este comité cuenta con dos subcomités que requieren de la participación de otros actores institucionales, subcomité de prevención y subcomité de atención. La intersectorialidad se plasma en planes operativos anuales cuya estructura define las intervenciones dirigidas a la prevención del delito y a la promoción de la denuncia del mismo desde el ámbito escolar, comunitario, familiar e institucional. Desde el subcomité de atención: las estrategias fueron la construcción de los centros de atención integral a violencia intrafamiliar (CAVIF) y centro de atención integral a la violencia y abuso sexual (CAIVAS). Dichos centros articulan la oferta de servicios para el proceso de restablecimiento de derechos vulnerados con la participación de Fiscalía, cuerpo investigativo, medicina legal, secretaria de salud, ICBF.

SALUD INFANTIL:

ICBF:

Programa o proyecto: Atención integral a niños y niñas de primera infancia en las modalidades familiares.

Proceso: Realizar articulación con ICBF y la secretaria de salud, para el mejoramiento de competencias a agentes educativos de las diferentes modalidades y realizar el plan de programación de capacitaciones.

Secretaría de desarrollo social, Secretaría de Deportes y Recreación, Instituto de Cultura, Secretaría de Gobierno.

Programa o proyecto: Infancia y familia corazón del parque

Proceso: atención integral a niños niñas de primera infancia, infancia y adolescencia, sus familias, para el desarrollo de una adecuación del parque en el sector de parque industrial. Articulación con las instituciones para abordar portafolio de servicios y establecer abordaje integral al sector.

Comité Interinstitucional de Erradicación del Trabajo Infantil CIETI

Programa o proyecto: Articulación de acciones para prevenir el trabajo infantil y sus peores formas

Proceso: participación comité CIETI.

Mesa Municipal de Primera Infancia.

Programa o proyecto: Dentro de sus planes de trabajo está la elaboración del RIA municipal, direccionados por el comité intersectorial de primera infancia del ministerio.

Proceso: participación de comité de primera infancia.

Secretaría de Planeación Municipal

Programa o proyecto: política pública de Primera infancia, infancia adolescencia. Acuerdo 52 del 2011.

Proceso: seguimiento y evaluación a la política pública de primera infancia.

Vecinos y amigos de la infancia.

Articulación con actores comunitarios de ámbito barrial como párroco, policía, madres FAMI, etc para la firma de pactos comunitarios para la primera infancia, infancia y adolescencia.

ESTRATEGIA ESCUELA SALUDABLES:

- En coordinación con Secretaría de Educación y Programa de Salud Nutricional y consumo se actualizó Proyecto de acuerdo de tienda escolar saludable.
- Proceso de Capacitación a Manipuladores de alimentos de Cafeterías Escolares – en articulación con el Programa de Consumo de la Mesa Técnica de Salud Ambiental.
- Actualización de carnet de manipulación de Alimentos

Estrategia para la prevención de embarazo a temprana edad: articulación con líderes escolares y veeduría juvenil. Actores comunitarios formados para estrategia de pares.

La realización de dichas actividades permite fortalecer competencias en salud y habilidades de los diferentes miembros de las comunidades, disminuyendo los factores de riesgo y generando espacios de participación social en salud para mejorar, el aprendizaje la salud y la calidad de vida.

PROMOCION SOCIAL:

- Por la naturaleza de la estrategia, todas las acciones se hacen en coordinación con actores comunitarios como: juntas de acción comunal, juntas infantiles, madres comunitarias, grupos culturales con quienes se articuló para la participación de sus integrantes en la identificación y priorización de necesidades, igualmente, se vincularon a través de los comités de salud propiciando que sus miembros se vinculen a los nodos comunitarios.
- A nivel sectorial se realizó articulación con los programas de la secretaria de salud para el mejoramiento de competencias de los integrantes de los nodos de red comunitarios
- A nivel intersectorial se realizó articulación con gestión comunitaria de la Secretaría de desarrollo Social quienes proporcionaron bases de datos de líderes comunitarios, brindaron asistencia técnica para la implementación de la estrategia de convivencia social a través del deporte.
- Se realizó coordinación con ATESA quienes proporcionaron los medios logísticos y el acompañamiento técnico para las jornadas de movilización y recolección de inservibles en la comuna Villasantana, barrio la Laguna, corregimiento de Caimalito.

- Articulación de los nodos de participación social con la red prestadora de servicios de salud.
- Con la ESE salud Pereira se coordina la realización de actividades como: inscripción para los integrantes de los nodos juveniles en el programa de planificación familiar, apoyo y difusión de los programas del centro de salud de la zona de influencia a través de visitas educativas realizadas por los nodos comunitarios.
- Con la empresa privada se gestionó el apoyo logístico para la realización de eventos de movilización comunitaria.

CRONICAS NO TRANSMISIBLES:

- Articulación con las Secretarías de desarrollo social y político y de educación municipal, con el objetivo de ampliar la cobertura del registro y poderlo implementar en las instituciones dependientes de estas, como por ejemplo instituciones educativas.
- Articulación con las EPS del régimen contributivo y subsidiado y las IPS del municipio, en el proceso de difusión del registro y la implementación de estrategias que permitan promover la inscripción de la población con discapacidad en el mismo.
- Articulación con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, Red Unidos y Más Familias en acción, con el objetivo de generar procesos que acercaran el registro de localización a las instituciones que hacen parte de este y su población beneficiaria.
- Articulación con el SENA con el objetivo difundir el registro y generar estrategias que permitieron el acercamiento de la población beneficiaria de esta institución con discapacidad al registro nacional.
- Articulación con los centros de bienestar del adulto mayor y cárcel de hombres y de mujeres, con el objetivo de generar jornadas de caracterización que permitieran garantizar el acceso de la población a cargo de estas instituciones.
- Articulación con las Fundaciones y organizaciones de y para personas con discapacidad del municipio, con el objetivo de dinamizar los procesos de difusión del registro nacional de personas con discapacidad, además de generar estrategias que permitan acercar el registro a la comunidad.
- Articulación con la Oficina de empleo del municipio, con el objetivo de promover la difusión y generar un punto de acceso al registro para la población que solicita los servicios de esta entidad.
- Articulación con las Instituciones educativas de formación superior, con el objetivo de difundir el registro con su comunidad en general, y desarrollando un componente de socialización en particular con los docentes y estudiantes de las facultades de salud.
- Articulación con la Secretaría de recreación y deportes, generando un acompañamiento en el desarrollo de la estrategia RBC.
- Articulación con los diferentes programas de la secretaria de salud, como son Promoción social, Colegios saludables, Salud mental, salud infantil, salud sexual y aseguramiento, con el objetivo de realizar un acompañamiento integral a la población con discapacidad participante de los espacios de la estrategia.
- Articulación con la academia, las EPS e IPS para Jornada Nacional de Salud Bucal, en la asignación de compromisos y responsabilidades en la planeación y desarrollo de la misma, logrando la participación de todos los actores del programa de salud oral y la difusión de la estrategia Soy Generación Más Sonriente del Ministerio de Salud y Protección Social.

PROGRAMA SALUD AMBIENTAL:

Mesa de Trabajo con FEDOPTO: teniendo en cuenta que la Federación de optómetras asocia un amplio número de optómetras y oftalmólogos y la problemática actual del municipio frente a la salud visual y las experiencias exitosas en otros municipios, se han adelantado reuniones donde la Secretaría de Salud ha participado y ha compartido las acciones de inspección sanitaria adelantadas al respecto. Teniendo en cuenta que la problemática requiere intervenciones de otros actores se llevaron a cabo reuniones donde se iniciaron acercamientos con el fin de definir acciones de intervenciones conjuntas entre Secretarías de salud Municipal y Departamental, INVIMA, DIAN, Facultad de Optometría de la Universidad Andina, Secretaría de Gobierno y Policía Nacional.

ZOONOSIS

- Desde inicios del cuatrienio con la Secretaría Departamental de Salud, programa de zoonosis se estableció una articulación sectorial para realizar anualmente la Jornada Departamental de Vacunación antirrábica canina y felina en el mes de Julio.
- Coordinación intersectorial, el municipio hace parte integral del Consejo Técnico Seccional de Zoonosis de Risaralda – COTESZOO, el cual está conformado por entidades de Salud, Medio Ambiente, Agricultura y la Academia.
- Coordinación con el ICA los posibles mecanismos de acción para la intervención de problemas sanitarios por la presencia de Brucelosis en algunos hatos ganaderos del municipio.

AGUA Y SANEAMIENTO

- Articulación con desarrollo Rural para concertar acciones de intervención en calidad del agua, tratamiento y buenas practicas sanitarias identificadas en los acueductos rurales del municipio.
- Comité Preparatorio de operativos: Con una periodicidad semanal, la Secretaria de Salud y Seguridad Social asiste a una reunión denominada “Comité Preparatorio de Operativos” donde participan dependencias como Secretaria de Gobierno, Desarrollo Social y Político, Policía nacional, de Infancia y Adolescencia, de Turismo, Ambiental, Transito, Zonas azules, entre otras de interés, con el fin de planear intervenciones conjuntas en establecimientos que presentan problemáticas y causan afectaciones a la comunidad.
- Mesa de trabajo de variabilidad climática: Los efectos de la variabilidad climática en los acueductos rurales se han visto representados para el fenómeno del niño en desabastecimiento del mismo y por tanto en racionamiento para las poblaciones beneficiadas.

CONSUMO

- Se implementó una mesa de trabajo semanal en conjunto con la Secretaría de Desarrollo Social y Político, con comunicación directa con Secretaría de Educación para retroalimentar los avances de cada una de las secretarías en lo relacionado con el desarrollo del programa de seguridad alimentaria SOY LO QUE ME ALIMENTAS, todo esto desde la perspectiva sanitaria del espacio físico en el cual se realiza el servido de los alimentos, las prácticas de manipulación de los alimentos de las personas que atienden el programa.
- En el año 2013 se consolidó una mesa de trabajo con el ICBF, esta mesa tiene como objetivo el trabajo conjunto con la primera infancia, infancia y adolescencia en torno a las actividades de IVC en sujetos que son prestadores del servicio por parte del ICBF.

RIESGO LABORAL

- Desde el área de riesgo laboral se tiene la estrategia de Vigilancia Epidemiológica de Organofosforados y Carbamatos (VEO), en la cual se han desarrollado actividades con las entidades educativas de los sectores rurales priorizados, con el fin de impartir capacitación a la población educativa sobre reglas de autocuidado en el manejo de plaguicidas.
- A nivel intersectorial en el transcurso de estos 4 años se han realizado actividades conjuntas con el Comité Seccional de Plaguicidas, las cuales siempre se han enfocado a minimizar la problemática de contaminación por la bolsa de plátano y la participación activa en las jornadas de recolección de embases y empaques de plaguicidas, organizadas por la Secretaría de Desarrollo Rural y Campo Limpio.

ASEGURAMIENTO:

Se realizó articulación con las EPSS CAFESALUD, ASMETSALUD y CAPRECOM a través de reuniones para lograr agilidad en la afiliación de la población de listados censales y prioridad en la generación de autorizaciones. Se coordinaron jornadas de afiliación con las EPSS logrando afiliar las personas que no habían podido ser afiliadas por demora en este proceso, contribuyendo de esta forma a mejorar la cobertura en salud del municipio de pereira.

1. **A NIVEL COMUNITARIO.** Se capacitaron 200 veedores en salud sobre DESARROLLO DE COMPETENCIAS EN SALUD PUBLICA Y ASEGURAMIENTO con una intensidad horaria de 40 horas, en cuyo proceso

participaron los funcionarios de la secretaría de Salud de los programas de: Salud sexual y reproductiva, salud infantil, participación social, salud mental, ETV, zoonosis, aseguramiento, escuelas saludables entre otros.

9. Cómo se priorizó la asistencia técnica, como la implemento, cuáles fueron los mecanismos y como la evaluó?

ASEGURAMIENTO:

Específicamente la asistencia técnica se priorizó teniendo en cuenta el proceso de inspección y vigilancia que se debe llevar a cabo según lo estipulado en el artículo 14 del Decreto 971 de 2011 y la circular externa 06 de 2011. En este sentido se realizó asistencia técnica a las EPS del Régimen Subsidiado previa a la realización de las visitas de evaluación con el objeto de disipar dudas en relación a los procesos evaluados y los distintos criterios empleados.

El mecanismo empleado para evaluar el cumplimiento de las obligaciones de las EPS del Régimen Subsidiado es anexo técnico definido por la Resolución No. 4561 de 2014 proferida por la Secretaría de Salud y Seguridad Social, el cual contiene los criterios, términos de referencia y puntaje asignado para cada uno de los 10 procesos objeto de evaluación y que han sido cuidadosamente estructurados para realizar la inspección y vigilancia a partir de lo estipulado en la normatividad legal vigente que los regula. Finalmente la evaluación se llevó a cabo de manera bimestral y los resultados de la misma fueron debidamente socializados con la Secretaría de Salud Departamental y otros actores para que actuaran de conformidad con sus competencias.

SALUD PÚBLICA:

PROGRAMA O PROYECTO	PRIORIZACION	OBSERVACION
TUBERCULOSIS Y LEPRA	Se priorizo a las IPS que atienden pacientes con tuberculosis y/o lepra (42)	Se realiza mediante: 1. Seguimiento a la cohorte de pacientes 2. Capacitación y orientación general en lineamientos o guías programáticas 3. Aplicación de listas de chequeo y generación de compromisos de mejora y se evalúa mediante el reporte de indicadores de la gestión programática
ENFASYS	NO APLICA	NO APLICA
VIH	Se priorizo las 9 IPS que realizan atención integral al usuario con VIH	Se notifica la vista de asistencia técnica por medio físico y por correo electrónico, tiene como finalidad fortalecer los lineamientos del Plan Nacional de respuesta ante las ITS-VIH/SIDA Colombia 2.012 – 2.017 Se realiza seguimiento a la adherencia al tratamiento Se apoya la búsqueda de sintomáticos respiratorios para TB con el tamizaje para población que vive con VIH
PRESTACION DE SERVICIOS	Se priorizaron las 3 ESE (ESE Salud Pereira – Hospital San Jorge – Hospital mental) y 47 IPS privadas La priorización se hizo teniendo en cuenta los siguientes criterios: -Atención población pobre no asegurada primer nivel	Se priorizan las IPS públicas y privadas a las cuales se les notifica de vista de asistencia técnica por medio de una circular, la cual tiene como finalidad el seguimiento y acompañamiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, al terminar cada vista de hace cierre con las directivas y los encargados del componente de calidad, se hacen las observaciones correspondientes y se les resalta las oportunidades de mejora, a las cuales se les hará seguimiento

	<p>-IPS públicas y privadas donde se realizara atención al binomio madre e hijo</p> <p>-IPS públicas y privadas que ameritaban acompañamiento y seguimiento en el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad</p>	
GESTION DEL RIESGO	<p>Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud habilitadas en el Municipio que presten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Servicio de urgencias - Servicio de hospitalización - Servicio de cuidados intensivos y/o cuidados intermedios. <p>Criterio: Son los servicios que reciben el primer impacto y los de mayor demanda cuando se presentan situaciones de emergencia ó desastre en el Municipio.</p> <p>Total sujetos cubiertos = 13</p> <p>Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que presten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Servicio de transporte especial de pacientes - Servicio de atención pre hospitalaria <p>Criterio: Todas las IPS habilitadas en el Municipio.Total sujetos cubiertos = 17</p>	<p>Asistencia técnica en gestión hospitalaria del riesgo de desastres: Programa Hospital Seguro.</p> <p>Se inicia con capacitación, y se continúa con acompañamiento personalizado a cada IPS por lo menos una vez al mes, para implementar todos los subprocesos de la gestión del riesgo</p> <p>Asistencia técnica en marco normativo legal vigente, capacitación en temas prioritarios en los que se evidencia falencias</p>
SISTEMAS DE INFORMACION	<p>Según el volumen de eventos de la notificación, para el sistema RUAF y RIPS, se realizó en la totalidad de IPS que certifican hechos vitales en el municipio.</p>	<p>La visita de asistencia técnica fue implementada según modelo presentado y aprobado dentro del comité técnico de la secretaria de salud, esta fue avisada por escrito a cada IPS, citando responsable (s) del proceso, junto con coordinadores de servicio involucrados, posterior se daba retroalimentación en diferentes componentes, que permitían tener un diagnóstico sobre la institución, posteriormente se aclaraban diferentes hallazgos y se dejan planes y /o acciones de mejora.</p> <p>La evaluación se dio por medio de segundas visitas que permitían dar seguimiento al plan de mejora, y quienes no recibían segunda visita los requerimientos al plan de mejora se hacían según fechas estipuladas de envío de requerimientos.</p>
NUTRICIÓN	<p>Se priorizaron 16 EPS para Realizar asistencia técnica a IPS para fortalecer la promoción, protección y defensa de la lactancia materna.</p>	<p>Asistencia técnica extrasectorial a la Secretaría de Desarrollo Social frente a la elaboración de minutas subprograma soy lo que me alimentas, valoración clíniconutricional y manejo de software.</p>

PAI – AIEPI:

Para la realización de las visitas de asistencia técnica se priorizaron 45 instituciones que prestan servicios de vacunación para lo cual se definió un protocolo de visitas de manera anual, para la cual se priorizan aquellas instituciones que el año anterior arrojaron hallazgos importantes del programa realizadas de la siguiente manera:

Este componente se realiza con la ejecución de 132 visitas de asistencia técnica para las IPS privadas y públicas del municipio.

- Se realizan 3 visitas a cada IPS: La primera es la aplicación de la lista de chequeo PAI – AIEPI, de esta visita se genera el informe a enviar a la IPS y a su vez envíen los planes de mejoramiento de los hallazgos.
- En la segunda visita se realiza la visita de asistencia técnica en calidad del dato.
- La tercera visita es para realizar el seguimiento a los planes de mejoramiento enviados como resultado de la primera visita y el tercer seguimiento.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA:

Para la realización de las visitas de asistencia técnica se priorizaron todas las IPS del municipio donde se prestan servicios de atención materno perinatal, de planificación familiar, atención a VIH/SIDA y atención a cáncer de mama y cérvix.

Para tal fin se tiene definido un protocolo, en el cual la primera actividad que se realiza, es la programación de las visitas de manera anual

- Notificación de la visita a la IPS
- Visita de verificación del Componente administrativo: Oportunidad en el ingreso al programa, indicadores de seguimiento en el programa
- Visita de verificación de la Atención: Observación directa en algunas consultas
- Visita para revisión Historias Clínicas: Selección Aleatoria de las H.C
- Informe detallado de la visita de asistencia técnica, con el anexo del plan de mejora
- Seguimiento al plan de mejora

SALUD INFANTIL:

- A través del programa de mejoramiento de la salud infantil, se establece acompañamiento a la red prestadora de servicios de salud del municipio con la realización de visitas de asistencia técnica al programa de crecimiento y desarrollo, al 100% de IPS con el Programa establecido, a partir de la aplicación de un instrumento que permita identificar el estado del arte del programa, definiendo fortalezas y debilidades de las cuales se planteen acciones de mejora que beneficien la población infantil con un seguimiento a través de una propuesta de mejoramiento que permita fortalecer el proceso de atención para el programa de CYD y la cual permita optimizar los recursos y beneficiar a la población menor de 9 años del municipio de Pereira.
- Asistencia técnica extrasectorial a las diferentes modalidades del ICBF. Se realiza seguimiento a través de la aplicación de un instrumento para el recurso humano de CDI y hogares infantiles que valora el incremento en el nivel de conocimiento y la garantía de la réplica educativa en la población objeto abordada por cada CDI o por cada hogar infantil.

CRONICAS NO TRANSMISIBLES:

a. CRITERIOS DE PRIORIZACION DE LA ASISTENCIA TECNICA

- ✓ Indicadores en salud. ASIS.
- ✓ Diagnostico situacional o Índice de desempeño de las EPS e IPS del municipio
- ✓ Resultados de asistencia técnica previa.
- ✓ Compromisos o requerimientos por marcos normativos.
- ✓ Resultados de evaluación de planes, programas, proyectos, estrategias.

b. IMPLEMENTACIÓN DE LA ASISTENCIA TÉCNICA:

Para garantizar la ejecución adecuada del Plan de Asistencia Técnica formulado desde la dimensión Estilos de Vida Saludable y condición Crónica No Transmisible, se cuenta con equipos interdisciplinarios, personas o funcionarios que realizan Asistencia Técnica, los cuales cuentan con las correspondientes capacidades técnicas en las áreas de salud pública, con énfasis en las enfermedades Crónicas No Transmisibles y además cuentan con capacidades funcionales que les permite: Involucrar actores, analizar la complejidad de las situaciones territoriales, diagnosticar y priorizar situaciones), gestionar, formular, implementar, evaluar políticas, planes, programas, estrategias, trabajo en equipo articulado intersectorial, liderazgo, capacidad para promover la participación, capacidad para articular respuestas que promuevan resultados positivos en salud, comunicación, empoderamiento, motivación, y toma de decisiones.

La etapa de implementación se realiza en cuatro (4) momentos: 1) Alistamiento 2) Ejecución o realización propiamente de las acciones de asesoría, capacitación y acompañamiento-cooperación técnica para el mejoramiento de procesos. 3) Retroalimentación, socialización sobre los hallazgos encontrados en la visita realizada. 4) Documentación y sistematización de la visita desarrollada y hallazgos encontrados.

c. MECANISMOS DE IMPLEMENTACION DE LA ASISTENCIA TECNICA

✓ ALISTAMIENTO:

Esta etapa comprende la revisión y concertación con los actores territoriales (IPS, EPS, ESE) de la red pública y privada de las agendas (disponibilidad para la realización y recepción de la visita) y cronogramas de trabajo, socialización de los objetivos de la Asistencia Técnica, oficialización de la visita a través de correo electrónico y/o medio físico. Esta etapa también comprende la Preparación de los instrumentos, materiales y metodologías para el desarrollo de las actividades (Actas de reunión, listas de chequeo, planes de mejoramiento (matriz wh5)).

✓ EJECUCIÓN:

Esta etapa comprende la realización de la visita de forma presencial en la Institución Prestadora de Servicios o Empresa Promotora de Salud, con el fin de verificar el cumplimiento de las acciones contenidas en la normatividad vigente (Res. 0412/00, Res. 4505/12, Res. 3442/06, Acuerdo 1335/09, ley 1335/09) y de acuerdo al proceso en el que se encuentre la Unidad de atención teniendo en cuenta que dicho proceso empezó en el periodo 2011 con la aplicación de la lista de chequeo la cual fue elaborada de acuerdo con los lineamientos descritos en la normatividad e incluyendo los criterios de calidad descritos en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, dando continuidad a la elaboración y envío del informe de asistencia técnica en donde se describen los hallazgos positivos y oportunidades de mejora identificadas en la visita. Dando continuidad al proceso de asistencia técnica se realiza la visita de acompañamiento técnico para la construcción del plan de mejoramiento bajo el formato o matriz WH5 en donde describe el Hallazgo por mejorar, el Que se pretende realizar por parte de la IPS o EPS para mejorar el hallazgo encontrado, el Cómo se pretende ejecutar, el responsable de su ejecución y se establece un tiempo determinado para dar avance al logro de los resultados propuestos, de esta forma se ejecuta las siguientes visitas de seguimiento al cumplimiento de los compromisos pactados en el plan de mejora.

✓ RETROALIMENTACION:

Se llevó a cabo proceso de retroalimentación a las IPS, EPS acerca del proceso de Asistencia técnica que se realizó, dicho proceso se llevó a cabo por medio de reunión en donde se mostró las metodologías que permitieron identificar los logros, dificultades y acciones de mejoramiento.

✓ DOCUMENTACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN

Esta etapa consistió en la elaboración del informe de Asistencia Técnica, para tal fin se tuvo en cuenta la información contenida en los siguientes documentos recopilados a través de las visitas de asistencia técnica:

- Actas de reunión
- Listas de chequeo
- Planes de mejoramiento

d. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA ASISTENCIA TÉCNICA:

El seguimiento y evaluación se realizó a través de visitas periódicas de verificación del cumplimiento de los compromisos pactados en los planes de mejoramiento mediante formato la "matriz WH5".

Los resultados se evidenciaron a través de la metodología “semaforización” en donde se describe el cumplimiento de las IPS de acuerdo a los componentes evaluados en la lista de chequeo.

La asistencia técnica se priorizo hacia las EPS y la ESE con sus tres Unidades intermedias, sin dejar a un lado las IPS, se implementó a través de listas de chequeo que solicitan información propias del servicio de odontología de cada institución, estas listas presentaron evoluciones durante el periodo hasta lograr ajustarla a las competencias del ente municipal y enfocada a la búsqueda de una herramienta gerencial para el servicio que le permita analizar y hacer seguimiento a su población teniendo en cuenta variables como:

- Red Prestadora de Servicio,
- Recursos físicos humanos,
- Cumplimiento de metas de cobertura de promoción de la salud y protección específica por ciclos vitales ajustados al programa,
- Seguimiento a COP,
- Conservación dental,
- BAI,
- Atención a poblaciones especiales y caracterización poblacional.

DISCAPACIDAD:La asistencia técnica se desarrolló en las EPS contributivas y subsidiadas del municipio, la ESE con sus tres Unidades intermedias, y las IPS de rehabilitación, se implementó a través de la aplicación de las listas de chequeo que solicitan información propias de la atención de la población con discapacidad en cada institución, ajustadas según la ley 1618 y enfocada a la búsqueda de una herramienta gerencial para el servicio que le permita analizar y hacer seguimiento a las condiciones básicas de atención a su población con discapacidad y como punto de partida para el proceso de acompañamiento a estas instituciones. Estas listas de chequeo contemplan las siguientes variables:

- Barreras físicas,
- Barreras de comunicación,
- Barreras actitudinales,
- Trámites,
- Sistemas de información,
- Caracterización poblacional,
- Implementación de rutas de atención a la población con discapacidad.

Ante la falta de normatividad que respalde la participación activa de estas instituciones en la implementación del registro nacional de personas con discapacidad, se reforzó el componente de socialización y difusión del registro, además del acompañamiento para mejorar en lo relacionado a barreras actitudinales y la implementación de rutas de atención, para lo cual se implementaron jornadas de sensibilización y capacitación con las EPS e IPS como parte del proceso de acompañamiento enmarcado desde las propuestas de plan de mejora

Centros de bienestar del adulto mayor.

La asistencia técnica se desarrolló en (22) Centros de Bienestar de adultos mayores del municipio de Pereira, desarrollando mensualmente actividades de acompañamiento y promoción frente al cumplimiento de los requisitos mínimos de funcionamiento según lo establecido por la ley 1315 de 2009, en el cual se hace verificación, vigilancia y control de los requerimientos que siguen pendiente en el acta anterior como plan de mejoramiento.

PROGRAMA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Gestión del riesgo, actividades educativas en torno a los servicios amigables para adolescentes y jóvenes, consulta Preconcepcional, nuevos protocolos del Instituto Nacional de Salud en Sífilis gestacional y congénita, y VIH binomio, Atención humanizada del parto, Planificación familiar, cáncer de mama y cérvix y acompañamiento en los cursos psicoprofilácticos.

Acciones de seguimiento y vigilancia epidemiológica al 100% de los eventos de interés en salud pública como son Sífilis gestacional y congénita, Mortalidad materna y perinatal,

Unidades de análisis en Mortalidad materna, mortalidad perinatal, Mortalidad por cáncer de mama y cérvix, sífilis congénita, Morbilidad materna Extrema y abuso sexual

Apoyo en el manejo de las víctimas de violencia sexual e intrafamiliar, desde el CAIVAS y CAVIF.

Desde la promoción de la salud, Acompañamiento y asistencia técnica al Programa de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía (PESCC) en 39 instituciones educativas oficiales del municipio, actividades educativas en grupos líderes como veedores en salud, nodos de participación social, cogestores unidos, profesionales y técnicos de las diferentes modalidades de ICBF, personal de la estrategia ENFASYS e integrantes de las asociaciones de usuarios de la ESE Salud Pereira, en temas como Signos de alarma en la gestación, prevención y denuncia de la violencia sexual y prevención del cáncer de mama y cérvix. En población carcelaria y trabajadoras sexuales, prevención de ITS,

SALUD AMBIENTAL:

➤ ZONOSIS

Al inicio del cuatrienio se establece la prioridad de la asistencia técnica a 12 IPS del municipio que atendía eventos de agresiones de animales potencialmente transmisores de rabia, leptospirosis y accidente ofídico, mediante charlas informativas del evento a los médicos y enfermeras, posteriormente en 2.015 se establece que esta se debe priorizar en las IPS con servicios de urgencias, por ser aquellas donde realmente se atienden los eventos de interés para zoonosis. La anterior asistencia técnica se implementa a través de la coordinación de conferencias informativas sobre el evento, ajustándose posteriormente en la adhesión del protocolo de cada evento, por cuanto se realizó un análisis de estos eventos con respecto a la ficha de notificación y se determinó las fallas en la oportunidad y calidad del dato, en la clasificación del evento agresión de animales potencialmente transmisores de rabia, mal tratamiento y seguimiento a este.

De igual manera sucede con la leptospirosis con el inconveniente del cambio de la ficha de notificación que no nos permite revisar si el tratamiento se inicia bajo la sospecha del evento y si se solicita la toma de muestra tamiz y de comprobación.

Se realiza en 2015 asistencia técnica a IPS con servicio de urgencias mediante convocatoria, mostrando los indicadores de la oportunidad, calidad del dato, clasificación de exposiciones rábicas y prestación de servicios, con el objetivo de prepararlos para la entrega del biológico antirrábico humano para mejorar la oportunidad en el inicio del tratamiento así como su clasificación.

Con respecto a la asistencia intra sectorial se investiga sobre los riesgos laborales de transmisión de enfermedades zoonóticas en las entidades pecuarias y de salud y se determina que es necesario capacitar al sector pecuario del ICA con respecto a Rabia durante el primer trimestre del año 2.014 y posteriormente a todo el sector pecuario del municipio y departamento con un seminario sobre bioseguridad a través del Consejo, el cual es realizado durante el año 2.014.

En el año 2015 se realiza el I Seminario de Zoonosis – “Una Sola Salud” a las instituciones públicas del sector Pecuario, Academia con programas de veterinaria y a los técnicos de salud del Departamento.

Con respecto a los establecimientos veterinarios y afines se da inicio a la identificación de los factores de riesgo de estos establecimientos para determinar la dirección de la Asistencia Técnica, encontrando que las mayores dificultades se ubican en el manejo de sustancias controladas y manejo de residuos hospitalarios, por lo tanto se prioriza sobre este aspecto la asistencia técnica, invitando a los establecimientos a una capacitación sobre el manejo de residuos hospitalarios y sólidos con apoyo de ENDEPSA, ATESA, UPPAA y la Secretaria Departamental de Salud. Mediante visitas posteriores se encuentra que ha existido mejora en los procesos y algunas IPS veterinarias ya tienen el concepto favorable.

➤ ETV

Dentro de las actividades que realiza el programa ETV está la asistencia técnica a IPS's para hacer seguimiento a las adherencias a los protocolos y guías de atención en malaria, dengue y chikungunya, dicha actividad se realiza en las principales IPS's del municipio priorizadas por servicios de urgencias y por número de atenciones en éstas patologías. Desde el año 2010 el programa realiza esta actividad en la cual se hace una capacitación al personal médico de éstas instituciones, en la cual se hace un abordaje de las acciones planteadas en las guías en cuanto al manejo de los pacientes, su cuidado, tratamiento y factores importantes para tener en cuenta, igualmente se hace entrega de un cd el cual contiene un software de instalación para que cada institución lo instale en cada uno de los equipos de sistemas y poder contar con la información de primera mano.

Desde el año 2014 esta actividad se enfocó hacer seguimiento a las recomendaciones dadas en los años anteriores como una forma de evaluar, en la cual además de hacer el seguimiento a dichas guías se verifican otros aspectos importantes como son: tener stock de medicamentos antimaláricos, toldillos, y áreas específicas para el manejo de pacientes que padecen alguna ETV, para mitigar el riesgo de transmisión intra hospitalaria.

➤ **AGUA Y SANEAMIENTO**

Las asistencias técnicas realizadas a los prestadores del servicio de acueducto se ha priorizado de acuerdo al concepto sanitario obtenido y a la calificación de los índices de riesgo de calidad del agua – IRCA, es decir de acuerdo al nivel de riesgo. Los acueductos con conceptos sanitarios priorizados son los desfavorables y los que obtienen IRCA con riesgo medio, alto o inviable sanitariamente. A estos sujetos se les realiza visita de campo y se les lleva a cabo un procedimiento denominado demanda de cloro con el fin de identificar las posibles causas de la deficiencia en el parámetro u otros conexos, igualmente de acuerdo a las deficiencias logradas en las buenas practicas sanitarias se les realiza asesoría en los aspectos puntuales. La evaluación se realiza verificando los análisis rutinarios realizados por el operador y sus respectivos registros y a través de los nuevos análisis de vigilancia que realiza la secretaria.

➤ **CONSUMO**

Dado el vacío existente de una línea base de cantidad de establecimientos que son objeto de vigilancia por parte del programa, una de las principales asistencias técnicas que se ha realizado es con la Cámara de Comercio de Pereira, esta asistencia consiste en la capacitación cada dos meses a los nuevos empresarios, explicándoles cuales son los requisitos desde la parte sanitaria que debe cumplir cada uno de ellos conforme a su actividad comercial, gracias a esta asistencia técnica la cámara de comercio de Pereira otorgó a la Secretaría de Salud y Seguridad Social acceso con fines de planeación a la información de la línea base de establecimientos registrados en el municipio, para así poder entregar a la próxima administración la línea base real y que la planeación pueda hacerse conforme a esta.

Se realizó asistencia técnica a IPS (UPGD) prestadores del servicio de urgencias en el municipio, que son las encargadas de reportar los posibles casos de enfermedades transmitidas por alimentos, esta asistencia técnica se basó en la adherencia al protocolo de ETA establecido por el Instituto Nacional de Salud.

RESIDUOS HOSPITALARIOS

La asistencia técnica se prioriza por solicitud del sujeto interesado, a través de solicitud mediante oficio, acercamiento a la entidad, identificación de problemáticas en visitas de IVC, solicitud de supervisores o gestores de la mesa, solicitud de otro programa interno de la secretaria.

Los mecanismos son a través de visita al establecimiento por el personal a cargo del sujeto de interés al cual se le brindara la asistencia técnica. Entrega de memorias o material alusivo a guías o normatividad relacionada con el sujeto de interés.

Se evalúa mediante las visitas de verificación a los sujetos de la línea a los cuales se les brindo asistencia técnica y se mide el grado de cumplimiento a las exigencias sanitarias establecidas en primera visita de inspección y se evidencia el logro de la asistencia al obtener en esa visita de verificación la imposición de concepto sanitario favorable. Se ha evidenciado que los sujetos que han tenido asistencia técnica antes de la visita de IVC, cumplen con lo establecido en la normatividad vigente y obtienen en la primera vez el concepto sanitario favorable.

➤ **RIESGO LABORAL**

Estrategia VEO

Asistencia Técnica Área Rural

La asistencia técnica se diseñó e implementó en los corregimientos de La Bella, La Florida, Combia, Arabia y Altagracia dado que son zonas donde se encuentran los cultivos de:

- Cebolla.
- Mora.
- Tomate.
- Guanábana.
- Naranja.
- Mandarina.
- Aguacate.

Por lo tanto el mantenimiento de dichos cultivos requiere el uso permanente de plaguicidas con contenido de organofosforados y carbamatos, los cuales son objeto de análisis para el programa dado que son las sustancias que se rastrean en la toma de muestras de acetilcolinesterasa en sangre realizadas a los aplicadores de plaguicidas.

La asistencia técnica se realiza haciendo recorrido predio a predio por cada uno de los corregimientos e identificando el tipo de cultivo y el tipo de plaguicida utilizado por los aplicadores que laboran allí, posteriormente se informa tanto al empleador como al empleado el objetivo del programa y se procede a dar capacitación y a tomar las muestras de acetilcolinesterasa a el personal expuesto directamente.

Lo anterior con el fin de analizar los residuos de plaguicida en la sangre de los mismos y prevenir la sobreexposición, en el caso de que la colinesterasa salga baja en los rangos de 0 a 62.5, se procederá a realizar una retoma, se le dará acompañamiento y asesoría a él aplicador afectado.

Asistencia Técnica Área Urbana

En el área urbana la asistencia técnica se implementó con los 25 comercializadores de plaguicidas del municipio, a los cuales se les realizó visita de acompañamiento con el fin de identificar y corregir falencia en el almacenamiento y manipulación de estos, a la vez se les dio capacitación sobre su responsabilidad frente a la devolución pos consumo y se realizó prueba de acetilcolinesterasa a 48 las personas directamente expuestas a los plaguicidas.

Riesgo Químico

Desde el componente de riesgo químico la asistencia se ha realizado a 10 establecimientos de comercio, a los cuales se les ha brindado capacitación en normatividad vigente, identificación de factores de riesgo químico, elementos de protección personal, almacenamiento, etiquetado, señalización, y disposición final de embases y empaques.

Sector Informal

En cuanto al sector informal la asistencia técnica se implementó mediante las capacitaciones a las mujeres del sector informal estacionario, del área priorizada zona Centro y Cuba en cuanto a los Factores de Riesgo y Riesgos asociados a la labor realizada y Normas de Autocuidado.

ESTRATEGIA ESCUELA SALUDABLE:

Asistencia técnica Proyecto de Educación Sexual y Construcción de Ciudadanía

La estrategia se ha definido desde las siguientes líneas de acción: Mejoramiento de la prestación de los servicios de salud para adolescentes y jóvenes, Educación integral para la salud sexual y reproductiva, Investigación con énfasis cualitativo, Consolidación social juvenil con énfasis en veeduría.

El trabajo desarrollado en cada uno de los componentes se define así:

A. Mejoramiento De La Prestación de los Servicios para Adolescentes y Jóvenes: en este componente se realiza Asistencia técnica intrasectorial: A EPS e IPS para lograr proceso de articulación de la población joven y adolescente e

innovar los servicios de salud amigables tomando en cuenta sus ideas y aportes como directos beneficiados. Desarrollo de proceso educativo y participativo con jóvenes. Conformación de grupos juveniles en IPS. Cualificación del recurso humano de los prestadores de servicios de salud.

B. Educación Integral Para La Salud Sexual y Reproductiva En Instituciones Educativas (Apoyo Programa De Educación Para La Sexualidad Y Construcción De Ciudadanía). Este componente busca cualificación docente para la promoción de la salud sexual y reproductiva. Apoyo a las Escuelas de padres con inclusión de temáticas que contribuyan a la construcción de proyecto de vida, Transversalización del currículo formal con construcción de unidades didácticas e implementación de las mismas, Asistencia técnica monitoreo y seguimiento en campo para la implementación de unidades didácticas, Promoción de servicios amigables del adolescente y control joven, Asistencia técnica Zona de Orientación Escolar.

C.: Grupos De Participación Juvenil Para La Investigación Y Formación, Proyección Social Y La Veeduría. Este componente incluye conformación y consolidación de grupos líderes de adolescentes, Investigación cualitativa y cuantitativa, Priorización de problemáticas, Elaboración del plan de acción (capacitación y formación de los adolescentes y jóvenes, diseño y elaboración de piezas comunicativas), Implementación de la estrategia lúdico pedagógica, Monitoreo y seguimiento, Sistematización y trabajo sobre redes sociales.

D. Articulación con la estrategia de Atención primaria en salud (ENFASYS); en este componente se desarrollan acciones como identificación en las familias ENFASYS de adolescentes entre los 12 y los 19 años de edad. Diseño y aplicación de unidad didáctica de acuerdo a las necesidades de los adolescentes. Promoción de los servicios amigables para adolescentes y jóvenes en las I.P.S.

Operación a nivel escolar:

Determinación de un líder a nivel institucional para el manejo del PESCC

Asistencia constante de la institución a los encuentros PESCC

Conocimiento de la institución educativa del PESCC

Tenencia del material pedagógico (unidades didácticas)

Diligenciamiento del Matriz Pedagógica de los grados 0 y 1

Diligenciamiento del Matriz Pedagógica de los grados 4 y 5

Implementación del PESCC en básica primaria con soportes y medios de verificación.

Implementación del PESCC en secundaria con soportes y medios de verificación

(Matriz de semaforización)

PROMOCION SOCIAL:

Asistencia técnica en enfoque diferencial a la ESE Salud Pereira: se implementó mediante capacitación a los funcionarios del puesto de salud de Caimalito en enfoque diferencial, se realizó reconocimiento del contexto identificando la población indígena asentada en el corregimiento de Caimalito

Se realizó acompañamiento al diseño de un producto comunicacional para la prevención de enfermedades prevalentes de la infancia con la comunidad embera chami asentada en el barrio las Brisas.

Se acompaña proceso de investigación mediante articulación con la Universidad tecnológica para el conocimiento de las formas de relacionamiento de la comunidad embera chami asentada en el corregimiento de Caimalito y el puesto de salud.

Asistencia técnica para la conformación y mantenimiento de nodos de red comunitarios: esta realizó mediante acompañamiento técnico en la conformación de nodos de red comunitario, construcción del plan de acción, seguimiento en la implementación del mismo y apoyo en la definición de estrategias didácticas y metodológicas para el logro de los objetivos propuestos.

Asistencia técnica a las EPS: se realizó mediante la aplicación de una lista de cheque en la que se indagaban aspectos como: implementación del enfoque diferencia. Promoción de deberes y derechos en salud, seguimiento a quejas y reclamos, asociación de usuarios, promoción de la participación de niños niñas y adolescentes.

10. Qué indicadores tiene la entidad territorial para evaluar la gestión, con qué frecuencia la realiza y como lo informa?

La entidad territorial tiene los siguientes indicadores que se relacionan a continuación con los que se mide la Gestión de resultado y que hacen parte del plan de desarrollo, plan de acción y plan territorial de salud. La frecuencia con que se evalúa es trimestral, se realiza un seguimiento al avance de los mismos; el cual se informa a planeación municipal anualmente, al departamento anualmente, al Concejo Municipal anualmente se reporta el seguimiento.

Indicadores
Tasa de mortalidad por Tuberculosis
Diagnóstico de Salud Mental elaborado
Política pública de prevención y reducción del consumo de sustancias psicoactivas
Intervenir al 5% de las familias ENFASYS identificadas con diagnósticos de disfuncionalidad familiar
Zonas de escucha operando.
Disminuir la tasa de mortalidad por enfermedad hipertensiva en menores de 60 años
Levantamiento línea de base del estado de discapacidad de la poblaciónPereirana
Implementar la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad en el componente de salud en zonas priorizadas
Mantener igual o menor a dos (2) la letalidad por Dengue
Mantener en cero (0) la mortalidad por Malaria
Cero brotes por intoxicación por consumo de alimentos generados por establecimientos de medio y alto riesgo epidemiológico
Mantener en cero la incidencia de rabia humana transmitida por caninos y felinos
Mantener la vigilancia de la calidad del agua en la zona rural y urbana del municipio de Pereira en el 100% de los prestadores de servicios de acueductos
Tasa Mortalidad Materna
Incrementar la media de lactancia materna
Mantener en cero la mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles
Lograr cobertura del 95% en vacunación en los nacidos vivos
Disminuir la tasa de mortalidad infantil
Disminuir la tasa de mortalidad en menores de cinco años
Tasa de transmisión vertical por VIH
Mantener en 2 el índice COP entre los 10 y 12 años de edad
Disminuir la tasa de mortalidad por cáncer de cérvix
Tasa de mortalidad por VIH
Porcentaje de parto institucionalizado
Aumentar el porcentaje de mujeres con control prenatal
Disminuir la tasa de sífilis congénita
Disminuir la tasa de mortalidad perinatal
Disminuir en el 10% de las familias intervenidas por la estrategia ENFASYS los factores de riesgo detectados en los ambientes físico, cognoscitivo, psicológico y social.
Acompañamiento Psicosocial al 5% de las familias víctimas del conflicto armado
% Aseguramiento en el SGSSS
% Prestación de los servicios de salud de baja complejidad a la población pobre y vulnerable del Municipio de Pereira (ESE SALUD PUBLICA)
% de Pereiranos afiliados al régimen subsidiado y contributivo

% Cobertura de población con POS unificado
Garantizar en un 100% la prestación de servicios de salud a la población pobre y vulnerable no asegurada
Mantener dos (2) unidades móviles para la atención primaria en salud
Cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en IPS Publicas y Privadas
Capacitar como primeros respondientes comunitarios en emergencias.
Implementación del protocolo Municipal de regulación del sistema de Atención Pre Hospitalaria
Intervención del Planeamiento Hospitalario para desastres en su componente externo en la red hospitalaria del municipio de Pereira que cuente con servicio de urgencias
Mantener por debajo de 16,57 la Tasa de mortalidad de 0 a 17 años de edad por causa externa.
Razón de mortalidad Materna
Tasa de mortalidad en menores de un año
Tasa de mortalidad en menores de cinco años
% de los niños y niñas entre 0 y 10% con asistencia en CYD
Disminuir a 0,2% el Embarazo Infanto - Adolescente (de 10 a 14 años)
Mantener en 6,1% Embarazo Adolescente (de 15 a 19 años)
Alcanzar una Cobertura del PAI(Plan Ampliado de Inmunización) del 95%
100% de Cobertura inmunización contra el BCG en niños (as), menores de 1 año.
95% de Cobertura de inmunización contra el polio en niños (as) menores de 1 año.
95% Cobertura de inmunización contra el DPT en niños (as) menores de 1 año.
95% Cobertura de inmunización contra la hepatitis B en niños (as) menores de 1 año.
95% Cobertura de inmunización contra el Rotavirus en niños (as) menores de 1 año.
95% Cobertura de inmunización contra el Neumococo en niños (as) de 1 año.
95% Cobertura de inmunización contra la Triple Viral en niños (as) menores de 1 año.
95% Cobertura de inmunización contra la influenza en niños (as) menores de 1 año.
92% Cobertura prueba de VIH en gestantes
Mantener en 0,43% la Tasa de transmisión materno infantil de VIH.
100% de Cobertura de atención a gestantes diagnosticadas con Sífilis.
Lograr una cobertura de atención a gestantes diagnosticadas con Sífilis antes de la semana 17 por encima del 26,1%
Disminuir a 3,7% en Tasa de sífilis congénita.
388 en Tasa de morbilidad por EDA (Enfermedad Diarreica Aguda) en menores de 5 años.
Disminuir a 2.8 en Tasa de mortalidad por EDA (Enfermedad Diarreica Aguda) en menores de 5 años.
800 en Tasa de morbilidad por ERA (Enfermedad Respiratoria Aguda) en menores de 5 años
Disminuir a 8,5 en Tasa de mortalidad por ERA (Enfermedad Respiratoria Aguda) en menores de 5 años

SALUD PÚBLICA:

1. Cuáles son las prioridades en salud Pública?

Conforme a lo establecido por la OMS las funciones esenciales de la salud pública son toda aquella competencia y acciones necesarias para alcanzar el objetivo central de mejorar la salud de las poblaciones; las cuales son:

- Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud del municipio.
- La vigilancia, la investigación y el control de los riesgos y las amenazas para la salud pública
- La promoción de la salud
- El aseguramiento de la participación social en la salud
- La formulación de las políticas y la capacidad institucional de reglamentación y cumplimiento en la salud pública.
- El fortalecimiento de la capacidad institucional de planificación y el manejo en la salud pública.
- La evaluación y la promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.
- La capacitación y desarrollo de los recursos humanos.
- La seguridad de la calidad en los servicios de salud.
- La investigación en la salud pública.
- La reducción de la repercusión de las emergencias y los desastres en la salud pública

De acuerdo a estas once prioridades el municipio de Pereira y la secretaria de salud y seguridad social, vienen trabajando con énfasis en las siguientes prioridades que se armonizan con el plan decenal de salud pública 2012 – 2021; la cual se debe continuar desarrollando y ejecutando.

- Salud ambiental
- Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles
- Dimensión convivencia social y salud mental
- Dimensión seguridad alimentaria y nutricional
- Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos
- Dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles
- Dimensión de salud pública en emergencia y desastres
- Dimensión salud y ámbito laboral
- Dimensión transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables
- Dimensión fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud

Que metas se cumplieron y cuales quedan pendientes.?

NUTRICIÓN

Año tras año todas las metas de proceso son cumplidas a cabalidad; esto debido a que se realiza un trabajo planificado a corte trimestral para evaluar el cumplimiento de metas.

Meta Pendiente: En cuanto a indicadores de resultado no se logró aumentar la media de lactancia materna a 2,2 como se estableció en el Plan de Desarrollo.

PAI (PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN)

- Mantener en 0 la mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles.
- Logro de coberturas útiles en vacunación con población de nacidos vivos.
- Realización de las 132 visitas de asistencia técnica de manera anual.
- Seguimiento al 100% de ESAVIS y casos sospechosos de inmunoprevenibles.
- Desarrollo de 4 encuentros comunitarios de manera anual desde el año 2013 en prácticas claves AIEPI dirigidos a actores sociales claves en la prevención de enfermedades prevalentes de la infancia.
- Realización de 3 monitoreos anuales de coberturas de vacunación.
- Actualización anual del Programa Ampliado de Inmunizaciones a funcionarios de salud de IPS que realizan acciones en vacunación para el manejo efectivo del Programa
- Distribución oportuna de los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones a 21 instituciones de Salud que tiene el PAI.
- Realización de 4 reuniones del comité integrado PAI, AIEPI, AIMI de manera anual.
- Realización de las jornadas nacionales de vacunación según lineamientos de ministerio de salud y la protección social de Pereira.

Las metas que quedan pendientes son:

- Completar 10218 dosis del VPH a la cohorte de cuarto grado de niñas de 9 años hasta 17 años.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA:

Según las acciones realizadas en el programa de salud sexual y reproductiva, se cumplieron las siguientes metas:

- Disminución de la razón de mortalidad materna, De 57,1 en el 2012 a 14,6 x100.000 Nacidos vivos en el año 2014. Durante el año 2015 no se han registrado muertes maternas.
- Mantenimiento del porcentaje de parto institucionalizado en el 99%, durante los 4 años.
- Disminución porcentaje de embarazos en adolescentes, de 23,5% en el año 2012 a 20,3% en el año 2014, y durante el año 2015: 19,7%.
- Disminución de la tasa de sífilis congénita de 4,1 en el año 2012 a 1,9 x1000 N.V en el año 2014. (año 2015: 1,8)
- Disminución de la Tasa de Mortalidad por VIH, en el año 2012: 14,3 por 100000 personas, año 2014:10,1 y durante el año 2015: 10,0.

Metas pendientes

- Razón de mortalidad Perinatal, en el año 2012: 9,7 por 1000 nacidos vivos, en el año 2014: 10,2 y durante el año 2015: 9,6
- Porcentaje de embarazo infante adolescente, 0,8% durante los 4 años.
- Tasa de mortalidad cáncer de cérvix, en el año 2012: 7,0 por 100000 mujeres, en el año 2014: 12,6 y durante el año 2015: 10,9.
- Tasa de mortalidad por cáncer de mama, en el año 2012: 19,8 por 100000 mujeres, en el año 2014: 19,2 y durante el año 2015: 12,2.

La Política Pública en general tuvo un buen comportamiento, se recomienda enfocar esfuerzos en elevar y/o disminuir en su defecto los indicadores con porcentajes negativos y/o elevar los indicadores en ceros para una mejor calificación para el siguiente periodo a evaluar

SALUD INFANTIL:

Los indicadores de cumplimiento del programa se desarrollaron y cumplieron satisfactoriamente, tanto para el plan territorial como para el plan de acción, así como las actividades establecidas en el plan de trabajo.

El seguimiento a la política pública de primera infancia, infancia y adolescencia cumplió con las metas propuestas puntuándose positivamente según el ente evaluador.(anexo 15 están representadas as metas de cumplimiento).

Los indicadores de resultado que mejoraron con cumplimiento de meta propuesta son:

Tasa de mortalidad infantil (menores de 1 año): 4.0 x 1000 N.V

Tasa de mortalidad en < de 5 años: 0.9 x1000 < 5 años

Tasa de Mortalidad por EDA< 5 años: 0.0 x 100.000 <5años

Tasa de mortalidad por ERA en < de 5 años: 5.9 x 100.000 < 5 años.

Tasa de incidencia por EDA en < de 5 años: 109.2 x 1000 < de 5 años

Tasa de incidencia por ERA en < de 5 años: 383.3 x 1000 < 5 años

ESTRATEGIA ESCUELA SALUDABLE:

Meta Pendiente: Aprobación total del Proyecto de acuerdo de tienda escolar saludable.

PROMOCION SOCIAL:

- Fortalecer la estrategia de Nodos para la conformación de la Red de apoyo a la salud pública, por medio de grupos.
- Realizar acciones de prevención y Promoción de los derechos sexuales y reproductivos de la población afrocolombiana, mediante 120 visitas educativas
- Quedan pendientes las metas relacionadas con la política pública plan de vida indígena y plan de etnodesarrollo que por razones técnicas, financieras, misionales de competencia o poca claridad en la redacción no se pueden cumplir.

OTRAS:

Política pública Plan de vida indígena

ACCION DE POLITICA	META
Programas de prevención y promoción de los derechos sexuales y reproductivos de la población afrodescendiente	Mediante visitas educativas se implementó una unidad didáctica sobre derechos sexuales y reproductivos que se desarrolló con 120 jóvenes afro.
Realización de programas de formación como gestores y promotores de la salud en las comunidades afrodescendientes del municipio.	Conformación de un nodo de red integrado por población afro con quienes se desarrolló un proceso de mejoramiento de competencias en temas de salud pública.
Creación de redes de articulación entre la medicina occidental y la medicina tradicional para el trabajo coordinado entre el Jaibana, parteras, hierbateros, sobanderos, pulsadores y los prestadores de servicios de salud occidental	Como esto obedece a un proceso que se debe articular con los lineamientos nacionales, ya se incluyó en el plan decenal de salud pública la construcción de un modelo de atención intercultural ,igualmente, se ha brindado asistencia técnica a la ESE Salud Pereira y a las EPS en la inclusión de la variable etnia y la implementación de la atención diferenciada; también se articuló con la UTP para la realización de una investigación que permita identificar como se dan las relaciones entre los habitantes indígenas del corregimiento de Caimalito y el puesto de salud.
Implementación de Programas de prevención y promoción de los derechos sexuales y reproductivos de la población indígena y de los deberes y derechos en el área de la salud, basados en sus propias necesidades	Se han realizado visitas educativas en las que se promueven los deberes y derechos en salud y se brinda información sobre salud sexual y reproductiva haciendo énfasis en los métodos de planificación familiar y los estilos de vida saludables. Se han beneficiado 215 indígenas aproximadamente.

SALUD AMBIENTAL:

ZOONOSIS

Las prioridades en Zoonosis continúan siendo los eventos de: Rabia Humana, Leptospirosis, Accidente ofídico. Sin dejar al lado eventos como Brucelosis, Toxoplasmosis, parasitosis, entre otros.

Se cumplió la meta de “Mantener en cero “0” la incidencia de rabia humana transmitida por perros y gatos”.

ETV

Dentro de las prioridades en salud pública para el municipio de Pereira se encuentra el control y la prevención de la malaria, dengue y el chikungunya ya que por estar ubicado por debajo de los 1800 MSNM es apto para la transmisión de

estas patologías. Las metas propuestas para el cuatrienio se cumplieron ya que se mantuvieron dentro de los rangos establecidos.

No quedan metas pendientes.

CONSUMO

La meta que guía el programa es cero brotes por intoxicación por Enfermedades Transmitidas por Alimentos ETAS, esta meta se cumplió a lo largo del cuatrienio y se considera que debe ser la prioridad en salud pública en lo relacionado con el programa.

Sin embargo en lo establecido en el plan de acción y plan de salud territorial se propone que debe realizarse una revisión de la línea base y tener en cuenta el nuevo modelo de visita establecido por el INVIMA.

2. Que otros resultado tiene de la implementación de políticas o proyectos de salud (Infancia, nutrición, no transmisibles entre otras)

Los avances de la implementación de las políticas se encuentran consolidados en el observatorio de políticas públicas en la Secretaría de planeación, quien son los encargados del seguimiento a los indicadores. Por lo tanto toda la información se encuentra en esta área.

3. La entidad territorial ha ejecutado el Plan de intervenciones colectivas - PIC? Cuales han sido los avances, dificultades y que queda pendiente.

El plan de Intervenciones se ha ejecutado de forma continua a través del contrato suscrito con la IPS pública del primer nivel de atención ESE SALUD PEREIRA, garantizando el desarrollo de las acciones colectivas establecidas en la normatividad vigente.

La articulación con la ESE ha permitido que lo establecido en la planeación y ejecución cumpla con las necesidades reales del municipio.

4. Como se ha contratado la operación del PIC, con quien, si no realizaron la contratación con la ESE, cual fue la razón? que criterios tuvieron en cuenta para el seguimiento y evaluación, que programas y proyectos se están implementando y que queda pendiente?

La contratación se ha realizado con la ESE SALUD PEREIRA que es la IPS pública habilitada en el municipio para prestar el primer nivel de atención en salud.

El seguimiento y la evaluación del PIC se realizan por medio de la interventoría general del contrato y los supervisores de apoyo, que hacen acompañamiento en la ejecución de actividades; garantizando el cumplimiento de lo programado y de lo establecido en la norma.

5. Cuál es la cobertura de vacunación del municipio (BCG, tres dosis de polio, tres dosis de HIB, tres dosis de hepatitis B, tres dosis DPT y una dosis MMR)? Cuáles han sido los avances y dificultades.?

COBERTURA DE VACUNACION MUNICIPIO DE PEREIRA 2012 - 2015								
NACIDOS VIVOS MUNICIPIO DE PEREIRA	5640		5626		5230		5288	
INDICADOR	2012		2013		2014		2015	
	Dosis	Cobert	Dosis	Cobert	Dosis	Cobert	Dosis	Cobert
PORCENTAJE DE COBERTURA DE BCG ATENDIDOS	9128	162%	9017	160%	8700	166%	6638	125%

PORCENTAJE DE COBERTURA DE PENTAVALENTE 3 DOSIS (HIB- HB- DPT)	5319	94	5185	92	5102	97.6%	3810	72,0
PORCENTAJE DE COBERTURA DE POLIO 3DOSIS	5324	94%	5183	92%	5064	96%	3805	72%
PORCENTAJE DE COBERTURA DE MMR (TRIPLE VIRAL)	5523	93%	5461	97%	5077	91%	4117	78%

- Los avances significativos son el aumento en las coberturas en vacunación que se evidencia de manera progresiva.

Las dificultades presentadas son las siguientes:

- La meta programática del Municipio es asignada con población DANE las cuales son desfasadas frente a los nacidos vivos en el Municipio de Pereira lo que impide el cumplimiento de coberturas útiles con población DANE.
- La página nominal PAIWEB, no cuenta desde el nivel nacional con un recurso humano constante para el mantenimiento de la página y para el funcionamiento constante de la misma, ya que este mensualmente presenta caídas del sistema lo que debilita el sistema de información, ya que los reportes diarios, mensuales no se puedan extraer oportunamente y no se cuenta con recurso humano de soporte técnico constante de ayudas que permita establecer conductas para resolver dudas inquietudes del operador y así mismo no se puede realizar un seguimiento a la cohorte desde esta plataforma.
- La dificultad más grande que se presenta es el cambio constante de formatos de informe mensual de vacunación, lo que dificulta el envío oportuno por parte de las IPS ya que el familiarizarse con el informe toma tiempo y en varias ocasiones lo envías con 1 o 2 días antes de la fecha en que se debe presentar el informe, esto a su vez hace que el consolidado por parte del Municipio sea más dispendioso y tome más tiempo.

6.La vigilancia epidemiológica cuenta con unidades notificadoras, que hace, que analiza, que hace con los resultados y que falta para avanzar?

Para el 2012 existían 64 UPGD caracterizadas en Sistema de vigilancia epidemiológica SIVIGILA, con un cumplimiento en el reporte semana por encima de 95%, cumplimiento que se mantuvo para el cuatrenio.

Durante 2013 y como parte de un proyecto de expansión de SIVIGILA, se realizó búsqueda activa de prestadores con cumplimiento de criterio para UPGD, e ingresaron a SIVIGILA 10 nuevas instituciones a reportar, quedando 64 UPGD y 10 Unidades informadoras, las cuales se encuentran notificando de manera semanal al SIVIGILA.

La información recepcionada a través de archivos planos es utilizada básicamente en dos aspectos, para la implementación por parte de los programas en acciones de vigilancia individuales como colectivas, esto es: investigaciones de campo, seguimientos, vacunaciones de bloqueo etc. Estipuladas en cada protocolo de vigilancia del evento. El segundo aspecto en cual se utiliza la información es para evaluar calidad de la información ingresada por las instituciones, y finalmente construcción de canales endémicos, situación de salud y boletín epidemiológico, con lo cual permiten dar seguimiento a metas en indicadores de salud en el plan territorial de salud y plan de desarrollo.

Si bien el municipio en indicadores de proceso de vigilancia epidemiológico tiene un cumplimiento de 100%, con una oportunidad promedio de notificación de 3 días y ajuste promedio de casos de 27 días, todos dentro de los estándares exigidos por el INS, sin embargo existe un pequeño volumen de información que ingresa inoportunamente, y el ajuste de los casos igualmente presenta un porcentaje de inoportunidad, problemas ligados a la adherencia a protocolo por parte del personal de las instituciones de salud y/o retrasos propios del sistema de salud frente a la atención y diagnóstico de enfermedades de interés en salud pública.

Se requiere avanzar en mejorar esta baja proporción de inoportunidad y mejoramiento en la adherencia del médico.

Se requiere mantener la cobertura del SIVIGILA sobre IPS del municipio, y la búsqueda diaria de potenciales UPGD e UI.

Aseguramiento

1. ¿Cuál es la cobertura en el municipio de los regímenes subsidiado y contributivo?

De acuerdo a la información dispuesta en las fuentes de información oficiales BDUA-FOSYGA y DANE. En este caso la metodología para el cálculo de la cobertura en salud es la referida por el Ministerio de Salud y Protección Social¹. Por consiguiente el indicador es calculado a partir del número de afiliados registrados en la BDUA en los regímenes contributivo y subsidiado a diciembre 31 de cada año, frente a la proyección de la población publicada por el DANE. En consecuencia la cobertura en salud del municipio de Pereira es de 99,47%, partiendo de la siguiente información a saber:

AÑO	AFILIADOS CARGADOS EN BDUA SEPTIEMBRE DE 2015			DANE (Estimación y Proyección)
	Contributivo	Subsidiado	Total general	
2015	317.485	149.647	467.132	469.612

Fuente: BDUA corte 31 de septiembre 2015.

DANE Estimaciones y Proyecciones de Población Año 2011
http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=75&Itemid=72

Nombre	2015
Porcentaje Cobertura régimen subsidiado	31,87%
Porcentaje Cobertura régimen contributivo	67,61%
Cobertura TOTAL	99,47%

2. ¿Cuál es la población pobre no afiliada, cuales son los problemas de afiliación, de cobertura, que planes se tienen para lograr coberturas, los avances, pendientes y las dificultades. Existen Indicadores de población pobre no afiliada (vinculados) como: recursos destinados a vinculados, déficit, etc.?

De acuerdo a los criterios de identificación y priorización de la población pobre y vulnerable realizada por la Dirección Operativa de aseguramiento, se tiene que la población pobre no afiliada está conformada por **11.062** registros, según lo dispuesto en la Resolución 3137 del 21 de Julio de 2015 proferida por la Secretaría de Salud.

Problemas de afiliación y cobertura.

1. El desconocimiento de la población acerca de sus derechos y deberes para acceder al régimen subsidiado.
2. Limitación en la asignación de recursos para el régimen subsidiado.
3. La ciudad de Pereira tiene una propensión migratoria alta en relación a sus pares a nivel nacional y por tanto se dificulta la captación de personas no afiliadas al SGSSS.
4. Errores en la focalización y priorización de la población susceptible de ser afiliada.

¹Ver: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/CoberturasdelR%C3%A9gimenSubsidiado.aspx>

5. Determinantes sociales de la salud que influyen en los resultados de cobertura.

Planes para lograr coberturas

- a. Jornadas masivas de afiliación.
- b. Promoción de la afiliación en las unidades intermedias y puestos de salud de la ESE Salud Pereira.
- c. Notificación de los listados de población elegible a las EPS del Régimen Subsidiado para que estas implementen estrategias de búsqueda activa de usuarios no afiliados.
- d. Publicación de los listados de población elegible en el portal web de la Alcaldía de Pereira.
- e. Búsqueda activa a través de las estrategias de movilización social implementadas por la Secretaría de Salud tales como ENFASYS, Veedurías Ciudadanas y Promoción social.
- f. Mejoramiento de los conocimientos de actores claves en lo relacionado con el acceso al sistema general de seguridad social en salud.
- g. Asistencia integral a la población través del Servicio de Atención a la Comunidad (SAC) dispuesto en las instalaciones de la secretaría de salud.
- h. Implementación de estrategias de información, educación y comunicación de alto impacto para la comunidad a través de diversos canales: radio, prensa, redes sociales, etc.
- i. Articulación interinstitucional con otros actores claves tales como SISBEN, Secretaría de Desarrollo Social, DPS, entre otros.

Avances

- ✓ Gracias al trabajo realizado por la dirección operativa de aseguramiento, se han mejorado los instrumentos para focalizar y priorizar la población pobre no afiliada (PPNA), mejorando la depuración de los listados de población elegible al hacerlos más confiables y precisos.

Pendiente

- ✓ Implementación de estrategias más efectivas tendientes a lograr una mayor cobertura en salud.

Dificultades

- ✓ La información de contacto disponible para ubicar a las personas no afiliadas al SGSSS es incompleta e imprecisa, circunstancia que dificulta los procesos de búsqueda activa de las personas para lograr su inclusión al sistema.
- ✓ El fenómeno migratorio en la ciudad de pereira robustece la base de datos de población no asegurada y por tanto contribuye a la distorsión de la realidad en cobertura en salud del municipio.
- ✓ El desconocimiento acerca de los puntos de corte SISBEN exigidos para los distintos programas sociales ofertados por el estado, hacen que las personas sean temerosas de vincularse al SGSSS por temor a perder otros beneficios.

Recursos destinados para la atención de la PPNA

VIGENCIA	RECURSOS EJECUTADOS PPNA CUATRENIO
2012	2.975.103.368
2013	3.289.122.322
2014	2.940.596.050
2015*	2.761.931.538
TOTAL	11.966.753.278

* El valor de referencia de 2015 corresponde al monto de recursos comprometidos para ser ejecutados.

Fuente: Sistema de Integrado de Información Financiera (SIIF) de la Alcaldía de Pereira.

3. ¿Cuáles son las Entidades Promotoras de Salud que operan en su territorio?, los usuarios las catalogan como buenas, regulares o malas con respecto a sus funciones, cuales son los resultados de satisfacción en cuanto al acceso a los servicios, cual es la cartera.

Entidades promotoras de salud que operan en Pereira:

CODIGO EPS	NOMBRE EPS	RÉGIMEN
ESS062	ASMET SALUD	SUBSIDIADO
EPSS03	CAFESALUD	SUBSIDIADO
EPSM03	CAFESALUD EPS	CONTRIBUTIVO
EPSS16	COOMEVA E.P.S. S.A.	CONTRIBUTIVO
EPSS13	E.P.S. SALUDCOOP	CONTRIBUTIVO
EPSS18	EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	CONTRIBUTIVO
EPSS10	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A	CONTRIBUTIVO
EPSS37	LA NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO
EPSS02	SALUD TOTAL	CONTRIBUTIVO
EPSS05	SANITAS E.P.S. S.A.	CONTRIBUTIVO

Notas:

1. El Decreto 3047 de 2013 por medio del cual se establecen las reglas sobre movilidad entre regímenes, prevé que la movilidad le permite a los usuarios focalizados en los niveles I y II del SISBEN migrar del régimen subsidiado al régimen contributivo y viceversa sin necesidad de realizar un nuevo proceso de afiliación. En consecuencia, actualmente existen EPS del régimen contributivo están operando también el régimen subsidiado y viceversa. En cuanto al régimen legal aplicable para cada EPS es aquel para el cual está inicialmente habilitada.
2. El listado anterior no se cuentan las EPS que pertenecen a los regímenes de excepción del magisterio y las fuerzas militares, específicamente COSMITET, SANIDAD BATALLÓN y POLICÍA NACIONAL.

Satisfacción de los usuarios con las EPS

De acuerdo a los resultados obtenidos a través de encuestas practicadas a usuarios tanto del régimen contributivo como del subsidiado según en un estudio adelantado por la Secretaría de Salud en el año 2014, a través del cual se realizó un análisis sobre conocimientos y percepción de la calidad en la atención en salud de la población no afiliada y afiliada al sistema de seguridad social en salud en el municipio de Pereira en el año 2014, se observa un panorama favorable y positivo respecto al servicio que prestan las EPS a sus afiliados, considerando que se garantiza la atención de los servicios demandados aunque estos no se presten de manera oportuna. Adicionalmente se presenta un alto grado de satisfacción frente a la atención de médicos, auxiliares y demás personal administrativo refiriendo ser atendidos con amabilidad y respeto, lo que redundará en un concepto favorable y de confianza frente a las EPS, lo cual se convierte en un punto de referencia positivo y de recomendación hacia otros usuarios.

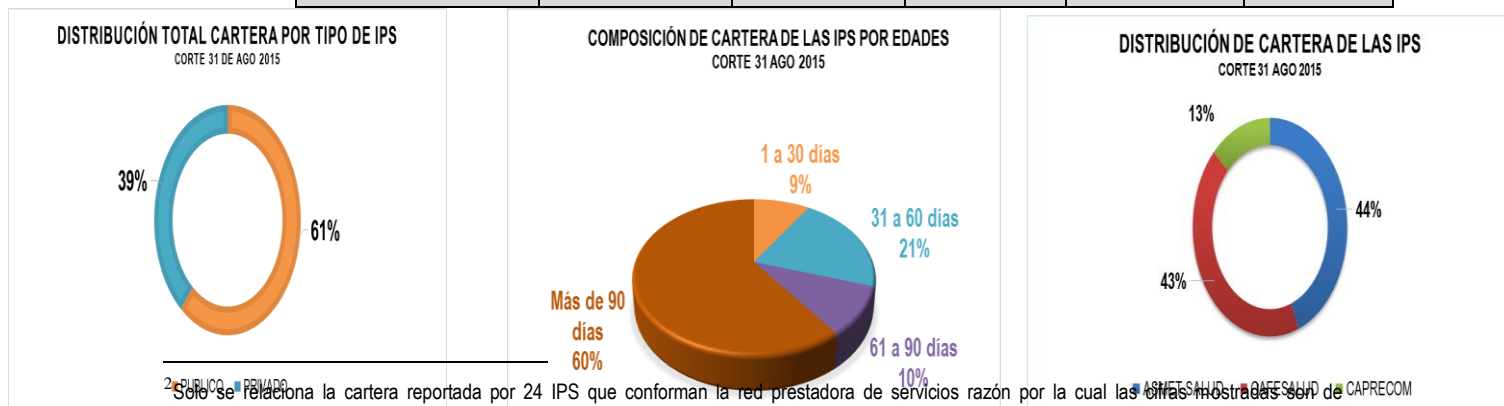
No obstante lo anterior, el estudio refiere que una de las mayores inconformidades de los usuarios con respecto al servicio recibido por las EPS se concentra en la prestación de servicios de medicina especializada, principalmente por las largas esperas para la asignación de citas así como la baja posibilidad de escoger a los profesionales, evidenciando una carencia en la oferta de profesionales de la salud. El resultado de estos retrasos genera inconformidad en algunos usuarios, quienes refieren la necesidad de cambiar de EPS en busca de un mejor servicio y principalmente en busca de una mayor oportunidad.

En resumidas cuentas a pesar de existir una satisfacción en lo que respecta a la garantía en la prestación de los servicios que estipula el POS existe un descontento generalizado por la falta de oportunidad y calidad de los mismos razón por la cual se considera que persisten barreras de acceso que impiden un goce efectivo del derecho a la salud en condiciones óptimas y satisfactorias para la población.

Cartera de las EPS'S del Régimen Subsidiado²

Con corte al 31 de agosto de 2015, el estado de la cartera de las IPS que prestan sus servicios a las EPS del régimen subsidiado es el siguiente:

ESTADO DE CARTERA DE LAS IPS DISCRIMINADO POR EDADES (En millones de pesos)					
EPS	1 a 30 días	31 a 60 días	61 a 90 días	Más de 90 días	TOTAL
ASMET SALUD	2.659	5.878	2.765	19.016	30.317
CAFESALUD	3.125	7.306	3.663	15.453	29.547
CAPRECOM	234	1.477	635	6.896	9.243
TOTAL	6.018	14.661	7.063	41.365	69.107



² Solo se relaciona la cartera reportada por 24 IPS que conforman la red prestadora de servicios razón por la cual las cifras mostradas son de referencia y por tanto son un mero panorama del estado de la cartera real de las EPS'S con las IPS. No se muestran cifras de las EPS del régimen contributivo ya que la vigilancia de la Secretaría de Salud de cieme sobre el régimen subsidiado (ver artículo 29 Ley 1438/2011 y 14 Decreto 971/2011)

4. ¿Cuál es el total de recursos, en pesos, destinados al régimen subsidiado con todas las fuentes. (SGP, Fosyga, rentas cedidas, recursos propios, etc.) distintos de gastos administrativos, son suficientes, que problemas que se tienen y posibles soluciones

MONTO DE RECURSOS DESTINADOS PARA EL RÉGIMEN SUBSIDADO POR FUENTE DE FINANCIACIÓN					
(En millones de pesos)					
AÑO	ESFUERZO PROPIO	FOSYGA - COLJUEGOS	SGP	FOSYGA Y PGN	TOTAL
2012	6.809	0	24.165	22.671	53.645
2013	6.582	431	24.725	55.216	86.954
2014	5.574	2.308	25.477	60.736	94.095
2015*	5.708	2.828	34.534	60.548	103.618
TOTAL	24.674	5.567	108.902	199.170	338.312

* El monto evidenciado de recursos destinados para el régimen subsidiado de la vigencia 2015 corresponde a la sumatoria de los recursos ejecutados hasta el 30 de octubre de 2015 y la proyección de los recursos que se destinarán entre noviembre y diciembre; por tanto el monto total es de referencia y no es el definitivo.

En relación a lo antes evidenciado, es preciso anotar que durante el cuatrenio no se presentaron mayores dificultades con la presupuestación y ejecución de los recursos destinados por ley para garantizar el aseguramiento de la población afiliada al régimen subsidiado, ya que los recursos destinados por el gobierno fueron suficientes para garantizar la continuidad en tanto que la administración municipal comprometió los recursos que le correspondía según lo establecido en la normatividad.

5. ¿Que supervisan del régimen subsidiado, cada cuanto, que hacen con la información, esta sistematizada, que hacen con ella, cual es la relación con los organismos de control?

La Secretaría de Salud y Seguridad Social en cumplimiento de las instrucciones estipuladas en la Circular Externa N° 000006 de 2011 proferida por la Superintendencia Nacional de Salud y en desarrollo de las competencias propias en la operación, inspección, vigilancia de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 44 de la Ley 715 de 2001, 29 de la Ley 1438 de 2011 y 14 del Decreto 971 de 2011, le corresponde ejercer vigilancia a las entidades administradoras de planes de beneficios en salud del régimen subsidiado con el propósito de verificar el cumplimiento de sus obligaciones frente a los distintos actores del sistema general de seguridad social en salud.

En este orden de ideas, la Secretaría de Salud y Seguridad Social estructuró una herramienta para evaluar el cumplimiento de las funciones indelegables del aseguramiento conferidas a las entidades administradoras de planes de beneficios del régimen subsidiado. En consecuencia se estableció un mecanismo de seguimiento, evaluación y calificación de las obligaciones contraídas por las EPS-S adoptado mediante acto administrativo. Actualmente el proceso se hace de acuerdo a lo estipulado en la Resolución N° 4561 de 2014.

Así las cosas, atendiendo a los requerimientos de ley se realiza seguimiento a: 1: AFILIACIÓN Y REPORTE DE NOVEDADES, PROCESO 2: RED CONTRATADA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, PROCESO 3: PAGO A LA RED PRESTADORA DE SERVICIOS, PROCESO 4: ESTADOS DE CARTERA CON LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD, PROCESO 5: SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS. PROCESO 6: GARANTÍA DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD. PROCESO 7: OPORTUNIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE

SALUD. PROCESO 8: SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS. PROCESO 9: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN. 10: PROCESOS COMPLEMENTARIOS EN LA ADMINISTRACIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD.

Respecto a la periodicidad con la cual se hace el seguimiento, es preciso anotar que la información es reportada por las EPS de manera bimestral, se consolida en listas de chequeo, se realiza visita de seguimiento y verificación, y se realiza informe consolidado el cual es reportado a la Secretaría de Salud Departamental para que obre de acuerdo a sus competencias.

Por lo anterior la Dirección Operativa de Aseguramiento de la Secretaría de Salud y Seguridad Social del Municipio de Pereira, ha venido realizando de manera bimestral la evaluación al cumplimiento de dichas obligaciones a las EPS encargadas de administrar el Régimen Subsidiado en Salud en el Municipio, notificando a éstas, las irregularidades encontradas y enviando los correspondientes informes a la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo a lo estipulado en la Circular Externa 006 de 2011 y lo dispuesto en la Resolución No. 4561 de 2014.

Finalmente y como parte del proceso de seguimiento y evaluación, toda la información está debidamente sistematizada y reposa en los archivos del área para su consultada o suministrada a los organismos de control, dado que la Secretaría de Salud y Seguridad Social se limita a realizar la inspección y vigilancia pues el control deber ser ejercido por los entes competentes para ello de acuerdo al marco legal vigente.

Prestación de Servicios:

1. ¿Cuáles son las principales dificultades que enfrenta la red de prestación de servicios?

Las dificultades a las que se enfrenta la red de prestación de servicios de salud que se enuncian a continuación son recogidas de las visitas de asistencia técnica de los diferentes programas de salud pública y aseguramiento y todas las PQRS que ingresan a la Secretaria de Salud y Seguridad Social, las I serán agrupadas teniendo en cuenta los 5 atributos de la calidad (Accesibilidad – Oportunidad – Pertinencia – continuidad – Seguridad), sistemas de información y otras.

1.1 ACCECIBILIDAD

- Desinformación del portafolio de servicios de la ESE salud Pereira (horarios y días)

Se dificulta la comunicación con el Call center de la ESE Salud Pereira, no contesta

- Desequilibrio de la oferta de servicios de salud frente a la demanda de los usuarios para la atención de patologías generales, alto costo y psiquiátrica
- Falta de información y orientación al usuario por parte de la EPS
- Poca oferta de servicios de hospitalización en casa
- Insuficiencia capacidad instalada hospitalaria
- Demora en las autorizaciones por parte de las EPS para las especialidades de infectología y oncología.
- No se cuenta con una ruta de atención para pacientes con VIH de la población pobre no asegurada para acceder a los servicios de segundo y tercer nivel de atención
- Barreras en la autorización de los medicamentos no POS, los cuales son solicitados por acción de tutela para la cual se deben realizar múltiples trámites.
- Negación de los complementos nutricionales para los niños y adolescentes con bajo peso
- En la ESE Salud Pereira no se oferta el servicio de vacunación los 7 días de la semana

1.2 OPORTUNIDAD

- Agendas cerradas en la asignación de cita para medicina general en la ESE salud Pereira
- Falta de regulación del CRUE en la implementación de estrategias que permitan agilizar el proceso de referencia y contra referencia
- Vencimiento de las autorizaciones medicas por falta de oportunidad en las citas médicas por especialistas
- Demora en el inicio de los tratamientos para las enfermedades de alto costo (oncología, nefrología, reumatología, neurología, hematología y subespecialidades pediátricas) además personal de salud en nutrición y psicología.
- En la red pública se evidencia que no hay oportunidad para la realización de procedimientos ambulatorios cardiovasculares
- No existe detección de pacientes psiquiátricos en el ámbito hogar por parte del sistema de salud
- Demora en la atención, diagnóstico y tratamiento del paciente con leucemia infantil y cáncer de mama y cérvix.

1.3 PERTINENCIA

- La baja resolutivez del primer nivel de atención

Los médicos de los servicios de urgencias no están capacitados para enfrentar la atención de los pacientes psiquiátricos y de consumo de spa

- La falta de acceso a las subespecialidades hace que en ocasiones los usuarios sean manejados por otras especialidades

1.4 CONTINUIDAD

- Hay Fragmentación y atomización en los servicios de salud
- Falta de gestión en los trámites administrativos de las EPS con su red prestadora, en los servicios generales y medicamentos psiquiátricos
- El sistema de referencia y contra referencia es débil
- Déficit del recurso humano médico general, especialidades y subespecialidades.
- No hay continuidad en el tránsito del manejo de las patologías por los diferentes niveles de atención

1.5 SEGURIDAD

- Insuficiente capacidad de expansión de la red hospitalaria para atender situaciones de emergencias con víctimas masivas
- El Porcentaje ocupacional de la red de prestadores en salud oscila entre el 90% y 120%.
- Las instituciones de salud cuentan con espacios externos destinados como puntos de encuentro, pero no cuentan con los servicios de agua, energía, insumos, elementos, equipamiento, cerramientos y cubiertas necesarias para hacerlos una zona de extensión de los servicios de salud en caso de una emergencia

- Incumplimiento de la normatividad de tránsito y transporte por parte de las IPS que ofrecen servicios de atención pre hospitalaria y de los prestadores de transporte especial de pacientes.
- La alta rotación del personal de salud en las IPS hace que los procesos internos y de calidad se interrumpan
- Faltan estrategias de terapia alternativa para el manejo de los pacientes psiquiátricos
- El stock de medicamentos para la atención de los pacientes psiquiátricos resulta insuficiente
- Los programas de P y P en algunas IPS no cuentan con apoyo y atención integral en psicología y psiquiatría
- El Personal de salud de las IPS no tiene adherencia a las rutas establecidas para la atención del paciente psiquiátricos
- Falta de adherencia del personal médico al protocolo de defectos congénitos desde la preconcepción hasta el primer año de vida
- Débil acompañamiento psicosocial por parte de las IPS y EPS al individuo y familia en las patologías crónicas y de alto costo
- Falta de adherencia de las IPS al protocolo de sífilis gestacional

1.6 SISTEMAS DE INFORMACION

- Falta de un sistema integral de información en salud
- -Desconocimiento de la situación de salud bucal del municipio por parte de las EPS y IPS
- - Débil seguimiento a los pacientes con intención suicida por parte de las IPS y EPS.
- - La notificación y seguimiento no es oportuno de los casos sospechosos de las enfermedades inmunoprevenibles
- - Debilidad en el seguimiento de las citologías alteradas por parte de las IPS y las EPS

1.7 OTRAS

- Debilidad en los procesos de articulación entre el departamento- municipio
- Falta de orientación, información y educación a los usuarios sobre las responsabilidades y competencias de cada uno de los actores del sistema
- Falta fortalecer toda la gestión del riesgo individual y colectivo por parte de las EPS, IPS, ESE y DLS

Nutrición

En lo referente al programa de salud nutricional no cuentan con programas de:

- Bases de datos organizadas con datos antropométricos.
- Vigilancia nutricional.
- Atención especializada para el manejo del Déficit nutricional.
- Atención especializada para el manejo del sobrepeso y la obesidad.
- Dificultades en la autorización por parte de EPS principalmente la red privada de complementos nutricionales.

PAI (PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN)

- La principal dificultad que enfrenta la red de prestación de servicios referente al programa de vacunación y la estrategia AIEPI son las siguientes:

RED PÚBLICA:

- Cambio constante del personal.
- Falta de capacitación del personal frente a la estrategia AIEPI.
- Notificación y seguimiento oportuno en los casos de vigilancia epidemiológica de casos sospechosos de inmunoprevenibles.
- La toma de muestras de laboratorios para los casos sospechosos de inmunoprevenibles, frecuentemente no cumple con los protocolos establecidos.
- Los puestos de salud no cuentan con servicio de vacunación todos los días.
- Falta de insumos para el desarrollo de la estrategia AIEPI.

RED PRIVADA

- Notificación y seguimiento oportuno en los casos de vigilancia epidemiológica de casos sospechosos de inmunoprevenibles.
- La toma de muestras de laboratorios para los casos sospechosos de inmunoprevenibles, frecuentemente no cumple con los protocolos establecidos.
- Cambio constante del personal.
- Falta de capacitación del personal frente a la estrategia AIEPI.
- La carga laboral que tiene la enfermera de promoción y prevención ya que debe dar respuesta a todos los programas y a veces dificulta el envío oportuno de los informes requeridos.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA:

Entre las dificultades encontradas en los servicios de salud están:

- Débil proceso de gestión del riesgo por parte de la EPS
- En cáncer de mama y cervix inoportunidad para los exámenes diagnósticos complementarios y el inicio del tto, débil proceso de acompañamiento psicosocial individual y familiar ante un dx confirmatorio de cáncer, débil proceso en la garantía de adherencia a tto, falta mayor promoción del test VPH el cual ya hace parte del POS, Falta implementar mecanismos y estrategias para realizar seguimiento a las citologías alteradas tipo ASCUS o con resultados de cambios inflamatorios, Falta mayor seguimiento al porcentaje de muestras no satisfactorias.
- En VIH/SIDA y cáncer: desagregación en la prestación de los servicios. Las EPS garantizan la contratación de una red prestadora pero no significa que esta red sea segura en cuanto a la facilidad de acceso.
- Exceso de tramitología por parte del usuario (no se cumple con lo dispuesto en la ley 1751 en su artículo 10).
- Aun las IPS no ha empezado a aplicar el nuevo protocolo de dx de sífilis gestacional (con prueba rápida o prueba treponémica para garantizar tto inmediato-primera dosis). Aun realizan serología. Este protocolo se socializó en el mes de abril de 2015.

Débil proceso en atención del parto humanizado: contacto piel a piel.

SALUD INFANTIL:

Desde os eventos de interés en salud pública se presentaron a lo largo de la administración los siguientes eventos que nos muestran las deficiencias, demoras o inoportunidades en la prestación del servicio en salud.

- Desde salud infantil se ha observado demora tipo 3 y 4 en la atención de la leucemia infantil
Demora en acudir a la atención ante la aparición de signos y síntomas: Se presentan barreras administrativas por parte de la EPS para acceder al servicio
Demora en realizar el diagnóstico confirmatorio:
Entre la sospecha clínica y el Dx confirmatorio transcurren más de 8 días
Demora en dar inicio al tratamiento:
Entre la confirmación diagnóstica y el inicio de tratamiento
- Atención síndrome de Dawn:
Debilidad en el proceso de información a la madres sobre el derecho a IVE
Débil consulta preconcepcional que determine factores de riesgo de tipo familiar o individual.
Débil proceso de atención psicosocial a las gestantes con Dx de trisomía 21 un manejo especial con atención prioritaria, con acompañamiento en salud mental o consulta por psicología.
Débil atención integral a niños y niñas con síndrome de Dawn desde la primera infancia, no continuidad de los procesos terapéuticos con la frecuencia que requiere. Falta de equipos especializados para la atención a este tipo de discapacidad.
Débil proceso de registro en la historia clínica integrado hacia el cumplimiento de normatividad vigente y revisión de la atención.
Falta socialización interna y permanente de guías de práctica clínica y defectos congénitos en el personal médico.
No se garantizan las intervenciones tempranas frente al proceso de estimulación.

2.¿Existe información sobre la capacidad instalada de la oferta de servicios (ESE, IPS públicas y privadas)?,

2.1 POBLACION

El municipio de Pereira tiene 469.612 habitantes de los cuales 222.783 son hombres y 246.829 son mujeres.

GRUPOS DE EDAD	2015		
	Total	Hombres	Mujeres
Total	469.612	222.783	246.829
0-4	34.056	17.444	16.612
5-9	34.398	17.607	16.791
10-14	35.162	17.982	17.180
15-19	37.839	19.305	18.534
20-24	39.773	20.423	19.350
25-29	36.991	18.340	18.651
30-34	35.459	16.779	18.680
35-39	32.988	15.480	17.508
40-44	29.252	13.541	15.711
45-49	31.235	14.204	17.031
50-54	30.583	13.543	17.040

55-59	26.442	11.588	14.854
60-64	21.566	9.227	12.339
65-69	15.945	6.644	9.301
70-74	11.646	4.665	6.981
75-79	8.113	3.072	5.041
80 Y MÁS	8.164	2.939	5.225

Fuente: DANE Junio 2.015

2.2 OFERTA DE SERVICIOS

El municipio de Pereira cuenta con 175 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (171 privadas - 3 públicas – 1 mixta) las cuales ofertan un total de 2.113 servicios

GRUPO	#
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	454
Consulta Externa	889
Internación	61
Otros Servicios	20
Procesos	67
Protección Específica y Detección Temprana	432
Quirúrgicos	165
Transporte Asistencial	15
Urgencia	10
TOTAL	2.113

FUENTE: Registro especial de Prestadores en Salud – Minsalud Octubre 2.015

2.3 CAPACIDAD INSTALADA

GRUPO	#
Cama	1.222
Sala de parto	6
Quirófano	55
Sala procedimientos	10
Ambulancia	Básica 21 Medicalizada 13
Apoyo Terapéutico	Sillas Quimioterapia 26 Sillas Hemodiálisis 76

CAMAS	#
Adultos	686
Cuidado Agudo mental	0
Cuidado Intensivo Adulto	85
Cuidado básico Neonatal	18
Cuidado Intensivo Neonatal	24
Cuidado Intensivo Pediátrico	10
Cuidado Intermedio Adulto	57
Cuidado Intermedio Neonatal	27
Cuidado Intermedio Pediátrico	12
Farmacodependencia	2
Obstetricia	74

Pediátrica	104
Psiquiatría	123
Unidad Quemados Pediátrico	0
TOTAL	1.222

Distribución de la capacidad instalada de camas por IPS y servicio

IPS	SERVICIO	NUMERO DE CAMAS	RED	NIVEL
INSTITUTO SISTEALMA NERVIOSO CENTRAL	PSIQUIATRIA	43	PRIVADA	SD
	FARMACODEPENDENCIA	2		
	TOTAL	45		
CLINICA COMFAMILIAR	PEDIATRIA	24	PRIVADA	SD
	ADULTOS	113		
	OBSTETRICIA	17		
	CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	6		
	UCI NEONATAL	4		
	CUIDADO INTERMEDIO PEDIATRICO	5		
	UCI PEDIATRIA	5		
	UCI ADULTOS	7		
	CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	7		
	CUIDADO BASICO NEONATAL	6		
TOTAL	194			
HOPITAL KENNEDY	PEDIATRIA	5	PUBLICA	1
	ADULTOS	16		
HOSPITAL CUBA	PEDIATRIA	6	PUBLICA	1
	ADULTOS	19		
	OBSTETRICIA	22		
HOSPITAL CENTRO	TOTAL	68	PUBLICA	1
CLINICA LOS ROSALES	ADULTOS	93	PRIVADA	SD
	CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	6		
	UCI NEONATAL	3		
	CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	3		
	UCI ADULTOS	9		
TOTAL	114			
QUIROFANOS CASALUD	ADULTOS	4	PRIVADA	SD
ONCOLOGOS DE OCCIDENTE	PEDIATRIA	8	PRIVADA	SD
	ADULTOS	36		
	CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	1		
	UCI ADULTOS	18		
	TOTAL	63		
HOMERIS	PSIQUIATRIA	80	PUBLICA	2
HUSJ	PEDIATRIA	44	PUBLICA	3

CLINICA COMFAMILIAR	PEDIATRIA	24	PRIVADA	SD
	ADULTOS	113		
	OBSTETRICIA	17		
	CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	6		
	UCI NEONATAL	4		
	CUIDADO INTERMEDIO PEDIATRICO	5		
	UCI PEDIATRIA	5		
	UCI ADULTOS	7		
	CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	7		
	CUIDADO BASICO NEONATAL	6		
	TOTAL	194		
HOPITAL KENNEDY	PEDIATRIA	5	PUBLICA	1
	ADULTOS	16		
HOSPITAL CUBA	PEDIATRIA	6	PUBLICA	1
	ADULTOS	19		
	OBSTETRICIA	22		
HOSPITAL CENTRO	TOTAL	68	PUBLICA	1
CLINICA LOS ROSALES	ADULTOS	93	PRIVADA	SD
	CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	6		
	UCI NEONATAL	3		
	CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	3		
	UCI ADULTOS	9		
	TOTAL	114		
QUIROFANOS CASALUD	ADULTOS	4	PRIVADA	SD
ONCOLOGOS DE OCCIDENTE	PEDIATRIA	8	PRIVADA	SD
	ADULTOS	36		
	CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	1		
	UCI ADULTOS	18		
	TOTAL	63		
HOMERIS	PSIQUIATRIA	80	PUBLICA	2
HUSJ	PEDIATRIA	44	PUBLICA	3
	ADULTOS	183		
	OBSTETRICIA	28		
	CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	11		
	UCI NEONATAL	13		
	CUIDADO INTERMEDIO PEDIATRICO	7		
	UCI PEDIATRIA	5		
	CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	27		
	UCI ADULTOS	22		
	TOTAL	340		
LIGA CONTRA EL CANCER	ADULTOS	25		
UCI DUMIAN (PINARES MEDICA)	CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	3	PRIVADA	SD
	UCI ADULTOS	8		
	TOTAL	11		

Clínica SALUDCOOP	PEDIATRIA	17	PRIVADA	SD
	ADULTOS	77		
	OBSTETRICIA	7		
	CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	4		
	UCI NEONATAL	4		
	CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	5		
	UCI ADULTOS	8		
	CUIDADO BASICO NEONATAL	12		
	TOTAL	134		
Clínica SAN RAFAEL	ADULTOS	37	PRIVADA	SD
	CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	8		
	UCI ADULTOS	5		
	TOTAL	50		
UCIMED LIGA CONTRA EL CANCER	CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	3	PRIVADA	SD
	UCI ADULTOS	8		
	TOTAL	11		
PINARES MEDICA	ADULTOS	71	PRIVADA	SD
TOTAL CAMAS		1.222		

FUENTE: Registro especial de Prestadores en Salud – Minsalud – octubre 2.015

2.4 MORBILIDAD

En este componente se tuvo encuesta la morbilidad de la ESE SALUD PEREIRA del año 2.014 de las tres unidades intermedias que corresponde a los siguientes servicios: urgencias, hospitalización, salud oral, salud mental y consulta externa

La ESE Salud Pereira tiene contratados los servicios de primer nivel de atención para los usuarios de las EPS subsidiadas Asmetsalud, Cafesalud y caprecom, además el municipio de Pereira contrata sus servicios para la atención de la población pobre no asegurada (Vinculado)

La ESE Salud Pereira es el responsable de prestar y garantizar los servicios de primer nivel de atención a 149.631 usuarios que es el total de afiliados de las 3 EPS subsidiadas y de la población pobre no asegurada.

EPS	NUMERO DE AFILIADOS
Asmetsalud	69.952
Cafesalud	61.200
Caprecom	7.417

Municipio de Pereira	11.062
Total	149.631

Fuente: BDVA corte 30 septiembre 2.015 – Dirección Operativa de Aseguramiento

2.4.1 URGENCIAS

DESCRIPCION CAUSA DE CONSULTA	0 a 364 días		1 a 4 años		5 a 14 años		15 a 44 años		45 a 59 años		60 años o +		total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	447	11,75	1300	34,17	498	13,09	819	21,53	295	7,755	445	11,7	3804
RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRÍADO COMUN)	1315	37,71	1212	34,76	349	10,01	323	9,263	119	3,413	169	4,847	3487	4.5
INFECCION VIRAL, NO ESPECIFICADA	362	13,95	657	25,32	530	20,42	595	22,93	207	7,977	244	9,403	2595	3.3
INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	64	2,58	224	9,029	210	8,464	1033	41,64	326	13,14	624	25,15	2481	3.2
AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	118	5,359	913	41,46	543	24,66	457	20,75	108	4,905	63	2,861	2202	2.8
FIEBRE, NO ESPECIFICADA	243	15,66	575	37,05	346	22,29	222	14,3	71	4,575	95	6,121	1552	1.5
OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	23	1,684	77	5,637	257	18,81	623	45,61	178	13,03	208	15,23	1366	1.7
BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	194	14,58	462	34,71	145	10,89	163	12,25	127	9,542	240		1331	1.7

HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	0	0	0	225	16,92	404	30,38	701	52,71	1330	2.0
FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	167	13,58	449	36,5	279	22,68	202	16,42	70	5,691	63	5,122	1230	1.6
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA, NO ESPECIFICADA	0	0	4	0,356	1	0,089	21	1,867	172	15,29	927	82,4	1125	1.4
GASTRITIS, NO ESPECIFICADA	1	0,095	6	0,569	45	4,269	565	53,61	176	16,7	261	24,76	1054	1.4
SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	0	17	1,745	957	98,25	0	0	0	0	974	1.3
ASMA, NO ESPECIFICADA	6	0,756	160	20,15	306	38,54	208	26,2	65	8,186	49	6,171	794	1.0
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	1	0,13	2	0,261	1	0,13	14	1,825	130	16,95	619	80,7	767	1.0
RESTO DE CAUSAS	3124	6,055	5988	11,61	5487	10,64	21075	40,85	6726	13,04	9191	17,82	51591	66
TOTAL	6065	7,807	12029	15,48	9014	11,6	27502	35,4	9174	11,81	13899	17,89	77683	100

- Por esto consideramos que muchas de las patologías son erróneamente vistas en el servicio de urgencias y que podrían ser absorbidas, derivadas y manejadas por un servicio de consulta prioritaria.
- La Ese Salud Pereira se le recomienda estudiar la posibilidad de ofertar la consulta prioritaria con el fin de reorganizar y redistribuir las cargas de los servicios de urgencias dejando estos últimos para que cumplan su finalidad de atender a usuarios con necesidades urgentes de salud

2.4.2 CONSULTA EXTERNA

DESCRIPCION CASUSA DE CONSULTA	0 a 364 días		1 a 4 años		5 a 14 años		15 a 44 años		45 a 59 años		60 años y mas		total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	0	0	0	571	10,122	1824	32,33469	3246	57,543	5641
RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	419	12,131	823	23,827	620	17,95	691	20,006	435	12,59409	466	13,492	3454	2.9
INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	6	0,2976	59	2,9266	179	8,879	876	43,452	402	19,94048	494	24,504	2016	1.7

LUMBAGO NO ESPECIFICADO	1	0,0608	1	0,0608	38	2,3086	602	36,574	513	31,16646	491	29,83	1646	1.4
DOLOR EN ARTICULACION	4	0,2861	12	0,8584	122	8,7268	416	29,757	430	30,75823	414	29,614	1398	1.2
PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	3	0,2667	173	15,378	518	46,044	261	23,2	94	8,355556	76	6,7556	1125	1.0
INFECCION VIRAL, NO ESPECIFICADA	38	3,7109	103	10,059	210	20,508	382	37,305	160	15,625	131	12,793	1024	0.9
AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	11	1,0774	139	13,614	275	26,934	385	37,708	135	13,22233	76	7,4437	1021	0.9
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	82	8,4103	218	22,359	122	12,513	321	32,923	125	12,82051	107	10,974	975	0.8
BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	100	10,881	173	18,825	120	13,058	173	18,825	151	16,4309	202	21,98	919	0.8
VAGINITIS AGUDA	0	0	4	0,4405	48	5,2863	675	74,339	148	16,29956	33	3,6344	908	0.8
ARTROSIS, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	85	10,241	266	32,04819	479	57,711	830	0.7
HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	1	0,1236	6	0,7417	46	5,686	338	41,78	217	26,82324	201	24,845	809	0.7
OTRAS GASTRITIS AGUDAS	0	0	14	1,8135	61	7,9016	356	46,114	196	25,3886	145	18,782	772	0.6
GASTRITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	2	0,2717	33	4,4837	287	38,995	216	29,34783	198	26,902	736	0.6
RESTO DE CAUSAS	5364	5,6737	7307	7,7288	14589	15,431	39227	41,492	14181	14,99968	13874	14,675	945426	80
TOTAL	6029	5,1173	9034	7,6679	16981	14,413	45646	38,743	19493	16,54529	20633	17,513	117816	100

- Al evaluar las principales causas de atención por morbilidad en la consulta electiva sobresale en primer lugar la hipertensión arterial enfermedad no transmisible que a su vez es una de la causante de la mortalidad en el mundo, en el país y en el municipio en los últimos años.
- Identificar el número y porcentaje de pacientes hipertensos inscritos y adheridos al programa de hipertensión y cuantos se encuentran controlados, con el fin de realizar un ejercicio comparativo con el servicio de urgencia ya que la hipertensión arterial es la 9 causa de consulta, para conocer el impacto de esta enfermedad no transmisible dentro de la consulta de urgencias.
- Otro contribuyente importante a la morbilidad siguen siendo las enfermedades infecciosas de tracto respiratorio y urinario respectivamente la cual si podemos conectar directamente con los servicios urgencias y siendo estas enfermedades entidades con una alta carga de factores ambientales, en especial las infectocontagiosas, difíciles de modificar y que requieren un manejo interinstitucional de cuidados dentro de la comunidad.

2.4.3 HOSPITALIZACION

DESCRIPCION CASUSA DE CONSULTA	0 a 365 días		1 a 4 años		5 a 14 años		15 a 44 años		45 a 59 años		60 años y mas		total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
	PARTO UNICO ESPONTANEO, PRESENTACION CEFALICA DE VERTICE	0	0,0	0	0,0	17	1,3	1.311	98,6	1	0,1	0	0,0	1.329
INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	33	3,5	84	9,0	51	5,5	310	33,3	120	12,9	332	35,7	930	6.6
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	61	12,1	157	31,2	55	10,9	93	18,5	54	10,7	84	16,7	504	3.6
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA, NO ESPECIFICADA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	1,6	72	16,9	347	81,5	426	3.0
BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA	98	25,1	121	31,0	36	9,2	36	9,2	36	9,2	63	16,2	390	2.8
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	2,7	59	16,0	299	81,3	368	2.6
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	32	9,9	80	24,7	212	65,4	324	2.3
SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0,0	0	0,0	8	2,8	273	96,8	1	0,4	0	0,0	282	2.0
OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	2	0,8	16	6,4	42	16,8	101	40,4	38	15,2	51	20,4	250	1.8
NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA	29	11,9	45	18,4	10	4,1	28	11,5	29	11,9	103	42,2	244	1.7
CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	0	0,0	8	3,9	15	7,2	69	33,3	40	19,3	75	36,2	207	1.5
SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	192	100,0	0	0,0	0	0,0	192	1.4
NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	23	12,8	48	26,8	6	3,4	24	13,4	21	11,7	57	31,8	179	1.3
INFECCION VIRAL, NO ESPECIFICADA	16	9,1	35	19,9	32	18,2	55	31,3	26	14,8	12	6,8	176	1.2
FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LA 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACION	0	0,0	0	0,0	5	2,9	170	97,1	0	0,0	0	0,0	175	1.2
RESTO DE CAUSAS	398	4,9	596	7,3	724	8,9	2.903	35,7	1.272	15,7	2.231	27,5	8.124	57.6
TOTAL	660	4,7	1.110	7,9	1.001	7,1	5.614	39,8	1.849	13,1	3.866	27,4	14.100	100,0

- Las causas de hospitalización tienen un comportamiento bastante similar al observado en los servicios de urgencias.

Cabe anotar que el primer diagnóstico de egreso hospitalario es la atención del parto, pero esta no es tomada en este análisis como causa de morbilidad, al ser este un proceso natural de mujeres en edad fértil, es de resaltar que la ESE Salud Pereira en su capacidad instalada en camas el mayor número se encuentra en el servicio de obstetricia.

- Por otro lado teniendo en cuenta las patologías propiamente dichas como las infecciosas del tracto urinario, digestivo y de las vías respiratorias se llevan el mayor segmento en número de consultas tanto en población joven como en población adulta en la que ya emergen las exacerbaciones agudas de patologías crónicas tales como la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica EPOC y la Hipertensión Arterial, teniendo en cuenta esto, el hecho de que la amplia mayoría de causas de egreso hospitalario y de consulta de urgencias sean de orígenes netamente infecciosos es sustrato importante para la dirección y toma de decisiones en las políticas, implementar estrategias al interior de la institución.
- Es importante mencionar que la institución tiene un porcentaje ocupacional que oscila entre 110 y 118%, el cual es muy alto y evidencia la imperiosa necesidad de incrementar la capacidad instalada.

2.4.4 SALUD ORAL

DESCRIPCION CAUSA DE CONSULTA	0 a 364 días		1 a 4 años		5 a 14 años		15 a 44 años		45 a 59 años		60 años y mas		total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
	CARIES DE LA DENTINA	25	0,1	2051	8,5	6545	27,1	10699	44,2	3585	14,8	1277	5,3	24182
RAIZ DENTAL RETENIDA	2	0,1	52	2,7	297	15,4	804	41,8	484	25,2	285	14,8	1924	4,0
GINGIVITIS CRONICA	0	0,0	158	8,9	489	27,7	661	37,4	261	14,8	198	11,2	1767	3,7
GINGIVITIS AGUDA	0	0,0	37	3,1	217	18,3	511	43,2	262	22,1	156	13,2	1183	2,5
PULPITIS	0	0,0	27	2,5	125	11,6	655	60,5	223	20,6	52	4,8	1082	2,3
PERIODONTITIS CRONICA	0	0,0	3	0,4	14	1,7	217	26,3	336	40,7	255	30,9	825	1,7
CARIES LIMITADA AL ESMALTE	1	0,1	102	14,6	288	41,3	261	37,4	35	5,0	10	1,4	697	1,5
NECROSIS DE LA PULPA	0	0,0	35	5,3	127	19,1	362	54,5	110	16,6	30	4,5	664	1,4
ABSCESO PERIAPICAL CON FISTULA	0	0,0	24	3,8	99	15,7	254	40,3	147	23,3	107	17,0	631	1,3
DIENTES MOTEADOS	1	0,3	13	4,3	190	62,7	98	32,3	1	0,3	0	0,0	303	0,6
ABSCESO PERIAPICAL SIN FISTULA	0	0,0	19	6,7	43	15,2	136	48,1	65	23,0	20	7,1	283	0,6
CARIES DEL CEMENTO	0	0,0	14	5,1	37	13,6	97	35,5	90	33,0	35	12,8	273	0,6
FRACTURA DE LOS DIENTES	1	0,4	19	7,0	61	22,6	125	46,3	43	15,9	21	7,8	270	0,6
ALTERACIONES EN LA ERUPCION DENTARIA	2	0,7	12	4,5	216	80,9	37	13,9	0	0,0	0	0,0	267	0,6
TRASTORNO NO ESPECIFICADO DE LA ENCIA Y DE LA ZONA	1	0,4	1	0,4	3	1,1	59	22,1	81	30,3	122	45,7	267	0,6

OTROS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO SOCIAL EN LA NIÑEZ	0	0,0	15	19,5	39	50,6	19	24,7	4	5,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	77	1.3
TRASTORNO DE PANICO [ANSIEDAD PAROXISTICA EPISODICA]	0	0,0	0	0,0	2	2,7	0	0,0	5	6,7	11	14,7	8	10,7	22	29,3	17	22,7	10	13,3	75	1.3
DEMENCIA , NO ESPECIFICADA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4	0	0,0	6	8,2	66	90,4	73	1.2
RESTO DE CAUSAS	3	0,1	13	5,0	26	10,0	214	8,1	314	11,9	374	14,2	264	10,0	416	15,8	377	14,3	279	10,6	2635	1400
TOTAL	4	0,1	25	4,4	46	8,0	380	6,5	511	8,8	685	11,7	435	7,5	977	16,8	1210	20,7	905	15,5	5832	45.1

Fuente: Área Estadística de la ESE Salud Pereira – Octubre 2.015

- El grupo de patologías que demandan los servicios para la atención médica son los trastornos de ansiedad y episodios depresivos los cuales suman la tercera parte de las consultas.
- Este es un subgrupo de patologías que en los últimos años ha ganado relevancia, lo cual es importante considerando el gran impacto social, económico y familiar que generan estas causas
- Es de anotar que la ESE Salud Pereira en los últimos años ha buscado responder a los lineamientos adecuados para el manejo de estos pacientes.
- El manejo de las causas en salud mental es complejo y requieren de un proceso de atención multidisciplinario, el cual no posee la institución por ser de primer nivel de atención.
- Se ha observado que la remisión para el manejo de estas causas a niveles superiores es tortuosa, incluso en ocasiones no pueden llevarse a cabo lo que hace que el paciente sea manejado en el primer nivel.

2.4.6 CONCLUSIONES

- La ESE Salud Pereira es la principal institución de atención del primer nivel en la red pública del municipio de Pereira, tiene a su cargo 149.631 usuarios, casi la tercera parte de la población, posee una capacidad instalada de 68 camas las cuales solo 46 son destinadas para morbilidad ya que las otras 22 unidades son para atención obstétrica.

La capacidad instalada en camas nos muestra un panorama insuficiente para la atención de la morbilidad del primer nivel, ya que si comparamos la capacidad instalada en camas del municipio (1222 camas), la ESE tiene solo el 5.5% de las camas del municipio, número que disminuye si eliminamos las camas destinadas a atención obstétrica, dejando en un porcentaje de 3.7% de camas para hospitalización efectiva de morbilidad.

- Debido a la insuficiente capacidad instalada para la atención y manejo de las patologías de primer nivel se ve saturada y congestiona a su vez los niveles superiores con enfermedades que podrían ser manejadas al interior de dicha institución, esto último podría interpretarse erróneamente como falta de resolutive del primer nivel, pero al analizar la insuficiente capacidad instalada la conclusión

podría ser que la ESE Salud Pereira no cuenta con la infraestructura suficiente para soportar y manejar la gran cantidad de usuarios que requieren atención.

- Debido a la alta carga de patologías infectocontagiosas dentro de los servicios de urgencias y hospitalización, se deben implementar acciones encaminadas en la prevención, educación y consulta adecuada según signos de alarma para que los usuarios demande y usen adecuadamente los servicios de urgencia.
- Encadenado al último punto consideramos importante robustecer la consulta prioritaria y la consulta externa, mejorando el acceso oportuno de patologías no graves que puedan congestionar los servicios de urgencias

La atención en salud mental en el municipio de Pereira esta desprotegida ya que en la ciudad solo hay dos prestadores especializados, los cuales rebosan su capacidad de respuesta, siendo más sombrío el panorama para la población

- subsidiada teniendo en cuenta que su único lugar de referencia es el Hospital Mental Universitario de Risaralda el cual a su vez recibe población de todo el departamento tanto de la red pública como de la privada.

3. Que avances se hicieron en infraestructura, dotación y tecnología, recursos financieros y talento humano, contratos pendientes, trabajos por culminar.

3.1 Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero ESE Salud Pereira

3.1.1 RECUPERACIÓN Y LOGRO DEL EQUILIBRIO FINANCIERO

La ESE Salud Pereira logra salir del riesgo fiscal y financiero, según categorización dada por parte del Ministerio de Salud, gracias al compromiso del Alcalde Municipal y del Secretario de Salud Municipal.

3.1.2 MODERNIZACIÓN HOSPITALARIA - INFRAESTRUCTURA

Inversión vigencias 2012-2015

Inversión por valor de \$11.752 Millones, reflejando un **crecimiento del 92%**, con relación a la Inversión efectuada en los Años 2008-2011 de \$6.133 millones.

Hospital de Cuba

Inversión total de \$6.500 millones en la Terminación de la infraestructura física, expansión de área de servicios hospitalarios y dotación de equipos biomédicos.

Centro de Salud el Remanso

Inversión total de \$255 millones en Adecuaciones locativas de infraestructura y dotación de equipo médico-asistencial.

Mantenimiento Hospitalario

Crecimiento del 98%, según Inversión en Mantenimiento en el periodo 2008-2011 se ejecutó la suma de \$2.303 millones y durante el cuatrienio 2012- 2015 se ejecutó un presupuesto por valor de \$4.561 millones.

Renovación parque automotor

Inversión total de \$671 millones, en la Adquisición de Cinco (5) Ambulancias; Una (1) de ellas para Adultos y Neonatos y las Cuatro (4) con Equipamiento Básico. Se destaca la Donación de Una(1) Ambulancia Básica, Un (1) Ecógrafo y tres (3) Sillas de Ruedas, otorgados gracias a la Gestión del Ministerio de Salud y a la Embajada China por valor de \$249.8 Millones.

Dotación equipos biomédicos y odontológicos

Inversión total de \$2.543 millones, en la Adquisición de Equipos Biomédicos, Odontológicos, Muebles y Enseres, para los tres (3) Hospitales (Cuba, Centro y Kennedy) y 23 Sedes.

Inversión total por valor de \$ 1.792.5 Millones en la Adquisición de Equipos de Computo, actualización de Sistemas de Información y Sistematización de Historias Clínicas en 19 Sedes.

3.1.3 MEJORAMIENTO EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Implementación del Call Center a partir del Año 2013, con un Total de Citas Asignadas a la fecha de **377.391**. Horarios de atención: Lunes a Viernes de 7 am a 5 p.m. *Jornada Continua*

Implementación Consultorio Rosado

Implementación Consultorio Feliz

Servicio Odontología Casa del Abuelo

Programa Mi Primera Prenda, implementado el 29 de Abril de 2014, con una Inversión a la fecha de **\$28.2** millones y un Total de **2.520** kits entregados a los bebés que nacen en la ESE Salud Pereira.

20 camas Adicionales Hospital de Cuba y 8 Consultorios

PRODUCCIÓN DE SERVICIOS 2012 - 2015

Variable	2012	2013	2014	Proyectado 2015
Porcentaje Ocupacional	82.98	76.59	118.18	100.00
Promedio Días Estancia	2.29	2.20	2.33	2.30
Consultas Electivas	271,990	261,546	259,977	287,398
Consultas medicina general urgentes realizadas	71,441	78,866	77,874	84,032
Total cirugías realizadas (Sin incluir partos y cesáreas)	7,181	6,743	7,977	8,456
Valoraciones Odontológicas	39,821	42,937	48,907	51,654

Aplicación Sellantes	48,720	52,424	48,784	58,851
Exámenes de laboratorio	269,464	279,665	294,127	311,774
Número imágenes diagnósticas tomadas	22,424	23,702	24,860	26,709

3.1.4 IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE FORMALIZACIÓN LABORAL (1 FASE)

TOTAL FUNCIONARIOS NOMBRADOS DE PLANTA

Médicos, Odontólogos, Enfermeras, Auxiliares de Odontología y de Enfermería: 26 personas, que ingresaron a la planta de personal en provisionalidad.

Se obtuvo el reconocimiento por parte de la Procuraduría a la ESE Salud Pereira, por ser una de las Primeras ESE's del País en iniciar el Proceso de Formalización Laboral (Boletín 134 del 19 de Enero de 2015)

3.1.5 PROYECCIÓN AL TÉRMINO DEL AÑO 2015

Certificación de la ESE Salud Pereira con la Norma Técnica NTCGP 1000/2009 y LA ISO 9001/2008, para dos (2) sedes como son:

Hospital de Cuba y Centro de Salud Villa Consota, incluyendo la Interventoría por Valor de \$450,2 Millones

3.2 Ampliación o remodelación de servicios de salud y de la capacidad instalada de las ESE, IPS públicas y privadas en año 2.015

Esta información es obtenida a través de las vistas de asistencia técnica en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad

HOSPITAL DE SAN JOAQUIN (ESE SALUD PEREIRA): Remodelación y mantenimiento de infraestructura de los servicios de consulta externa y urgencias

HOSPITAL DEL CENTRO (ESE SALUD PEREIRA): Adecuaciones urgencias para cumplimiento de la norma

CLINICA COMFAMILIAR: 25 camas hospitalización adultos para un total de 189. Adecuaron 6 quirófanos, 5 salas de procedimientos. Nefrología pediátrica. Hepatología adultos, cambiaron composición: 7 uci y 7 intermedios. Dermatología psiquiatría. Sala de hemodiálisis con 4 sillas

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE: Remodelación 20 camas pediatría y 28 ginecoobstetricia y la unidad critica obstétrica

CLINICA LOS ROSALES: Reforma infraestructura de gineco y neonatos, urgencias remodelación con 35 camillas, hospitalización con 30 camas y urgencias trauma e ingreso. Cuartos de aislamiento de hospitalización y uci

IPS SAN SEBASTIAN: Remodelación de consultorios aumentando 2 quedaron en total 8, laboratorio, esterilización.

IPS PASBISALUD (SURA): Ampliación de las salas de espera

IPS IDIME: Nueva sede de consulta externa

IPS FAMIPARAISO: Nueva sede con los servicios ofertados por la IPS

IPS COSMITET: Remodelación de la infraestructura de la sede principal para cumplimiento de estándares de habitación

IPS MEDIFARMA: Nueva sede

IPS SINERGIA GLOBAL: 2 nuevos consultorios de atención por médico internista

IPS FRESENIUS MEDICAL CARE: Abrieron 6 camillas de diálisis para un total de 47

ESE HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA: Adecuaciones para cumplimiento de habilitación, no realizaron aperturas.

CLINICA ONCOLOGOS DE OCCIDENTE: Apertura de servicios consulta externa de medicina general y enfermera para la atención domiciliaria.

LA POLICIA: Con nueva sede que incluye los servicios ya prestados más quirófanos para cirugías ambulatorias.

3.3 Proyectos de ampliación o remodelación de servicios de salud y de la capacidad instalada para 2.016

IPS INSTITUTO DE EPILEPSIA Y PARKINSON DEL EJE CAFETERO: Apertura de nueva sede con los servicios de hospitalización, quirófanos, consulta externa

CLINICA LOS ROSALES: Quirófanos aumentan 5, remodelación de laboratorio, uci aumento de 12 camas quedan con 24 en total

CLINICA SAN RAFAEL: Apertura nueva sede, 7 quirófanos, 140 camas, 21 camas UCI, urgencias adultos y pediatría diagnóstico cardiológico, consultorios de consulta externa.

IPS LOS NEVADOS: Apertura de un nuevo prestador en salud, que ofrecerá los servicios de urgencias, hospitalización, servicios de apoyo, laboratorio clínico, quirófanos.

CLINICA MARAÑON: Urgencias, rayos x, consulta externa

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE: Remodelación consulta externa, hospitalización 5 piso, 7 quirófanos y medicina interna

IPS LIGA CONTRA EL CANCER: Infraestructura para la realización de radioterapia

CLINICA COMFAMILIAR: Cirugía de angiografía

3.4.Cuál es el déficit que se tienen de infraestructura, tecnología, talento humano

El municipio de Pereira no cuenta con un estudio de capacidad de oferta y demanda de servicios de salud, por lo tanto no se tiene la información del déficit de infraestructura, tecnología y talento humano.

3.5 Que metodología se usó para su cálculo?

No se utilizó ninguna metodología debido a que no se ha realizado un estudio de capacidad de oferta y demanda de servicios de salud en el municipio de Pereira

4.¿Qué información tienen sobre el sistema de referencia, cual ha sido su análisis, medidas tomadas, dificultades?

4.1 E.S.E. Salud Pereira

La E.S.E. Salud Pereira es una entidad del orden municipal de origen público, tiene consolidada una red de prestación de servicios que se encuentra distribuida de manera georreferenciada en tres nodos principales de atención como son las unidades intermedias de Cuba, Kennedy y Centro, las cuales cubren las necesidades en salud de la población urbana y rural en los sectores Sur Occidental, Nororiental y Centro de la ciudad respectivamente, cuenta con 25 sedes (3 Hospitales, Centros y Puestos de Salud) los cuales deben dar cumplimiento al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (Decreto 1011 de 2006), al igual que a el componente de Habilitación (Resolución 2003 de 2014), y por ende a el Sistema de

Referencia y Contra-referencia para una población total estimada de usuarios según datos Septiembre 30 de 2015 de 149.631.

Como funciona en consulta externa

- La remisión es solicitada por medico de consulta externa el paciente lleva la orden al SIAU si es vinculado. En esta dependencia el personal encargado diligencia los datos de la misma y es cargada a la plataforma departamental SUSALUDITO.
- Si el paciente pertenece al régimen subsidiado debe llevar la orden a su respectiva EPS y le den el trámite pertinente.

Como funciona en Urgencias y Hospitalización

De estos servicios el medico realiza la respectiva remisión y a través de la oficina de referencia y contra referencia de la ESE realiza el tramite respectivo

En Marzo de 2013 se crea la oficina de Referencia y Contra-Referencia la cual es manejada por un profesional de Enfermería que lidera y coordina el proceso al interior de su red prestadora de servicios

- Dicha oficina cuenta con computador con acceso a internet, fax, escáner, fotocopidora, radioteléfono, celular, línea telefónica, plataforma de acceso al sistema de Referencia y Contra-Referencia departamental que incluye remisiones de las EPS Asmetsalud, Pijao Salud y vinculados.
- Cuenta con un parque automotor compuesto por 3 ambulancias básica y 2 medicalizadas de las cuales se encuentran en proceso de habilitación según resolución 2003 de 2014 una (1) básica y una (1) medicalizada.
- Se asignó para este proceso y parque automotor 8 auxiliares de enfermería con certificación de soporte vital básico, 2 auxiliares con certificación de soporte vital avanzado y 10 conductores con certificado de primeros auxilios.

Análisis

- La E.S.E. Salud Pereira en pro de dar cumplimiento a la normatividad vigente ley 715 del 2001, decreto 4747 del 2007 artículo 17 Referencia y Contra-Referencia
- Crea la oficina de Referencia y Contra-Referencia el personal médico y asistencial liberan el tiempo de trámites y gestión que actualmente realiza esta dependencia.

- Realiza el proyecto denominado “**Renovación del parque automotor de la E.S.E. Salud Pereira del Municipio de Pereira, Risaralda**” con el cual obtuvo recursos para la consecución de las nuevas ambulancias parte importante en el proceso.
- Las ambulancias cuentan con un líder centralizado en la oficina ubicada en la Unidad intermedia del Centro que direcciona y tiene visión global de las prioridades para la red.
- En la actualidad la entidad se encuentra desarrollando los anexos técnicos 9 y 10 a través del sistema por parte del departamento de sistemas, para la regulación de pacientes en proceso de remisión según la normatividad vigente.

El proceso de remisión con las entidades a través de la plataforma facilita la gestión de la misma, de pacientes a instituciones de un nivel superior de complejidad

- La oficina de Referencia en apoyo con la oficina de calidad actualizó los protocolos del proceso acorde a los criterios exigidos en el sistema único de habilitación y se han socializado en 60% con el personal que hace parte del mismo.

4.2 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE

Es una entidad del orden departamental de origen público que presta Servicios Médicos Asistenciales de mediana y alta complejidad, Atendiendo las 24 horas a toda la población del área de influencia, coordinados por el Centro de Referencia de Urgencias, Emergencias y Desastres del Departamento, CRUED.

Como funciona

SERVICIO DE URGENCIAS:

- Coordinador del servicio: Dr. Mario Osorio
- Oficina de referencia
- Horario: de 6 am a 10 pm
- Personal: una enfermera jefe y dos auxiliares de enfermería
- Se reciben remisiones a través de: internet, celular, fax, línea telefónica fija, radioteléfono

SERVICIO CONSULTA EXTERNA

- Oficina a cargo de: Luisa Fernanda Villada- Enfermera Jefe – Coordinadora Servicios Ambulatorios
- Horario: lunes a viernes de 7 am a 5 pm
- Se cuenta con 16 consultorios que reciben a todos los usuarios de los regímenes subsidiado, contributivo y vinculados de Pereira, choco y norte del valle
- Se reciben a través de la plataforma departamental Susaludito y vía telefónica

4.3 CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y DESASTRES C.R.U.E.D.

Funciones

- De manera conjunta con los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, deben contribuir en la atención adecuada y oportuna de los pacientes que requieren atención de situaciones de urgencia
- En situaciones de emergencia o desastre, deben procurar dar una respuesta eficiente y coordinada, con las entidades del sector salud que hacen parte del Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres (SNPAD), incluidos los organismos de socorro
- Articularse para contribuir de manera eficaz, eficiente, oportuna y coordinada en las solicitudes de atención de urgencias, emergencias o desastres de la población, en las regiones en donde se encuentre funcionando el Número Único de Seguridad y Emergencias, NUSE
- Informar, orientar y asesorar a los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y a la comunidad en general, sobre la regulación de las urgencias y sobre la prevención, preparación y atención de las emergencias y los desastres
- Coordinar la operación con los procesos de referencia y contra referencia en el área de influencia del CRUE en situaciones de emergencia o desastre.

Como funciona

Todas las entidades cuando requieren traslado de usuarios para un nivel superior de atención, se debe realizar a través de C.R.U.E.D. quien es la encargada de ubicar la disponibilidad del servicio requerido más cercano.

4.4 DIFICULTADES

- No hay un manejo integral por parte de la oficina de referencia y contra referencia de la ESE de los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización
- No se cuenta con base datos electrónica que permita que permita arrojar resultados de porcentajes por especialidad y entidad, esto si se hace pero a través del programa Excel que se alimenta manualmente con los datos provenientes de las diferentes unidades intermedias pero solo de los servicios de urgencias
- Todas las entidades aseguradoras no manejan la plataforma departamental lo que conlleva a una barrera para el acceso y oportunidad de las remisiones
- La mayoría de las remisiones no aceptadas por el hospital san Jorge se debe a falta de camas para la recepción de los pacientes, ya que está cubriendo el cierre de otras entidades de su mismo nivel
- Falta de red para la comunicación a través de los radioteléfonos
- Personal de apoyo para la oficina de Referencia y Contra-referencia
- Falta de oportunidad en la respuesta de las E.P.S
- El nivel superior no retroalimenta sobre el manejo y tratamiento realizado tanto a los pacientes remitidos desde el servicio de Urgencia como de consulta ambulatoria.
- Falta de camas en el H.U.S.J. para la recepción de los pacientes, ya que está cubriendo el cierre de otras entidades de su mismo nivel y son referente de departamentos como el choco y valle del cauca.
- Falta de una mayor resolutivez en las entidades de primer nivel que evitaría la congestión en segundo y tercer nivel de atención.

4.5 OPORTUNIDADES DE MEJORA

- La oficina debe manejar integralmente el sistema de referencia y contra referencia de toda la entidad; también debe contar con una comunicación en red entre las mismas unidades intermedias
- Contar con software propio para dicho proceso
- Se debe obligar a todas las EPS a manejar la plataforma departamental para el beneficio de oportunidad, accesibilidad y continuidad en las remisiones de los usuarios
- Se deben tener informes de contrareferencia para un mejor control y seguimiento de las patologías tratadas por especialidad

4.6 ACTIVIDADES REALIZADAS

- Se ha venido realizado mensualmente acompañamiento y visitas de verificación a la E.S.E Salud Pereira en sus diferentes unidades intermedias al proceso de Referencia y Contra-referencia
- Se han llevado a cabo reuniones con la oficina de calidad, con relación al proceso de Referencia y Contra-referencia y los hallazgos y dificultades encontradas.
- Se realizó reunión con el fin de coordinar de qué manera se redireccionará el proceso de referencia y Contra-referencia, integrándolo al proceso del Sistema Obligatorio de garantía a la calidad (SOGC)
- Se solicitó y recibió asistencia técnica por parte de la Secretaria Departamental de Salud sobre el sistema de Referencia y Contra-referencia.

5. ¿Es suficiente la capacidad (técnica, infraestructura, tecnológica, recursos financieros y talento humano) de su red prestadora (ESE, IPS públicas y privadas) para la demanda de servicios de salud? ¿Por qué?

A continuación se describen las dificultades o problemas que presentan algunos servicios de salud en el municipio de Pereira:

URGENCIAS

- A través de las quejas y de las visitas de asistencia técnica de los diferentes programas de salud pública y aseguramiento estos servicios de urgencias se les evidencia un gran número de usuarios consultantes y la escasa capacidad de respuesta en infraestructura y talento humano para realizar el proceso de atención
- Aunado a la escasa oferta de prestadores en la ciudad con la oferta de este servicio de urgencias (9 IPS) deben atender a los afiliados de las 13 EPS que funcionan en el municipio y de las demás EPS existentes a nivel nacional, al igual que las ARL Y SOAT
- Las principales atenciones en estos servicios son las patologías relacionadas con pacientes crónicos descompensados, por lo cual se evidencia la ruptura entre estos servicios y los programas de protección específica y detección temprana

SERVICIOS DE APOYO (LABORATORIO CLÍNICO) EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

- Se observa demora y falta de priorización en el proceso de toma de muestra, análisis y entrega de resultados, por lo cual tiene como consecuencia mayor tiempo de espera en el servicio y retraso en la toma de decisiones con el paciente

CONSULTA PRIORITARIA

- Insuficiencia en la oferta de este servicio para la noche, fines de semana y festivos, haciendo que el paciente quede en espera, congestionando el servicio de urgencias en este periodo de tiempo

HOSPITALIZACIÓN EN CASA

- El gran volumen de usuarios que podrían ser beneficiarios de este servicio es alto y la oferta es insuficiente lo cual lleva a estancias prolongadas intrahospitalarias que podrían evitarse

HOSPITALIZACIÓN

- Insuficiente infraestructura hospitalaria y gran demanda del servicio

OTRAS

- Poca capacidad resolutive de los médicos del primer nivel, congestionando el niveles superiores de complejidad
- No existencia de prestadores de segundo nivel en el municipio
- Acceso y Oportunidad en la consulta externa por medicina general, especializada y subespecializada
- Referencia y contrarreferencia tanto desde los servicios de urgencias así como dentro de la consulta electiva, además la retroalimentación entre los prestadores con el fin de brindar atención integral a los pacientes

Dentro del sistema de información al usuario se encuentran dificultades para brindar información de la red de las aseguradoras y desconocimiento de los responsables del riesgo

- Acceso por parte de los usuarios y de los prestadores a los trámites administrativos de las entidades administradoras de los planes de beneficios

6. Cartera, que se hizo, cuales planes de contingencia

La Secretaría de Salud y Seguridad Social de Pereira, en el periodo 2012 – 2015, ha estado realizando el seguimiento periódico del comportamiento de la cartera de la ESE Salud Pereira a través de diferentes instrumentos como lo es el seguimiento trimestral, semestral y anual del componente del Decreto 2193 de 2004, seguimiento bimestral a través de la Circular 00006 de 2011, proceso con el cual se coteja el cruce de cuentas entre las EPS-S y su red de prestación de servicios, seguimiento trimestral y anual con el monitoreo al Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero, en cada uno de ellos se ha evidenciado el crecimiento sostenido y exponencial de las obligaciones a cargo de las EPS del Régimen Subsidiado y del envejecimiento de la misma.

Esta Secretaría ha remitido los requerimientos a las EPS-S del Régimen Subsidiado con el objeto de que inicien el proceso de normalización de pagos, que realicen el proceso de liquidación de contratos de vigencias anteriores con la ESE Salud Pereira y en general que se coloquen a Paz y Salvo con la red pública. A la ESE Salud Pereira se le ha hecho el llamado para realizar los procesos de depuración de cartera, y pese a tener una política de cartera, la misma no ha mostrado los frutos o resultados que tiendan al mejoramiento de los indicadores de éste componente

De acuerdo a la revisión de la cartera con corte a junio 30 de 2015 se tiene que: La concentración de la cartera por régimen se concentra principalmente en el Régimen Subsidiado con un 95% de participación por valor de \$13.451 millones de pesos de un total de \$14.158 millones y que corresponde a liquidaciones de contratación de vigencias anteriores, glosas de P y P de periodos anteriores y la diferencia creciente en la liquidación mensual entre lo facturado por la ESE y lo reconocido por la EPS-S y el descuento mensual que está realizando la EPS-S Asmetsalud, le sigue en proporción por concepto de régimen contributivo con porcentaje del 1.2% equivalente a \$169 millones.

La cartera mayor a 360 días está por valor de \$8.126 millones lo que equivale al 57.4%, se mantiene estable éste valor con respecto al trimestre anterior y se logró en éste periodo depuración de cartera de Asmetsalud del año 2014 y la conciliación de saldos de PPNA con el Municipio de Pereira.

Otro de los componentes altos que se presenta es la cartera de 180 a 360 días, que representa un 20.2% por valor de \$2.866 millones.

Se presenta en la cartera deudores contributivos por Movilidad y del Régimen Subsidiado por Movilidad

El mayor deudor en el régimen subsidiado corresponde a Asmetsalud por valor de \$5.849 millones y Cafesalud por valor de \$5.439 millones de pesos, equivalente al 41% y 38% respectivamente del total de la cartera.

La Secretaría de Salud y Seguridad Social de Pereira, de conformidad a lo expuesto insta a la ESE Salud Pereira, a que adelante los procesos de depuración y/o descargue dichos saldos de la contabilidad de la ESE y por ende de los estados de cartera, todo ello con el objeto se reflejen unos estados de cartera más reales y razonables. Así mismo y como se ha manifestado en diferentes revisiones de los informes de Decreto 2193 de 2004, se sugiere a la ESE Salud Pereira que las deudas de mayor antigüedad o de dudoso recaudo sean contabilizadas como Cuentas de Orden Deudor, con el objeto de mostrar una mejor razonabilidad en los estados de cartera

RECURSOS FINANCIEROS

1. ¿El Fondo Local de Salud tiene constituidas las Cuentas maestras (Salud Pública, Prestación de Servicios, Aseguramiento, Otras cuentas en Salud)? OMAR

Sí, el Municipio de Pereira cuenta con las cuentas maestras de Régimen Subsidiado, Salud Pública, Prestación de servicios a la población pobre no afiliada al régimen subsidiado, además maneja la cuenta de otros gastos en salud inversión y la de funcionamiento. Dos cuentas recaudadoras que son la de Coljuegos y Sorteo Extraordinario.

Los números y las entidades bancarias en las cuales se encuentran aperturadas se detallan a continuación:

NUMERO DE CUENTA	NUEVA DENOMINACION	ENTIDAD BANCARIA
842-06596-3	SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES / SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – REGIMEN SUBSIDIADO – 66001.	BANCO DE BOGOTA
842-06572-4	SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES / SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – SALUD PUBLICA COLECTIVA – 66001.	BANCO DE BOGOTA
842-06573-2	SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES / SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – PRESTACION DE SERVICIOS A LA POBLACION POBRE NO ATENDIDA CON SUBSIDIOS A LA DEMANDA – 66001.	BANCO DE BOGOTA
842-06624-3	INVERSION / SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD OTROS GASTOS EN SALUD – INVERSION -66001	BANCO DE BOGOTA
842-09571-3	FUNCIONAMIENTO / SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD OTROS GASTOS EN SALUD – FUNCIONAMIENTO -66001	BANCO DE BOGOTA
470-02121-3	COLJUEGOS- CUENTA RECAUDADORA	BANCO POPULAR
240-1622830-4	SORTEO EXTRAORDINARIO – CUENTA RECAUDADORA	BANCO CAJA SOCIAL

2. ¿El plan financiero está aprobado (Departamento y Distrito)?

El Plan Financiero del sector Salud está incorporado en el Plan Financiero del Municipio y hace parte del Marco Fiscal de mediano plazo de la vigencia 2016, que se presenta al Concejo Municipal.

3. ¿El municipio tiene deudas pendientes, cuenta con un Plan de saneamiento fiscal y financiero?

La Secretaria de Salud y Seguridad Social no tiene deudas y tampoco cuenta con Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero

4. ¿Los recursos del esfuerzo propio territorial que destina a salud pública, régimen subsidiado y otros proyectos han sido girados oportunamente, dificultades, seguimiento?

Los giros realizados por la entidad territorial se han efectuado de manera oportuna, y se realiza seguimiento permanente a las partidas apropiadas de acuerdo al presupuesto.

5. Qué proyectos ha desarrollado con los recursos de regalías y de otras fuentes, que avances ha tenido, que dificultades.

No se han desarrollado proyectos con recursos de regalías.

Logística

1. Qué documentos (planes, políticas, programas, proyectos)? Planes, programa y proyectos, políticas?

Planes:

Plan de desarrollo 2012 – 2015

Programas:

Salud Pública:

A. DIMENSIÓN DE PRIMERA INFANCIA, INFANCIA Y ADOLESCENCIA:

1. Programa salud sexual y reproductiva
2. Programa Nutrición
3. Programa Salud Infantil
4. Programa PAI programa ampliado de Inmunización)

B. DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES:

5. Programa Enfermedades crónicas, no transmisibles y degenerativas (Cáncer, HTA y diabetes)
6. Programa Salud Bucal

C. DIMENSIÓN CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL

7. Programa de Salud Mental
 - Víctimas de conflicto Armado
 - Familias Fuertes
 - Zonas de escucha

D. DIMENSIÓN DE SALUD AMBIENTAL

8. Programa ETV
9. Programa Zoonosis
10. Programa Consumo
11. Programa Agua y Saneamiento Básico
12. Programa Entornos Saludables
13. Programa Riesgo laboral

E. FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL Y DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

14. Programa Prestación de Servicios
15. Programa TB y Lepra
16. Programa VIH
17. Programa Gestión del Riesgo
18. Programa Estrategia ENFASYS

Aseguramiento:

19. Programa Aseguramiento
 - Veedurías
 - SAC

PROYECTOS:

1. 12810011 Prevención y control de la tuberculosis y lepra en el Municipio de Pereira.
2. 12810012 Mejoramiento en la seguridad laboral y riesgos profesionales de la población trabajadora en el municipio de Pereira
3. 12710013 Mejoramiento de la salud Infantil en el Municipio de Pereira.
4. 12810013 Mejoramiento de la salud Bucal el Municipio de Pereira.
5. 1210021Fortalecimiento de la gestión del riesgo en salud del Municipio de Pereira.
6. 12810015Mejoramiento de la prestación y desarrollo de los servicios de salud en el municipio de Pereira.
7. 12710019Mejoramiento de condiciones sanitarias y ambientales en el municipio de Pereira.
8. 12710021Administración del aseguramiento en Salud al sistema de seguridad social en salud en el Municipio de Pereira.
9. 12710023Mejoramiento de la salud en los entornos familiares y comunitarios en el Municipio de Pereira. (ENFASYS).
10. 12710024Mejoramiento del componente de la salud pública de la seguridad alimentaria en el Municipio de Pereira.
11. 12710026Mejoramiento de la salud sexual y reproductiva en el municipio de Pereira.
12. 12710032 Mejoramiento de la Gestión Integral de la Salud Pública en el municipio de Pereira.
13. 12710034 Mejoramiento de la salud mental y la convivencia pacífica en el municipio de Pereira.
14. 12710038 Control de las enfermedades inmunoprevenibles y prevalentes en el municipio de Pereira.
15. 12710038 Control de enfermedades crónicas, no transmisibles y degenerativas, cáncer de interés epidemiológico en el municipio de Pereira

POLÍTICAS:

- *Política de salud sexual y Reproductiva*
- *Política Discapacidad*
- *Política Salud Mental*

2. Cómo está su sistema de Información (Bases de Datos)? Listado de base de datos

Listado de base de datos Salud Pública:

Bases de datos en todos los eventos de interés en salud pública del SIVIGILA
Base de datos de certificados de defunción
Base de datos de certificados de nacimiento
RIPS
Reporte de actividades de detección temprana y protección específica

Bases de datos SISAP (Aplicativo Sistema de Información Salud Pública): SUBPROCESO: ASEGURAMIENTO

BDUA (Base de Datos Única de Afiliados)
Listados Censales
Base de Datos Única de Potenciales Beneficiarios del Régimen Subsidiado actualizada
Base maestro EPPS
Base de datos del SISBEN
base de datos de Maestro de Novedades (NS) semanal y liquidación mensual de afiliados (Mensual)
reportada por el FOSYGA.

3. Otros entregables: Software desarrollados o en desarrollo, comprados.

Licencias adquiridas:
Plataforma SISAP. Contiene los siguientes módulos
RIPS validador
Reporte 4505
Módulo APS
Seguimiento a Cohorte TB
SGI
Inspección y Vigilancia

4. Contratos en curso, liquidados pendientes por liquidar :

Se Anexa Matriz el formato Contractual 2012 - 2015

5. Demandas al estado: No aplica para la secretaria