



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Despacho del Gobernador

PROYECTO DE ORDENANZA No.

POR LA CUAL SE ADOPTA EL PLAN TERRITORIAL DE SALUD PÚBLICA PARA EL PERIODO 2012-2015 “RISARALDA: UNIDA, INCLUYENTE Y CON RESULTADOS”.

LA ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE RISARALDA, en ejercicio de la atribución conferida por el artículo 2 del Acto Legislativo 01 de 1996, reformativo del artículo 300 de la Constitución Política, la Ley 152 de 1994 y la Resolución 0425 de 2008.

ORDENA

ARTICULO 1. Adoptase el Plan Territorial de Salud Pública para el periodo 2012-2015 “RISARALDA: UNIDA, INCLUYENTE Y CON RESULTADOS”.

ARTICULO 2. La estructura y el contenido del Plan Territorial de Salud Pública para el periodo 2012-2015 “RISARALDA: UNIDA, INCLUYENTE Y CON RESULTADOS”, es el siguiente:

CAPITULO 1

OBJETIVO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD PÚBLICA.

Fomentar las capacidades y generar en los individuos y las comunidades del Departamento de Risaralda, las oportunidades para que sean capaces de identificar y satisfacer sus necesidades en salud, cambiar o adaptarse al medio ambiente, asumir estilos de vida que reduzcan su vulnerabilidad, y participar en el control social para la mejoría de las condiciones del entorno, con el fin de facilitar el desarrollo de una cultura de la salud con autonomía individual y colectiva y calidad de vida.

CAPITULO 2

PROPÓSITOS Y ENFOQUES

El Plan Territorial de Salud Pública tiene como propósito fundamental el mejoramiento del estado de salud de la población del departamento de Risaralda, para lograr en el mediano y largo plazo evitar la progresión y ocurrencia de desenlaces adversos de enfermedad, enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica.

Al igual que el Plan Departamental de Salud Pública integra el mandato constitucional sobre el derecho a la salud bajo diversos enfoques conceptuales, enmarcados en el artículo 33 de la Ley 1122 de 2007, con el objetivo de mejorar las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población Risaraldense.

Es así, como el propósito del Plan Territorial de Salud Pública de Risaralda es:

- Trabajar por la salud de los habitantes de Risaralda.
- Evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad.
- Enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica.
- Disminuir las inequidades en salud de la población de Risaralda.

Para ello se articulan los siguientes enfoques:

- Enfoque poblacional (Intervenciones en salud en población en general).
- Enfoque de determinantes (Factores que inciden en forma directa en el estado de salud de los individuos y de la población).
- Enfoque de gestión social del riesgo (Soluciones frente al riesgo en poblaciones específicas).

CAPITULO 3

PRINCIPIOS

Los principios que guían el Plan Territorial de Salud Pública son los siguientes.

- **Universalidad:** Es la garantía del derecho a la salud con calidad para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.
- **Equidad:** La equidad en salud se logra cuando todas las personas alcancen su potencial de salud y por lo tanto, ninguna persona sea afectada

en su capacidad de alcanzar ese potencial debido a su condición social o por circunstancias socialmente determinadas y evitables.

- **Calidad:** Es la provisión de servicios individuales y colectivos accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.
- **Eficiencia:** Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros del Estado y los particulares para garantizar el derecho a la salud y al acceso de los servicios integrales de promoción de la salud y la calidad de vida, prevención de los riesgos y recuperación de la salud con oportunidad, calidad y suficiencia.
- **Responsabilidad:** Es la garantía del acceso a las acciones individuales y colectivas en salud pública con oportunidad, calidad, eficiencia y equidad. La responsabilidad implica que los actores asuman consecuencias administrativas, penales, civiles y éticas por acciones inadecuadas u omisiones que atenten contra la salud o la calidad de vida.
- **Respeto por la diversidad cultural y étnica:** Es la garantía del respeto, del entendimiento de la cosmovisión, usos, costumbres, territorio ancestral, sitios sagrados y creencias de los grupos étnicos frente a la promoción, prevención, protección y recuperación de la salud, bajo el ejercicio de la consulta y concertación con las comunidades, garantizando su participación en la formulación, seguimiento y evaluación de los planes de salud en concordancia con las disposiciones de la autoridad de salud y la Ley 691 del 2001.
- **Participación Social:** Es la intervención de la comunidad en la planeación, gestión y control social y evaluación del Plan, se deberá promover la vinculación efectiva de la población para garantizar que las prioridades en salud y bienestar territorial respondan a las necesidades sentidas de los grupos sociales y que éstas se concreten en los planes de salud territoriales.
- **Intersectorialidad:** Es la interrelación y articulación de los distintos actores intra y extrasectoriales con el fin de lograr resultados de salud de manera más eficaz, eficiente y sostenible, orientadas a alcanzar las metas comunes en salud.
- **Honestidad:** Es la garantía del manejo adecuado y transparente de los recursos públicos.

CAPITULO 4

MISIÓN y VISIÓN

MISIÓN

Direccionar, el sistema general de seguridad social en salud del departamento de Risaralda, mediante la coordinación, asesoría, evaluación, inspección, vigilancia y control en los aspectos de descentralización, aseguramiento, promoción, prevención y calidad de los servicios de salud a los municipios, aseguradores, prestadores de servicios de salud, comunidad y medio ambiente; promoviendo la participación social y a la intersectorialidad bajo los principios de honestidad y ética, responsabilidad social, liderazgo, mejoramiento continuo y excelencia del talento humano.

VISIÓN

Risaralda, será en el 2015, un departamento incluyente y competitivo, representado en una población con una mejor calidad de vida y de salud, evitando la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad, enfrentando los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica y logrando una disminución de las inequidades en salud de la población Risaraldense, garantizando personas, familias y entornos saludables.

CAPITULO 5

PRIORIDADES

Entre las razones que fundamentan la necesidad de establecer prioridades en salud, las más destacadas son;

- a) El cambio en los patrones en salud (por envejecimiento poblacional).
- b) Cambio en los determinantes por desarrollo económico y social (nuevas patologías).
- c) El cambio en los conceptos de salud (descubrimientos de nuevas causalidades, tratamientos para situaciones antes incurables).
- d) Las necesidades y expectativas de los grupos de interés, exceden los recursos disponibles (necesidades de salud infinitas, nuevas tecnologías, intereses particulares) y sobre todo, porque el uso de los recursos salud es de interés público y existe la exigencia de hacerlo de forma eficiente, donde el bienestar para la mayoría prime y se impacte de la manera más amplia posible.

El Plan Territorial de Salud Pública define las prioridades y los parámetros de actuación en respuesta a las necesidades de salud, a los recursos disponibles y a compromisos establecidos por la Nación en los acuerdos internacionales.

Las prioridades en salud del Plan Departamental, son de estricto cumplimiento en el Departamento, en los planes de salud Municipales y en los planes operativos de las entidades promotoras de salud - EPS, en coherencia con los perfiles de salud de su población.

Los objetivos, metas y estrategias, definidos en este documento serán ajustados para cada municipio de acuerdo a su propio diagnóstico, teniendo en cuenta la diversidad étnica y cultural.

Los objetivos de las prioridades nacionales acogidas por Risaralda, ajustados a la salud del Departamento son:

- Participación Social
- Mejorar la situación nutricional.
- Mejorar la salud infantil
- Mejorar la salud oral
- Salud ocupacional.
- Prevenir las enfermedades transmisibles y las zoonosis.
- Prevenir y controlar enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidades.
- Fortalecimiento de la gestión.
- Mejorar la salud mental
- Mejorar la salud sexual y reproductiva
- Mejorar la seguridad sanitaria y ambiental.

CAPITULO 6

ASPECTOS GENERALES DEL DEPARTAMENTO DE RISARALDA

Este capítulo muestra de una manera concisa los aspectos históricos, turísticos, económicos, geográficos y demográficos que tienen conexidad con las condiciones de salud, el nivel de vida y la demanda de servicios de salud por parte de la población risaraldense

6.1 GENERALIDADES

- Ley y año de creación: Ley 70 del 1 de Diciembre de 1966, cuando se separó de la “Gran Caldas”.
- Superficie: 3.592 Km², que corresponde al 0,3% del territorio nacional y el 27% de la extensión total de los tres departamentos que conforman el eje cafetero en la cordillera Central, con Caldas aportando el 59% y el Quindío el 14%.
- Temperatura promedio: 21° C
- Gentilicio: Risaraldense
- Número de municipios: 14
- Capital: Pereira
- Área Metropolitana Centro Occidente (AMCO): Conformada por los municipios de Dosquebradas, La Virginia y Pereira.
- Población de Colombia según censo poblacional 2005, proyectada al año 2012: 46.581.823 habitantes
- Población del departamento según censo poblacional 2005, proyectada al año 2012: 935.910 habitantes, que representa el 2% de la población del país y el 38% de la población de los departamentos que conforman el eje cafetero, con Caldas contribuyendo con el 40% y Quindío con el 22%.
- Población de Pereira según censo poblacional 2005 proyectada al año 2012: 462.209 habitantes, que representa el 49% de la población del departamento y el 40% de la población de las capitales de los tres departamentos que conforman el eje cafetero, participando Manizales con el 34% y Armenia con el 26%.

6.2 RESEÑA HISTÓRICA DEL DEPARTAMENTO

Antes de la conquista española, el territorio que hoy ocupa el Departamento de Risaralda, estaba habitado por los Quimbayas, los Gorriones y los Caramantas. El primer conquistador en llegar a estas tierras fue Sebastián de Belálcazar en el año de 1537; posteriormente arribó una expedición a cargo de Juan de Badillo. A la cabeza de varios españoles se fundaron algunos pueblos, sin embargo la disminución de la población indígena y el poco interés de los europeos por estas tierras hicieron que permanecieran abandonadas hasta mediados del siglo XIX, cuando la colonización antioqueña trajo el cultivo del café.

Durante la colonia y primeros años de la República, la región estuvo sujeta a la provincia de Popayán, en el año de 1821 hizo parte del Departamento del Cauca; desde el año de 1857 formó parte del Estado Federal del Cauca. En el año de 1905 fue anexado al Departamento de Caldas.

En el año 1966 a través de la Ley 70 del 1 de Diciembre de 1966, fue creado como departamento independiente con el nombre de Risaralda y capital en Pereira. Posteriormente, a través de la ordenanza 012 del 6 de diciembre de 1972, emanada de la Asamblea Departamental se erige a Dosquebradas como el catorceavo municipio del Departamento. Luego en el año 1981 se crea el área metropolitana de Pereira y Dosquebradas, adhiriéndose La Virginia a partir de 1991.

6.3. RESEÑA DE LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO

Cuadro 1 Reseña de los municipios del Departamento de Risaralda

Nº	Municipio	Altura (msnm)	Descripción
1	Apia	1.630	Año de creación 1892. Temperatura promedio 19° C. A 65 km de Pereira.
2	Balboa	1.550	Año de creación 1923. Temperatura promedio 20° C. A 53 km de Pereira.
3	Belén de Umbría	1.500	Año de creación 1911. Temperatura promedio 20° C. A 70 km de Pereira.
4	Dosquebradas	1.479	Año de creación 1972. Temperatura promedio 20° C. A 5 km de Pereira. Catalogado como el municipio industrial del Departamento.
5	Guática	2.150	Año de creación 1921. Temperatura promedio 18° C. A 93 km de Pereira.
6	La Celia	1.500	Año de creación 1959. Temperatura promedio 20° C. A 67 km de Pereira.
7	La Virginia	900	Año de creación 1959. Temperatura 23°C. A 30 km de Pereira. Ubicado a orillas del río Cauca y rodeado de cultivos de caña de azúcar.
8	Marsella	1.600	Año de creación 1904. Temperatura 19° C. A 31 km de Pereira. Uno de sus atractivos es el cementerio construido en forma de

			terrazas, cuya arquitectura se remonta a la época del diseño barroco.
9	Mistrató	1.501	Año de creación 1923. Temperatura 19° C. A 87 km de Pereira.
10	Pereira	1.411	Año de creación 1870. Temperatura: 21°C. Conocida con los apelativos de "Ciudad Sin Puertas", "Perla del Otún" y "La Querendona, Trasnochadora y Morena".
11	Pueblo Rico	1.563	Año de creación 1912. Temperatura 18°C. A 93 km de Pereira.
12	Quinchía	1.800	Año de creación 1912. Temperatura 18°C. A 110 km de Pereira.
13	Santa Rosa de Cabal	1.701	Año de creación 1852. Temperatura 19°C. A 14 km de Pereira. Municipio conocido con el apelativo de Ciudad de Las Araucarias. Cuenta con la Iglesia de Nuestra Señora de las Victorias mezcla de estilo gótico con capiteles tallados y hermosos vitrales. Cerca del casco urbano están los Termales de Arbeláez.
14	Santuario	1.600	Año de creación 1906. Temperatura 20°C. A 64 km de Pereira.

Fuente: Atlas Departamento de Risaralda

6.4 LÍMITES

El departamento está localizado en el centro-occidente del país, limitando con 6 departamentos: por el norte con los departamentos de Antioquia, Caldas y Chocó, por el sur con los departamentos del Quindío, Tolima y Valle del Cauca; por el oriente con los departamentos de Caldas y Tolima; y por el occidente con los departamentos de Valle del Cauca y Chocó.

Gráfico 1. Municipios y límites departamentales - Departamento de Risaralda año 2012



Imagen tomada de:

<http://www.telesat.com.co/planeacion/mapa.htm>

6.5 GEOGRAFÍA FÍSICA

El departamento tiene una extensión de 3.592 Km². Cuenta con todos los pisos térmicos. Posee una zona central de topografía ligeramente ondulada a una altura inferior a los 2000 metros. Esta zona está bordeada por las cordilleras Central y Occidental; la Cordillera Central supera los 4.500 metros en los nevados de Santa Isabel y Quindío, alcanzando la Cordillera Occidental los 4.000 metros en el Cerro Tatamá; las dos cordilleras están separadas por el cañón del río Cauca. Tiene una parte plana en el amplio y fértil valle del Risaralda. Estas características geográficas originan riesgos a la población risaraldense, dentro de los cuales podemos enumerar: movimientos sísmicos, erupciones volcánicas, deslizamientos e inundaciones. Los pisos térmicos se distribuyen así: cálido 322 Km² (8.8%), medio 1.885 Km² (51.6%), frío 1.154 Km² (31.6%) y páramo 292 Km² (8.0%).

6.6 HIDROGRAFÍA

El Departamento cuenta con dos grandes hoyas hidrográficas:

Hoya hidrográfica del río Cauca. Con sus afluentes, los ríos La Vieja (Barbas, Robles, Espejo, Consota y Quindío), Risaralda (Totuí, Mapa, Guarne, Guática, San Rafael y Apía), Quinchía, Campo Alegre (San Eugenio), Otún (Dosquebradas), Opiramá y San Francisco.

La Hoya hidrográfica del río San Juan. Los ríos Mondó, Guarato, Mistrató, Tatamá (Cuanza y Curumbará), y Agüita.

6.7 VÍAS DE COMUNICACIÓN

Pereira, la capital del departamento, se halla situada en el centro del eje cafetero, constituyéndose en el lugar de confluencia de los departamentos de Caldas, Quindío, Valle, Chocó y Antioquia. Se comunica con otros municipios del departamento por una red de carreteras, las cuales se encuentran pavimentadas a excepción de la vía que conduce al municipio de Pueblo Rico, que se encuentra en este proceso.

La mayoría de carreteras de la zona rural no están pavimentadas y aún persisten caminos de herradura en los municipios de Quinchía, Pueblo Rico y Mistrató. La distancia y el tiempo de traslado entre Pereira y el municipio de Dosquebradas, que es el más cercano a la capital, es de 5 kilómetros y 10 minutos, y entre Pereira y Quinchía, que es el municipio más alejado de la capital, es de 110 kilómetros y 170 minutos aproximadamente. Las moderadas distancias y el aceptable estado de las vías, posibilitan un adecuado flujo y remisión de pacientes entre las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud de departamento, haciendo que se concentren los servicios de mayor complejidad en los municipios de Pereira, Dosquebradas y La Virginia, que conforman el Área Metropolitana.

6.8 RECURSOS TURÍSTICOS

Los recursos turísticos del departamento se pueden dividir en 3 grandes grupos: Naturales, culturales (Costumbres y tradiciones) y otros recursos.

Para atender la demanda turística, se cuenta con una buena infraestructura de servicios en cuanto a alojamiento y restaurantes.

Cuadro 2 Recursos turísticos del Departamento de Risaralda.

Recurso turístico	Descripción
Naturales	Parque nacional de los Nevados, parque nacional Tatamá, parque regional Ucumarí, reserva forestal La Nona en Marsella, Santuario de Flora y Fauna Otún – Quimbaya, Fuentes de aguas termales en Santa Rosa, Cerro Batero en Quinchía, parque regional El Nudo y parques naturales municipales
Culturales	Parque regional La Marcada, Asentamiento prehistórico río Consota, Casa de la cultura de Marsella, Cementerio de Marsella, Iglesias de cada cabecera municipal, museo arqueológico Bolívar en Belén de Umbría y patrimonio arquitectónico de cada municipio
Otros	Zoológico Matecaña, Jardín Botánico de Marsella, Parque del Café, puerto turístico de La Virginia, ruta verde Pereira - Marsella, Zona de camping La Palma río Risaralda, monumento a los Fundadores, el Bolívar desnudo, El Prometeo, La Rebeca, El Viaducto Pereira-Dosquebradas y los nuevos centros comerciales e hiperalmacenes de Pereira y Dosquebradas

Fuente: Atlas Departamento de Risaralda.

6.9 ECONOMIA

Las actividades económicas del departamento son la agricultura, la ganadería, la industria manufacturera, el comercio y en los últimos años, metalúrgica y la producción de combustible (alcohol carburante). En los productos agrícolas sobresale la producción de café, caña de azúcar, plátano, yuca, cacao, piña, guayaba, papa, maíz, algodón y algunos frutales. En época de cosecha de café, arriban al departamento recolectores del grano provenientes de otros lugares del país, lo que conlleva a incrementos puntuales de la incidencia de enfermedades infecciosas, de transmisión sexual y patologías generadas por el trauma y la violencia. La ganadería tiene propósitos lecheros y de carne.

Durante los últimos años se ha intensificado el cultivo de la caña de azúcar y la producción de la panela, siendo el Ingenio Risaralda ubicado en tierras del municipio de Balboa, una de las principales empresas de la región.

Los renglones de la industria manufacturera más importantes son los alimentos, bebidas, confecciones textiles, madera, calzado y papel. Respecto a la actividad minera, se realiza la explotación de oro, plata, caliza, zinc, cobre y plomo.

La economía en el 77% de los municipios del Departamento, excluyendo a Pereira, depende de la agricultura y la ganadería.

En los municipios de Pereira y Dosquebradas, se concentra la actividad industrial y comercial del departamento, gracias a la ubicación privilegiada de estos en el llamado "Triángulo de Oro", conformado por Medellín, Cali y Bogotá; siendo Pereira sede del 60% de la industria manufacturera del departamento y del 75% de las industrias del área metropolitana. La construcción se centra en el área metropolitana Pereira - Dosquebradas - La Virginia.

6.10 FACTORES DE RIESGO

La ubicación del Departamento y sus condiciones geológicas e hidrometeorológicas exponen a la población risaraldense a diversos riesgos de origen natural, socio natural o antrópico con capacidad de generar situaciones de emergencia o desastre. A continuación se hace una relación de las principales amenazas presentes o previsibles para el Departamento con una breve descripción de la misma y sus efectos esperados sobre la salud de las personas y la prestación del servicio:

- a. Movimientos sísmicos.
- b. Erupciones volcánicas.
- c. Deslizamientos e inundaciones.
- d. Vientos Fuertes.
- e. Escapes y derrames de sustancias peligrosas.
- f. Ingestión o absorción accidental de organofosforados.
- g. Accidentes de Tránsito.

Desde la perspectiva de la vulnerabilidad, los aspectos generales que incrementan el riesgo de emergencia o desastre con alto impacto sobre la salud y vida de los risaraldenses son:

- Aumento en la densidad poblacional especialmente en la zona metropolitana con pobres condiciones de vivienda y acceso a servicios públicos (incluido salud).
- Construcciones habitacionales, comerciales e industriales sin cumplimiento de la normatividad sismorresistente.
- Infraestructura sanitaria –acueducto y alcantarillado- en amplio estado de obsolescencia y altamente susceptible al colapso o ruptura.
- Uso inadecuado del suelo que aumenta la susceptibilidad a deslizamientos y al socavamiento de orillas de ríos y quebradas.
- Prácticas agrícolas inadecuadas que aumentan la probabilidad de intoxicaciones masivas por agroquímicos.
- Aumento del tipo y cantidad de sustancias químicas de uso domiciliario, industrial o en tránsito por las vías del Departamento.
- Incipiente percepción del riesgo de emergencias y desastres en las comunidades y sus líderes.
- Deficiente mantenimiento de las vías, con pocas obras de mitigación del riesgo por eventos asociados a la ola invernal.
- Transporte de pasajeros y mercancías con deficientes prácticas de seguridad.
- Deficiente aplicación de las normas de seguridad en las medianas y pequeñas empresas.
- Insuficiente preparación política, empresarial, comunitaria, familiar y personal para la intervención del riesgo de enfermar o morir por situaciones de emergencia o desastre.
- Insuficiente conocimiento de los protocolos de actuación por parte de las entidades del Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres.

Y las condiciones de vulnerabilidad hospitalaria y sectorial que incrementan el riesgo de impacto por la ocurrencia de una emergencia o desastre son:

- Comunidad hospitalaria con deficiente formación en la preparación y respuesta individual, familiar e institucional frente a eventos sísmicos.
- Centros Hospitalarios con reforzamiento estructural e intervención de la vulnerabilidad no estructural y funcional de alcance parcial.
- Ubicación de centros asistenciales en zonas susceptibles a fenómenos geotécnicos (Balboa, Apia) inundaciones (ESE Hospital Santa Mónica, Mistrató), y afectación por nubes de gases tóxicos (Hospital Mental de Risaralda, Clínica Pereira Saludcoop).
- Redes vitales hospitalarias susceptibles a movimientos sísmicos, inundaciones, ruptura o escape.
- Alta rotación del personal de salud que reduce el impacto de las actividades formativas en materia de gestión del riesgo.
- Deficientes prácticas de bioseguridad.
- Carencia de un Sistema Médico de Emergencias en el Departamento.
- Desarticulación del sector salud con las entidades del Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres.
- Relativa reducción de las reservas de medicamentos, material médico quirúrgico, gases y otros elementos indispensables para la atención en salud en caso de emergencias o desastres.
- Baja capacidad de convocatoria y respuesta de los niveles de dirección local del sector salud.
- Insuficiente capacidad de asesoría, asistencia técnica, concurrencia, inspección, vigilancia y control de la Secretaría Departamental de Salud en la temática de prevención y atención de brotes, epidemias, emergencias y desastres.
- Mínima asignación de recursos sectoriales para la complementariedad local e institucional en la temática de gestión del riesgo en salud para emergencias y desastres.

6.11 FACTORES DE RIESGO PARA BROTES Y EPIDEMIAS

La ubicación del Departamento, sus condiciones ambientales, la calidad y acceso a los servicios de saneamiento básico y salud, la presencia o eventual ingreso de agentes biológicos productores de enfermedades o sus vectores, así como la susceptibilidad de la población risaraldense se constituyen en los factores que determinan el riesgo de aparición de brotes o epidemias.

Risaralda ha tenido situaciones de brote que han demandado la acción intensificada de sus agentes con el fin de contener su expansión: Influenza, Dengue, Malaria, Hepatitis A, Infección por VIH; y otras situaciones en salud que

sin haberse presentado como brote, por cumplir con las condiciones ambientales e individuales para ello, de manera preventiva se intensificaron las acciones preventivas contra la rabia y el sarampión. Como síndromes se presentan frecuentemente brotes de ETAS, EDA e IRA atribuibles a diferentes agentes bacterianos de común presencia en el Departamento.

Otros eventos en salud que se han presentado y cuentan con la capacidad de constituirse en brote son:

- Varicela.
- Leptospirosis.
- Meningitis Meningocócica.
- Tosferina.
- Pediculosis.
- Hepatitis A.
- Leishmaniasis.
- Fiebre de Garrapatas.

Por contar con un aeropuerto internacional y ser ruta para los puertos sobre el Océano Pacífico desde los países limítrofes pueden llegar casos de:

- Síndrome Febril Hemorrágico por Hanta Virus.
- Encefalitis Equina Venezolana.
- Enfermedad de los Legionarios.
- Fiebre Tifoidea y Paratifoidea.
- Peste Bubónica y/o Neumónica.
- Encefalitis Equina del Oeste.
- Fiebre Amarilla.
- Cólera.

Se debe reconocer la ocurrencia de brotes de infecciones nosocomiales en los servicios de cuidado intensivo adulto, pediátrico y neonatal, quirófanos por diversidad de bacterias, algunas de ellas de alta resistencia a los antibióticos disponibles, obligando al cierre temporal de dichos servicios reduciendo significativamente la oferta en salud.

CAPITULO 7

DIAGNÓSTICO DE SALUD

7.1 SITUACION DE SALUD

Introducción

El diagnóstico de morbilidad y mortalidad de una comunidad, es una de las etapas imprescindibles en el proceso de planeación.

En el caso de los entes territoriales como los departamentos, este análisis pasa a ser insumo básico y orientador en la elaboración de los Planes Sectorial y de Desarrollo.

A través de este proceso es posible conocer la problemática de salud que afecta a la población, su importancia relativa y los factores que la determinan.

Al respecto, es importante entender la salud como un proceso multicausal e intersectorial, donde confluyen factores genéticos, del comportamiento social, del medio ambiente y otros determinantes que tienen influencia directa en el resultado final: el estado de salud de la población.

De esta manera, el perfil de morbilidad y mortalidad permite conocer las causas de enfermedad y muerte de las comunidades, plantear alternativas de solución viables, focalizando la acción del sector salud hacia las poblaciones más vulnerables.

El presente perfil epidemiológico, se construyó tomando como fuente la información aportada por las instituciones prestadoras de servicios de salud en el departamento; este hecho implica la consideración de los registros institucionales que tienen en cuenta entidades nosológicas reconocidas desde el paradigma de la medicina clásica, dejando de lado los problemas de salud de las comunidades que por diferentes razones (cultura, accesibilidad, etc) no alcanzan a ser detectados por las instituciones de salud.

Hecha la anterior aclaración, la identificación de las principales causas de enfermedad y muerte de la población derivadas del análisis de los registros institucionales, debe entenderse sujeta y dependiente de variados aspectos como los sociodemográficos, económicos, políticos y culturales, que de manera permanente y diversa interactúan en las comunidades, dando como resultado un entorno de vida propio que no solo explica el fenómeno sino que también pasa a ser factor primordial en la solución del mismo.

Este documento pretende ser instrumento que guíe a las autoridades de salud en la planeación y definición de políticas sectoriales e intersectoriales encaminadas a disminuir la carga de enfermedad y muerte de la población risaraldense.

7.2 PERFIL DEMOGRÁFICO

Las cifras poblacionales que se presentan a continuación, corresponden a las proyecciones para el año 2012 de los datos preliminares del censo 2005 – 2006, efectuadas por el DANE.

Para el año 2012, la población del Departamento de Risaralda asciende a 935910 habitantes, doblando durante un lapso de 35 años, la población arrojada por el censo de población del año 1973, que ascendía a 455.887 habitantes.

Pereira, como capital del departamento, concentra el 49% de la población (462.209 personas). El menor número de habitantes (6.338) se ubica en el municipio de Balboa, con el 0.7% de la población del departamento. De otro lado, el 73% de la población (687.041) reside en el Área Metropolitana Centro Occidente – AMCO (Municipios de Pereira, Dosquebradas y La Virginia).

De la población departamental, el 49% son hombres (455.907) y el 51% mujeres (480.003). El 78% de la población habita en áreas urbanas, y el 22% en zonas rurales, reflejando la predilección por las ciudades, fenómeno que se ha ido acentuando a través de los años.

Para el año 2012, el índice de masculinidad (razón de sexo - hombres frente a mujeres) del departamento se ubica en 95, valor que muestra un predominio del género femenino, con 100 mujeres por cada 95 hombres, hecho explicado sobre todo por la diferente mortalidad por género.

La razón de niños - mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) es de 310, lo que significa que por cada 1000 mujeres en edad reproductiva, hay 310 niños menores de 5 años de edad.

En Risaralda se observa una relación de dependencia por edad (Población de 0 - 14 años más la de 65 y más años / población de 15 a 64 años x 100), para el año 2012 de 50%, con lo que se tienen 50 personas “inactivas”, por cada 100 personas económicamente activas o en edad de trabajar.

De otro lado, la información aportada por el Sistema Departamental de Estadísticas Vitales muestra como el número de nacidos vivos de madres residentes en Risaralda disminuye de manera sostenida en Risaralda, pasando de

16.173 en el año 1998 a 11.198 en el año 2011 (Dato preliminar), con una tasa bruta de natalidad departamental decreciente (17,7 por 1000 habitantes para el año de 1998 y 12,0 por 1000 habitantes para 2011).

De igual manera, la tasa de fecundidad general muestra un descenso, pues pasó de 63,0 por 1000 MEF (15 – 49 años) en el año de 1998, a 45,3 por 1000 MEF (15 – 49 años) en el año 2011, con una tasa global de fecundidad para el departamento para este año de 1,5 hijos por mujer.

La esperanza de vida al nacer para el año 2009 se ubicó en 72 años para los hombres y 80 años para las mujeres, con una esperanza de vida global de 76 años.

La tabla siguiente, basada en los datos proyectados del censo general del año 2005, para el año 2012, muestra la población risaraldense, desagregada por municipio de residencia.

Cuadro 3 Población según municipio. Risaralda 2012

Municipio	Total	%
Apia	18.540	2,0
Balboa	6338	0,7
Belén de Umbría	27726	3,0
Dosquebradas	193024	20,6
Guática	15446	1,7
La Celia	8646	0,9
La Virginia	31808	3,4
Marsella	22720	2,4
Mistrató	15815	1,7
Pereira	462209	49,4
Pueblo Rico	12.825	1,4
Quinchía	33602	3,6
Santa Rosa de Cabal	71601	7,7

Santuario	15610	1,7
Total departamento	935910	100,0

Fuente: DANE, censo general 2005. Datos proyectados 2012

Para el año 2012, la mayor densidad de población se situó en el municipio de Dosquebradas con 2719 habitantes por km², mientras que la menor densidad poblacional se localizó en los municipios de Mistrató y Pueblo Rico con 23 habitantes por km².

Cuadro 3 Población total y habitantes por km² según división político administrativa Risaralda 2012.

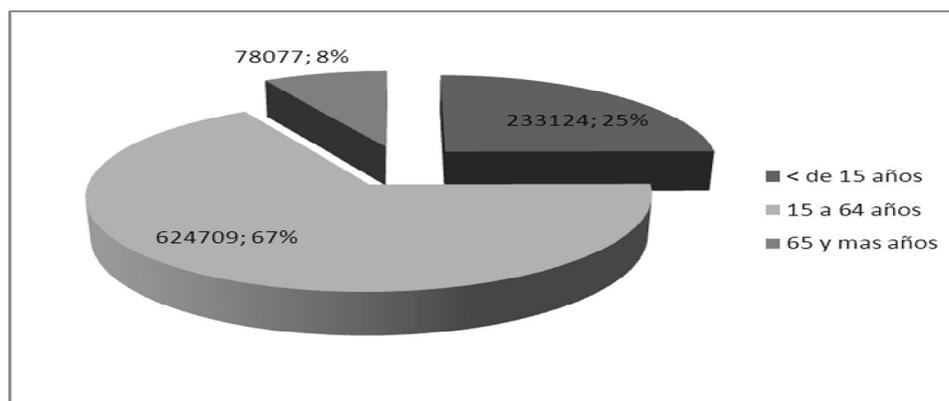
Municipio	Población	Extensión km ²	Hab km ²
Apia	17947	143	130
Balboa	6348	114	56
Belén de Umbría	27739	178	156
Dosquebradas	185209	71	2719
Guática	15623	95	163
La Celia	8710	102	85
La Virginia	31504	33	964
Marsella	21979	149	152
Mistrató	15466	690	23
Pereira	451645	603	767
Pueblo Rico	12366	561	23
Quinchía	33421	149	226
Santa Rosa de Cabal	70701	564	127
Santuario	15512	201	78
Total departamento	914170	3653	256

Fuente: DANE, censo general 2005. Datos proyectados 2012

Al realizar el análisis de población por grandes grupos de edad, se tiene que para el año 2012, 233.124 personas (25%) son menores de 15 años de edad, 624.709 (67%), tienen entre 15 y 64 años y 78077 (8%) son mayores de 65 años de edad.

Gráfico 2.

Población por grandes grupos etáreos - Departamento de Risaralda 2012



En relación con el primer grupo etáreo (Menores de 15 años) , el porcentaje ha ido disminuyendo a través de los años, como consecuencia del descenso de la tasa de natalidad, pasando del 41% en el año de 1973 al 25% en el año 2012.

El grupo etáreo intermedio representa a casi toda la población económicamente activa, sobre la cual recae la labor productiva, la capacidad reproductiva y la organización económica y social del departamento, pues los dos grupos etáreos extremos son en su mayoría personas económicamente dependientes; este grupo poblacional de los 15 a los 64 años de edad ha pasado del 56% en el censo del año 1973 al 67% en el año 2008.

Contrasta con lo anterior la población mayor de 65 años de edad, la cual pasó de representar el 3% en el año de 1973, al 8% para el año 2012, proporción considerada alta.

El alto peso porcentual (67%) del grupo de 15 - 64 años, y la ganancia de población vieja (8%), evidencia la estructura de una población que tiende al lento y sostenido envejecimiento, contrastada con un peso porcentual bajo (25%) en el grupo de 0 - 14 años, si se le confronta con los pesos relativos presentados en el

pasado por este mismo grupo etáreo, lo que muestra una disminución de la población en estas edades.

Cuadro 4. Población total por grupos etarios, zona y género, Risaralda 2012.

Grupos etarios	Hombres	Mujeres	Total
Menor de 1	7911	7532	15443
1 -4	31241	29807	61048
5 – 9	39.045	37.531	76.576
10 – 14	40.720	39.337	80.057
15 – 19	43.700	41.089	84.789
20 – 24	40.819	39.432	80.251
25 – 29	35.043	36.959	72.002
30 – 34	31.934	34.725	66.659
35 – 39	28.265	30.722	58.987
40 – 44	28.080	31.181	59.261
45 – 49	28.864	32.800	61.664
50 – 54	26.291	29.883	56.174
55 – 59	22.299	25.314	47.613
60 – 64	17.408	19.901	37.309
65 – 69	12.711	15.155	27.866
70 – 74	9.160	11.723	20.883
75 – 79	6.363	8.480	14.843
80 y más años	6.053	8.432	14.485
Total	455907	480003	935910

Fuente: DANE, censo general 2005. Datos proyectados 2012.

7.2.1 PIRÁMIDE POBLACIONAL.

La pirámide poblacional es una representación gráfica que permite apreciar el tamaño de la población agrupada por sexo y grupos de edad, siendo de gran utilidad pues muestra por varias generaciones los patrones de natalidad y mortalidad.

Al analizar la dinámica de la pirámide poblacional del departamento de Risaralda, se observa, un viraje hacia una pirámide de base más estrecha, por la disminución porcentual del grupo de 0 - 4 años, el cual representaba el 12.7% de la población en el año de 1973 (XIV Censo Nacional de Población), pasando a ser el 8.2% para el año 2012.

Además hay un ensanchamiento progresivo del cuerpo y de la cúspide, por el aumento de la población tanto adulta como anciana. En relación con este fenómeno, se puede señalar como la población de 20 a 59 años paso de representar el 41% en el año de 1973 al 53,7% en el año 2012 y la población mayor de 60 años paso del 5% en el año 1973, al 12,3% para el año 2012.

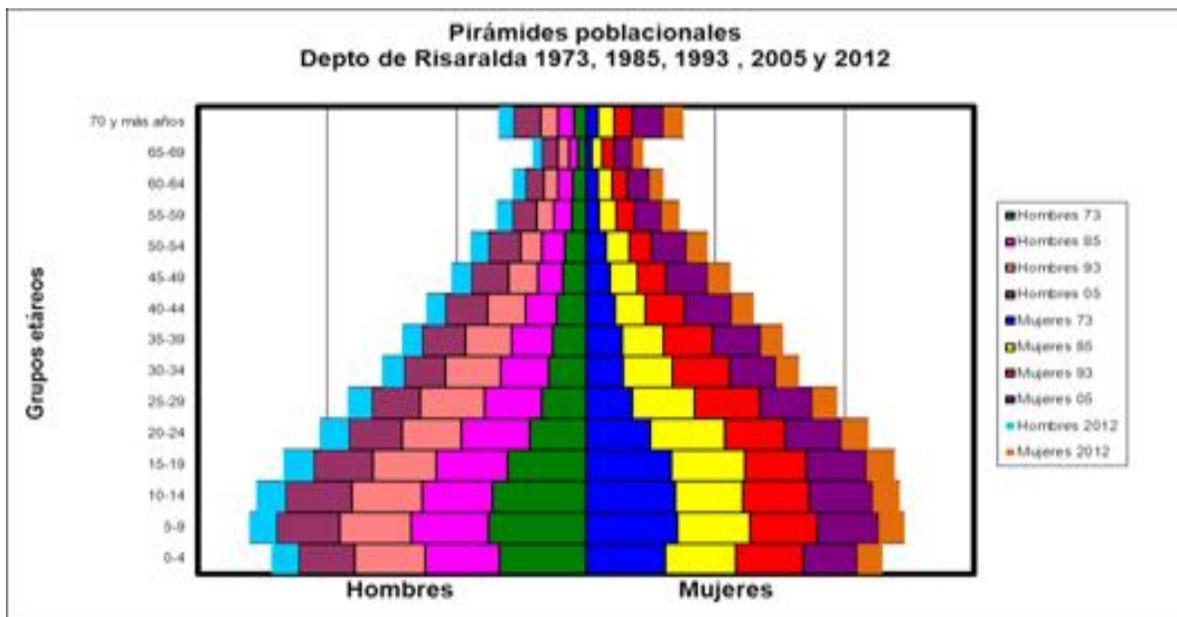
Cuadro 5. Porcentajes poblacionales comparativos en distintos censos para el Departamento de Risaralda.

Grupo etareo	Año	Censo 1973	Censo 1985	Censo 1993	Censo 2005	Población proyectada 2012
Menor de 5 años		12.7%	11.3%	10.7%	8.5%	8,2%
Menor de 10 años		27.2%	23.0%	21.4%	18.1%	16,4%
Menor de 15 años		41.4%	33.6%	32.0%	28.1%	34,0%
Adolescentes 10 a 19 años		26.9%	21.9%	20.2%	19.2%	17,6%
Población de 20 a 59 años		40.9%	49.3%	51.9%	52.4%	53,7%
Población de 60 y más años		5.0%	6.3%	6.8%	10.3%	12,3%

Fuente: DANE, censos poblacionales 1973, 1985, 1993, 2005 y población proyectada 2012

La situación anterior implica grandes e importantes cambios socioeconómicos, pues el crecimiento de la población adulta y anciana aumenta el costo de la atención en salud, asistencia social y régimen de jubilaciones y pensiones.

Grafico 3. Pirámides poblacionales 1973, 1985, 1993, 2005 y 2012 - Departamento de Risaralda.



En resumen la composición de la población risaraldense por edad y sexo corresponde a una pirámide en transición entre una expansiva y una constrictiva.

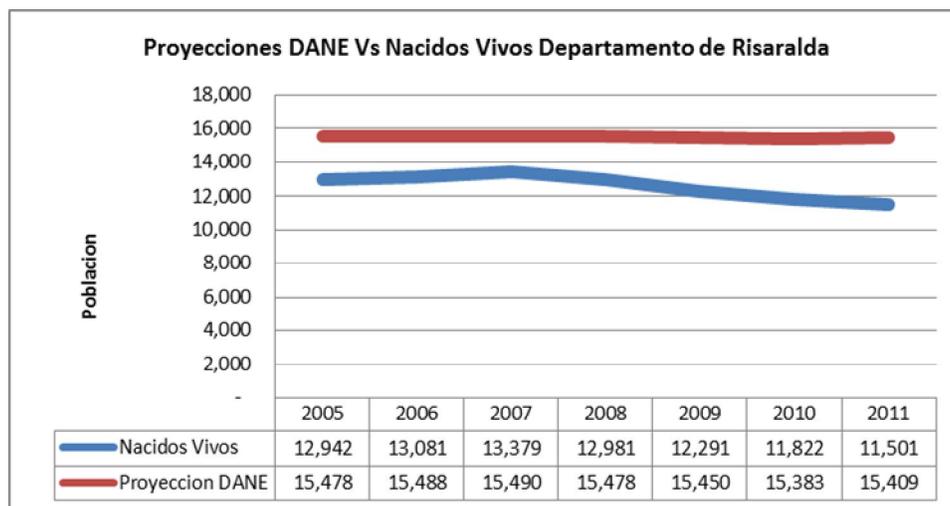
7.3 PROYECCIÓN DANE Y NACIDOS VIVOS

Históricamente en el departamento se ha observado una discordancia entre las poblaciones suministradas por el DANE en sus proyecciones y la Población actual; uno de estos ejemplos son los nacidos vivos en el departamento, existen diferencias entre la población de proyección DANE y los nacidos vivos del departamento, por ejemplo para el año 2010 esta diferencia fue de un total de 3614 niños. Es importante recalcar que este tipo de diferencias afectan una serie de indicadores relacionados con la salud pública como la vacunación y coberturas de programas de detección temprana y protección específica.

Cuadro 6 . Comparación datos nacidos vivos y proyección DANE por años Risaralda.

Año	Nacidos Vivos	Proyección DANE	Diferencia	
2005	12,942	15,478	2,536	16%
2006	13,081	15,488	2,407	16%
2007	13,379	15,490	2,111	14%
2008	12,981	15,478	2,497	16%
2009	12,291	15,450	3,159	20%
2010	11,822	15,383	3,561	23%
2011	11,501	15,409	3,908	25%

Grafica 5. Comparación nacidos vivos y proyecciones DANE Risaralda-



Fuente DANE

7.4 PERFIL DE MORBIMORTALIDAD

7.4.1 Morbilidad.

Respecto a la morbilidad, el cuadro 7 muestra las 10 primeras causas por consulta externa.

El primer lugar fue ocupado por la hipertensión esencial. Este hecho lleva a la necesidad de fortalecer las actividades del programa de hipertensión arterial dentro de las que figuran el desarrollo de acciones encaminadas a la captación temprana y la prevención de sus complicaciones, como el infarto agudo de miocardio, la insuficiencia cardiaca, los eventos cerebro vasculares isquémicos y hemorrágicos y la insuficiencia renal. Es vital la labor orientada al control de los factores de riesgo conocidos como el tabaquismo, el sobrepeso, la dieta rica en sal, el consumo excesivo de alcohol, el sedentarismo y el estrés; y la motivación para que el paciente no abandone el manejo farmacológico.

La caries de la dentina, se situó en el segundo lugar. Esto conduce al fortalecimiento de las actividades de P y P del programa de salud oral.

La rinofaringitis aguda (resfriado común) se ubicó en el tercer lugar. Al respecto este evento es una de las principales causas de enfermedad en todos los países del mundo, siendo la incidencia más alta en la población menor de 5 años y en los mayores de 60 años, para lo que debe trabajar desde la promoción de estilos de vida saludables.

En el cuarto lugar se encontró la infección de vías urinarias, patología bacteriana que es más común en niños y mujeres, siendo importante la consulta temprana y el apego estricto al tratamiento médico.

La diarrea y gastroenteritis de origen infeccioso fue también causa importante de consulta. Su presencia se encuentra relacionada directamente con las condiciones sanitarias ambientales (Agua potable, acueductos, alcantarillado, otros sistemas de disposición de excretas, disposición de basuras), y con factores socioeconómicos y culturales. Son básicas las actividades de mejoramiento de la infraestructura sanitaria, y las actividades de educación relacionadas con la higiene personal (Lavado de manos) y con los alimentos (Almacenamiento, preparación y consumo).

Cuadro 7. Morbilidad por consulta externa – 10 primeras causas. Departamento de Risaralda año 2011

Diagnóstico	Frecuencia	%	Tasa por 100.000 hab
Hipertensión esencial	138519	14,2	14886,1
Caries de la dentina	54199	5,6	5824,6
Rinofaringitis aguda	32522	3,3	3495,0
Infección de vías urinarias	24681	2,5	2652,4
Diarrea y gastroenteritis presunto origen infecciosa	23171	2,4	2490,1
Infección viral	17430	1,8	1873,1
Otros dolores abdominales y los no especificados	16532	1,7	1776,6
Lumbago no especificado	16278	1,7	1749,3
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	14528	1,5	1561,3
Gastritis no especificada	11267	1,2	1210,8
Total de consultas	972809	100,0	104544,3

Fuente: RIPS, Sistema de Información, SDS

En relación a las urgencias (Cuadro 8), el dolor abdominal como causa de consulta por el servicio de urgencias ocupó el primer lugar, siendo necesario mejorar la calidad del diagnóstico médico.

La diarrea y gastroenteritis de origen infeccioso figuran en el segundo lugar, siendo válidas las recomendaciones señaladas para consulta externa.

En el tercer lugar se situó la infección de vías urinarias, implica la presencia de microorganismos en el tracto urinario, generalmente bacterias, que precisan un manejo antibiótico adecuado por parte del personal médico. Desde la promoción y prevención debe educarse para la consulta temprana como medida para prevenir la sepsis y otras complicaciones derivadas de la expansión de la infección desde el árbol urinario.

La fiebre no especificada en el cuarto lugar, la infección viral no especificada en el sexto lugar, el traumatismo no especificado en el octavo y el dolor en el pecho en el noveno lugar, son sujetos a idéntica recomendación en la mejora del dictamen médico.

La aparición de la hipertensión arterial, en las causas de consulta por el servicio de urgencias puede ser indicio de la falta de impacto en el manejo integral del paciente hipertenso, que implicaría la revisión de la estrategia de atención en la consulta ambulatoria.

Cuadro 8. Morbilidad por urgencias – 10 primeras causas. Departamento de Risaralda año 2011

Diagnóstico	Frecuencia	%	Tasa por 100.000 hab
Otros dolores abdominales y los no especificados	1490	7,3	160,1
Diarrea y gastroenteritis presunto origen infecciosa	1210	5,9	130,0
Infección de vías urinarias	1012	5,0	108,8
Fiebre no especificada	778	3,8	83,6
Hipertensión esencial	668	3,3	71,8
Infección viral	555	2,7	59,6
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	548	2,7	58,9
Traumatismo no especificado	455	2,2	48,9
Dolor en el pecho no especificado	436	2,1	46,9
Bronconeumonía no especificada	373	1,8	40,1
Total de urgencias	20358	100,0	2187,8

Fuente: RIPS, Sistema de Información, SDS

Finalmente, el egreso hospitalario (Cuadro 9), muestra el alto peso aportado por la patología infecciosa, ocupando la infección de las vías urinarias el primer lugar como evento mórbido, encontrando en este listado también la bronconeumonía, la neumonía bacteriana y no especificada, la bronquiolitis aguda, la diarrea y gastroenteritis, y la celulitis.

Una mejor precisión diagnóstica debe ser trabajada con el personal médico, pues el hallazgo del diagnóstico otros dolores abdominales refleja debilidades en la clasificación diagnóstica.

Cuadro 9. Morbilidad por egreso hospitalario - 10 primeras causas. Departamento de Risaralda año 2011.

Diagnóstico	Frecuencia	%	Tasa por 100.000 hab
Infección de vías urinarias	2501	7,1	268,8
Bronconeumonía no especificada	1573	4,5	169,0
Neumonía bacteriana	1401	4,0	150,6
Neumonía no especificada	1353	3,8	145,4
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1084	3,1	116,5
Bronquiolitis aguda	912	2,6	98,0
Diarrea y gastroenteritis presunto origen infecciosa	870	2,5	93,5
Celulitis de otras partes de los miembros	853	2,4	91,7
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda	833	2,4	89,5
Otros dolores abdominales y los no especificados	817	2,3	87,8
Total de egresos	35232	100,0	3786,3

Fuente: RIPS, Sistema de Información, SDS

7.4.2 Mortalidad

En el año 2009 se presentaron 4944 defunciones en el Departamento, con una tasa bruta de mortalidad de 5.4 por 1000 personas, registrando dentro de las 10 primeras causas de muerte (Cuadro 10), dos eventos del sistema circulatorio, dos eventos por causas externas, dos eventos tumorales, tres eventos crónicos y un evento infeccioso.

La primera causa de muerte fue el infarto agudo del miocardio, seguida por la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la agresión con disparo de arma de fuego en calles y carreteras.

Dentro de la patología tumoral, los cánceres de estómago y pulmón fueron los que aportaron el mayor número de muertes.

Cuadro 10. Mortalidad general – 10 primeras causas. Departamento de Risaralda año 2009.

No. ORDEN	CAUSA	CASOS	TASA POR 100.000 HAB.
1	Infarto agudo del miocardio	705	76,7
2	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	283	30,8
3	Agresión disparo arma de fuego en calles y carreteras	163	17,7
4	Agresión disparo arma corta en calles y carreteras	149	16,2
5	Tumor maligno del estómago	131	14,2
6	Tumor maligno de bronquios y pulmón	106	11,5
7	Diabetes mellitus no especificada, con otras complicaciones	78	8,5
8	Hemorragia intraencefalica	70	7,6
9	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección aguda de vías respiratorias inferiores	67	7,3

No. ORDEN	CAUSA	CASOS	TASA POR 100.000 HAB.
10	Neumonía no especificada	59	6,4
11	Otras causas	3133	340,7
	TOTAL	4944	537,6

Fuente: DANE Certificados de defunción, datos preliminares, 2009

Al realizar la agrupación de las causas de muerte (Cuadro 11), se observa que el 28.9% de las muertes se debieron a eventos del sistema circulatorio, predominando de lejos las enfermedades isquémicas del corazón, dentro de las que está incluido el infarto agudo del miocardio; seguido de las enfermedades cerebrovasculares.

El 17.6% de las muertes se debieron a causas externas, con una tasa departamental de 94,4 por 100.000 habitantes.

Con el 19,1% se ubicaron las neoplasias, sobresaliendo el tumor maligno del estómago, seguido por el tumor maligno de pulmón.

A las enfermedades transmisibles les correspondió el 6,5%, con una tasa de 34,9 por 100.000 habitantes.

Con el 25,4% figuran todas las demás causas de muerte, con una tasa departamental de 136,4 por 100.000 habitantes; el 1,2% de las muertes fueron por afecciones del periodo perinatal y el 1,3% se clasificaron como causas mal definidas de mortalidad.

Cuadro 11. Mortalidad general según grupos de causas - Departamento de Risaralda año 2009.

No	GRUPO DE CAUSA	CASOS	%	TASA POR 100.000 HAB
1	Enfermedades transmisibles	321	6,5	34,9
2	Neoplasias (Tumores)	945	19,1	102,8
3	Enfermedades del sistema circulatorio	1429	28,9	155,4
4	Afecciones originadas en el periodo perinatal	61	1,2	6,6

5	Causas externas	868	17,6	94,4
6	Todas las demás	1254	25,4	136,4
7	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	66	1,3	7,2
	Total Causas	4944	100	537,6

Fuente: DANE Certificados de defunción, datos preliminares, 2009

7.4.3 Comportamiento de los eventos de interés en Salud Pública reportados al SIVIGILA

El análisis comparativo de los años 2010 y 2011 de los eventos de interés en Salud Pública reportados al SIVIGILA muestra lo siguiente:

Cuadro 12. Consolidado comparativo de eventos de interés en Salud Pública - Departamento de Risaralda 2010 – 2011.

Evento	Año 2010 - Casos	Tasa (100.000 hab)	Año 2011 - Casos	Tasa (100.000 hab)	Diferencia de casos
Accidente ofídico	34	3,7	48	5,2	14
Dengue	11603	1254,2	679	73,0	-10924
Dengue grave	233	25,2	12	1,3	-221
ESAVI	27	2,9	27	2,9	0
Exposición rábica leve	147	15,9	342	36,8	195
Exposición rábica grave	32	3,5	46	4,9	14
Fiebre amarilla	0	0,0	0	0,0	0
Hepatitis A	33	3,6	21	2,3	-12
Hepatitis B	23	2,5	37	4,0	14
Influenza A H1N1	11	1,2	9	1,0	-2

Intox alimentaria	102	11,0	159	17,1	57
Intoxplaquicidas	224	24,2	271	29,1	47
Intoxfarmacos	99	10,7	106	11,4	7
Intox solventes	16	1,7	16	1,7	0
Intox otras sust químicas	78	8,4	90	9,7	12
Intoxsust psicoactivas	15	1,6	51	5,5	36
Lepra	4	0,4	4	0,4	0
Leishmaniasis cutánea	255	27,6	165	17,7	-90
Leptospirosis	163	17,6	197	21,2	34
Lesión polvora	36	3,9	35	3,8	-1
Leucemias agudas pediátricas	5	2,1	6	2,6	1
Malaria complicada	23	2,5	9	1,0	-14
Malaria mixta	41	4,4	26	2,8	-15
Malaria falciparum	174	18,8	27	2,9	-147
Malaria malariae	0	0,0	0	0,0	0
Malaria vivax	1310	141,6	601	64,6	-709
Malnutrición	405	43,8	377	40,5	-28
Meningitis haemophilus	1	0,1	3	0,3	2
Meningitis meningococica	0	0,0	1	0,1	1
Meningitis neumococcica	0	0,0	0	0,0	0

Muerte cólera	0	0,0	0	0,0	0
Muerte dengue	13	1,4	0	0,0	-13
Muerte malaria	3	0,3	0	0,0	-3
Muerte materna (Tasa 100.000 NV)	7	67,4	3	26,8	-4
Muerte perinatal (Tasa 100.000 NV)	136	1310,3	136	1214,1	0
Muerte por EDA < 5 años (Tasa por 1000 <5 años)	8	10,4	5	6,5	-3
Muerte por IRA < 5 años (Tasa por 100.000 <5 años)	12	15,6	9	11,7	0
Parotiditis	111	12,0	132	14,2	21
PFA < 15 años (Tasa por 100.000 < 15 años)	0	0,0	2	0,9	2
Rubeola (Sospechosos)	11	1,2	9	1,0	-2
Sarampión (Sospechosos)	2	0,2	11	1,2	9
Sífilis congénita (Tasa por 1000 NV)	53	510,6	75	7,2	22
Sífilis gestacional (Tasa MEF 10 - 49 años)	98	34,1	138	48,1	40
Tétanos neonatal (Tasa por 1000 NV)	0	0,0	0	0,0	0
Tétanos accidental	0	0,0	1	0,1	1
Tosferina	1	0,1	15	1,6	14

TB extrapulmonar	42	4,5	64	6,9	22
TB pulmonar	334	36,1	298	32,0	-36
TB meníngea	5	0,5	8	0,9	3
Varicela	871	94,2	1620	174,1	749
VIH - SIDA	200	21,6	222	23,9	22

Fuente: SIVIGILA, SDS de Risaralda 2011 - 2012

1)- Eventos inmunoprevenibles:

- ESAVI: El número de eventos reportados se mantuvo constante (27 casos) durante los 2 años comparados.

- Influenza A H1N1: En el año 2011, persiste el evento, con la confirmación de 9 casos, 3 de ellos fatales.

- Meningitis por haemophilusinfluenzae: Se reportan 3 casos no fatales en el año 2011, con un aumento en el reporte de casos respecto al año 2010 en el que se presentó un caso.

- Meningitis meningocócica: Se notificó un caso no fatal en paciente menor de edad residente en el municipio de Dosquebradas.

- Meningitis neumocócica: No se informaron casos en los años 2010 y 2011.

- Parotiditis: Se registró un aumento de 21 casos notificados en el año 2011, respecto al año 2010

- PFA: Para el año 2011 se reportaron dos casos, uno residente en el Departamento de Caldas y el otro en el municipio de Apia, descartando polio en ambos casos

- Rubeola sarampión: En el año 2011 se mejora la captación del evento, con 20 casos sospechosos reportados, todos descartados por laboratorio.

- Tétanos accidental: Se reporta un caso en el año 2011, paciente adulto residente en el municipio de Pereira.

- Tosferina: En el año 2011 se presentaron 15 casos confirmados por laboratorio, contra 1 caso en el año 2010. Pereira aportó el mayor número de casos, pero la mayor tasa la alcanzaron los municipios de Mistrató y Santuario. El evento se presentó tanto en niños, como en adultos, en el rango del año de edad a los 44 años.

- Varicela: Se presentó un aumento del 86% en el reporte de casos, con Pereira y Dosquebradas como los municipios con más casos y los municipios de Pueblo Rico, Dosquebradas, Santa Rosa de Cabal y Santuario con las tasas más altas.

No se presentaron casos de fiebre amarilla, tétanos neonatal y difteria.

2)- ETV:

- Dengue: Para el año 2011 el Departamento superó la epidemia del año 2010, manteniendo el evento en la zona de seguridad del canal endémico y sin casos fatales reportados.

- Malaria: En el año 2011 se presentó una franca disminución en el reporte de casos, manteniendo el evento en la zona de seguridad del canal endémico y sin casos fatales reportados.

- Leishmaniasis cutánea: Se observó una disminución del 65% en la notificación de casos.

- Leishmaniasis mucosa: En el año 2010 no se reportaron casos, a diferencia del año 2011 en el que se informó 1 caso.

Como ya se mencionó no se registraron casos de fiebre amarilla en el Departamento. De igual forma, no se reportaron casos de leishmaniasis visceral.

3)- Zoonosis:

- Accidente ofídico: De la mano del fenómeno de La Niña, se evidenció un aumento del 41% en el reporte del evento, con un caso fatal en una menor indígena del municipio de Pueblo Rico y las mayores tasas en los municipios de Pueblo Rico, Santuario y Mistrató.

- Exposición rábica: Tanto la exposición rábica leve como la grave aumentaron (133% y 44%), con Santa Rosa, Pereira y Belén de Umbría presentando el mayor riesgo para la exposición rábica leve y La Celia para la exposición grave.

- Leptospirosis: Aumento del 21% en el reporte en el año 2011 comparado con el año 2010, persistiendo las dificultades para el diagnóstico, pues no a todos los casos probables se les toma muestra pareadas de suero.

4)- Intoxicaciones:

- Intoxicación por plaguicidas: Los 14 municipios que conforman el Departamento reportaron casos. En relación con este reporte, se observó un aumento del 21% en

el año 2011 comparado con el año 2010. La Celia presentó la mayor tasa (161,6 por 100.000 habitantes).

- Intoxicación alimentaria (ETA): En el año 2011 se reportaron 159 casos, 57 casos más que en el año 2010, con la tasa más alta en el municipio de La Virginia (163,9 por 100.000 habitantes) y 52 casos notificados.

- Intoxicación por fármacos: Se presentó un leve aumento del 7% en el reporte de casos (99 casos en el año 2010 vs. 109 casos en el año 2011). Pereira es el municipio con el mayor número de casos (58) y Pueblo Rico el de la mayor tasa (23,5 por 100.000 habitantes).

- Intoxicación por solventes: El número de casos reportados no mostró variación (16 casos reportados, tanto en el año 2010 como en el 2011). Pereira reportó el mayor número de casos (9), pero la Celia alcanzó la mayor tasa (23,1 por 100.000 habitantes).

- Intoxicación por otras sustancias químicas: Se aprecia un incremento en el reporte de casos del 15% en el año 2011 (90 casos) contra lo observado en el año 2010 (78 casos).

- Intoxicación por sustancias psicoactivas: Este evento se empezó a reportar en el SIVIGILA a partir de la semana 22 de 2010, con 15 casos notificados ese año. En el año 2011, se informaron 51 casos, con un alza notable en el reporte. Pereira con 34 casos y Dosquebradas con 11 casos, fueron los municipios que más aportaron en el reporte.

5)- Micobacterias:

- Tuberculosis pulmonar: En el año 2011 se reportaron 298 casos, 36 casos menos que en el año 2010 en el que fueron notificados 334 casos, con Pereira como el municipio con más casos (158) y Pueblo Rico con la mayor tasa (86,1 por 100.000 habitantes) y 11 casos notificados

- Tuberculosis extrapulmonar: Se apreció un incremento del 15% en el reporte (42 casos en el año 2010 vs. 64 casos en el año 2011). Pereira aportó 40 casos al reporte y Pueblo Rico fue el municipio con la tasa más alta (15,7 por 100.000 habitantes).

- Tuberculosis meníngea: Aumento en el reporte de casos en el año 2011 (8 casos) con relación al año 2010 (5 casos). Los casos se presentaron en población mayor de 14 años de edad, con 5 casos residentes en Pereira..

- Lepra: Contrario a lo que muchos piensan, la enfermedad existe y prueba de ello es el reporte de 4 casos en el año 2010 y 4 casos en el año 2011 de pacientes residentes para este último año en los municipios de Belén de Umbría (1), Pereira (2) y Quinchía (1).

6)- ITS:

- Hepatitis B: Se observa un aumento del 61% en el reporte de casos en el año 2011 con relación al año 2010, con el mayor número de casos notificados y residentes en Pereira y la mayor tasa en el municipio de Santa Rosa de Cabal .

- Sífilis congénita: Se reportaron 75 casos en el año 2011, 22 casos más que en el año 2010 (Que corresponde a un incremento del 42%), en el que se informaron 53 casos, con 6 municipios notificando casos al SIVIGILA. La mayor tasa la presentó el municipio de Mistrató con 14,8 por 1000 nacidos vivos. Como departamento no se alcanzó la meta nacional de 0,5 casos por 1000 nacidos vivos.

- Sífilis gestacional: Durante el año 2011 se reportaron 138 casos, 40 casos más que en el año 2010, (Que corresponde a un incremento del 40%), periodo en el que se notificaron 98 casos. La tasa departamental se situó en 48,1 por 100.000 MEF, con el mayor riesgo en el municipio de Guática (Tasa de 118,1).

- VIH/SIDA: En el año 2011 se reportaron 222 casos, 22 casos más que en el año 2010 (200 casos), con un aumento en la notificación del 11%, 11 municipios con casos nuevos, una tasa departamental de 23,9 por 100.000 habitantes y Pereira con la mayor tasa (31,1 100.000 habitantes).

7)- Crónicas:

- Lesiones por pólvora: A pesar de la fuerte campaña contra su uso, sobre todo en los meses de diciembre, no se observa variación en el reporte del evento (36 casos en el año 2010 contra 35 casos en el año 2011), con 10 municipios notificando el evento para el último año. Pereira fue el municipio con el mayor número de casos residentes en su territorio.

- Leucemias agudas pediátricas: En el año 2011 se registraron 6 casos de leucemia linfocítica aguda, ninguno de ellos fatales, en comparación con el año 2010 en el que se reportaron 5 casos, (4 de leucemia linfocítica aguda y 1 caso de leucemia mielocítica aguda), igualmente no fatales.

8)- Mortalidad evitable:

- Muerte materna: En el al año 2010 se informaron 7 muertes maternas (5 gestantes de Risaralda y 2 de otros departamentos), con 5 muertes indirectas y 2 directas

(Ruptura prematura de membranas en gestante que residía en Belén de Umbría y Sepsis puerperal en gestante que residía en Chinchiná (Caldas). Para el año 2011, se reportaron 3 muertes, 2 indirectas (TB en gestante que residía en Pereira y lupus en gestante que residía en La Virginia) y una directa (Eclampsia) en gestante que residía en Belén de Umbría. La tasa departamental para el año 2011 se ubicó en 26,8 por 100.000 nacidos vivos.

- Muerte perinatal: Se notificaron igual número de muertes para los años 2010 y 2011 (136 casos). Doce municipios reportaron casos y dos no informaron muertes (La Celia y Santuario). Pereira reporto el mayor número de casos, residentes en su territorio (63) y Mistrató presentó la mayor tasa (51,9 por 1000 nacidos vivos).

- Muerte por EDA en menores de 5 años: En el año 2010 se reportaron 8 muertes (Pueblo Rico 4, Mistrató 2, La Virginia 1 y Pereira 1) y en el año 2011, 5 muertes (Pueblo Rico 4 y Pereira 1). La tasa departamental del año 2011 fue de 5,2 por 100.000 menores de 5 años.

- Muerte por IRA en menores de 5 años: Se reportaron 12 muertes en el año 2010 (Pueblo Rico 5, Mistrató 4 y Pereira 3) y 9 muertes en el año 2011 (Pueblo Rico 6, Pereira 1, Quinchia 1 y La Dorada – Caldas 1), con una tasa departamental para las 8 muertes de menores residentes en Risaralda de 10,4 por 1000.000 menores de 5 años.

No ocurrieron muertes por cólera, dengue y malaria en el año 2011, a diferencia del año 2010, en el que se presentaron 13 muertes por dengue (12 residentes en Risaralda y uno en Caldas) y 3 muertes por malaria (2 residentes en Risaralda – Pueblo Rico y uno en el Chocó).

9)- Otros eventos:

- Hepatitis A: En el año 2011 se notificaron 21 casos, 12 menos que en el año 2010 (33 casos). Dosquebradas y Pereira reportados 6 casos cada uno. Pueblo Rico mostró la mayor tasa (23,5 por 1000.000 habitantes) y 3 casos reportados.

- Malnutrición: En este evento se reporta el déficit de peso, el sobrepeso y la obesidad. En el año 2010 se notificaron 405 casos y en el año 2011, 377 casos de los cuales 265 (70%) corresponden a déficit, 21 (6%) a sobrepeso y 91 (24%). Pereira y Pueblo Rico fueron los municipios más activos en el reporte (148 y 121 casos respectivamente), con la mayor tasa en el municipio de Pueblo Rico (947,0 por 100.000 habitantes).

7.4.4 Conclusión

En términos generales, luego de analizar la morbilidad del departamento de Risaralda, su perfil epidemiológico se caracteriza por presentar una mezcla de patologías, en la que se combina la patología infectocontagiosa propia de países y regiones que todavía no han resuelto necesidades básicas, con las patologías crónicas y degenerativas, más propias del desarrollo y de los estilos de vida modernos. Esto es lo que se conoce como la transición epidemiológica.

Sin embargo en la medida que nuestro país y departamento no avancen en la resolución de las necesidades básicas insatisfechas de la población menos favorecida, no se concluya el conflicto armado que desangra la nación y la población no adopte estilos de vida saludable, será muy difícil impactar el perfil epidemiológico de morbilidad aquí presentado.

CAPITULO 8

PANORAMA GENERAL DE FACTORES DE RIESGO EN SALUD AMBIENTAL DEL DEPARTAMENTO DE RISARALDA

A continuación se presenta una lectura clara del estado de la salud ambiental departamental desde las funciones desarrolladas por la Secretaria de Salud con énfasis en la información generada por el trabajo de campo en el 100% del territorio departamental:

8.1 VIGILANCIA DE LA CALIDAD DEL AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO.

El panorama del suministro y consumo de agua para el consumo humano en el departamento de Risaralda, presenta una situación que ha sido reiterada durante la última década, existen clara diferencias entre las zonas urbana y rural reflejadas en el indicador nacional IRCA I (índice de riesgo de la calidad del agua) ver tabla anexa y que pone de manifiesto que el hecho de contar con una empresa de servicios públicos domiciliarios y con ella la infraestructura sanitaria de acueducto se asocia a acceder a agua potable.

Cuadro No13: Consolidados IRCAS reportadas por el INS

MUNICIPIO	CONSOLIDADO IRCA DEPARTAMENTAL SEGÚN SIVICAP INS					
	2007	2008	2009	2010	2011	TOTALES
% de potabilidad	80,50	76,40	75,80	75,80	85,00	78,70
Total de muestras	164,00	1.175,00	1.590,00	1.614,00	1.572,00	6.115,00
IRCA Departamental	29,40	25,70	26,30	25,50	18,70	25,12
MUNICIPIO	2007	2008	2009	2010	2011	TOTALES
Pueblo rico	36,90	44,80	42,10	49,00	50,80	44,72
Apía	28,20	26,70	35,50	28,00	12,70	26,22
Santuario	58,70	27,00	48,00	44,40	39,50	43,52
Mistrató	26,30	42,50	26,10	42,20	35,90	34,60
Belén de Umbría	57,60	27,70	36,90	27,90	26,00	35,22
Guática	32,20	37,30	36,50	35,90	36,40	35,66
Quinchia	43,60	42,30	40,60	39,10	29,20	38,96
Marsella	22,50	28,80	22,20	31,10	8,30	22,58
Santa rosa de cabal	24,70	5,40	42,90	31,10	31,20	27,06
La Celia	46,90	44,50	41,40	41,10	25,00	39,78
Balboa	30,60	35,00	47,70	42,70	36,90	38,58

La Virginia	0,00	2,20	18,90	22,80	23,00	13,38
Pereira	19,00	7,50	6,00	11,00	6,50	10,00
Dosquebradas	22,80	29,40	28,50	18,40	23,00	24,42
TOTALES	32,1	28,7	33,8	33,2	27,5	31,1

Fuente: Secretaria de Salud Departamental.

Es decir, la mayor parte del tiempo, salvo excepciones asociadas con deficiencias de operación y mantenimiento o estado de las redes de acueducto, la zona urbana se surte de agua potable, mientras que en la zona rural persiste la ausencia de procesos integrales de potabilización del agua, incluso dosificación permanente de cloro (solo en el 30% de los acueductos) y el 70% restante consume agua cruda sin tratamiento alguno. De hecho, se requiere un seguimiento especial a esa franja de 30% que realiza la cloración por cuanto no es garantía de potabilización del agua, esto por la ausencia de procesos de potabilización que remuevan la turbiedad, el color y con ella la contaminación microbiológica, sin embargo, esta práctica “vende” una falsa sensación de seguridad.

Por lo antes mencionado, es claro que en términos de IRCA al considerar los valores de la tabla No1 se tiene que se reporta de manera conjunta tanto la zona rural como la urbana, entonces las bajas coberturas rurales afectan el indicador por municipio, esto debido a que se considera al Alcalde como la autoridad sanitaria municipal responsable inclusive de la prestación y calidad de los servicios públicos domiciliarios. Cabe mencionar, que no menos del 90% de las causas de inadmisibilidad de las muestras (no potables) se concentra en el incumplimiento de 6 parámetros comunes (turbiedad, color, cloro residual, hierro, coliformes totales y coliformes fecales) entre 39 pruebas consideradas idealmente. Este aspecto se encuentra asociado a la ausencia o deficiencias (cuando se tiene sistema de potabilización) en la operación, mantenimiento y estado (ausencia/presencia) de los procesos de tratamiento que aseguren su remoción (parámetros físico-químicos).

Cuadro 14. Acueductos rurales por municipios del Risaralda 2011

ACUEDUCTOS RURALES MUNICIPALES		
Municipio	Totales	Desinfección
Apia	27	15
Balboa	13	3
Belén de umbría	42	11
Dosquebradas	60	27
Guática	32	11
La celia	32	3
La Virginia	2	1
Marsella	26	12
Mistrató	38	6
Pereira	55	36
Pueblo rico	42	12
Quinchia	114	70
Santuario	34	5
Santa rosa de cabal	24	12
Totales	541	224

Fuente: Secretaria de Salud Departamental.

Si bien es cierto, las inversiones del plan departamental del agua (PDA) permiten evidenciar el mejoramiento de la infraestructura sanitaria, especialmente en sistemas de potabilización de las áreas urbanas, debe tenerse en cuenta el proceso complementario de garantizar la sostenibilidad de la prestación del servicio, las competencias laborales de los operarios, las condiciones laborales, el funcionamiento de los laboratorios de control de calidad del agua y la implementación de la capacidad de respuesta a emergencias y desastres.

Especial atención demanda la zona rural, dado que las organizaciones existentes, ya sean juntas, asociaciones de usuarios las cuales responden en buen parte a iniciativas comunitarias de organización que demandan un mayor acompañamiento del estado en procesos dirigidas a mejorar su capacidad de administración y operación-mantenimiento.

8.2 RESIDUOS SÓLIDOS DOMÉSTICOS

Es evidente en el departamento la regionalización del servicio de disposición final de residuos domésticos para lo cual el relleno sanitario “La Glorita” del municipio de Pereira se convierte en el referente más fuerte y demanda el ejercicio conjunto de gestión del riesgo sanitario por parte no solo de la Secretaria de Salud municipal sino del concurso del ente departamental.

Aunque municipios como Quinchia aún poseen relleno sanitario propio, se ha hecho fuerte la tendencia a desarrollar proyecto de reciclaje de residuos en plantas dispuestas para tal fin como es el caso de Pereira, Belén de Umbría y Mistrató inclusive Quinchia, no obstante los puntos críticos de dicha infraestructura

se relacionan con las condiciones sanitarias de funcionamiento, incluso el desarrollo de programas de salud ocupacional, afiliación a la seguridad social, garantía de POES (procedimientos operativos estandarizados de saneamiento) relacionados con el control integrado de plagas, aseo, limpieza y desinfección, suministro de agua potable y manejo de residuos que en determinados períodos de funcionamiento comprometen la seguridad de trabajadores y de su entorno próximo (molestias sanitarias) por olores ofensivos, presencia de plagas, entre otros.

Debe tenerse en cuenta, la necesidad de reconocer la importancia del desarrollo del componente de educación sanitaria con énfasis en el uso racional, el reuso y el reciclaje en la fuente, dado que por sí solo el sistema de recolección y disposición final no son suficientes. Por tal motivo el desarrollo de experiencias exitosas a nivel empresarial y de trabajo comunitario como ENFASYS de Pereira deberá extenderse al resto del departamento en complemento al ejercicio llevado a cabo mediante la estrategia ESCUELAS SALUDABLES.

8.3 RESIDUOS ESPECIALES.

El departamento de Risaralda ha evolucionado gradualmente en cuanto a las condiciones de gestión integral de residuos especiales (hospitalarios y peligrosos) de la mano de los generadores y especialmente de la CARDER, la Secretaria de Salud inclusive la Contraloría departamental, prueba de ello que se ha superado eventos pasados como la presencia de residuos en la vía pública.

Tabla No 15. Censo sanitario de sujetos programa residuos especiales .2011

ESTABLECIMIENTOS	Número
Morgues, depósitos de cadáveres	24
Cementerios	24
Funerarias	65
TOTAL	113

Fuente: Secretaria de Salud Departamental.

Ahora bien, cuando se trata de generadores diferentes a los prestadores de servicios de salud y similares, aparecen en el escenario morgues, cementerios, funerarias, salas de velación, laboratorios de preparación de cadáveres, el ejercicio ha sido gradual durante los últimos seis años toda vez que se ha incluido

la gestión del riesgo biológico como elemento articulador, tal situación pone de manifiesto la necesidad de trabajar en los siguientes aspectos:

1. Mejorar la oferta formativa en el sector de preparación, manipulación de cadáveres.
2. Superar las prácticas de evasión elusión en el pago de la seguridad social y riesgos profesionales.
3. Definir de manera conjunta las exigencias del cumplimiento del marco legal por parte de los entes de control: CARDER, Secretarías de Salud.
4. Priorizar sobre la base de los programas de gestión de residuos, los POES y los programas de salud ocupacional la gestión del riesgo en dichos establecimientos: riesgo biológico y riesgo químico especialmente.
5. Garantizar el desarrollo de acciones conjuntas para asegurar el cumplimiento de las normas de bioseguridad y control de derrames, vertimientos para asegurar la buena calidad del servicio, la protección de los trabajadores y la reducción de la contaminación ambiental.

8.4 PROGRAMA VIGILANCIA DE LA INOCUIDAD DE ALIMENTOS Y BEBIDAS ALCOHOLICAS

El objetivo de este programa se basa en el desarrollo de un plan de acción en asesoría y asistencia técnica, vigilancia y control de la gestión a nivel municipal, tendiente a reducir los factores de riesgo asociados al consumo (contaminación, adulteración, falsificación), con el fin de minimizar la morbilidad causada por el consumo de alimentos no inocuos.

En el año 2011 el área de Salud Ambiental de la Secretaria de Salud Departamental, inicio la construcción del mapa de riesgos sobre la inocuidad de los alimentos, iniciando con la línea de carne, productos cárnicos comestibles y derivados cárnicos, como un piloto en el eje cafetero y mediante este ejercicio práctico evidenciar y calificar el riesgo generado mediante prácticas inadecuadas y costumbres perpetuadas a lo largo de la cadena cárnica. Como resultado de dicho ejercicio, se tienen los siguientes hallazgos:

1. Fallas en la cadena de frio manifestadas en el transporte de canales desde la planta de beneficio a los expendios.
2. Fallas en la cadena de frio en los expendios de los pabellones de carne, ya que se realiza desposte, despiece y expendio a temperatura ambiente
3. Contaminación cruzada, con el almacenamiento de carnes y PPC crudos con productos procesados.

4. Fallas en la limpieza y desinfección de equipos y utensilios; es evidente la falencia y necesidad de capacitación en la formulación e implementación de los POES.
5. Falta de suministro de agua potable por no tener conexión a la red municipal de acueducto, contar con tanques de reserva a los cuales no se les realiza un adecuado mantenimiento periódico o almacenamiento en recipientes que no garantizan su calidad.
6. Manipuladores de alimentos con inadecuadas prácticas higiénicas.
7. Utilización de Equipos y Utensilios no recomendados para el desarrollo de las actividades propias del establecimiento, tales como troncos y mesas de madera, cuchillos con mangos de madera, neveras y cuartos fríos obsoletos.
8. Infraestructura deficiente, en especial en los pabellones de carne y establecimientos ubicados en plaza pública.

Grafico 7. Perfil Sanitario de Expendios de Carne por Municipio Risaralda.

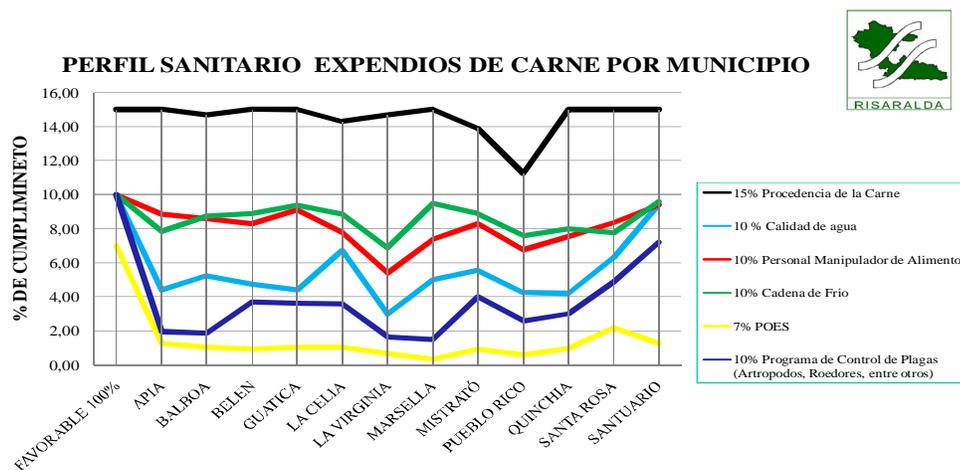


Grafico 8. Perfil Sanitario de Servicios de Alimentación por Municipio Risaralda.

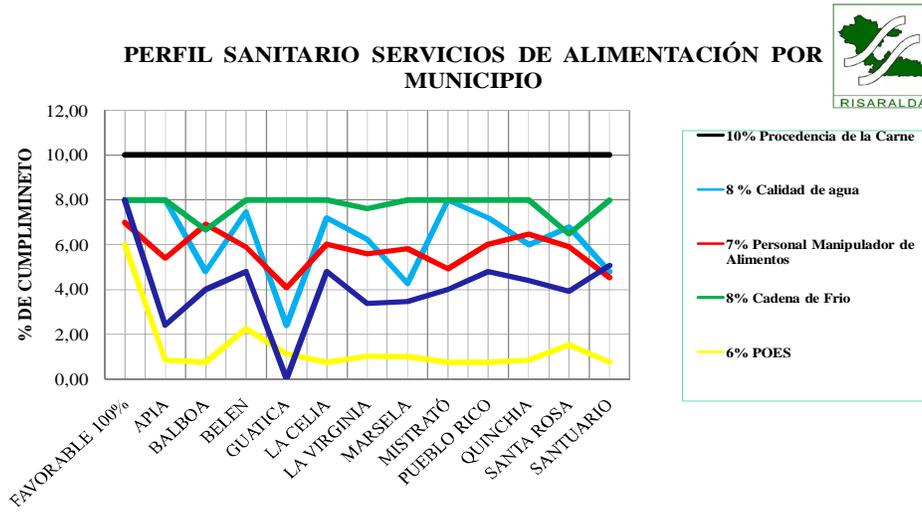
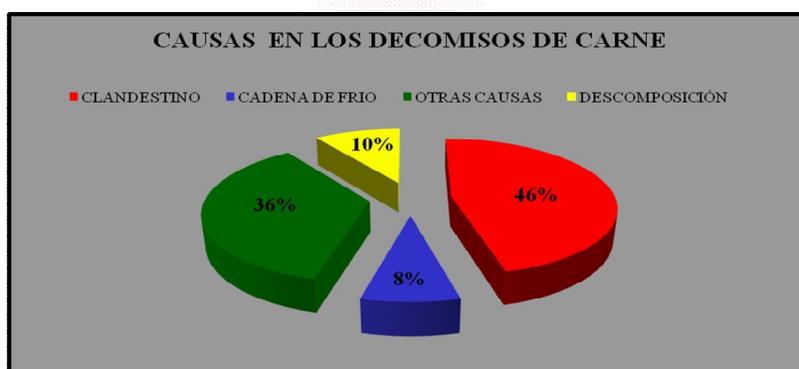
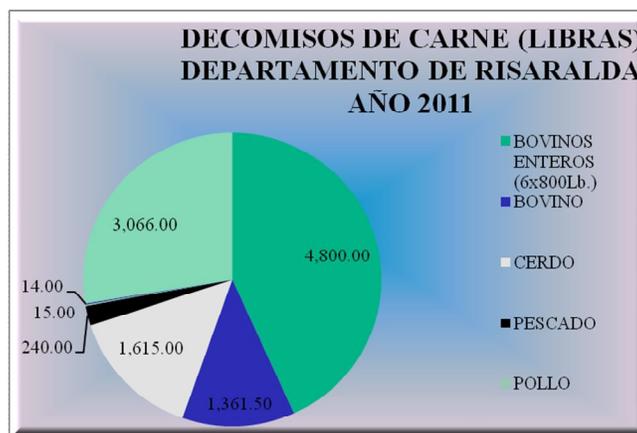


Grafico 9 Mapa de Riego Inocuidad de los Alimentos 2011.



Grafico 10 decomisos de carne Risaralda 2011.



8.5 ZONOSIS

Las zoonosis son enfermedades transmisibles de los animales al ser humano y viceversa. Aunque en el departamento de Risaralda, por sus condiciones geográficas, topográficas y su extensión se dificultan las grandes explotaciones de animales domésticos (bovinos, porcinos y de aves), se cuenta con algunas que a pequeña escala realizan sus actividades en forma inadecuada sin cumplir los requerimientos legales emitidos por el Instituto Colombiano Agropecuario – ICA y Ministerio de agricultura. Entre los principales incumplimientos normativos se tienen: carencia de programas de sanidad animal (vacunación), falta de control en la alimentación de los ejemplares (inapropiadas zonas de alimentación), no se implementan programas de salud ocupacional (incluida la dotación) con las personas que laboran en los sitios de explotación; aunado a ello, la comunidad de las zonas rurales no tiene percepción del riesgo frente al consumo de alimentos procedentes de estos sitios; comportamientos que influyen directamente en la propagación de las zoonosis.

En relación con las zonas urbanas por su parte, los mayores factores de riesgo están asociados con la construcción de las viviendas (paredes en bahareque, pisos en madera con subterráneos), además de prácticas culturales, como inadecuado manejo de residuos sólidos (basuras), explotaciones de porcinos y aves en viviendas urbanas, al igual que sitios de reciclaje; actividades estas que favorecen la aparición de roedores principales transmisores de enfermedades zoonóticas como leptospirosis y tifus murino.

Por otro lado, en Risaralda, se tiene una problemática grave frente a los perros callejeros, los cuales representan aproximadamente el 8% de la población canina del departamento (61.196 animales), los cuales en el 2011 fueron los causantes de aproximadamente 305 accidentes rábicos leves y graves (mordeduras), lo que equivale al 70% del total; un sector importante de la población afectado por este flagelo son los habitantes de calle, con quien los caninos se disputan el alimento. Ante esta situación y para dar cumplimiento a la normatividad vigente (Decreto 2257 de 1986), se deben crear los cosos municipales o centros de zoonosis (Sitios de albergue y vigilancia para pequeños y grandes animales).

Actualmente en el departamento de Risaralda se cuenta con el censo de caninos y felinos; en los siguientes cuadros (1 y 2) se detallan los datos consolidados para el año 2011, con una cobertura de vacunación del 74% y el 88% respectivamente; a pesar de los ingentes esfuerzos realizados por la Administración en la materia y a pesar de evidenciar un aumento en la cobertura, en la actualidad no se cumplen las metas establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social (las cuales corresponden al 90%); dentro de las principales razones del incumplimiento se tienen: falta de contratación oportuna de personal para cumplir estas actividades en la zona rural.

Cuadro16. Censo caninos y felinos 2011. Departamento de Risaralda.

Municipios	Caninos zona urbana	Caninos zona rural	Caninos total	Felinos zona urbana	Felinos zona rural	Felinos total	Caninos + felinos zona urbana	Caninos + felinos zona rural	Gran total urbano + rural
Apia	464	667	1.131	115	278	393	579	945	1.524
Balboa	444	1.144	1.589	213	547	760	657	1.691	2.34

									8
Belén de Umbría	829	961	1.790	221	256	477	1.050	1.217	2.267
Dosquebradas	10.984	602	11.586	3.087	169	3.256	14.071	771	14.842
Guática	498	804	1.302	82	256	338	580	1.060	1.640
La Celia	346	539	885	133	212	345	480	751	1.231
La Virginia	1.973	36	2.010	521	9	530	480	45	525
Marsella	955	819	1.774	294	252	546	1.249	1.072	2.321
Mistrató	287	862	1.149	130	388	518	417	1.250	1.667
Pereira	23.960	4.657	28.616	5.851	1.137	6.988	25.097	5.794	30.891
Pueblo Rico	194	614	808	59	184	243	253	798	1.051
Quinchía	505	1.632	2.137	132	431	563	637	2.063	2.700
Santa Rosa de Cabal	4.079	974	5.053	1.043	248	1.291	5.122	1.222	6.344
Santuario	612	754	1.366	190	233	423	802	987	1.789
Total Departamento	46.131	15065	61.196	12.071	4.599	16.671	58.202	19.664	77.866

Cuadro 17. Vacunación caninas y felinas 2011. Departamento de Risaralda.

Municipios	Población de perros(censo actualizado)	Población de gatos (censo actualizado)	PERROS		GATOS	
			Vacunados	Cobertura (acumulada durante el año)	Vacunados	Cobertura (acumulada durante el año)
APIA	1.131	393	898	79%	233	59%
BALBOA	1.589	760	843	53%	479	63%
BELÉN	1.790	477	2.057	115%	616	134%
D/DAS	11.586	3.256	7.137	61.6%	3.097	95.1%
GUATICA	1.302	256	1.253	96%	406	159%
LA CELIA	885	345	952	107%	272	79%
LA VIRGINIA	2.010	530	1.789	89%	720	135%
MARSELLA	1.774	546	717	40.41%	287	52%
MISTRATO	1.149	518	1.233	107%	325	63%
PEREIRA	28.616	6.988	20.001	70%	5.849	84%
P. RICO	808	243	1.164	144%	407	168%
QUINCHIA	2.137	563	1.250	58%	380	67%
STA. R	5.053	1.291	4.625	90.82%	1.181	91.53%
SANTUARIO	1.366	423	1.366	95%	423	85%
TOTAL	61.196	16.589	45285	74%	14.675	88%

Fuente: Programa Zoonosis, Secretaría de Salud Departamental

Una vez analizadas las coberturas, se retoma el tema de las exposiciones rábicas, de las 388 reportadas al Programa de Zoonosis Departamental, 342 corresponden a exposiciones leves y 46 a graves; es preciso anotar, que el grupo de edad más

afectado es el de la población económicamente activa (entre 15 y 44 años), con un porcentaje del 37,37% (lo que equivale a 145 casos, 127 categorizadas como leves y 18 graves).

Desde el punto de vista económico, durante la vigencia en mención, se gastaron aproximadamente 100 millones de pesos en la entrega de vacunas y sueros antirrábicos humanos. Con un agravante en lo relacionado con el diagnóstico emitido por los médicos de algunas IPS's públicas y privadas, quienes a pesar de los ingentes esfuerzos de la administración departamental para llevar a cabo procesos de actualización en guías y protocolos, no se adhieren a los mismos.

En el cuadro a continuación se detallan las exposiciones por sexo y municipio de procedencia, evidenciándose que el municipio con mayor prevalencia es Pereira con 217 leves y 36 graves, seguido por Dosquebradas con 54 y 3 respectivamente, y el sexo con mayor afectación son las mujeres.

Cuadro 18. Exposiciones rábicas leves y graves por sexo y municipio de procedencia 2011. Departamento de Risaralda.

MUNICIPIO	EXPOSICIONES LEVES			EXPOSICIONES GRAVES		
	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Apia	5		5	1		1
Balboa			0			0
Belén de Umbria	6	4	10	1	1	2
Dosquebradas	39	15	54	2	1	3
Guatica		1	1			0
La Celia			0		1	1
La Virginia		3	3			0
Marsella			0			0
Mistrato	3	1	4			0
Pereira	129	88	217	22	14	36

P. Rico	1	1	2		1	1
Quinchia	1		1			0
Sta. Rosa	30	14	44	1		1
Santuario			0		1	1
Otros Deptos		1	1			0
Total	214	128	342	27	19	46

Fuente: Programa Zoonosis y SIVIGILA, Secretaría de Salud Departamental.

Por otro lado, es importante tener en cuenta que las mayores exposiciones leves y graves en el año 2011 fueron ocasionadas por caninos, en estas últimas el 61% (28 casos) correspondieron a estos animales, seguidas por las de murciélagos con el 19,6% (9 casos), en tercer lugar con el 14,3% aparecen las mordeduras de mico y por último, las de gato con el 6,5% (tan solo 3 casos).

Para terminar, es necesario tener en cuenta que desde el programa departamental, durante el año 2011 se realizó en todos los municipios educación en las escuelas y colegios sobre tenencia responsable de mascotas (62 jornadas en total) y además capacitación a los médicos sobre protocolos de rabia, con el fin de mejorar la calidad y oportunidad del diagnóstico.

8.6 FACTORES DE RIESGO QUÍMICO

La identificación temprana de los factores de riesgo químicos tiene una importancia capital en la prevención primaria de salud en nuestro país, ya que permite detectar el grupo de trabajadores y/o la población expuesta y con mayor susceptibilidad de sufrir enfermedades o accidentes por esa causa, según el Decreto 1843 de 1991.

Uno de los objetivos del marco normativo en salud, relacionado con la atención primaria consiste en evitar daños a la salud, partiendo precisamente del reconocimiento de los factores de riesgo sobre la población expuesta, dichos factores lo constituyen las diversas sustancias químicas a las que se exponen una comunidad y/o un grupo de trabajadores y su relación con la morbilidad, las condiciones laborales, la higiene personal y el cuidado del entorno donde se manipulan los agentes químicos, entre otros.

Es desde esta perspectiva y para cumplir con la normatividad vigente que la Secretaría de Salud de Risaralda a través de los programas de Plaguicidas y Riesgos Profesionales, realiza un control y vigilancia sobre este tipo de factores de riesgo, con el fin de prevenir la morbimortalidad que por ellos se puede acarrear; lo anterior, a través de campañas de sensibilización, capacitación y fortalecimiento mediante Asesoría y Asistencia Técnica a los administradores de expendios, empresas aplicadoras y aplicadores de sustancias químicas.

8.6.1 PLAGUICIDAS

En el departamento de Risaralda según análisis de la información comprendida entre los años 2008 y 2011 corresponden a casos ocupacionales, muchos de ellos ocasionados con productos de contrabando; en vista de esta situación, es necesario fortalecer la vigilancia por parte de la policía y la DIAN principalmente.

De otra parte, en lo relacionado con el intento suicida y el suicidio cada año se nota un incremento significativo, alcanzando un promedio para el cuatrienio del 52,9% (sobre el total de casos, es decir 355 casos de los 671 reportados), por lo cual, se hace necesario un acompañamiento por parte de las Direcciones locales de salud de cada municipio, de las EPS's e IPS's en todo lo relacionado con la parte psicológica tanto del paciente como del grupo familiar.

Algunas de las principales problemáticas relacionadas con el manejo de plaguicidas son: inadecuado uso por parte de los aplicadores, falta de elementos de protección necesarios se hace inminente la participación del Ministerio de trabajo para empezar a tomar medidas tanto con los empleados como con los propietarios de los cultivos.

En el cuadro a continuación se relacionan los establecimientos entre expendios y empresas aplicadoras de plaguicidas que cuentan con concepto sanitario favorable de funcionamiento, emitido por la Secretaría de Salud Departamental.

Tabla No 19 Establecimientos que Utilizan plaguicidas como sujetos de Inspección, Vigilancia y Control

ESTABLECIMIENTOS	Número
Expendios de plaguicidas y similares	60
Empresas aplicadoras de plaguicidas	28
TOTAL	88

8.7 MEDICAMENTOS.

El programa de medicamentos tienen como objetivo realizar las visitas de inspección, vigilancia y control de los establecimientos Farmacéuticos desarrollando políticas departamentales en los establecimientos mayoristas y minoristas dedicados a comercializar, distribuir y dispensar medicamentos, dispositivos médicos, cosméticos, Fitoterapéuticos, homeopáticos y demás productos a fin de mejorar la salud de los 14 municipios del departamento.

Para lo cual, debe cumplir con acciones específicas de Inspección , Vigilancia y Control, para desarrollar estas actividades es importante contar con un equipo de profesionales idóneos que brinde apoyo en cada una de las actividades desarrolladas en el programa de medicamentos, de acuerdo a las competencias establecidas y vigilar el cumplimiento de los requisitos mínimos de funcionamiento de los establecimientos (Servicios Farmacéuticos, Droguerías, tiendas naturistas, y depósitos) de la jurisdicción de los 14 municipios del departamento. Y de acuerdo a las competencias, las peluquerías de las categorías 4, 5 y 6 así:

Tabla No 20 Establecimientos de venta y almacenamiento de medicamentos como sujetos de Inspección, Vigilancia y Control

ESTABLECIMIENTOS	Número
DROGUERIAS	382
SERVICIOS FARMACEUTICOS	61
DEPOSITOS	29
TIENDA NATURISTA	189
PELUQUERIAS	231
VETERINARIAS	8
FARMACIA -DROGUERIA	1
TOTAL	901

Es importante recalcar que las visita de Inspección, Vigilancia y Control en muchas oportunidades no solo se visitan anualmente, sino de acuerdo a las novedades e

inconvenientes que se presenten es decir cuando tienen concepto desfavorable, se visitan hasta dos o tres veces de acuerdo al plan de cumplimiento.

Dado el resultado de las inspecciones realizadas a los establecimientos farmacéuticos se determinan las medidas sanitarias de seguridad, como son cierres temporales, cierres definitivos, decomiso de productos, toma de muestras, y se trasladan según sea a la oficina jurídica para instalar el debido proceso sancionatorio.

Como buena parte de los sujetos de interés sanitario, por lo menos el 80% de los establecimientos que deben ser vigilados se ubican en los tres (3) municipios del área metropolitana incluso Santa Rosa de Cabal, es importante mencionar el significativo avance en la participación del mercado de las Cooperativas y asociaciones de droguistas, esta situación gradualmente ha generado que los minoristas cada vez sean pocos y sus márgenes de competitividad sean reducidos so pena de comprometer la calidad de su servicio y el cumplimiento de las exigencias legales.

Con respecto a las infecciones Respiratorias Aguda, se aclaran las instrucciones establecidas en la circular 055 de Septiembre de 2010, del Ministerio de la Protección Social, que señala las acciones de prevención, vigilancia y control en Salud Pública en la fase de post pandemia de virus influenza A(H1N1/09). En tal virtud la Secretaria de Salud Departamental insiste en la necesidad de difundir en la red de los médicos y profesionales especialistas de las instituciones, las indicaciones para el uso del medicamento OSELTAMIVIR X 75 MG, suministrado por el Ministerio de la Protección Social de forma gratuita, para el manejo profiláctico y terapéutico de casos conforme al Protocolo de atención y manejo de casos de Infección por virus pandémico A(H1N1/09.) Por lo anterior se está garantizando la entrega del medicamento oportunamente

Dentro de los hallazgos resultantes de las visitas realizadas, se evidencia que la mayoría de los incumplimientos se deben a la presencia de fraudulencia, adulteración, contrabando, incumplimiento de las normas sanitarias vigentes por parte de los establecimientos expendedores ubicados en los 14 municipios del departamento. Así mismo, deficiencias en la seguridad sanitaria ambiental, alta exposición a riesgos ambientales, bajos niveles de prevención, poca adherencia a la normatividad sanitaria vigente, malos hábitos y prácticas higiénicas, deficiencias en las buenas prácticas de almacenamiento, contrabando.

8.8 RIESGOS PROFESIONALES

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera al lugar de trabajo como un entorno prioritario para la promoción de la salud en el siglo XXI. La salud en el trabajo y los entornos laborales saludables se cuentan entre los bienes más preciados de personas, comunidades y países. Un entorno laboral saludable es esencial, no sólo para lograr la salud de los trabajadores, sino también para hacer un aporte positivo a la productividad, la motivación laboral, el espíritu de trabajo, la satisfacción en el trabajo y la calidad de vida en general. Un lugar de trabajo saludable promueve una buena salud, que es un recurso primordial para el desarrollo social, económico y personal, así como una importante dimensión de los ambientes laborales.

Diversos factores como los económicos, sociales, culturales, ambientales y biológicos pueden favorecer o dañar la salud de los trabajadores pero, si el entorno laboral es saludable, se habrán adelantado en la conquista de espacios que permitan el desarrollo y promoción de la salud en el trabajo.

Los trabajadores, además de estar expuestos a las variables y factores que afectan la salud de toda la población, están a merced de otros factores de riesgo de tipo biológico, químico, físico, psicosocial, ergonómico, entre otros, que causan accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y otras relacionadas con su actividad, las cuales pueden vincularse con prácticas laborales inadecuadas que aumentan la incidencia de algunos cuadros patológicos.

La importancia de conocer y estudiar bien estos factores reside en que, una vez definidos, se pueden eliminar o controlar, evitando que puedan causar daño: esto fundamenta la necesidad de un trabajo interinstitucional e intersectorial, en el marco de una dinámica funcional, de participación conjunta en materia de prevención, que procure mejorar la salud integral de los trabajadores a través de la definición de políticas, la promoción de acciones y preparación y adopción de normas y reglamentos.

Los empleadores a su vez están obligados a proporcionar un ambiente de trabajo adecuado; cumplir y hacer cumplir la normatividad; establecer un programa permanente de medicina, higiene y seguridad en el trabajo; proteger y promover la salud de los trabajadores; notificar los accidentes y enfermedades ocurridos en los

sitios de trabajo y las actividades de protección; propiciar las inspecciones; y realizar planes de acción que mitiguen los riesgos laborales.

Por su parte, los trabajadores están obligados a cumplir la normatividad; usar y mantener los dispositivos para control de riesgos; y participar en la implantación y mantenimiento de las medidas de prevención de riesgos laborales.

En este orden de ideas, se visualiza como, a través de la promoción en salud, se pueden desarrollar entornos laborales saludables, ya que el lugar de trabajo es donde las personas pasan la tercera parte de sus vidas y es pertinente impulsar ambientes laborales saludables, debido al valor que ha tomado la fuerza laboral y la incidencia económica que tiene en los niveles de producción. Todo esto posibilita que se requiera abordar esta temática con profundidad.

Por tanto, la salud ocupacional requiere herramientas de gestión que le permitan articular el trabajo y las acciones de los diferentes actores que integran el Sistema General de Riesgos Profesionales, con el fin de aunar esfuerzos y estrategias para alcanzar la promoción de la seguridad y salud en el trabajo, fomentar una cultura de autocuidado, y prevenir los riesgos ocupacionales así como impulsar el desarrollo técnico, tecnológico y científico del Sistema y garantizar su viabilidad.

La implementación de estrategias tendientes a promocionar la salud ocupacional y prevenir los riesgos laborales en el Departamento de Risaralda, será la herramienta que brindará seguridad y protección a los trabajadores, impactando los accidentes, incidentes y enfermedades ocurridos por causa o como consecuencia del trabajo que se realiza y mitigando los factores de riesgo a los que se encuentran expuestos.

Bajo este esquema de trabajo, la Secretaria de Salud departamental ha desarrollado sus funciones en cuanto a la salud ocupacional de la siguiente manera:

- Establecer una alianza de trabajo al interior de la Secretaria de Salud con el área de salud ambiental con el objetivo de promover el fortalecimiento de los programas de salud ocupacional en pequeñas y medianas empresas para garantizar un ambiente seguro.
- Garantizar el acompañamiento en términos de asesoría y asistencia técnica a las ESEs municipales para el fortalecimiento de los programas de salud ocupacional y riesgos profesionales.
- Desarrollo de programas piloto en sectores de la economía informal y trabajadores de la zona rural del departamento.
- Participar en el fortalecimiento y direccionamiento el sistema de riesgos profesionales mediante su participación en el Comité Seccional de Salud Ocupacional (COSESO) en asocio con la Dirección Territorial de Trabajo.

Deberá tenerse en cuenta que el desarrollo de los programas de salud ocupacional en el Departamento de Risaralda, se han visto influenciados por la transición desde la economía rural típica hacia la movilización de la población hacia el área metropolitana en plena desaceleración de la economía Colombiana experimentada desde diciembre de 2007 (Observatorio gestión y región, boletín No 3, abril de 2010). Prueba de ello, los siguientes aspectos:

- Se debe diferenciar claramente la situación presentada en el área metropolitana AMCO con relación al resto de municipios del departamento, es decir, un aumento en la tasa de desempleo al pasar a nivel nacional de 11.18% promedio anual en febrero de 2008 a 13.02% para el mismo mes de 2010 y para el área metropolitana centro occidente (AMCO) pasa de 13.39% a 21.15% en el mismo período.
- Para el caso del AMCO los incrementos en el desempleo a nivel de género han afectado más a las mujeres, ya que el aumento en este indicador entre septiembre de 2008 y 2009 en hombres fue de 8.2 puntos porcentuales mientras que en las mujeres fue de 11.3 puntos con especial énfasis en la población menor de 25 años.
- Disminución en la tasa de ocupación asociada a la caída efectiva en el número de ocupados, así como un incremento de la población económicamente activa.
- El número de desocupados en este período aumento en 23030 personas de las cuales el 94% corresponde a nuevas personas en búsqueda de oportunidades laborales.
- Descenso en el ingreso recibido por remesas, específicamente, entre el primer trimestre de 2008 y el tercero de 2009 las remesa cayeron en un 38.5% lo que equivale a 77.74 millones de dólares que dejaron de llegar a Risaralda.
- El hecho de tener empleo no garantiza la inclusión adecuada en el mercado de trabajo, es así que buena parte de los ocupados se encuentra subempleados, es decir, realizando un trabajo menos productivo del que podrían y desearían realizar, ya sea por la duración e la jornada laboral, obtienen salarios menores a los esperados o por que no corresponde a su nivel de formación y capacitación.

En complemento, se tiene que según el "Perfil socio-laboral del departamento de Risaralda – 2009", es un departamento:

- Mayoritariamente urbano: el 75% de su población reside en las cabeceras urbanas.
- El sector económico que más emplea en Risaralda es el del comercio, hoteles y restaurantes, es decir el 28.3% de los ocupados (2009).
- En el mercado laboral de Risaralda prevalecen las relaciones de

dependencia asalariada. El 37.7% de los ocupados se desempeña como asalariado del sector privado, el 10.6% como jornaleros, el 4.4% son funcionarios públicos y el 3.3% son trabajadores domésticos.

- En comparación con el total nacional, Risaralda se destaca por una mayor incidencia de empleos asalariados en empresas privadas (37.7% vs 34.8%) y por un elevado número de jornaleros (10.6% vs 4.3%). En cambio, los trabajadores por cuenta propia tienen una representatividad mucho menor que el nivel nacional: 34.2% vs 42.6%.
- Preocupa la situación referida a la afiliación al régimen contributivo de salud, la cual es baja en Risaralda: el 62.4% de los risaraldenses trabaja, pero no contribuye al financiamiento de la seguridad social y es un indicador de la desprotección frente a riesgos profesionales que no son cubiertos por el régimen subsidiado.
- El 81.6% de los asalariados y el 47.3% de los asalariados ha declarado no estar inscrito al régimen contributivo en el 2009. Más precisamente, los no afiliados entre los asalariados del sector privado representan el 37.3% y este porcentaje sube al 87.2% en el caso de los trabajadores domésticos. A su turno los trabajadores por cuenta propia desprotegidos son el 82.2% y los empleadores el 61.8%.

Tabla No 21 Ocupados y afiliación al régimen contributivo de salud. Promedio anual 2009

Ocupados	Risaralda		Nacional	
	N° Ocupados	%	N° Ocupados	%
Total ocupados	379.236		18.489.509	
N° afiliados a salud contributiva	236.601	62,4%	11.983.740	64,8%
Asalariado	212.561		8.703.925	
N° afiliados a salud contributiva	100.577	47,3%	3.533.715	40,6%
No asalariado	166.675		9.785.584	
N° afiliados a salud contributiva	136.024	81,6%	8.450.025	86,4%

Obrero o empleado de empresa particular	142.884		6.427.557	
N° afiliados a salud contributiva	53.346	37,3%	2.223.238	34,6%
Obrero o empleado del Gobierno	16.791		804.694	
N° afiliados a salud contributiva	513	3,1%	36.455	4,5%
Empleado doméstico	12.669		684.711	
N° afiliados a salud contributiva	11.047	87,2%	568.879	83,1%
Trabajador por cuenta propia	129.567		7.880.850	
N° afiliados a salud contributiva	106.505	82,0%	6.866.047	87,1%
Patrón o empleador	17.786		930.266	
N° afiliados a salud contributiva	10.991	61,8%	644.931	69,3%
Trabajador familiar sin remuneración	19.225		956.590	
N° afiliados a salud contributiva	18.431	95,9%	922.523	96,4%
Jornalero o peón	40.218		786.962	
N° afiliados a salud contributiva	35.671	88,7%	705.144	89,6%
Otro	98		17.878	
N° afiliados a salud contributiva	98	100,0%	16.524	92,4%

- Risaralda presenta una cobertura en materia de salud contributiva superior al promedio nacional en cinco puntos porcentuales en el caso de los trabajadores independientes, pero inferior en casi siete puntos porcentuales en el caso de los asalariados.

CAPITULO 9

PROGRAMA ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

Las enfermedades transmitidas por vectores son aquellos padecimientos que afectan a las personas y que son transmitidos por insectos y animales pequeños, se considera que están relacionados con el saneamiento del ambiente doméstico y de los espacios cercanos a las comunidades, donde se reproducen o protegen los vectores, facilitándose de esta manera el contacto entre agentes y huéspedes.

La presencia de las ETV obedecen al acercamiento y contacto de vectores que reciben y transmiten agentes patógenos entre los humanos o desde otros animales a los humanos; otros procesos se dan por invasión de nichos silvestres o por migración de huéspedes como en la leishmaniasis.

El departamento de Risaralda no es ajeno a la problemática de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV), al respecto se puede señalar que el Dengue es endémico en muchos municipios destacándose aquellos que conforman el Área Metropolitana –Pereira; Dosquebradas y La Virginia-; la malaria por su parte, afecta principalmente a la población rural asentada en Mistrató y Pueblo Rico, aunque en Pereira –sector de Caimalito– y La Virginia –sector de La Variante y vereda La Palma–, históricamente, también se han presentado algunos casos autóctonos; la Leishmaniasis, hace presencia en las zonas rurales de los municipios Mistrató y Pueblo Rico. Mientras que la fiebre amarilla y el Chagas, no han sido reportados en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del departamento.

Las condiciones del medio ambiente constituyen factores determinantes de la salud y de riesgo para la ocurrencia de las ETV en el departamento, principalmente, cuando están asociadas con estilos de vida inadecuados como falta de un conveniente saneamiento del intra y peridomicilio (la vivienda y sus alrededores), con factores institucionales como la falta de oportunidad y calidad en la prestación de los servicios de servicios públicos domiciliarios (principalmente acueducto y aseo), y con hábitos culturales (presencia de inservibles en los patios y a la intemperie).

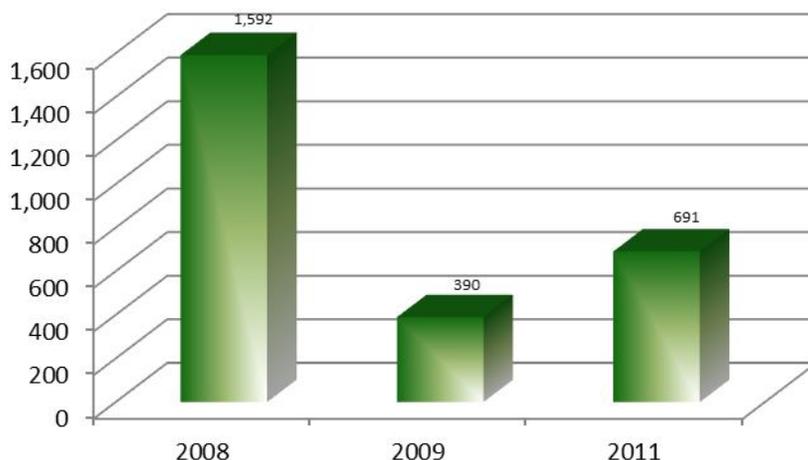
9.1 DENGUE

En Risaralda los municipios endémicos para dengue son Pereira, Dosquebradas y La Virginia; aunque en oportunidades se reportan casos de dengue de la patología en otros municipios, ninguno de ellos está exento totalmente del reporte, ya que hay circulación viral en el territorio y el vector se distribuye en todas las áreas urbanas del departamento (las cuales se localizan por debajo de los 1.800 m.s.n.m.). En este orden de ideas, los municipios de Marsella y Belén de Umbría,

se han convertido en aportantes significativos de casos durante los últimos años, alcanzando en el 2011, tasas de incidencia de 190,9 y 126,2 por cada cien mil habitantes.

Después de analizar el comportamiento del dengue en la última década, donde los picos epidémicos de dengue clásico se registraron en los años 2002 y 2003 con 8.300 casos (4.502 y 3.798 respectivamente) y teniendo en cuenta que este periodo fue de fluctuaciones en aumento y disminución, el cuatrienio 2008-2011 continuo con estas particularidades, mientras en el año 2008 se presentaron 1.592 casos, para la vigencia 2009 la disminución fue significativa sólo 390 casos, alcanzándose una tasa de morbilidad de 42,7 por 100.000 habitantes. El 2010 que no aparece en el gráfico por corresponder a un año epidémico para la patología a nivel país, mientras que en el 2011, el número de casos es de 691.

Grafico 11 Casos de dengue en el departamento de Risaralda. 2008,2009 y 2011.



Fuente: SIVIGILA Datos ajustados año a año con corte al 31 de diciembre.

No incluye información 2010 por ser año epidémico.

En el año 2010, se reportaron al sistema de vigilancia en salud pública SIVIGILA del Instituto Nacional de Salud 146.354 casos de dengue, 5.420 de dengue grave y 174 mortalidades; Risaralda respondió a este mismo comportamiento y recurriendo a la base bibliográfica en mención, se logra establecer que contribuyó con el 7,9% de los casos de dengue (11.623 casos), el 4,9% de los de dengue grave (263 casos) y el 6,3% de las mortalidades (11 defunciones).

En el 2011, se retorna a la normalidad de año inter-epidémico con un reporte de 13.326 casos de dengue y 777 de dengue grave a nivel país (SIVIGILA INS, semana epidemiológica No.52), mientras que en Risaralda el reporte fue de 679 casos de dengue y 12 de dengue grave (SIVIGILA Departamento de Risaralda, semana epidemiológica No.52), cifra por debajo del promedio departamental que es de aproximadamente 1.000 casos.

Desde el programa de ETV y conservando su esencia de programa de salud ambiental, se establecen para esta patología, unos indicadores enfocados directamente con la atención al ambiente, los cuales corresponde a los índices Aédicos (Indicador que mide el porcentaje de casas positivas con larvas y pupas de *Aedes aegypti*—vector del dengue— en una localidad objetivo), de Deposito (Indicador que mide el porcentaje de recipientes positivos con larvas y pupas de *Aedes aegypti* en una localidad objetivo) y de Breteau (Indicador que mide el porcentaje de recipientes positivos con larvas y pupas de *Aedes aegypti* en el total de las casas inspeccionadas de una localidad objetivo); éstos se reportan por sectores para cada municipio desde el segundo semestre de 2010 y en el cuadro a continuación se presentan de manera consolidada por municipio, a tercer trimestre del año 2011.

Cuadro 22. Índices Aédicos de Depósito y de Breteau. Municipios categoría 4ª, 5ª y 6ª del departamento de Risaralda, tercer trimestre de 2011.

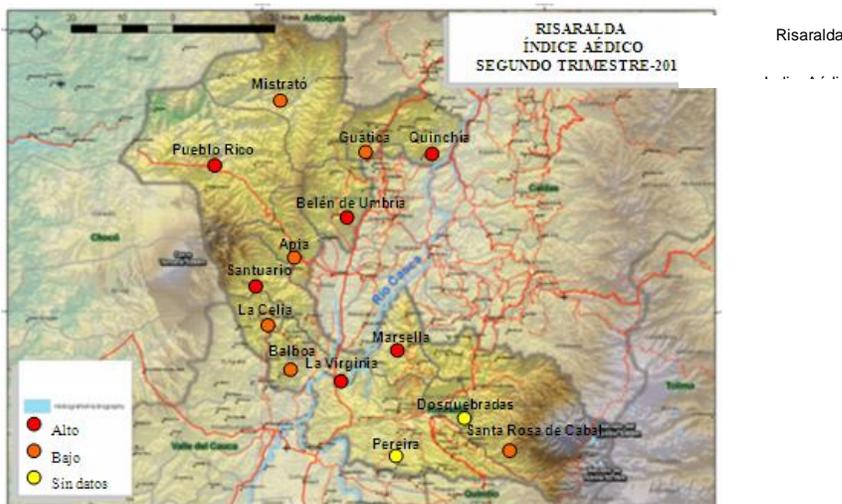
Municipio	ÍNDICE AÉDICO	ÍNDICE DEPOSITO	ÍNDICE BRETEAU
Apia	0,9	1,0	1,1
Balboa	1,1	1,1	1,1
Belén de umbría	5,5	4,4	5,1
Guática	0,3	0,3	0,3
La Celia	1,8	2,1	2,4
La Virginia	11,0	5,9	13,1
Marsella	4,0	4,1	4,7
Mistrató	1,0	1,2	1,5
Pueblo Rico	3,7	3,8	3,7

Quinchía	4,5	4,3	4,8
Santa Rosa de Cabal	2,1	11,7	1,7
Santuario	5,3	4,4	5,5

Fuente: Programa ETV – Secretaría de Salud Departamental

Con base en el cuadro anterior, y el comportamiento del vector durante los últimos cuatro años se puede establecer que los índices de infestación por *A. aegypti* registrados en el municipio de La Virginia corresponden a alto riesgo, es decir, índices por encima o cercanos a del 10%, para lo cual se aplicaron medidas de control de focos de transmisión mediante campañas de promoción y prevención (educación a la comunidad sobre las formas de destruir los criaderos y así contrarrestar la proliferación del vector), control químico principalmente de larvas, aunque en ciertos lugares también de adultos y recolección de inservibles. Sin embargo, es importante además tener en cuenta la importancia de realizar una vigilancia exhaustiva del vector en los municipios de Belén de Umbría, Santuario y Marsella, donde los índices se enmarcan dentro del rango de riesgo medio, pero cuyas comunidades según datos epidemiológicos están más expuestas a contraer la patología que aquellas asentadas en el municipio de La Virginia (tasas de incidencia superiores a 70,5 por cada cien mil habitantes).

Grafico 12. Mapa índices aédicos departamento de Risaralda, tercer trimestre año 2011, consolidado por municipio



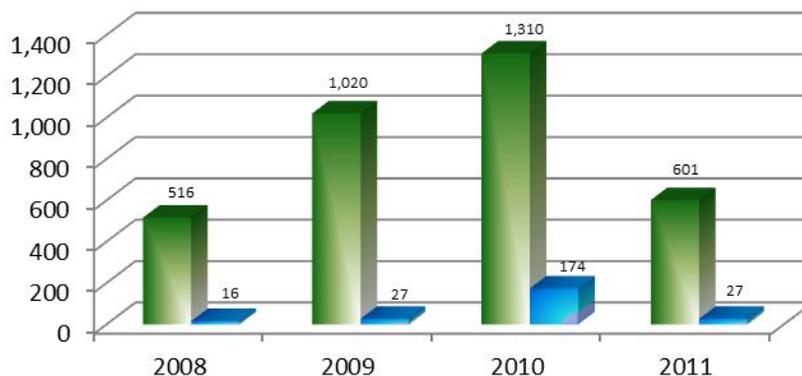
Fuente: Programa ETV – Secretaría de Salud Departamental

9.2 MALARIA

Para esta patología en el departamento de Risaralda, se cuenta con dos zonas endémicas, las cuales corresponden a los municipios de Mistrató y Pueblo Rico, para este último se presenta la situación más crítica, en el corregimiento de Santa Cecilia, donde si bien, se reportan casos autóctonos también una parte de estos son importados de los municipios del Chocó. En el área rural del municipio de Pereira, en límites con los municipios de La Virginia (Risaralda) sector de Caimalito y Cartago (Valle del Cauca) sector de Puerto Caldas, se presentan en oportunidades casos autóctonos, pero además de ello un número importante de casos importados del norte del departamento zona limítrofe con el Chocó.

El comportamiento a nivel país de esta patología durante el último año corresponde según dato SIVIGILA INS (semana epidemiológica No.52 año 2011) a 1.559 casos de malaria por *P. falcíparum*, 40.037 por *P. vivax*, 19 Malaria Malarie, 826 Formas Mixtas, 488 Complicadas; Risaralda aportó para el mismo periodo de tiempo según SIVIGILA Departamental, el 1,7% de los casos de malaria por *P. falcíparum* (27 casos), el 1,5% de los por *P. vivax* (601 casos), el 3,1% de las formas mixtas (26 casos) y el 1,8% de las complicadas (9 casos). En relación con malaria Malarie, para el departamento de Risaralda, no se han reportado casos.

Grafico 13. Casos de malaria por tipo de Plasmodium –*P. vivax* y *P. falcíparum*–, en el departamento de Risaralda. 2008 – 2011



Fuente: SIVIGILA Datos ajustados año a año con corte al 31 de diciembre.

Entre los años 2005 y 2008 se presentó en el departamento de Risaralda un descenso significativo en el número de casos de malaria reportados, sin embargo,

al inicio del cuatrienio 2008-2011, la situación cambia considerablemente, tal y como se evidencia en el gráfico anterior, se presenta un aumento paulatino entre 2008 y 2010, lo que probablemente se debe al incremento en búsqueda activa de casos, principalmente a partir del año 2009, a pesar de ello, en el año 2010, hay nuevamente un descenso significativo, el cual puede corresponder en parte al comportamiento climático (dos olas invernales, durante largos periodos de tiempo).

Vale la pena tener en cuenta que la mayor parte de los casos reportados en Risaralda durante el último cuatrienio corresponden al municipio de Pueblo Rico (aproximadamente entre el 60% y el 70%), otros tantos en Mistrató (5%) y los restantes reportados en otros municipios del departamento, pero autóctonos en su gran mayoría de la zona fronteriza con el Chocó.

Durante las actividades de campo relacionadas con esta patología se establecieron como principales factores de riesgo las condiciones ambientales y de saneamiento de las zonas endémicas; además la proliferación de las siguientes especies vectoras *Anophelesalbimanus*, *An. rangeli*, *An. nuneztovari*, *An. puntimacula*, *An. Pseudopunctipennis*. De igual manera, un determinante importante a la hora de hacer un análisis del comportamiento de la malaria en el departamento es la falta de accesibilidad a un diagnóstico y tratamiento oportuno, principalmente en la zona rural del municipio de Pueblo Rico –disponibilidad de personal que diagnostique, problemas de accesibilidad vial, falta de compromiso de las EPS que atienden a la comunidad asentada en las zonas dispersas, etc.–.

Dentro del análisis de esta patología vale la pena tener en cuenta que en el año 2007 de los 916 casos reportados, 11 fueron autóctonos del municipio de Santuario sector de La Marina (zona no endémica), localidad donde hace presencia el vector y se ubica un asentamiento indígena con población flotante proveniente principalmente de la localidad de Peñas en el Departamento del Chocó, lo que probablemente pudo favorecer la propagación de los casos, ya que si es común encontrar allí casos importados. Es preciso anotar, que desde esta fecha no se ha realizado un nuevo reporte de casos autóctonos en esta zona y la vigilancia entomológica, así como la búsqueda activa de casos se efectúa permanentemente.

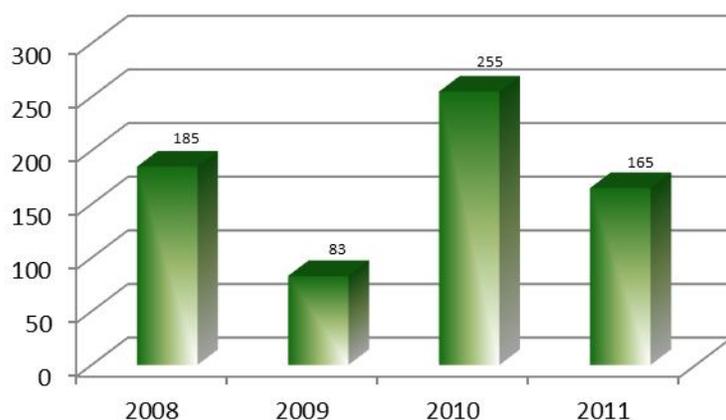
Frente al comportamiento de la malaria en el territorio risaraldense desde el Programa de ETV se brinda apoyo a los Municipios con miras a la identificación de casos febriles mediante búsqueda activa, administración de esquemas completos de tratamientos antimaláricos, educación a la comunidad, fumigaciones intra y peridomiciliarias (siempre soportadas bajo el criterio entomológico). Adicionalmente, se ha implementado durante los últimos tres años, el uso de

pruebas rápidas para ganar oportunidad en el diagnóstico de la enfermedad; para brindar cobertura diagnóstica a la población indígena, afrodescendiente y mestiza proveniente de las veredas más alejadas.

9.3 LEISHMANIASIS

La Leishmaniasis en el territorio risaraldense se reporta en las zonas rurales de los municipios de Pueblo Rico y Mistrató; en el siguiente gráfico se muestra el comportamiento de la patología durante el último cuatrienio (2008 – 2011).

Grafico 14. Casos de Leishmaniasis Cutánea, en el departamento de Risaralda. 2008 – 2011.



Fuente: SIVIGILA Datos ajustados año a año con corte al 31 de diciembre.

Durante la última década (2002 y 2011), en el departamento de Risaralda se reportaron al SIVIGILA 2.638 casos de Leishmaniasis Cutánea, con transmisión autóctona sólo en los municipios de Mistrató y Pueblo Rico, siendo éste último el de mayor riesgo. El comportamiento de la leishmaniasis en el Departamento de Risaralda, durante el último cuatrienio, se ha mantenido en promedio en 172 casos, cifra que comparada frente al comportamiento promedio de los últimos

cuatro años a nivel nacional corresponden al 2,2% (en total en el país se reportan en promedio según datos consolidados INS 1.976 casos por año).

En relación con esta patología, la secretaría de salud departamental ha realizado actividades de control del vector, encaminados principalmente a la vigilancia y control de focos, información y educación a la comunidad mediante charlas en las cuales se enfatiza sobre el desarrollo de actividades de promoción, prevención y control selectivo de vectores (cultural – físico). En lo que a leishmaniasis mucosa y visceral respecta en el SIVIGILA Departamental no se ha presentado reporte.

Gráfico 15. Mapa casos de Leishmaniasis Cutánea en el Departamento de Risaralda. Año 2011.



Fuente: Programa ETV – Secretaría de Salud Departamental.

Notas: los datos aquí consignados corresponden a municipio de reporte. En naranja los municipios con casos autóctonos; no de procedencia del caso.

CAPITULO 10

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

La Tuberculosis (TB) existe y tiene cura. Sin embargo, persiste en el imaginario colectivo la idea de que es una enfermedad que inevitablemente conduce a la muerte y de manera injusta, se discrimina y estigmatiza a las personas que tienen esta enfermedad.

En el mundo se estiman al año alrededor de 9,4 millones de casos nuevos de TB y 1,7 muertes por esta causa.

Tabla 23. Comparación casos de Tuberculosis Mundo, América, Colombia y Risaralda.

PAIS/REGIÓN	MUNDO	AMÉRICAS	COLOMBIA	RISARALDA
TOTAL CASOS DE TB	9.400.000	282.000	11.671	535
CASOS NUEVOS DE TB TODAS LAS FORMAS POR CADA 100.000 HAB.	140	31	25,9	58.7
CASOS NUEVOS DE TB BACILIFEROS POR CADA 100.000 HAB.	64	17	16	29.6
MUERTES POR TB**	1.746.000	31.000	1.208	40

En Risaralda, en el año 2010 se registraron 535 casos, de los cuales 437 fueron de tipo pulmonar y 118 fueron extrapulmonares. La incidencia de TB en el Departamento es de 57.8 casos de TB por cada 100.000 habitantes.

La población en la cual se presentaron más casos se encuentra en las edades entre los 25 y 34 años. Sin embargo, la tasa más alta es en personas mayores de 65 años.(108,8)

En el 2010, se presentaron 19 casos en menores de 15 años, de estos 6 eran menores de 5 años. La incidencia específica de TB todas las formas es en este grupo es de 7.8 por 100.000 habitantes. Los hombres son los más afectados, en

todos los grupos de edad, (razón 1,3:1) aunque la diferencia se acentúa a mayor edad.

Las muertes en el 2010 por TB y sus secuelas fueron de 40 casos.

Las poblaciones con mayor riesgo de enfermarse por tuberculosis son las clasificadas como vulnerables. Entre ellas están la población VIH/SIDA, con un 10% de los casos de coinfección TB/VIH; los pueblos afrocolombianos con aproximadamente 2% de los casos; Y los pueblos indígenas, quienes presentan alrededor del 4% de los casos del Departamento. A toda persona con el diagnóstico del VIH/SIDA se le debe informar sobre la existencia de la TB para que solicite el examen de la baciloscopia, y a toda persona con TB se le debe realizar la asesoría correspondiente para que se realice las pruebas de Elisa para descartar VIH/SIDA.

Gráfico No 16 casos vs incidencia 2010.

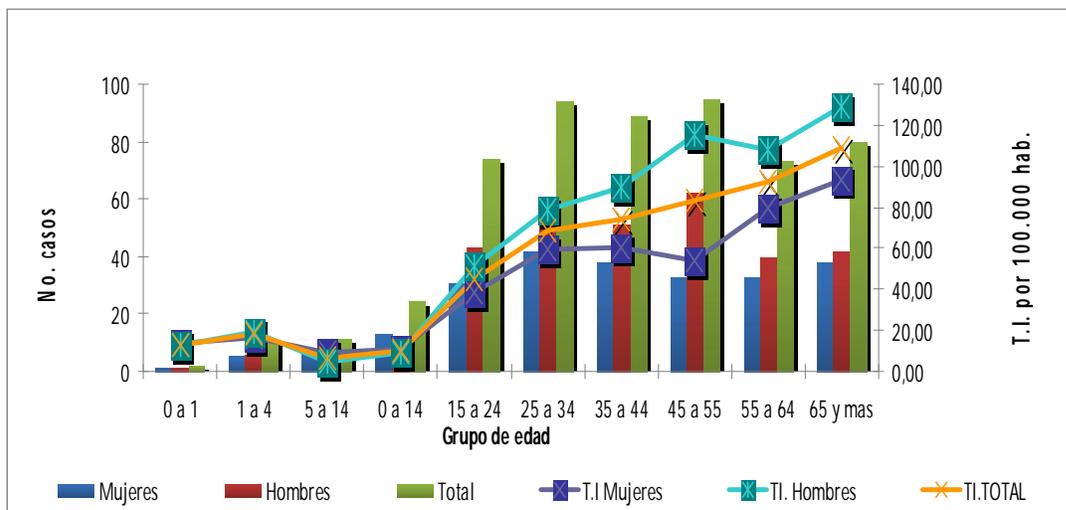
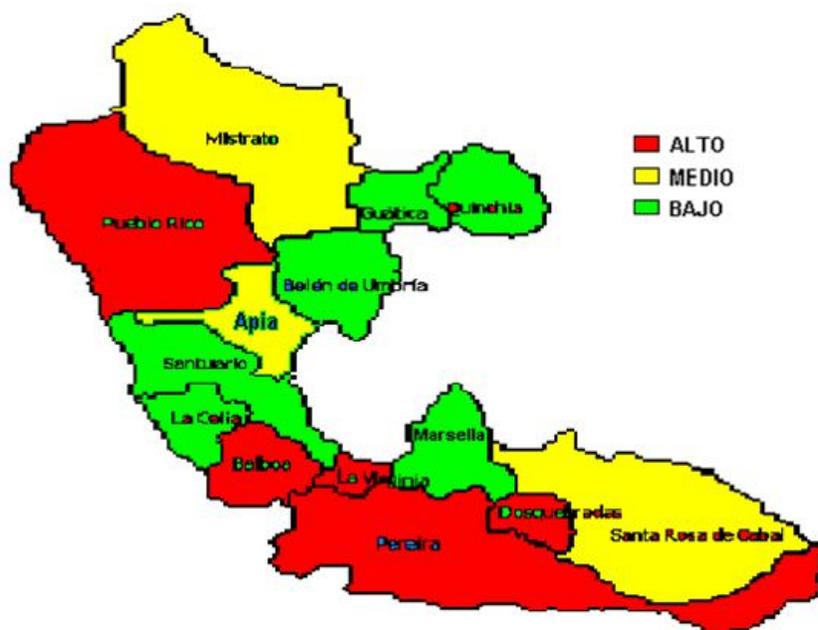


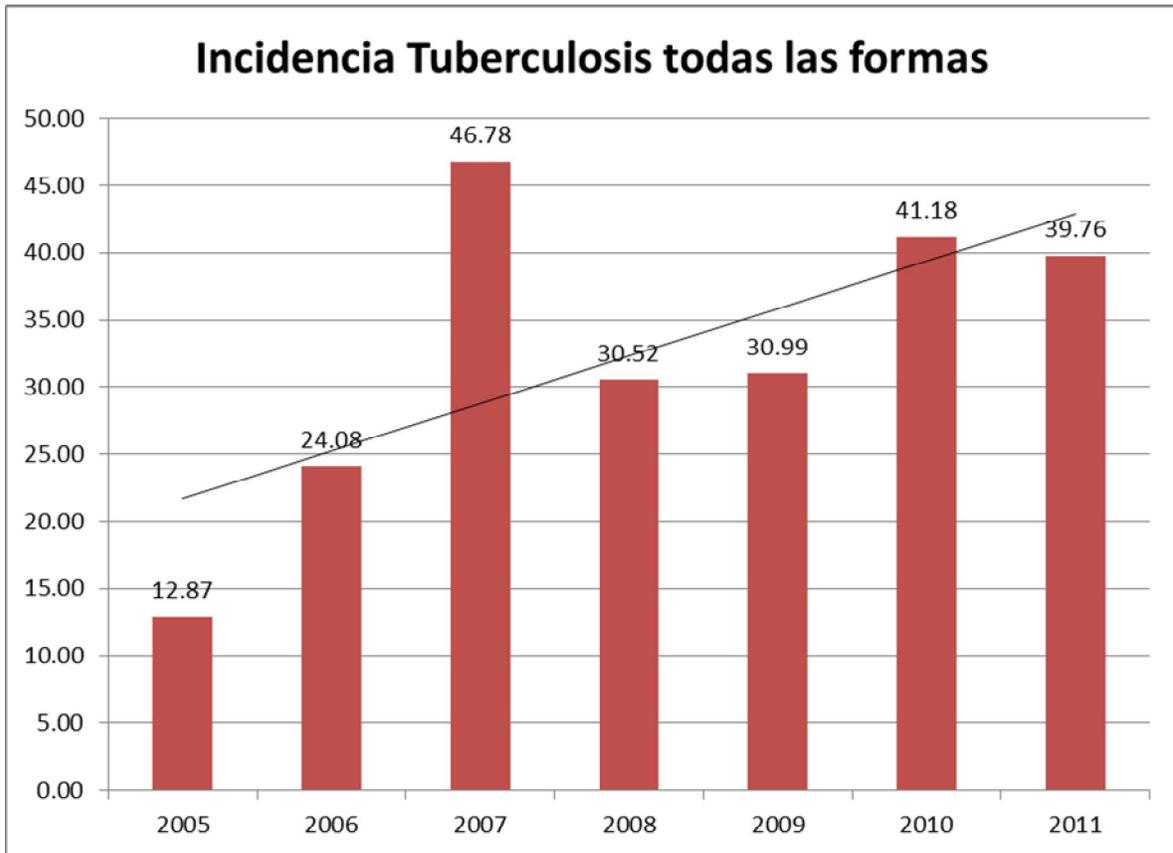
Grafico 13 CLASIFICACIÓN DE LOS MUNICIPIOS SEGÚN INCIDENCIA 2010



El Departamento en el quinquenio 2004 – 2008, mantuvo tasas de incidencia de tuberculosis promedio de 35.8 por 100.000 habitantes, desde 2009 se evidencia un incremento de la incidencia llegando al 57.8 casos por 100.000 habitantes, con grandes diferencias entre los municipios, que oscilan entre 0 y 151 casos por 100.000 habitantes (La Celia y Pueblo Rico), encontrándose municipios con incidencia que superan tres veces el promedio nacional, este incremento se debe a las mejoras en el sistema de información y a la búsqueda de sintomáticos respiratorios, más que a un aumento de casos. Existen debilidades aún en actividades vitales como la captación y registro del sintomático respiratorio la coinfección VIH/tuberculosis y la proporción de muertes por tuberculosis en personas viviendo con VIH.

En el sistema de información se evidenciaba una discordancia entre la base de datos del programa y SIVIGILA, la cual, en los últimos 3 años ha mejorado pasando de un 55% a un 85% de concordancia. Esto ha representado un grave problema para a información del departamento y el seguimiento a los casos.

Grafico 17 Incidencia de Tuberculosis todas las forma
Risaralda



En el marco de la descentralización fiscal y administrativa del país y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las actividades de vigilancia, prevención y control de la tuberculosis se han mantenido como una prioridad Departamental, lo que ha implicado la asignación de recursos de forma permanente a través de SGP los cuales se complementan con recursos de Transferencias Nacionales. Además, a través de los POS tanto del régimen contributivo como subsidiado, así como a través de los recursos destinados para la población pobre no asegurada, se garantiza la prestación de servicios de salud en detección temprana, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas con tuberculosis, lo cual da cuenta de que se invierte una gran cantidad de recursos financieros en Risaralda para la vigilancia, prevención y control de la tuberculosis; sin embargo en el tema de gestión territorial hay debilidades, las cuales se dan por la falta de personal suficiente e idóneo para la ejecución de estas actividades, la rotación permanente del personal que conlleva por lo tanto al desconocimiento de las responsabilidades y a fallas en las acciones de tuberculosis, repercutiendo en la calidad de la prestación del servicio y de oportunidad en la generación de información.

A pesar de contar con una Guía de Atención de la Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar, aún hay falencias en la aplicación de las directrices especialmente en lo relacionado con el manejo del esquema de tratamiento por parte de los especialistas, quienes imponen su criterio Médico por encima de la norma.

El Laboratorio Departamental de Salud Pública, ha logrado sostener y mejorar las actividades de evaluación del desempeño, capacitación, asesorías y visitas de asistencia técnica a la red de laboratorios Clínicos lo cual permite garantizar que el diagnóstico bacteriológico es óptimo en el Departamento; ha sido un soporte fundamental para realizar los estudios de vigilancia de la resistencia a los medicamentos antituberculosos, sin embargo aún hay falencias en el sistema de información por laboratorio.

El Departamento de Risaralda, en el Plan Estratégico “Colombia libre de tuberculosis 2010 – 2015”, quedo clasificado en el escenario 4, donde se ubican los departamentos con una baja carga, por presentar un promedio menor a 382 casos de TB-TF y con un éxito en tratamiento menor al 85%, por lo cual se establecieron unas actividades específicas para los Departamentos clasificados en este escenario:

Implementación y extensión de la estrategia DOTS/TAES

- Realizar una supervisión estricta a la administración de tratamiento y seguimiento a los pacientes, para lograr alcanzar y mantener la meta de éxito de tratamiento.
- Implementar una estrategia que fortalezca la búsqueda institucional de casos para alcanzar y mantener la meta de captación de SR.
- Fortalecimiento del trabajo interprogramático
- Implementar acciones de prevención y control de TB en pueblos indígenas, realizando de manera previa una priorización de acuerdo al perfil.
- Las entidades territoriales de Risaralda, Caldas y San Andrés deben implementar acciones de prevención y control de TB en población privada de la libertad, en coordinación con el INPEC.
- Elaborar un POA que articule las actividades de los programas de TB, VIH/Sida, AIEPI y PAI.
- Promoción de las alianzas estratégicas entre todos los proveedores de la salud para el logro de las metas
- Promover las actividades colaborativas entre el personal de salud operativo del programa de TB y redes de pacientes y expacientes.
- Fortalecimiento de la vigilancia en salud pública
- Capacitación, monitoreo y seguimiento estricto a todos los municipios, para garantizar el cumplimiento de las actividades del programa.

Con el fin de fortalecer algunos aspectos operativos de los programas de TB y Lepra, el Ministerio de la Protección Social ha emitido la circular 0058 de 2009, en la cual se establecieron ajustes a los lineamientos actuales de estos programas y se plantearon las siguientes metas:

- Diagnosticar el 70% de casos existentes de TBC Pulmonar con baciloscopia +
- Curar el 85% de los casos nuevos de tuberculosis con baciloscopia positiva.
- Implementar la estrategia “Tratamiento Acortado Supervisado” (TAS) para el control de la tuberculosis por lo menos en el 50% de los municipios de cada departamento
- Disminuir en 20% la mortalidad por tuberculosis.

CAPITULO 11

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) es una acción conjunta de las naciones del mundo y de organismos internacionales interesados en apoyar acciones tendientes a lograr coberturas universales de vacunación, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por las enfermedades inmunoprevenibles y con un fuerte compromiso de erradicar, eliminar y controlar las mismas.

Los objetivos del PAI son los siguientes:

Reducir la morbilidad y la mortalidad causadas por Poliomiелitis, Tosferina, Tétanos Neonatal, Difteria, Tuberculosis, Parotiditis, Sarampión, Rubéola y Meningitis. Erradicar la circulación del virus salvaje de la Poliomiелitis y Eliminar el Tétanos Neonatal.

Las coberturas de vacunación útiles iguales o superiores son de 95%, por tanto se puede observar que en el Departamento no alcanza las coberturas útiles en los biológicos expuestos durante el año 2007.

La Gobernación de Risaralda – Secretaria de Salud, en este cuatrienio ha asumido un compromiso con las acciones en favor de la primera infancia como prioridad, entre ellas el logro de coberturas útiles en vacunación, pero existe gran preocupación ante el no logro de coberturas útiles con población DANE proyección censo2005, por tal motivo se dejan las siguientes hallazgos. Uno de los problemas más importantes que tiene el departamento para el logro de coberturas útiles, es el numerador de dicho indicador, pues este históricamente se mide con la

proyecciones de DANE y la diferencia entre esta proyección y los nacidos vivos es importante.

1. En Risaralda se ha observado en los últimos 10 años, que el número de nacidos vivos es decreciente, adjuntamos relación de nacidos vivos Risaralda últimos 10 años, información DANE estadísticas vitales.

2. Se puede apreciar como a través del tiempo a pesar de los esfuerzos, apoyo en jornadas de vacunación e inversión, las coberturas no son útiles según población proyectada por el DANE.

Tabla No 22 Comparativo Nacidos Vivos y proyecciones DANE Risaralda.

Año	Nacidos Vivos	Proyección DANE	diferencia		vacunas aplicadas	cobertura DANE	Cobertura NV
2005	12,942	15,478	2,536	16%	12,864	83%	99%
2006	13,081	15,488	2,407	16%	12,540	81%	96%
2007	13,379	15,490	2,111	14%	12,160	79%	91%
2008	12,981	15,478	2,497	16%	13,394	87%	103%
2009	12,291	15,450	3,159	20%	12,825	83%	104%
2010	11,822	15,383	3,561	23%	11,980	78%	101%
2011	11,501	15,409	3,908	25%	11,673	76%	101%

A continuación se muestra en los municipios del Departamento los nacidos vivos según datos generados de las estadísticas RUAF.

Tabla N°23. Nacidos vivos Risaralda 2007 a 2011.

MUNICIPIO	NACIDOS VIVOS RDA 2007	NACIDOS VIVOS RDA 2008	NACIDOS VIVOS RDA 2009	NACIDOS VIVOS RDA 2010	NACIDOS VIVOS RDA 2011

Apia	155	157	142	143	133
Balboa	88	71	74	63	81
Belen de Umbría	453	368	357	378	317
Dosquebradas	2878	2826	2639	2.538	2571
Guática	153	152	132	123	124
La Celia	121	111	108	83	93
La Virginia	517	515	464	424	415
Marsella	296	248	250	215	238
Mistrató	214	170	171	168	135
Pereira	6388	6378	6032	5906	5525
Pueblo Rico	219	221	222	239	249
Quinchía	435	398	384	396	356
Sta Rosa de Cabal	969	962	850	876	783
Santuario	240	182	151	166	178
Sin dato de mpio	0	6	6	0	0
Total Depto	13126	12765	11982	11718	11198

11.1 Eventos inmunoprevenibles

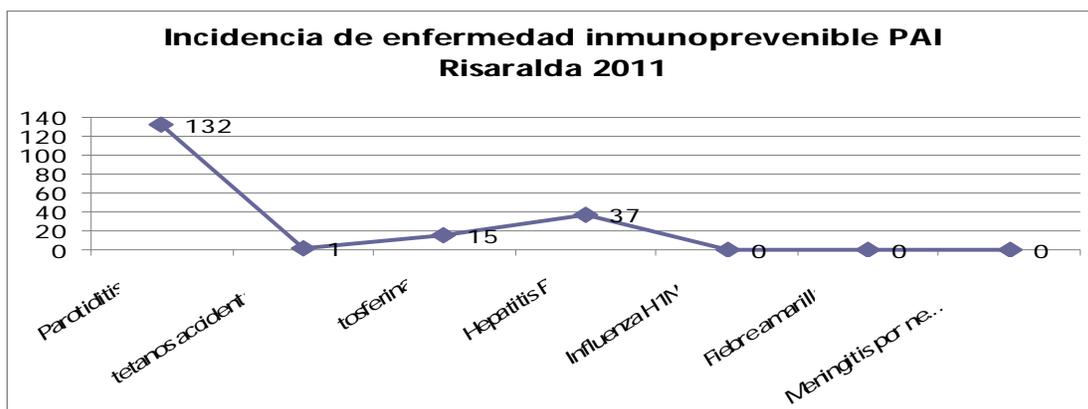
Otro de los indicadores que muestra la efectividad o no del programa ampliado de inmunizaciones son los eventos de morbimortalidad asociados a las enfermedades inmunoprevenibles. En el año 2011 se presentaron las siguientes patologías:

- ESAVI: El número de eventos reportados se mantuvo constante (27 casos) durante los 2 años comparados.

- Influenza A H1N1: En el año 2011, persiste el evento, con la confirmación de 9 casos, 3 de ellos fatales.
- Meningitis por haemophilusinfluenzae: Se reportan 3 casos no fatales en el año 2011, con un aumento en el reporte de casos respecto al año 2010 en el que se presentó un caso.
- Meningitis meningocócica: Se notificó un caso no fatal en paciente menor de edad residente en el municipio de Dosquebradas.
- Meningitis neumocócica: No se informaron casos en los años 2010 y 2011.
- Parotiditis: Se registró un aumento de 21 casos notificados en el año 2011, respecto al año 2010
- PFA: Para el año 2011 se reportaron dos casos, uno residente en el Departamento de Caldas y el otro en el municipio de Apia, descartando polio en ambos casos
- Rubeola sarampión: En el año 2011 se mejora la captación del evento, con 20 casos sospechosos reportados, todos descartados por laboratorio.
- Tétanos accidental: Se reporta un caso en el año 2011, paciente adulto residente en el municipio de Pereira.
- Tosferina: En el año 2011 se presentaron 15 casos confirmados por laboratorio, contra 1 caso en el año 2010. Pereira aportó el mayor número de casos, pero la mayor tasa la alcanzaron los municipios de Mistrató y Santuario. El evento se presentó tanto en niños, como en adultos, en el rango del año de edad a los 44 años.
- Varicela: Se presentó un aumento del 86% en el reporte de casos, con Pereira y Dosquebradas como los municipios con más casos y los municipios de Pueblo Rico, Dosquebradas, Santa Rosa de Cabal y Santuario con las tasas más altas.

No se presentaron casos de fiebre amarilla, tétanos neonatal y difteria.

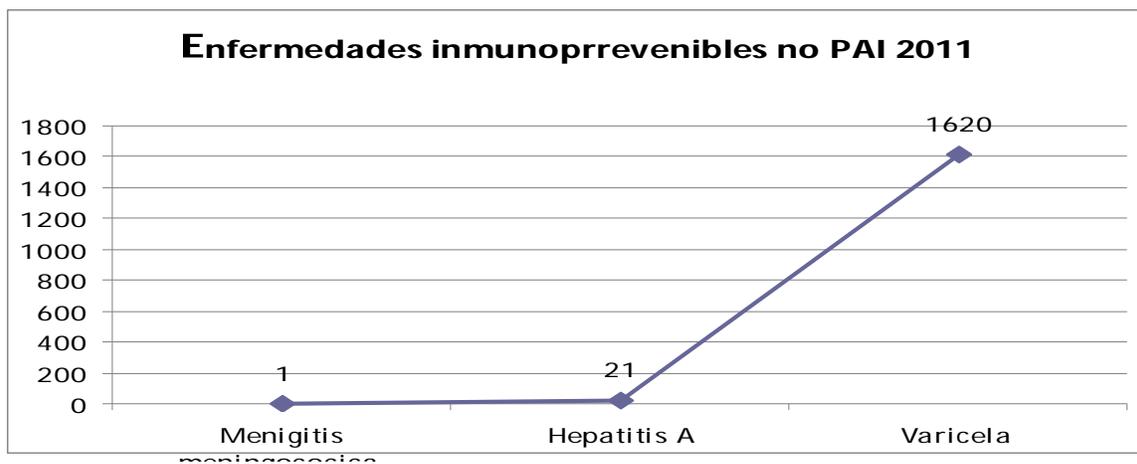
Gráfico N° 18, enfermedades inmunoprevenibles Risaralda 2011.



Fuente: SIVIGILA RDA 2011

En Risaralda se viene presentando casos de parotiditis y se han reactivado algunos casos de tos ferina. Sigue con un comportamiento similar a otros años la hepatitis B en jóvenes y adultos, hay descenso en los casos de influenza AH1N1.

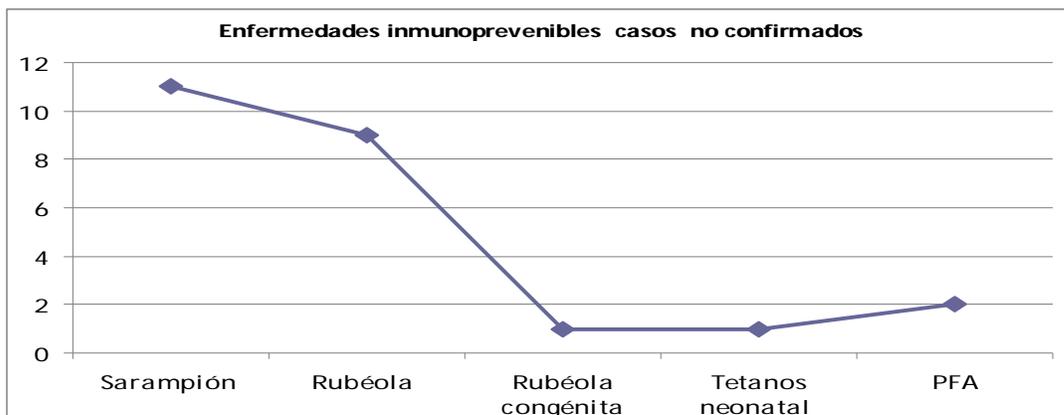
Gráfico N° 19, Enfermedad inmunoprevenibles no PAI.



Fuente: SIVIGILA RDA 2011

En Risaralda el mayor numero de casos de enfermedades inmunoprevenibles no PAI se presenta con varicela, lo que indica que es importante evaluar a nivel nacional la eficacia de una vacuna para esta enfermedad, en especial por los brotes que se presentan en los albergues por ola invernal.

Gráfico N° 20. Casos sospechosos de enfermedades inmunoprevenibles en proceso de erradicación y eliminación.

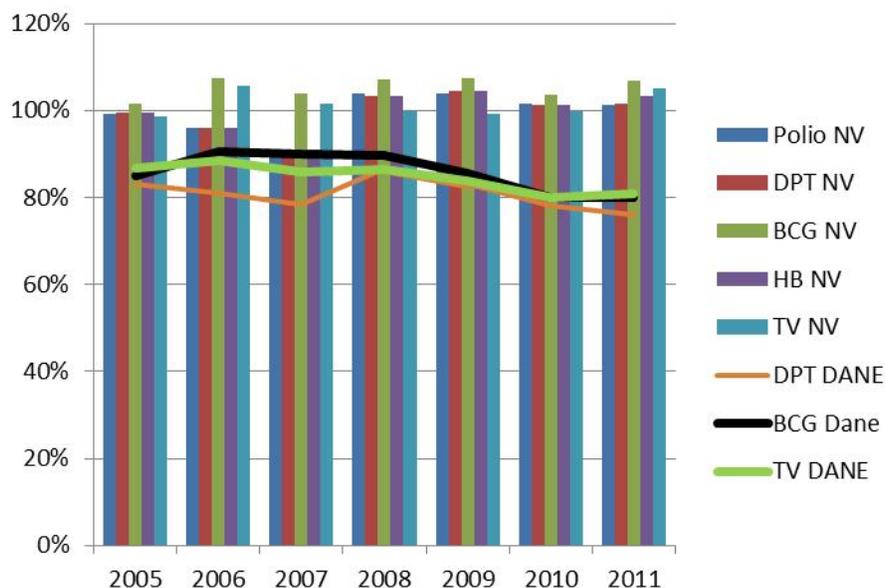


Fuente. SIVIGILA Rda 2011.

En Risaralda permanente con capacitaciones se motiva al personal de las IPS para que realicen búsquedas activas instituciones y búsquedas activas comunitarias de enfermedades inmunoprevenibles que están en proceso de eliminación (sarampión, rubéola, rubéola congénita y tétanos neonatal) y en proceso erradicación (poliomielitis), trabajo que se realiza conjuntamente con vigilancia epidemiológica y con el laboratorio departamental de salud pública y su red de laboratorios.

11.2 Coberturas de vacunación.

Gráfico No 21. Comparación Coberturas Nacidos Vivos frente Coberturas proyección DANE



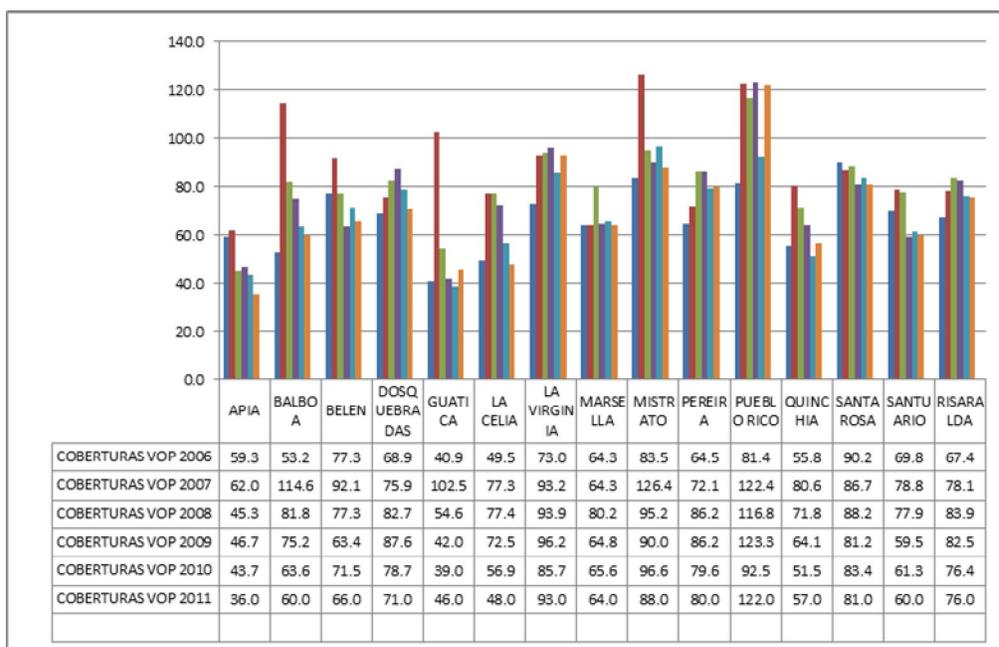
En el gráfico No 21 se puede observar como las coberturas de vacunación varían según la población (denominador) que se utilice para generar el indicador, en el departamento se puede observar que con todos los biológicos, exceptuando el año 2007 se logran coberturas útiles de vacunación con la población de nacidos vivos (barras en la gráfica), sin embargo en este año no fue inferior al 90%. De modo contrario por poblaciones proyección DANE (líneas en el gráfico) las coberturas exceptuando BCG nunca superan la barrera del 90%. Mayor información ver tabla N°24.

Tabla N° 24 Poblaciones y coberturas de vacunación departamento de Risaralda años 2005-2011 por Nacidos Vivos y Población DANE.

año	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
menores de 1 año nacidos vivos	12942	13081	13379	12981	12291	11822	11501
Población DANE	15478	15488	15490	15,478	15450	15325	15,375
Dosis de Polio	12850	12574	12102	13485	12768	11995	11662
Polio NV	99%	96%	90%	104%	104%	101%	101%

Polio DANE	83%	81%	78%	87%	83%	78%	76%
Dosis DPT	12864	12540	12160	13,394	12825	11980	11673
DPT NV	99%	96%	91%	103%	104%	101%	101%
DPT DANE	83%	81%	79%	87%	83%	78%	76%
Dosis de BCG	13141	14043	13916	13,895	13200	12,260	12,289
BCG NV	102%	107%	104%	107%	107%	104%	107%
BCG DANE	85%	91%	90%	90%	85%	80%	80%
Dosis HB	12864	12540	12160	13,394	12825	11,980	11885
HB NV	99%	96%	91%	103%	104%	101%	103%
HB DANE	83%	81%	79%	87%	83%	78%	77%
población de un año Proyección NV	13737	12942	13081	13379	12981	12291	11822
Población DANE	15622	15445	15449	15423	15390	15325	15375
Dosis TV	13559	13676	13281	13,346	12877	12,250	12,437
TV NV	99%	106%	102%	100%	99%	100%	105%
TV DANE	87%	89%	86%	87%	84%	80%	81%

Gráfico N° 22. Cobertura de vacunación con anti polio menores un año 2006 - 2011

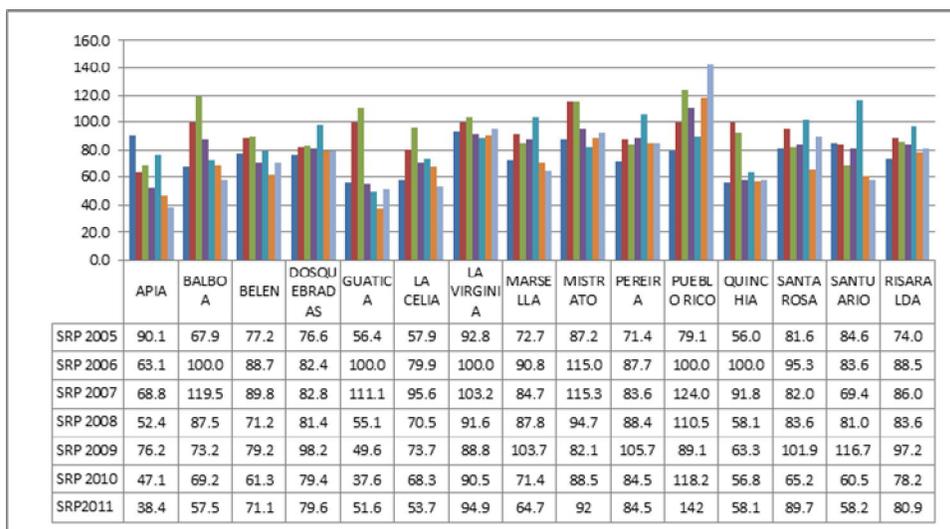


Fuente: programa PAI SDS Risaralda

En el gráfico N° 22 se muestran las coberturas del Risaralda desde el 2006 hasta el 2011, encontrando gran variabilidad y preocupa la disminución presentada en los dos últimos años 2010 y 2011. Es importante aumentar las acciones de vacunación en la primera infancia y sobre todos garantizar la oportunidad en la prestación del servicio de vacunación.

En Risaralda las coberturas más altas contra el sarampión, rubéola y parotiditis que se aplica al año de edad y refuerzo a los 5 años, se observan el año 2009 con 97.2% de cobertura, una de las más bajas en el año 2010 con 78.2%. Se deben unir esfuerzo para el logro de coberturas útiles en vacunación en Risaralda y seguir con acciones como las encuestas de evaluación y propender porque se apruebe en el nivel nacional la definición de una población más acorde con los nacidos vivos, se debe dar continuidad al seguimiento de la cohorte de nacimientos cada año en los 14 municipios de Risaralda.

Gráfico N° 23. Coberturas de vacunación 1 año con SRP 2006 – 2011.



Fuente: PAI SDS Risaralda

11.3 Prestación de servicios de salud.

El departamento cuenta con 65 IPS que vacunan las cuales se encuentran debidamente habilitadas, para prestar el servicio de vacunación.

Tabla N° 26. Instituciones que vacunan en Risaralda

municipios	publicas	privadas
PEREIRA	25	18
APIA	1	0
BALBOA	1	0
BELEN	1	0
DOSQUEBRADAS	1	6
GUATICA	1	0
LA CELIA	1	0
LA VIRGINIA	1	1
MARSELLA	1	0

MISTRATO	1	0
PUEBLO RICO	1	0
QUINCHIA	1	0
STA ROSA DE CABAL	1	2
SANTUARIO	1	0
Cuartos fríos	2*	
RISARALDA	38	27

Fuente. PAI Risaralda 2011

* En Risaralda, la Secretaria de Salud de Dosquebradas cuenta con cuarto frío funcionando y según lineamientos establecidos por el nivel nacional y esta pendiente poner en marcha el cuarto frío en la Secretaría de Salud departamental, ya que cuenta con instalaciones pero no se han puesto a funcionar los motores.

Tabla N° 27. Equipos red de frio en Risaralda

Red de frío	Refrigeradores horizontales	cajas frías	termos
PEREIRA	43	8	107
APIA	1	2	6
BALBOA	2	1	7
BELEN	2	1	5
DOSQUEBRADAS	12	2	52
GUATICA	1	2	12
LA CELIA	1		7
LA VIRGINIA	1	3	19
MARSELLA	2	1	13
MISTRATO	2	1	11

PUEBLO RICO	1	1	11
QUINCHIA	1	1	4
STA ROSA DE CABAL	2	3	17
SANTUARIO	1	1	5
RISARALDA	72	11	276

Fuente. PAI Risaralda 2011

CAPITULO 12

ASEGURAMIENTO EN SALUD

12.1 Población pobre y vulnerable.

Como se observa en el cuadro 4.1.1 el Departamento cuenta con una población pobre y vulnerable que de acuerdo al SISBEN 568.751; lo que representa el 61.12% del total de la población Dane. Conforme a la normatividad vigente en el sector salud dicha población debe identificarse a través del SISBEN, lo que implica que una alta proporción de la población puede acceder a los beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud ya sea como beneficiarios del Régimen subsidiado o transitoriamente como pobre y vulnerable no afiliada al SGSSS, teniendo en cuenta que en el Sisben la población afiliada en el presente es de los niveles 1 y 2.

Cuadro 4.1.1. Distribución de la población pobre y vulnerable según SISBEN

MUNICIPIO	Población DANE	POBLACION SISBEN				
		Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3 o +	Total	% respecto al municipio
PEREIRA	459.471	146.468	32.801	86.777	266.046	57,90%
APIA	18.399	4.402	1.465	2.453	8.320	45,22%
BALBOA	6.347	3.247	802	1.152	5.201	81,94%
BELEN DE UMBRIA	27.733	12.015	3.207	6.254	21.476	77,44%
DOS QUEBRADAS	191.073	40.079	15.242	63.113	118.434	61,98%
GUATICA	15.483	6.018	1.675	2.240	9.933	64,15%
LA CELIA	8.665	3.740	1.056	1.814	6.610	76,28%
LA VIRGINIA	31.734	9.483	3.162	9.554	22.199	69,95%
MARSELLA	22.527	7.532	2.063	4.687	14.282	63,40%
MISTRATO	15.772	5.722	1.386	1.824	8.932	56,63%
PUEBLO RICO	12.777	4.876	657	704	6.237	48,81%
QUINCHIA	33.553	14.815	2.896	3.455	21.166	63,08%
SANTA ROSA DE CABAL	71.379	20.926	7.413	20.302	48.641	68,14%
SANTUARIO	15.610	6.467	1.833	2.974	11.274	72,22%
TOTAL DEPTO	930.523	285.790	75.658	207.303	568.751	61,12%

Fuente: SISBEN certificado por el DNP a septiembre de 2011 y Censo Dane 2005 proyectado a 2011

De acuerdo a la normatividad vigente solo pueden afiliarse al régimen subsidiado las personas que se encuentran en los niveles 1 y 2 del Sisben y la población especial, aquellos que venían afiliados y en el Sisben versión 3 obtienen mayor puntaje continúan hasta tanto el Ministerio de Salud y Protección Social defina los cortes respectivos. Se observa que los municipios de mayor porcentaje de población Sisbenizada con respecto al Dane son Balboa con el 81.94% y el menor Apia con el 45.22%.

Cuadro 4.1.2. Listado censal. Población desplazada e indígena afiliados a 31 de diciembre de 2011.

MUNICIPIO	Población DANE	INDIGENAS	DESPLAZADOS
PEREIRA	459.471	38	8.005
APIA	18.399	3	346
BALBOA	6.347	1	321
BELEN DE UMBRIA	27.733	11	525
DOS QUEBRADAS	191.073	12	2.385
GUATICA	15.483	421	433
LA CELIA	8.665	3	355
LA VIRGINIA	31.734	4	738
MARSELLA	22.527	836	325
MISTRATO	15.772	4.879	257
PUEBLO RICO	12.777	5.328	454
QUINCHIA	33.553	4.976	539
SANTA ROSA DE CABAL	71.379	8	1.087
SANTUARIO	15.610	5	631
TOTAL DEPTO	930.523	16.525	16.401

Fuente: BDUA de Fosyga al 31 de diciembre de 2011 y Censo DANE 2005 proyectado a 2011

De población desplazada de acuerdo a la Base de Acción Social a 31 de diciembre existe una caracterización de un total de 50.119 personas en el Departamento, no obstante a 31 de diciembre de 2011 se encuentran afiliados 16.401. Dada la condición de desplazamiento de dicha población.

Con respecto a los indígenas se tiene la afiliación de 16.525 y no han ingresado mas, no obstante de que los recursos se asignan para esta población una vez sea cargada y validada en la BDUA a nivel nacional y que en censos anteriores el total aparece una cifra de 24.810.

12.2 Régimen Subsidiado

Con respecto a la población con derecho a este régimen (Cuadro 4.2.1) la cobertura de afiliación es del 38.16% de la población DANE; teniendo en cuenta esta última, cinco de los catorce municipios del departamento tienen una cobertura por debajo del cincuenta por ciento.

Cuadro 4.21. Distribución Población Régimen Subsidiado. Departamento de Risaralda Diciembre 2011.

MUNICIPIO	Población DANE	Afiliados Régimen Subsidiado		
		Personas afiliadas	% respecto a Población DANE	Distribución porcentual
PEREIRA	459.471	135.275	29,44%	38,09%
APIA	18.399	8.351	45,39%	2,35%
BALBOA	6.347	4.514	71,12%	1,27%
BELEN DE UMBRIA	27.733	19.042	68,66%	5,36%
DOS QUEBRADAS	191.073	58.063	30,39%	16,35%
GUATICA	15.483	9.456	61,07%	2,66%
LA CELIA	8.665	5.924	68,37%	1,67%
LA VIRGINIA	31.734	14.356	45,24%	4,04%
MARSELLA	22.527	12.314	54,66%	3,47%
MISTRATO	15.772	12.398	78,61%	3,49%
PUEBLO RICO	12.777	12.107	94,76%	3,41%
QUINCHIA	33.553	22.187	66,13%	6,25%
SANTA ROSA DE CABAL	71.379	31.530	44,17%	8,88%
SANTUARIO	15.610	9.599	61,49%	2,70%
TOTAL DEPTO	930.523	355.116	38,16%	100,00%

Fuente: BDUA de Fosyga al 31 de diciembre de 2011.

Los 355.116 afiliados al régimen subsidiado en el departamento de Risaralda con corte a 31 de diciembre de 2011 corresponden al 38.16% del total de la población DANE y al 62.43 con respecto al total del Sisben versión 3 siendo el municipio de Pueblo Rico el que cuenta con un mayor porcentaje de población afiliada a este régimen con un 94.76% con respecto a Dane. La ciudad de Pereira tiene el 29.44% de los afiliados totales del departamento y el municipio de Dosquebradas el 30.39% lo que se corresponde con el mayor número de habitantes en estas ciudades del área metropolitana.

12.3 Régimen Contributivo

De acuerdo a la información entregada por el Consorcio Fidufosyga, se encuentran en el Departamento un total de 476.343 personas afiliadas a las diferentes EPS del régimen contributivo, ya sea como compensados o suspendidos al mes de diciembre del año 2011 igualmente de acuerdo a parámetros del Ministerio de Salud y Protección Social se trabaja con una proyección del 3% de la población DANE para la estimación de la población perteneciente a los regimenes especiales lo cual nos da un total de afiliados de 504.259, con una cobertura del 54.19% del total de la población DANE.

Cuadro 4.3.1 Distribución de la población del régimen contributivo.
Departamento de Risaralda -Diciembre 2011

MUNICIPIO	Población DANE	Afiliados Régimen Contributivo y Especial			
		Afiliados Reg. Contributivo	Afiliados Reg. Especial	% respecto a Población	Distribución porcentual
PEREIRA	459.471	305.865	13.784	69,57%	63,39%
APIA	18.399	1.826	552	12,92%	0,47%
BALBOA	6.347	700	190	14,03%	0,18%
BELEN DE UMBRIA	27.733	4.236	832	18,27%	1,01%
DOS QUEBRADAS	191.073	103.043	5.732	56,93%	21,57%
GUATICA	15.483	1.014	464	9,55%	0,29%
LA CELIA	8.665	726	260	11,38%	0,20%
LA VIRGINIA	31.734	17.937	952	59,52%	3,75%
MARSELLA	22.527	3.355	676	17,89%	0,80%
MISTRATO	15.772	1.039	473	9,59%	0,30%
PUEBLO RICO	12.777	867	383	9,79%	0,25%
QUINCHIA	33.553	2.004	1.007	8,97%	0,60%
SANTA ROSA DE C	71.379	31.283	2.141	46,83%	6,63%
SANTUARIO	15.610	2.448	468	18,68%	0,58%
TOTAL DEPTO	930.523	476.343	27.916	54,19%	100,00%

Fuente: Informe contributivo Fidufosyga diciembre de 2011

Compensados - Suspendidos y 3% población régimen especial

En la cobertura por municipio con respecto a la población DANE se observa una afiliación en los municipios de Dosquebradas La Virginia y Pereira superior al 50% y el menor porcentaje de afiliación es del municipio de Quinchia con un 8.97% y los municipios de Guática, Mistrató y Pueblo Rico que oscilan entre el 9.59% y 9.75%.

12.4 Población pobre sin Seguridad Social en Salud

Según cuadro 4.4.1 existen 46.955 personas de nivel 1, 2 que de acuerdo al Ministerio de Salud y Protección Social, se encuentran pendientes de ingresar y los recursos están apropiados por Fosyga estas personas deben ser ubicadas por parte de los entes territoriales, este grupo representa el 5.05% del total de la población del departamento y el de mayor porcentaje con respecto a la población del municipio es Balboa con 8.65% y de menor 2.76% Mistrató.

De acuerdo al Ministerio en esta PPNA en los municipios donde existen indígenas y desplazados, pueden ser cargados en la BDU A y reconocidos por la fuente de Fosyga.

Cuadro 4.4.1 Distribución de la población pobre y vulnerable Sin Seguridad Social en Salud Departamento de Risaralda Diciembre 2011.

MUNICIPIO	POBLACION DANE	PPNA CON BASE EN SISBEN III Y BDUA NOV/11	%
PEREIRA	459.471	24.148	5,26%
APIA	18.399	716	3,89%
BALBOA	6.347	549	8,65%
BELEN DE UMBRIA	27.733	1.743	6,28%
DOS QUEBRADAS	191.073	8.474	4,43%
GUATICA	15.483	754	4,87%
LA CELIA	8.665	483	5,57%
LA VIRGINIA	31.734	1.766	5,57%
MARSELLA	22.527	1.012	4,49%
MISTRATO	15.772	435	2,76%
PUEBLO RICO	12.777	674	5,28%
QUINCHIA	33.553	1.467	4,37%
SANTA ROSA DE CABAL	71.379	3.697	5,18%
SANTUARIO	15.610	1.037	6,64%
TOTAL DEPTO	930.523	46.955	5,05%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social Diciembre de 2011

12.5 Población sin clasificar

El país presenta aún problema estructural en lo que a población se refiere. PPNA a que la movilidad de la gente y la información con respecto a esta, como la Virginia y Pueblo Rico con un mayor de población afiliada sin tener en cuenta la PPNA e igualmente Pereira presentaría un número mayor de afiliados. lo que nos permite concluir las deficiencias en los instrumentos existentes para identificar y focalizar a la población pobre. (Cuadro 4.5.1)

Cuadro 4.5.1 Distribución Población por afiliar. Departamento de Risaralda diciembre de 2011

Municipio	Poblacion Dane	Especial	Contributivo	Subsidiado	Total	No afiliada	PPNA CON BASE EN SISBEN III Y BDUA NOV/11	Por identifica
Pereira	459.471	13.784	305.865	135.275	454.924	4.547	24.148	- 19.601
Apía	18.399	552	1.826	8.351	10.729	7.670	716	6.954
Balboa	6.347	190	700	4.514	5.404	943	549	394
Belén de Umbría	27.733	832	4.236	19.042	24.110	3.623	1.743	1.880
Dosquebradas	191.073	5.732	103.043	58.063	166.838	24.235	8.474	15.761
Guática	15.483	464	1.014	9.456	10.934	4.549	754	3.795
La Celia	8.665	260	726	5.924	6.910	1.755	483	1.272
La Virginia	31.734	952	17.937	14.356	33.245	- 1.511	1.766	- 3.277
Marsella	22.527	676	3.355	12.314	16.345	6.182	1.012	5.170
Mistrató	15.772	473	1.039	12.398	13.910	1.862	435	1.427
Pueblo Rico	12.777	383	867	12.107	13.357	- 580	674	- 1.254
Quinchía	33.553	1.007	2.004	22.187	25.198	8.355	1.467	6.888
Santa Rosa de C	71.379	2.141	31.283	31.530	64.954	6.425	3.697	2.728
Santuario	15.610	468	2.448	9.599	12.515	3.095	1.037	2.058
	930.523	27.916	476.343	355.116	859.375	71.148	46.955	24.193

Población Proyección
Dane 2011

12.6 Recursos

Para el año 2.012 de acuerdo a la nueva normatividad Ley 1438 y Decreto 971 de 2011, se estableció para el Régimen Subsidiado el periodo de vigencia de la afiliación del 1 de enero al 31 de diciembre, por lo cual se entregó matriz estimada donde se aplican los recursos de SGP, Esfuerzo Propio territorial y Fosyga.

Igualmente se relaciona el valor de \$ 1.137.786.864 como Sistema General de Participaciones (SGP) para la oferta del primer nivel de los municipios y la los recursos por \$20.011.926.085 al segundo y tercer nivel del departamento, con el fin de garantizar la atención de la población que se encuentra identificada y esta sin Seguridad Social en Salud con las instituciones hospitalarias.

El total de rentas cedidas y SGP para la atención de segundo, tercer y cuarto nivel, los recursos asignados fueron de \$22.765.005.085

En el cuadro 4.6.1 se consolida la información correspondiente a la distribución de Sistema General de Participaciones y Rentas Cedidas del año 2012

Municipio	Total Sistema General de Participaciones y Rentas Cedidas		
	Oferta	Aportes	Total
1° Nivel de atención.	1.137.786.864	5.046.407.349	6.184.194.213
Apía		133.905.038	133.905.038
Balboa		70.188.316	70.188.316
Belén	418.040	162.610.926	163.028.966
Dosquebradas	1.137.190.319	493.440.812	1.630.631.131
Guática		114.363.391	114.363.391
La Celia		81.787.371	81.787.371
La Virginia	178.505	238.267.872	238.446.377
Marsella		214.878.478	214.878.478
Mistrató		246.154.611	246.154.611
Pueblo Rico		166.055.307	166.055.307
Quinchía		245.955.594	245.955.594
Santa Rosa		568.940.745	568.940.745
Santuario		152.208.453	152.208.453
Pereira		2.157.650.435	2.157.650.435
2°, 3° y 4° Nivel de atención	20.011.926.085	2.753.079.000	22.765.005.085
Total Dpto.	21.149.712.949	7.799.764.349	28.949.477.298

12.7 Cofinanciación departamental para el régimen subsidiado

En el cuadro 4.7 se relaciona el total de los recursos del departamento a partir del 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2012 teniendo en cuenta los nuevos lineamientos de acuerdo a la transformación de Ley 1122 de 2007 y 1438 de 2011.

Municipio	Valor año 2012
Apia	489.328.039
Balboa	0
Belén	1.779.489.545
Dosquebradas	2.504.471.156
Guática	839.834.923
La Celia	156.780.423
La Virginia	532.053.436
Marsella	1.296.836.041
Mistrató	856.071.303
Pueblo Rico	607.450.699
Quinchía	1.229.524.053
Santa Rosa	2.119.963.691
Santuario	1.206.887.457
Pereira	4.531.794.835
Total Dpto.	18.150.485.601

Los recursos son distribuidos a nivel Nacional para garantizar la continuidad de los afiliados.

En conclusión se observa que se continua en algunos de los cuadros la población correspondiente al SISBEN es mayor que la proyectada por el DANE para algunos municipios, a nivel nacional se mantiene el proceso de cruces de las bases del Sisben a nivel municipal, departamental y nacional, e igualmente el Departamento continua con cruces en cuanto a información de posibles duplicidades, afiliados a contributivo e información con inconsistencias en cuanto a documentos para lograr un numero aproximado de la población real vinculada.

Se debe realizar proceso de evaluar la forma de incrementar los afiliados al régimen contributivo buscando la reducción de la evasión y elusión a este régimen.

Se ha adelantado a nivel departamental el fortalecimiento del Sistema Integrado de información en Salud que incluye el manejo del régimen subsidiado a nivel municipal y departamental.

Se continuara en el ejercer las funciones asignada por Ley 715 correspondientes a la asesoría, inspección, vigilancia y control del aseguramiento en los diferentes municipios, realizando las verificaciones de los procesos entre los municipios y las EPS'S para una mayor eficiencia, eficacia, economía en la atención a los beneficiarios de los diferentes regímenes y optimización de los recursos para la atención por parte del Departamento y las diferentes ESEs a la población pobre y vulnerable identifica y no afiliada a los respectivos regímenes.

CAPITULO 13

SERVICIOS MEDICO ASISTENCIALES

13.1 INVERSIÓN EN INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN DE ACUERDO AL PLAN BIENAL.

Durante el periodo 2008 - 2011, fueron ejecutados proyectos de infraestructura y mantenimiento, los cuales se describen a continuación; de igual manera se describen los proyectos por ejecutar:

CUADRO 4.7.1 INVERSION INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA 2008 - 2011

Proyecto	Entidad	Estado	Otros	Valor millones

				invertidos
	Construcción nueva E.S.E. hospital Cristo Rey de Balboa	En proceso (Recursos de regalías)		Toda la infraestructura 2.633.098.913.00 Infraestructura. 211.233.251.00 Interventoría
	Construcción nueva E.S.E. hospital san Vicente de Paúl de Apia	En proceso (Recursos de regalías)		Toda la infraestructura 4.046.466.818.00 Infraestructura 350.927.091.00 Interventoría
	Construcción	Ejecutado La (3) tercera etapa (esterilización)	falta La (4) cuarta etapa (servicios generales, mantenimiento, parqueadero,	

<p>Modernización de la red infraestructura (construcción nueva, adecuación, remodelación, ampliación y mantenimiento) ESE hospitales y puestos de salud.</p> <p>(ley 715 de 1996 determina que las instituciones prestadoras de servicios de salud deben cumplir con el código de sismo resistencia resolución 400</p>	<p>nueva E.S.E. hospital Nazareth de Quinchía</p>	<p>ginecoobstetricia y hospitalización),</p>	<p>deposito de cadáveres y almacén y central de Gases).</p> <p>300.000.000.00</p> <p>Infraestructura e Interventoría</p> <p>200.000.000.00 dotación y equipos</p>	<p>400.000.000.00</p> <p>Infraestructura</p>
	<p>Construcción nueva E.S.E. hospital san Vicente de Paúl de</p>	<p>En ejecución</p> <p>La (3) fase de la segunda etapa (áreas de mantenimiento, planta eléctrica, depósito de cadáveres, bodega, cuarto de maniobras, deposito de basuras y tanques de agua</p>	<p>falta</p> <p>La (4) fase de la segunda etapa (Cocina, lavandería, archivo, administración y auditorio y compra de predios 160 millones).</p> <p>1.100.000.00</p>	<p>300.000.000.00</p> <p>Infraestructura</p>

	Mistrató	subterráneos)	0.00	
			Infraestructura e Interventoría	
	Construcción nueva E.S.E. hospital San Rafael de Pueblo Rico	Ejecutado La (2) segunda etapa (servicios de consulta externa y administración)	falta La (3) tercera etapa (servicios hospitalización, laboratorio clínico y servicios generales). 2.000.000.00 0.00	233.379.095.00 Infraestructura
	Adecuación Menor E.S.E. hospital San José de Belén de Umbría	ejecutado Adecuaciones locativas.		90.000.000.00 Infraestructura
	Adecuación de centro de salud Santa Teresita	En ejecución Adecuaciones		103.000.000.

	E.S.E. hospital Santa Mónica Dosquebradas	locativas.		00 Infraestructura
	Adecuación Centros de Salud Santa Ana, Travesías, San Clemente y Milán E.S.E. hospital Santa Ana de Guatica.	Ejecutado Adecuaciones locativas.		20.000.000.00 Infraestructura
	Adecuación Centro de salud de Santa Elena de la E.S.E. hospital Nazareth de Quinchía.	(Recursos solicitados a Colombia Humanitaria)	287.000.000.00	Infraestructura
	Adecuaciones Centros de salud de San Antonio, Purembara, Arkakay, Puerto de Oro, Río Mistrató de la E.S.E. hospital San Vicente de Paúl de Mistrató.	(Recursos solicitados a Colombia Humanitaria)	163.760.000.00	Infraestructura

	Adecuaciones Centros de salud de La Hermosa, La Florida y El Español de la E.S.E. hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal.	(Recursos solicitados a Colombia Humanitaria)	79.000.016.00 Infraestructura	
	Adecuación Menor E.S.E. hospital San José de Marsella.	(Recursos solicitados a Colombia Humanitaria) Reparación Interna y Externa.	250.000.000.00 Infraestructura	
	Adecuación Menor E.S.E. hospital San Vicente de Paúl de Santuario	(Recursos solicitados a Colombia Humanitaria) Estabilización Talud y reforzamiento estructural.	192.712.427.00 Infraestructura	
		(Recursos solicitados a		

	Adecuación Menor E.S.E. hospital Santa Mónica de Dosquebradas	Colombia Humanitaria). Reposición parcial Cubierta.	536.807.150.00 Infraestructura	
	Adecuación Menor E.S.E. hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal.	(Recursos solicitados a Colombia Humanitaria). Adecuaciones Internas.	246.900.000.00 Infraestructura	

**INVERSIONES EN MANTENIMIENTO 2008 - 2011
HOSPITALARIO E.S.E.S Y SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL**

Proyecto	Estado	Otros	Valor millones invertidos
Inspección termográfica y calidad de energía de la red	Ejecutado Inspección termográfica y calidad de energía ESE hospitales de	falta Intervención termográfica y calidad de energía ESE hospitales de Risaralda.	31.900.000.00

hospitalaria de Risaralda	Risaralda	2.000.000.000.00 Infraestructura e Interventoría	Mantenimiento redes
Prestación de servicios para la realización del mantenimiento correctivo y preventivo de las redes eléctricas del laboratorio de salud publica	Ejecutado Mantenimiento correctivo y preventivo de las redes eléctricas del laboratorio de salud publica	falta Adecuación de las redes eléctricas del laboratorio de salud publica 200.000.000.00 Infraestructura e Interventoría	28.290.000.00 Mto redes
Adecuaciones de la infraestructura del laboratorio de salud publica	Ejecutado Adecuaciones (pintura y cerrajería)	falta Construcción de Laboratorio de Entomología, Baterías Sanitaria, Auditorio y adecuaciones sanitarias. 600.000.000.00 Infraestructura e Interventoría	33.294.193.00 Infraestructura
		falta	

Adecuación de cuarto frío deposito biológicos del laboratorio de salud publica	Ejecutado Construcción cuarto frío (deposito)	Dotación y equipos de cuarto frío (deposito) 300.000.000.00 Infraestructura e Interventoría	32.320.370.00 Infraestructura
Adecuación Funcional y Espacial de Secretaria de Salud Departamental P. 6, P. 5 y P. 1	Ejecutado Adecuación Funcional y Espacial de P. 6, P. 5 y P. 1	falta Dotación y equipos de P. 6, P. 5 y P. 1 350.000.000.00 Infraestructura e Interventoría	100.000.000.00 División oficina

**REFORZAMIENTO INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA
FALTANTE 2008 - 2011**

Proyecto	No ESE	ESE Faltantes		Estado	Valor Faltante
			E.S.E. hospital San José la Celia.	Sin recursos	Toda la infraestructura

Reforzamiento estructural de la red (Ley 715 de 1996 determina que las instituciones prestadoras de servicios de salud deben cumplir con el código de sismo resistencia ley 400 de 1997).	16	13			2.211.544.190.00 Infraestructura
			E.S.E. hospital. San José Marsella.	Sin recursos	Toda la infraestructura 1.975.000.000.00 Infraestructura
			E.S.E. hospital Santa Mónica Dosquebradas.	Sin recursos	Área servicios generales 500.000.000.00 Infraestructura

13.2 HABILITACIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

13.2.1 RED HOSPITALARIA.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad tiene como objetivo proveer de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y

equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios y garantizar la protección y seguridad del usuario y/o paciente en el proceso de atención.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad está integrado por cuatro componentes a saber: Habilitación, Auditoria, Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad en Salud.

La condición obligatoria del Sistema Único de Habilitación , pretende que los usuarios de los servicios de salud dentro del Sistema General de Seguridad Social, tengan las mínimas condiciones tecnológicas y científicas; reflejadas en condiciones mínimas indispensables para la prestación de servicios de salud en las siguiente áreas: Recurso humano , infraestructura , instalaciones físicas y su mantenimiento, dotación y su mantenimiento, medicamentos , dispositivos médicos y su gestión, procesos prioritarios asistenciales , historia clínica y registros, interdependencia de servicios , referencia de pacientes y seguimiento a riesgos ; el sistema de habilitación incluye además el cumplimiento de condiciones técnico administrativas y de suficiencia patrimonial y financiera .

El propósito del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad es garantizar una óptima calidad de los servicios a toda la población cubierta por el sistema de seguridad social, y que conlleve a una alta satisfacción de los usuarios; al tiempo impulsar el desarrollo de la cultura de la calidad en el sector. Para ello los estándares se han definido como:

Esenciales es decir incluye aquellos que son indispensables para defender la vida y la salud del paciente, la ausencia de alguno de ellos condicionan directamente la presencia de riesgos sobre la vida y la salud y no pueden ser sustituidos por otro requisito.

De obligatorio cumplimiento: Implica al eliminación de planes de cumplimiento, el no cumplimiento implicaría al prestación de un servicio con inminente riesgo para el usuario.

Diseñados para **defender y dar seguridad a los usuarios** el cumplimiento de los requisitos debe ser efectivo, ya que su ausencia genera riesgo que atentan contra la vida y la salud del usuario.

La Entidad Territorial debe elaborar y ejecutar un plan de visitas para verificar que todos los prestadores de servicios de salud de su jurisdicción, cumplan con las condiciones tecnológicas y científicas, técnico administrativas y de suficiencia patrimonial y financiera declaradas al momento de la inscripción o con el reporte de novedades.

En el departamento de Risaralda se habilitaron 853 prestadores de servicios de Salud incluidas sedes, durante el año 2011 así: 295 IPS públicas y privadas, 534

profesionales independientes, 6 entidades de traslado de pacientes y 18 entidades con objeto social diferente.

4.8 Prestadores de servicios de Salud inscritos en el registro especial de instituciones según tipo. Departamento de Risaralda. Año 2011

Tipo de prestadores	Número
IPS publicas y privadas	295
Profesionales independientes	534
Entidades de traslado de pacientes	6
Objeto social diferente	18
Total prestadores Risaralda	853

Fuente: Base de datos inscripción registro especial de prestadores de servicios de salud Ministerio de la Protección Social 2011

13.2.2. Proceso de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud

El proceso de verificación de condiciones para la habilitación de prestadores de servicios de salud se realizó durante el año 2011 así:

Cuadro 4.8.1 Visitas para la verificación de requisitos de habilitación a prestadores de servicios de salud año 2011

Habilitadas a 31 de diciembre de 2011	Sedes verificadas acumuladas a 31 de diciembre de 2011	Número de visitas realizadas en el año 2011	Porcentaje acumulado de visitas vs meta año 2011
853	1253	186	105 %

Fuente: Secretaria de Salud actas de visita y Registro Especial de Prestadores de Servicios de salud

En el proceso de verificación de requisitos , el grupo de habilitación desde el año 2009 inició la búsqueda activa de prestadores de servicios de salud inscritos ante la Entidad Territorial ,pero que ya no prestaban servicios , para proceder a realizar la revocatoria de habilitación previa visita a la dirección declarada por el prestador así: año 2009 62 visitas , año 2010 138 visitas y año 2011 22 visitas ,comprobando efectivamente que el prestador no funcionaba en el domicilio y

procediendo a reportar al Ministerio el proceso de revocatoria y quedando ajustada la base de datos de registro especial del departamento de Risaralda .

Cuadro 4.9.1 Visitas búsqueda activa de prestadores de servicios de salud para revocatoria de la habilitación

Visitas búsqueda activa año 2009	Visitas búsqueda activa año 2010	Visitas búsqueda activa año 2011	Total de prestadores con revocatoria de la habilitación
62	138	22	222

Fuente resoluciones de revocatoria años 2009-2010-2011 Archivo Grupo de habilitación

Durante el año 2011 se tomaron 18 medidas sanitarias de seguridad a prestadores de servicios de salud, por incumplimiento en los estándares de habilitación, previniendo la prestación de servicios de salud con riesgo para la salud y la vida de los usuarios. Las medidas tomadas originaron la iniciación de proceso administrativo sancionatorio.

Se remitieron además 5 expedientes para investigación administrativa sancionatoria por no contar con el PAMEC (Programa de auditoría para el Mejoramiento de la Calidad) ni con procesos de auditoría para la calidad.

13.3 Organización de la red de prestación de servicios. Conformación general de la red de servicios de salud del departamento de Risaralda

En el documento de la “Conformación General de la Red de Servicios de Salud del Departamento de Risaralda” los prestadores públicos de servicios de salud – ESE Hospitales se han organizado en 3 regiones: occidente, centro y oriente, teniendo en cuenta principalmente el criterio de accesibilidad geográfica a los servicios ambulatorios de mediana complejidad.

13.3.1 Región Occidente

A esta región pertenecen las ESE Hospitales relacionados en el cuadro XX:

Relación de ESE Hospitales según origen y grado de complejidad de La Región Occidente. Departamento de Risaralda. 2012

Municipio	Nombre del Prestador de Servicios	Nivel de complejidad
-----------	-----------------------------------	----------------------

	de Salud	
Apia	ESE Hospital San Vicente de Paúl	Bajo
Balboa	ESE Hospital Cristo Rey	Bajo
Belén de Umbría	ESE Hospital San José	Bajo
Guatica	ESE Hospital Santa Ana	Bajo
La Celia	ESE Hospital San José	Bajo
Mistrato	ESE Hospital San Vicente de Paúl	Bajo
Pueblo Rico	ESE Hospital San Rafael	Bajo
Quinchía	ESE Hospital Nazareth	Bajo
Santuario	ESE Hospital San Vicente de Paúl	Bajo
La Virginia	ESE Hospital San Pedro y San Pablo	Bajo y mediana.

Fuente: Secretaría de Salud Departamental

Todas las ESE Hospitales ofertan servicios integrales ambulatorios, de urgencias, de apoyo diagnóstico y de internación en el primer nivel de complejidad a la población pobre y vulnerable de los municipios donde se encuentran ubicados.

La ESE Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia oferta servicios de mediana complejidad conforme a su capacidad de oferta y servicios habilitados y reportados en el registro especial de prestadores de servicios de salud y los servicios de imagenología de primer nivel a las ESE Hospitales de los municipios de la región de occidente que no ofertan este servicio.

13.3.2 Región Centro

A esta región pertenecen las ESE Hospitales relacionados en el cuadro 4.10.1

Cuadro 4.10.1 Relación de ESE Hospitales según origen y grado de complejidad de La Región Centro. Departamento De Risaralda. 2012

Municipio	Nombre del Prestador de Servicios de Salud	Nivel de complejidad
-----------	--	----------------------

Pereira	ESE Salud Pereira	Baja
Pereira	ESE Hospital Mental Universitario de Risaralda	Media
Pereira	ESE Hospital Universitario San Jorge	Mediana y Alta

Fuente: Secretaría de Salud Departamental

La ESE Salud Pereira oferta servicios integrales ambulatorios, de urgencias, de apoyo diagnóstico y de internación en el primer nivel de complejidad a la población pobre y vulnerable de Pereira.

La ESE Hospital Universitario San Jorge oferta servicios ambulatorios de mediana complejidad y consulta médica especializada programada en medicina interna, cirugía general, ortopedia, ginecoobstetricia y pediatría, para el municipio de Pereira, consulta medica especializada y subespecializada de alta complejidad y los servicios de urgencias y hospitalización de mediana y alta complejidad para toda la Red Pública Departamental.

La ESE Hospital Universitario San Jorge es el prestador de servicios de salud de urgencias e internación de mediana y alta complejidad de la Red Pública Departamental.

13.3.3 Región Oriente

A esta región pertenecen las ESE Hospitales relacionados en el cuadro 4.11.1

La ESE San Vicente de Paúl y la ESE San José ofertan servicios integrales ambulatorios, de urgencias, de apoyo diagnóstico y de internación en el primer nivel de complejidad a la población pobre y vulnerable de Santa Rosa y Marsella respectivamente.

Cuadro 4.11.1 Relación de ESE Hospitales según origen y grado de complejidad de La Región Oriente. Departamento De Risaralda. 2012

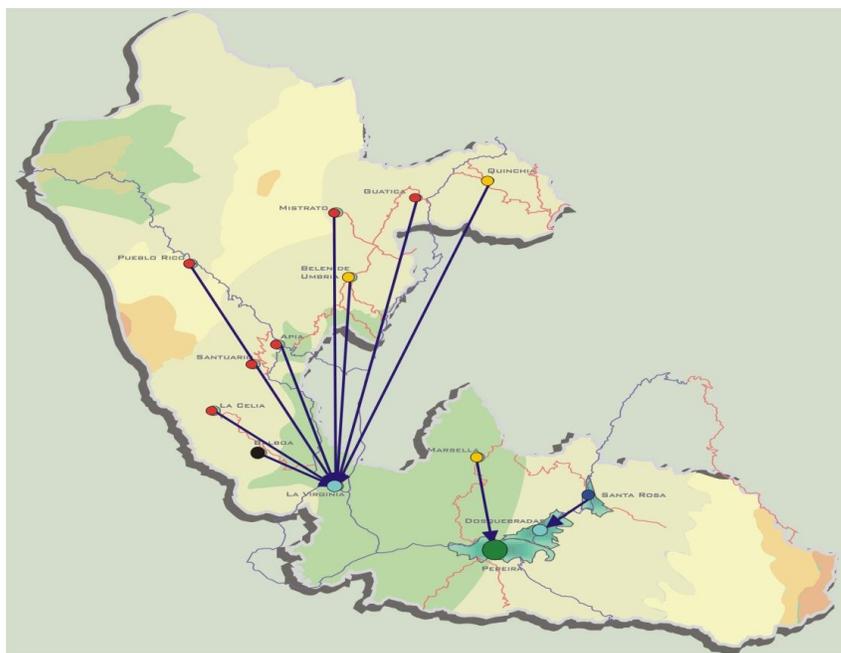
Municipio	Nombre del Prestador de Servicios de Salud	Nivel de complejidad
Santa Rosa	ESE Hospital San Vicente de Paúl	Bajo

Marsella	ESE Hospital San José	Bajo
Dosquebradas	ESE Hospital Santa Mónica	Bajo y mediana

Fuente: Secretaría de Salud Departamental

La ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas oferta servicios de mediana complejidad conforme a su capacidad de oferta y servicios habilitados y reportados en el registro especial de prestadores de servicios de salud, y los servicios de imagenología de primer nivel a la ESE Hospital San José de Marsella.

Gráfico 4.12 Organización de la Red de Pública de Prestadores de servicios de Salud por regiones. Departamento de Risaralda. 2008



13.4 CAPACIDAD INSTALADA

El departamento de Risaralda cuenta con 176 camas de observación en los servicios de urgencias: 116 (66%) para servicios de primer nivel de complejidad y 60 (34%) para servicios de segundo y tercer nivel de complejidad, todas en la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira.

Para internación se cuenta con 648 camas: 364 (55%) para servicios de primer nivel de complejidad y 284 (45%) para servicios de segundo y tercer nivel de complejidad, todas en la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira.

Se cuenta con 24 puestos de salud y 10 centros de salud, estando ubicados el 65% en la ciudad de Pereira.

Cuadro 4.12.1 Número de puestos y centros de salud y número de camas en las ESE Hospitales de la red pública departamental. Departamento de Risaralda. 2010

ESE Hospital	Camas			Puestos de Salud	Centros de Salud	Camas hospitalarias por mil habitantes
	Observación	Hospitalización	Total			
San Vicente de Paúl de Apia	4	5	9	0	0	0,28
Cristo Rey de Balboa	3	6	9	0	0	0,95
San José de Belén de Umbría	4	13	17	0	0	0,47
Santa Mónica de Dosquebradas	18	73	91	0	7	0,39
Santa Ana de Guática	3	8	11	3	0	0,51
San José de La Celia	2	7	9	0	0	0,81
San Pedro y San Pablo de La Virginia	9	30	39	0	0	0,95
San José de Marsella	6	9	15	0	0	0,41
San Vicente de Paúl de Mistrató	4	12	16	5	0	0,77
Mental Universitario	0	76	76	0	0	NA

de Risaralda						
Salud Pereira	41	76	111	14	9	0,17
San Rafael de Pueblo Rico	3	14	17	1	1	1,12
Nazareth de Quinchía	5	13	18	1	1	0,39
San Vicente de Paúl de Santa Rosa	12	14	26	7	0	0,20
San Vicente de Paúl de Santuario	2	8	10	0	0	0,51
Universitario San Jorge de Pereira	60	284	344	0	0	NA
Total	176	648	818	31	18	

Fuente: Informe 2193 vigencia 2010- Red de Servicios - Secretaría de Salud Dpto.

El indicador de camas hospitalarias por mil habitantes, muestra en todos los municipios (a excepción de Pueblo Rico) un valor por debajo de una cama por mil habitantes; la revisión bibliográfica establece un promedio de 0.5 a 1.5 camas por mil en países con bajo PIB y de 3 o más en países con alto PIB. Como se demuestra en las siguientes tablas y páginas, el número de camas actual es suficiente, la mayoría de las ESE, dado el bajo % ocupacional de las mismas y a la capacidad de oferta potencial aún disponible como se demuestra en el cuadro siguiente

Si las camas disponibles actuales tuviesen el porcentaje ocupacional óptimo de 70% para primer nivel, 85% para segundo nivel y 90% para tercer nivel, y con el promedio de estancia observado en el 2010, se podrían atender 2.513 egresos de mas en el primer nivel de complejidad, excepto la ESE Salud Pereira, ESE San Rafael de Pueblo Rico y San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal, que requerirían un mayor número de camas para atender la demanda; en la mediana complejidad la oferta es suficiente, pero en la alta complejidad HUSJ se tiene un déficit de camas para atender la demanda.

Cuadro 4.13 Capacidad de oferta actual y potencial de las camas hospitalarias de las ESE Hospitales. Departamento de Risaralda. 2010

ESE Hospital	Camas hospitalarias	% ocupacion al 2010	Egresos 2010	Egresos según % ocupacional optimo	Diferencia
Primer nivel complejidad				70%	
San Vicente de Paul de Apia	5	54%	323	608	285
Cristo Rey de Balboa	6	26%	206	667	461
San José de Belén	13	70%	306	1748	1442
Santa Ana de Guática	8	24%	316	929	613
San José de La Celia	7	33%	441	994	553
San José de Marsella	9	41%	487	920	433
San Vicente de Paúl de Mistrató	12	50%	608	1022	414
Salud Pereira	86	87%	11.907	9553	-2354
San Rafael de Pueblo Rico	14	55%	1.409	1370	-39
Nazareth de Quinchía	13	30%	714	1438	724
San Vicente de Paúl de Santa Rosa	14	72%	1.975	1626	-349
San Vicente de Paúl de Santuario	8	32%	463	792	329
Subtotal baja complejidad	195	48%	19.155	21668	2.513
Mediana Complejidad				85%	

Santa Mónica de Dosquebradas	73	58%	4.700	7.549	2.849
San Pedro y San Pablo de La Virginia	30	33%	1.406	3.103	1.697
Mental Universitario de Risaralda	76	66%	1.270	1965	695
Subtotal mediana complejidad	179	52%	7.376	12618	5241
Alta complejidad				90%	
Universitario San Jorge de Pereira	284	91%	19.10 2	18.659	-443
Total	658		45.63 3	52.945	7.312

Fuente: informe 2193 y evaluaciones 2010 16 ESE Hospitales

En cuanto a capacidad de oferta, se cuenta con 265 consultorios de consulta externa: 189 (71%) en las ESE de primer nivel, 61 (23%) en las ESE de segundo nivel y 15 (6%) en la ESE de tercer nivel; todos los municipios tienen habilitados consultorios y servicios de urgencias de baja complejidad.

Si bien se cuenta con salas de cirugía en algunas ESE de primer nivel de complejidad, los cuales son habilitados en forma temporal por algunos de ellos para jornadas quirúrgicas transitorias, La oferta quirúrgica formalmente dispuesta en el documento de red gira alrededor de cirugías de tipo ambulatorio en las ESE de La Virginia y Dosquebradas y en el HUSJ.

Se cuenta con suficiente oferta de unidades odontológicas en todos los municipios, las cuales son dispuestas por algunas ESE en las unidades de atención que cubre las poblaciones rurales y periféricas urbanas.

Cuadro 4.14 Capacidad de oferta de consultorios, salas de cirugía, mesas de parto y unidades odontológicas en las ESE Hospitales. Departamento de Risaralda. 2010

ESE Hospital	Consultorios consulta externa	Consultorios servicio de urgencias	Sala de cirugía	Mesas de parto	Unidades odontológicas
Primer nivel complejidad					
San Vicente de Paúl de Apia	4	1	0	1	4
Cristo Rey de Balboa	3	1	0	1	2
San José de Belén	9	2	1	2	5
Santa Ana de Guática	8	1	1	1	4
San José de La Celia	3	1	0	1	2
San Vicente de Paúl de Mistrató	10	1	0	1	4
San José de Marsella	10	1	0	1	7
Salud Pereira	100	9	2	4	29
San Rafael de Pueblo Rico	9	1	0	1	2
Nazareth de Quinchía	11	2	0	2	9
San Vicente de Paúl de Santa Rosa	15	3	1	1	6
San Vicente de Paúl de Santuario	7	1	1	2	4
Subtotal baja complejidad	189	24	6	18	78

Mediana Complejidad					
Santa Mónica de Dosquebradas	41	4	2	2	9
San Pedro y San Pablo de La Virginia	9	3	2	2	3
Mental Universitario de Risaralda	11	2	0	0	0
Subtotal mediana complejidad	61	9	4	4	12
Alta complejidad					
Universitario San Jorge de Pereira	15	6	6	2	0
Total	265	39	16	24	90

Fuente: informe 2193 2010 16 ESE Hospitales

13.5 RED COMPLEMENTARIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

La Secretaría de Salud tiene como política garantizar el acceso de la población pobre y vulnerable a los servicios de alta complejidad no ofertados por la red pública departamental, a través de la contratación de estos servicios con IPS públicas y privadas tanto del departamento como de otras entidades territoriales.

En el cuadro siguiente (tomada del documento de red) se hace la relación de los servicios contratados por la Secretaría de Salud a través del componente red complementaria y autorizados por el Ministerio de la Protección Social en cumplimiento de la ley 1122 de 2007; asimismo en cumplimiento de la ley 715 de 2001 el departamento de Risaralda, con recursos propios prevé a través de una disponibilidad global la posibilidad de hacer efectivo el pago de los servicios de urgencias requeridos por la población objeto de cobertura en cualquier institución prestadora de servicios de salud.

Cuadro 4.14.1. Tipo de servicios no disponibles en la red publica departamental y que se deben contratar. Departamento de Risaralda. 2012

Servicio
Cirugía cardiovascular y hemodinámia
Nefrología y diálisis renal
Actividades , intervenciones y procedimientos de oftalmología (de diagnostico y polo posterior y procedimientos con láser, yag láser)
Actividades , intervenciones y procedimientos de oncología de 4 nivel de complejidad
Actividades intervenciones y procedimientos anatomopatológicos para el 3 nivel de complejidad
Laboratorio clínico de alta complejidad (Carga viral, exámenes de genética y otros especializados
Actividades intervenciones y procedimientos de otorrinolaringología (diagnostico: audiometría, impedanciometría , estudio vestibular, acufenometria, entre otros)
Radiología e imágenes diagnosticas (medicina nuclear y resonancia magnética nuclear, electroencefalograma , mapeo cerebral y otros especializados no disponibles en la red)
Atención infantil especializada de 3 y 4 nivel
Cirugía laparoscópica de diferentes especialidades
Rehabilitación integral a población discapacitada
Suministro de medicamentos oncológicos , antirretrovirales , no pos y otras enfermedades de alto costo
Exámenes diagnósticos de urología
Procedimientos de litotripcia
Actividades intervenciones y procedimientos de neumología
Actividades intervenciones y procedimientos de cirugía plástica para 3 y 4 nivel
Procedimientos neuroquirúrgicos de cuarto nivel

Cirugía cardiovascular pediátrica y neonatal
Cirugía de tórax
Hematología

En la operacionalización de lo contemplado en el sistema de referencia de pacientes, la población accede a estos servicios previa remisión y/o solicitud a la Dirección Operativa de Prestación de Servicios de Salud de la Secretaría. El trámite de las cuentas está a cargo del Grupo Funcional de Auditoría responsable de la auditoría técnica y de la interventoría administrativa.

13.6 SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

13.6.1 Regulación de referencia de pacientes a través del CRUE

Del Sistema de información del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias del Departamento de Risaralda, se obtiene la siguiente información, de las remisiones reguladas por el CRUE:

Cuadro 4.15 Número de remisiones de urgencias por nivel de complejidad. Departamento de Risaralda. 2010

Nivel de IPS remisora	Nivel de IPS receptora				
	BAJA	MEDIA	ALTA	Total	%
BAJA	23	247	2755	3025	58
MEDIA	3	147	1101	1251	24
ALTA	24	44	903	971	19
Total	50	438	4759	5247	100
%	1	8	91	100	

Como en el 2009, en el año 2010 sigue la tendencia a la reducción de remisiones urgentes reguladas por el CRUE del Departamento así:

Año	2008	2009	2010
Cantidad de Remisiones reguladas por el CRUE	22.265	7.630	5.247
Porcentaje de disminución respecto del año anterior		65.7%	31%

Lo anterior, explicado para el año anterior como un efecto de la aplicación plena del Decreto 4747 del 2007, para el 2010 se estima como resultado del aumento de cobertura en régimen subsidiado, por lo que se espera continúe gradualmente en descenso hasta lograr cobertura universal, quedando el CRUE como regulador de las urgencias para lo NO POS y de “segunda línea” ante la falta de respuesta de las EPS. En este mismo sentido, se aprecia una reducción sostenida de las remisiones entre las IPS de baja complejidad reguladas por el CRUE como resultado de su orientación a la competencia departamental de mediana y alta complejidad.

La proporción de urgencias reguladas hacia los prestadores de Alta complejidad se mantiene en un 91%, sin embargo, la complejidad de IPS remitora que era principalmente desde las IPS de baja complejidad -79.4% para el 2009-, se reduce a un 58% en el 2010, lo que se debe a dos razones: a) En la red de prestadores de servicios de salud públicos del departamento las ESE Hospital Santa Mónica y La Virginia prestaron servicios de internación de mediana complejidad en algunas especialidades para el régimen subsidiado y desde allí fueron remitidos al Hospital San Jorge para atención NO POSS y b) Aumentó la participación de las IPS Privadas en la atención de urgencias por demanda espontánea de la población o remitidos directamente desde el primer nivel para su atención de urgencias ante la insuficiencia del Hospital San Jorge para cubrir todos los requerimientos de la población vinculada.

Las remisiones desde la alta complejidad hacia la alta complejidad se mantiene estable comparadas con el año anterior, pero se aumenta de manera importante la remisión hacia la mediana complejidad por varias razones:

- Búsqueda de camas cuando la capacidad instalada en la ESE HUSJ se copa en el servicio de urgencias.
- Atención de pacientes en observación por la epidemia de dengue que según el protocolo deberían ser remitidos a este nivel de complejidad.

Cuadro 4.16 Remisiones de urgencias por nivel de IPS a IPS por naturaleza jurídica. Departamento de Risaralda. 2010

Nivel de IPS remitora	Número de remisiones a IPS				
	IPS pública	IPS pública de otros Dptos	IPS privada	Total	%
Baja	3004	15	6	3025	58%
Media	1087	109	55	1251	24%
Alta	594	59	318	971	19%
Total	4685	183	379	5247	100%
%	89%	2%	7%	100%	

Fuente: Dirección Territorial de Salud (no incluye consulta externa)

Para el 2010 se aprecia un aumento en las remisiones hacia IPS públicas de otros Departamentos (0.3% a 2%), lo cual obedece a:

- La insuficiencia de camillas en urgencias en la red hospitalaria del Departamento siendo trasladados a otros Departamentos.
- Al aumento en la demanda de servicios de urgencias en IPS de otros Departamentos por parte de la población vinculada debiendo ser ubicadas por fuera del territorio Risaraldense por falta de camas en el Departamento, porque su patología de urgencias contraindicaba el traslado, el costo del traslado se estimó superior a la atención de urgencias.

**Cuadro 4.17 Número de contrarremisiones
posteriores a atención de urgencias y consulta
externa por nivel de complejidad.
Departamento de Risaralda. 2010**

Nivel de IPS remisora	Nivel de IPS receptora				
	Baja	Media	Alta	Total	%
Baja		268	1669	1937	94.2%
Media		38	79	117	5.7%
Alta			2	2	0.1%
Total		306	1750	2056	100%
%	0%	14.8%	85,2%	100%	

Fuente: Dirección Territorial de Salud (incluye consulta externa)

Para el año 2010, se aprecia una modificación importante en el proceso de contrarreferencia a través del CRUED, pues por primera vez se logra registrar un volumen significativo de contrarremisiones generadas desde el Hospital Universitario San Jorge con un 85.2% del total seguido del Hospital Mental de Risaralda con un 14.8%. De resaltar las contrarremisiones hacia los segundos niveles de la red pública y una pequeña cantidad hacia la red privada que se explica en parte a que se reciben en el CRUE las notas de contrarremisión de consulta externa, tal y como se tiene definido en el marco normativo departamental sobre referencia y contrarreferencia.

13.6.2 Total referencia de pacientes en la red

Se toma como fuente de la información el reporte del consolidado anual de la referencia de pacientes, conforme a lo registrado en el libro de traslados, de que habla el artículo 5 de la resolución 741 de 1997; dicha información fue cruzada con la reportada en la hoja de calidad del informe anual del 2193 de cada una de las ESE, buscando mejorar la consistencia y veracidad de los datos:

13.6.2.1 Referencia de pacientes desde el primer nivel

Cuadro 4.18 Referencia de pacientes desde las ESE primer nivel de atención a ESE de niveles superiores según ESE a la que se refiere. Departamento de Risaralda. 2010.

ESE HOSPITAL	Publico	Privado	Total	%
SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA	13997	102	14.099	32%
ESE SALUD PEREIRA	6172	32	6.204	14%
SAN JOSE DE BELEN	3826	456	4.282	10%
SAN JOSE DE MARSELLA	2378	1287	3.665	8%
SAN VICENTE DE PAUL DE SANTUARIO	3092	21	3.113	7%
SAN VICENTE DE PAUL DE MISTRATO	2558	502	3.060	7%
NAZARETH DE QUINCHIA	1905	37	1.942	4%
SAN RAFAEL DE PUEBLO RICO	1607	198	1.805	4%
SAN JOSE DE LA CELIA	1615	73	1.688	4%
SANTA ANA DE GUATICA	1438	3	1.441	3%
SAN VICENTE DE PAUL DE APIA	1255	106	1.361	3%
CRISTO REY DE BALBOA	1013	1	1.014	2%
Subtotal primer nivel	40.856	2.818	43.674	100%
%	94%	6%	43674	100%

Fuente: Encuesta a ESE Hospitales

Cuadro 4.19 Referencia de pacientes desde las ESE Hospitales de segundo nivel de atención a otras ESE según naturaleza de la ESE a la que se refiere. Departamento de Risaralda. 2010.

ESE HOSPITAL	Publico	Privado	Total	%
Santa Mónica de Dosquebradas	4206	1567	5.773	64%
San Pedro y San Pablo de La Virginia	2661	530	3.191	35%
Mental Universitario de Risaralda	25	6	31	0%
Subtotal segundo nivel	6.892	2.103	8.995	100%
%	77%	23%	8995	100%

Fuente: Encuesta a ESE Hospitales

El 94% de las remisiones de los hospitales de primer nivel de complejidad se realizan a otras IPS públicas al interior del departamento y solo el 6% lo hacen hacia IPS del sector privado, siendo en este último caso principalmente pacientes del régimen contributivo.

Las ESE con mayor porcentaje de remisiones son las ESE San Vicente de Paúl de Santa Rosa y La ESE Salud Pereira, lo cual guarda relación con la población de los respectivos municipios.

En las ESE de segundo nivel de complejidad el 77% de las remisiones se hicieron hacia instituciones públicas y el 23% hacia el sector privado.

13.6.2.1.1 Referencia de pacientes según especialidad de destino y tipo de aseguramiento

Cuadro 4.20 Referencia de pacientes desde las ESE Hospitales de primer nivel de atención a ESE de niveles superiores según especialidad de destino y régimen de aseguramiento. Departamento de Risaralda. 2010.

Especialidad a la cual se referencia	Régimen contributivo	Régimen subsidiado	Pobres no asegurados	Total	% por especialidad
Remisiones a Medicina Interna	1121	5864	1203	8.188	19%
Remisiones a G-O	493	4808	803	6.104	14%
Remisiones a Ortopedia	496	3900	782	5.178	12%
Remisiones a Pediatría	332	3187	741	4.260	10%
Remisiones a Cirugía General	309	2600	489	3.398	8%
Remisiones a Psiquiatría	61	559	106	726	2%
Remisiones a otras Especialidades	1252	12293	2275	15.820	36%
Subtotal primer nivel	4.064	33.211	6.399	43.674	100%
% por régimen	9%	76%	15%	100%	

Fuente: Encuesta a ESE Hospitales

Las ESE Hospitales de primer nivel de atención refirieron a las ESE Hospitales de mayor complejidad un total de 43.674 pacientes, observándose un Incremento de remisiones con respecto al año 2009, de los cuales el 76% están afiliados al régimen subsidiado y en segundo lugar se encuentra la población pobre no asegurada con un 15%.

El anterior comportamiento se corresponde con los porcentajes de población atendida, dado que la población del régimen subsidiado y la contratación para la atención de la misma son la que está alcanzando mayores valores en las ESE de primer nivel de atención.

Las referencias por patologías muestran un comportamiento similar al 2008 y 2009, siendo las de medicina interna y las de ginecoobstetricia las que ocupan el primero y segundo lugar con el 19%. Y 14% respectivamente.

Las patologías que requerirían de cirujano general y ortopedia ocupan porcentualmente el 8% y el 12% respectivamente, sumadas ambas alcanzan un 20% ocupando de esta forma un primer lugar; esto es importante porque teniendo en cuenta que muchas de las pacientes referidas a ginecoobstetricia requerirían potencialmente cesárea u otro procedimiento quirúrgico, se podría concluir que uno de cada cuatro remitidos estaría demandando potencialmente servicios de quirófano.

Este comportamiento debe ser tenido en cuenta por los Gerentes de las ESE de mediana y alta complejidad para orientar la oferta de servicios especializados conforme a las necesidades de la demanda.

13.6.2.1.2 Referencia de pacientes según destino a urgencias o consulta externa

Cuadro 4.21 Referencia de pacientes desde las ESE Hospitales de primer nivel de atención a ESE de niveles superiores según destino a urgencias o consulta externa. Departamento de Risaralda. 2010

ESE HOSPITAL	Urgencias	Consulta Externa	Total	%
SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA	2873	11226	14.099	32%
ESE SALUD PEREIRA	4592	1612	6.204	14%
SAN JOSE DE BELEN	963	3319	4.282	10%
SAN JOSE DE MARSELLA	883	2782	3.665	8%
SAN VICENTE DE PAUL DE SANTUARIO	36	3077	3.113	7%
SAN VICENTE DE PAUL DE MISTRATO	676	2384	3.060	7%
NAZARETH DE QUINCHIA	602	1340	1.942	4%

SAN RAFAEL DE PUEBLO RICO	645	1160	1.805	4%
SAN JOSE DE LA CELIA	480	1208	1.688	4%
SANTA ANA DE GUATICA	437	1004	1.441	3%
SAN VICENTE DE PAUL DE APIA	493	868	1.361	3%
CRISTO REY DE BALBOA	209	805	1.014	2%
Subtotal primer nivel	12.889	30.785	43.674	100%
%	30%	70%	43674	100%

Fuente: Encuesta a ESE Hospitales

Según lo reportado por los hospitales el 30% (2009 38%) de los pacientes referidos fueron remitidos hacia el servicio de urgencias, que conforme a lo establecido en el documento de reorganización de la red a nivel departamental, estos servicios son ofertados exclusivamente por la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira.

Los mayores porcentajes de referencia se hacen desde las ESE de Pereira y Santa Rosa de Cabal siendo esto justificado por tener estos municipios un número alto de consultas.

13.6.2.2 Referencia de pacientes desde las ESE Hospitales de segundo nivel de atención

13.6.2.2.1 Referencia de pacientes según especialidad de destino y tipo de aseguramiento en las ESE de mediana complejidad

Por regímenes se observa que las ESE Hospitales de mediana complejidad remiten en un 72% pacientes pobres no afiliados (61% 2009), siendo los pacientes del régimen subsidiado los que ocupan el segundo lugar con un 23% (32% 2009).

Para el año 2010 las remisiones hacia ortopedia ocuparon el primer lugar con un 11% y en segundo lugar a cirugía con un 10%; ginecoobstetricia y medicina interna comparten el 8% c/u.

Cuadro 4.22 Referencia de pacientes desde las ESE Hospitales de segundo nivel de atención a ESE de niveles superiores según especialidad de destino y régimen de aseguramiento. Departamento de Risaralda. 2010.

Especialidad a la cual se referencia	Régimen contributivo	Régimen subsidiado	Pobres no asegurados	Total	% por especialidad
Remisiones a Ortopedia	75	297	624	996	11%
Remisiones a Cirugía General	51	166	663	880	10%
Remisiones a Medicina Interna	85	160	491	736	8%
Remisiones a G-O	83	228	411	722	8%
Remisiones a Psiquiatría	30	78	454	562	6%
Remisiones a Pediatría	22	60	457	539	6%
Remisiones a otras Especialidades	127	1056	3377	4560	51%
Subtotal primer nivel	473	2045	6477	8995	100%
% por régimen	5%	23%	72%	100%	

Fuente: Encuesta a ESE Hospitales

13.6.2.2.2 Referencia de pacientes según destino a urgencias o consulta externa en las ESE de mediana complejidad

El 81% de los pacientes referidos desde los segundos niveles al tercer nivel son remitidos al servicio de urgencias. (Año 2009 fue del 67%).

Cuadro 4.23 Referencia de pacientes desde las ESE Hospitales de segundo nivel de atención a ESE de niveles superiores según destino a urgencias o consulta externa. Departamento de Risaralda. 2010.

ESE HOSPITAL	Urgencias	Consulta Externa	Total	%
Santa Mónica de Dosquebradas	4088	1685	5773	64%
San Pedro y San Pablo de La Virginia	3191	0	3191	35%
Mental Universitario de Risaralda	31	0	31	0%
Subtotal segundo nivel	7310	1685	8995	100%
%	81%	19%	8995	100%

Fuente: Encuesta a ESE Hospitales

La ESE Santa Mónica presenta el mayor volumen se referencias, en proporción a la mayor población de este municipio.

13.7 PRODUCCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Para el análisis de compara el año 2009 y el 2010 (ultimo consolidado reportado según 2193)

13.7.1 Consulta externa y de urgencias

En el primer nivel de atención se observa un incremento global del 0.31% en las consultas externas, pero 6 ESE disminuyen el numero de consultas externas y un 1% en las consultas de urgencias, igualmente 6 ESE bajan demanda de urgencias.

En el segundo nivel el decremento en consulta externa es de un 0.01% pero a expensas de la disminución en la ESE San Pedro y San Pablo de La Virginia, cabe aclarar que estas ESE ofertan el primer nivel para los municipios de su sede y el segundo nivel para los municipios de las regiones de oriente y occidente respectivamente.

El número de consultas de urgencias igualmente decrece en un 1%, por disminución en la demanda de atenciones en La Virginia y en el hospital Mental.

La ESE Hospital Universitario San Jorge, se presenta un incremento del 1% en la consulta externa.

La relación de consulta externa / consulta de urgencias: prácticamente se mantiene en 3.5 para el primer nivel (ideal de 4 a 5 y en la ESE San Jorge de Pereira, donde prácticamente la relación es casi de 1 a 1, lo que implica que se requeriría estudiar la factibilidad del mejoramiento de la oferta de consulta externa.

Cuadro 4.24 NÚMERO DE CONSULTAS EXTERNAS Y DE URGENCIAS EN LAS ESE HOSPITALES DE LA RED PÚBLICA DEPARTAMENTAL. DEPARTAMENTO DE RISARALDA. AÑOS 2009 y 2010

ESE HOSPITAL	Consultas externas			Consultas urgencias			Relación consulta externa / consulta de urgencias		Total consultas	
	2009	2010	% variación	2009	2010	% variación	2009	2010	2009	2010
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN							2009	2010	2009	2010
San Vicente de Paúl de Apia	21.301	20.598	-3%	4.568	4.698	3%	4,7	4,4	25.869	25.296
Cristo Rey de Balboa	15.502	14.504	-6%	1.839	1.977	8%	8,4	7,3	17.341	16.481
San José de Belen de Umbria	38.400	38.079	-1%	14.895	18.699	26%	2,6	2,0	53.295	56.778
Santa Ana de Guática	24.599	23.295	-5%	3.417	3.810	12%	7,2	6,1	28.016	27.105
San José de La Celia	16.83	16.956	1%	3.278	3.924	20%	5,1	4,3	20.11	20.88

	2								0	0
San José de Marsella	21.28 8	20.340	-4%	10.62 0	10.27 2	-3%	2,0	2,0	31.90 8	30.61 2
San Vicente de Paúl de Mistrató	27.60 7	27.830	1%	2.725	3.651	34%	10,1	7,6	30.33 2	31.48 1
Salud Pereira	290.8 90	295.11 3	1%	83.12 3	80.62 7	-3%	3,5	3,7	374.0 13	375.7 40
San Rafael de Pueblo Rico	23.34 7	22.923	-2%	3.600	3.384	-6%	6,5	6,8	26.94 7	26.30 7
Nazareth de Quinchía	38.37 6	40.041	4%	4.414	4.315	-2%	8,7	9,3	42.79 0	44.35 6
San Vicente de Paúl de Santa Rosa	60.40 1	60.298	0%	37.10 2	36.67 6	-1%	1,6	1,6	97.50 3	96.97 4
San Vicente de Paúl de Santuario	28.06 5	28.511	2%	3.606	3.546	-2%	7,8	8,0	31.67 1	32.05 7
SUBTOTAL 1° NIVEL	606.6 08	608.48 8	0,31 %	173.1 87	175.5 79	1%	3,5	3,5	779.7 95	784.0 67
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										
Santa Mónica de Dosquebradas	140.9 92	143.48 7	2%	53.50 6	53.84 7	1%	2,6	2,7	194.4 98	197.3 34
San Pedro y San Pablo de La Virginia	55.74 7	51.754	-7%	19.94 5	19.50 3	-2%	2,8	2,7	75.69 2	71.25 7
Mental Universitario de Risaralda	11.13 8	12.618	13%	2.629	1.939	-26,2%	4,2	6,5	13.76 7	14.55 7
SUBTOTAL 2° NIVEL	207.8 77	207.85 9	0,01 %	76.08 0	75.28 9	-1%	2,7	2,8	283.9 57	283.1 48
TERCER NIVEL DE ATENCIÓN										
Universitario San Jorge de Pereira	37.45 0	42.811	14%	28.00 1	27.52 8	-2%	1,3	1,6	65.45 1	70.33 9

SUBTOTAL 3° NIVEL	37.45 0	42.811	14%	28.00 1	27.52 8	-2%	1,3	1,6	65.45 1	70.33 9
TOTAL	851.9 35	859.15 8	1%	277.2 68	278.3 96	0.41%	3,1	3,1	1.129 .203	1.137 .554

Fuente: Informe 2193 vigencia 2009 y 2010, Evaluaciones Red de Servicios - Secretaría de Salud Dpto.

13.7.2 Egresos y partos

Los egresos hospitalarios presentan un decremento del -2%, en el primer nivel de complejidad se incrementa en el 2% y en las ESE de segundo nivel de -18%; el incremento de la ESE Hospital Universitario San Jorge (HUSJ) es del 1%

La relación total consulta / egresos se eleva de 24 a 25 en toda la red, en el primer nivel pasa de 42 a 41, en las ESE de segundo nivel de 32 a 38 y en el tercer se incrementa solo del 3 a 4

Con respecto al HUSJ este indicador es crítico dado que de cada 4 consultas una se deriva en hospitalización, valor este que debe ser confrontado y analizado con el perfil epidemiológico que presenta el HUSJ.

En cuanto a la atención del parto se observa una reducción total de la red del -7%, lo cual se corresponde con la reducción de nacidos vivos certificados por el DANE.

Cuadro 4.25 Número de egresos y partos en las ESE Hospitales de la Red Pública Departamental. Departamento de Risaralda. Años 2009 y 2010

ESE HOSPITAL	Egresos			Partos			Relación total consulta / egresos	
	2009	2010	% variación	2009	2010	% variación	2009	2010
ESE PRIMER NIVEL DE COMPLEJIDAD								
San Vicente de Paúl de Apia	321	323	1%	72	74	3%	81	78
Cristo Rey de Balboa	224	206	-8%	51	31	-39%	77	80
San José de Belen de Umbría	1.276	306	-76%	218	216	-1%	42	186

Santa Ana de Guática	358	316	-12%	89	87	-2%	78	86
San José de La Celia	308	441	43%	78	45	-42%	65	47
San José de Marsella	726	487	-33%	139	112	-19%	44	63
San Vicente de Paúl de Mistrató	458	608	33%	87	75	-14%	66	52
Salud Pereira	9.855	11.907	21%	1.882	1.761	-6%	38	32
San Rafael de Pueblo Rico	2.174	1.409	-35%	119	101	-15%	12	19
Nazareth de Quinchía	793	714	-10%	219	259	18%	54	62
San Vicente de Paúl de Santa Rosa	1.835	1.975	8%	412	418	1%	53	49
San Vicente de Paúl de Santuario	458	463	1%	96	65	-32%	69	69
SUBTOTAL 1° NIVEL	18.786	19.155	2%	3.462	3.244	-6,30%	42	41
ESE SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD								
Santa Mónica de Dosquebradas	6.037	4.700	-22%	1.002	955	-5%	32	42
San Pedro y San Pablo de La Virginia	1.548	1.406	-9%	308	237	-23%	49	51
Mental Universitario de Risaralda	1.370	1.270	-7%	0	0	0%	10	11
SUBTOTAL 2° NIVEL	8.955	7.376	-18%	1.310	1.192	-9%	32	38
ESE TERCER NIVEL DE COMPLEJIDAD								

Universitario San Jorge de Pereira	18.94 4	19.10 2	1%	2.111	1.94 3	-7,96%	3	4
SUBTOTAL 3° NIVEL	18.94 4	19.10 2	1%	2.111	1.94 3	-7,96%	3	4
TOTAL	46.68 5	45.63 3	-2%	6.883	6.37 9	-7%	24	25

Fuente: Informe 2193 vigencia 2009 - 2010, Evaluaciones convenio 00263-01-Red de Servicios - Secretaría de Salud Dpto.

13.7.3 Referencia de pacientes desde servicios de urgencias y relacionados con la atención del parto.

La relación de remisiones desde los servicios de urgencias hacia el HUSJ es en promedio del 10% en el primer nivel (rango del 4% al 40%); la razón de partos remitidos / partos atendidos es de 52, estando muy alta en 2 ESE y alta en 4 ESE; se ha instado a los hospitales de baja complejidad para la realización de auditorias internas de pertinencia, habiéndose encontrado, según lo manifestado en las evaluaciones, que existe alto porcentaje de pertinencia en ambos tipos de remisión.

Cuadro 4.26 NÚMERO DE PACIENTES REMITIDOS A NIVELES SUPERIORES DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS Y PARA ATENCION DEL PARTO. ESE HOSPITALES DE LA RED PÚBLICA DEPARTAMENTAL. DEPARTAMENTO DE RISARALDA. AÑO 2010

ESE HOSPITAL	Desde el servicio de urgencias		Para atención del parto	
	Consultas de urgencias	% R/Cu	Partos atendidos	Razón R/Pa
San Vicente de Paúl de Apia	4.698	8%	74	76%
Cristo Rey de Balboa	1.977	11%	31	87%

San José de Belén de Umbría	18.699	5%	216	50%
Santa Ana de Guática	3.810	10%	87	28%
San José de La Celia	3.924	12%	45	153%
San José de Marsella	10.272	9%	112	80%
San Vicente de Paúl de Mistrató	3.651	14%	75	75%
Salud Pereira	80.627	6%	1.761	21%
San Rafael de Pueblo Rico	3.384	4%	101	44%
Nazareth de Quinchía	4.315	13%	259	27%
San Vicente de Paúl de Santa Rosa	36.676	7%	418	72%
San Vicente de Paúl de Santuario	3.546	40%	65	3%
SUBTOTAL 1° NIVEL	175.579	12%	3.244	60%
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN				
Santa Mónica de Dosquebradas	53.847	4%	955	13%
San Pedro y San Pablo de La Virginia	19.503	9%	237	50%
Mental Universitario de Risaralda	1.939	1%	0	0%
SUBTOTAL 2° NIVEL	75.289	5%	1.192	21%
Total 1° y 2° NIVEL	250.868	10%	4.436	52%
TERCER NIVEL DE ATENCIÓN				
Universitario San Jorge de	27.528	0,70%	1.943	0%

Pereira				
---------	--	--	--	--

Fuente: Informe 2193 vigencia 2010

13.7.4 Indicadores hospitalarios

El porcentaje ocupacional en el primer nivel ha alcanzado en el 2010 un 48%, correspondiéndose con el promedio nacional del 50%; las ESE de Belén, Santa Rosa y Salud Pereira son igual o superan el 70%, el valor óptimo mínimo esperado para este nivel es del 70%.

El porcentaje ocupacional en segundo nivel es del 52% y en el HUSJ 91%

Cuadro 4.27 Indicadores hospitalarios en las ESE Hospitalares. Departamento de Risaralda. Años 2009 y 2010.

ESE Hospital	2009			2010		
	% ocupacional	Giro cama	Promedio días estancia	% ocupacional	Giro cama	Promedio días estancia
San Vicente de Paúl de Apia	52%	64	2,1	54%	65	2,1
Cristo Rey de Balboa	29%	37	2,1	26%	34	1,8
San José de Belén de Umbría	51%	98	1,9	70%	129	1,9
Santa Ana de Guática	25%	45	2,0	24%	40	2,2
San José de La Celia	20%	44	1,6	33%	63	1,8
San José de Marsella	58%	81	2,6	41%	54	2,7
San Vicente de Paúl de Mistrató	33%	38	3,1	50%	51	3,6
Salud Pereira	76%	130	2,3	87%	138	2,3
San Rafael de Pueblo Rico	87%	155	2,0	55%	101	2,0

Nazareth de Quinchía	49%	61	2,5	30%	55	2,0
San Vicente de Paúl de Santa Rosa	62%	131	2,2	72%	141	2,2
San Vicente de Paúl de Santuario	38%	57	2,4	32%	58	2,0
SUBTOTAL 1° NIVEL	48%	78	2,2	48%	77	2,2
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN						
Santa Mónica de Dosquebradas	48%	83	1,9	58%	64	3,0
San Pedro y San Pablo de La Virginia	39%	52	2,8	33%	47	2,6
Mental Universitario de Risaralda	73%	22	11,1	66%	17	12,0
SUBTOTAL 2° NIVEL	53%	52	5,3	52%	43	5,9
TERCER NIVEL DE ATENCIÓN						
Universitario San Jorge de Pereira	85%	60	4,5	91%	56	5,7
Fuente: Informe 2193 vigencia 2009 y 2010 Red de Servicios - Secretaría de Salud Dpto.						

El promedio de días estancia se mantiene alrededor de 2,2 en el primer nivel, en las ESE de mediana de 3 y el Mental de 12 y HUSJ de 5.7

13.8 INDICADORES DE CALIDAD

Se continúan evidenciando dificultades en la interpretación y medición de Indicadores del sistema de Información para la calidad de la resolución 1446 de 2007 a pesar de la existencia de fichas técnicas y la elaboración y socialización de una circular departamental de concertación y aclaración de criterios de medición e interpretación del dato en Julio de 2010. Se han encontrado numerosas inconsistencias en el

reporte, lo cual hace que la información no presente la confiabilidad y validez que se requiere para su adecuada interpretación y toma de decisiones.

Del reporte de los indicadores relacionados se observa:

De la red pública durante el 2010 no reportaron al SIC del observatorio de calidad de Minprotección 3 ESE:

Baja complejidad 2 ESE Hospitales de Guática y La Celia

Alta complejidad 1 ESE Hospital San Jorge

De la red privada contratada no reportó durante el 2010, 1 prestador que corresponde a Diagnóstico Oftalmológico S.A.S

Dado este hallazgo se priorizarán estos prestadores para la respectiva asesoría frente al reporte oportuno de indicadores de calidad de la resolución 1446 de 2006, la cual debe efectuarse de forma obligatoria.

Cuadro 4.28 REPORTE DE INDICADORES DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD RES 1446/2006

RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL DE RISARALDA 2009-2010

DOMINIO	ACCESIBILIDAD/OPORTUNIDAD													
	L1.1.0		L1.2.0		L1.3.0		L1.4.0		L1.5.0		L1.6.0		L1.7.0	
DESCRIPCION INDICADOR	OPORTUNIDAD ASIGNACIÓN CONSULTA MÉDICA GENERAL (Días)		OPORTUNIDAD ASIGNACIÓN CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA (Días)		PROPORCIÓN DE CANCELACIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA		OPORTUNIDAD DE ATENCIÓN EN CONSULTA DE URGENCIAS (Minutos)		OPORTUNIDAD DE ATENCIÓN EN SERVICIOS DE IMAGENOLÓGIA (Días)		OPORTUNIDAD ASIGNACIÓN CONSULTA ODONTOLÓGIA GENERAL (Días)		OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE CIRUGIA PROGRAMADA	
IPS/VIGENCIA	2009-2	2010-1	2009-2	2010-1	2009-2	2010-1	2009-2	2010-1	2009-2	2010-1	2009-2	2010-1	2009-2	2010-1
														2010-1

PÚBLICAS

ESE San Vicente de Paúl de Apia	2.1	1.9	NA	NA	NA	NA	3	3.9	3.1	3.1	5.7	5.1	NA	NA
ESE Cristo Rey de	1	1	NA	NA	NA	NA	4.1	3.5	NA	NA	8	1	NA	NA

Balboa														
ESE San José de Belén de Umbría	0.7	1.1	1	1	100	0.5	25.2	24.2	110.4	0.0	6.6	4.8	0.6	2
ESE Santa Ana de Guática	SR	SR	NA	NA	NA	NA	SR	SR	NA	NA	SR	SR	SR	SR
ESE San José de La Celia	SR	SR	NA	NA	NA	NA	SR	SR	NA	NA	SR	SR	SR	SR
ESE San José de Marsella	2.9	3	NA	NA	NA	NA	30	37.4	NA	NA	8.5	6.1	NA	NA
ESE San Vicente de Paúl de Mistrató	1	1	NA	NA	NA	NA	5	2	15	12.8	9	SR	NA	NA
ESE Salud Pereira	4	2.1	NA	NA	NA	NA	35.8	21	1.4	2	10	3.5	NA	NA
ESE San Rafael de Pueblo Rico	1.4	2.4	NA	NA	NA	NA	8.7	4.2	NA	NA	6.4	3.8	NA	NA
ESE Nazareth de Quinchía	1.2	1	NA	NA	NA	NA	12.1	22.1	0.2	1	7.1	6.9	NA	NA
ESE San Vicente de Paúl de Santa Rosa	1.3	1.5	NA	NA	0.0	0.0	98.9	71.3	0.2	0.3	7	7	5.2	5.8
ESE San Vicente de Paúl de	2	0	NA	NA	NA	NA	24.3	0	0	0	0	0	NA	NA

Santuario														
SUBTOTAL 1° NIVEL	1.8	1.5	1	1	100	0.5	23.8	21	4	4	8.3	4.9	3	4

NA : No Aplica

SR: Sin reporte o no reportado al Observatorio de calidad de Minprotección social

DOMINIO	CALIDAD TECNICA				GERENCIA DEL RIESGO						SATISFACCIÓN /LEALTAD	
	I.2.1.0		I.2.2.0		I.4.1.0		I.3.2.0		I.3.3.0		I.4.1.0	
DESCRIPCION INDICADOR	TASA DE REINGRESO PACIENTES HOSPITALIZADOS		PROPORCIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL CONTROLADA		TASA DE SATISFACCIÓN GLOBAL		TASA DE INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA		PROPORCIÓN DE VIGILANCIAS DE EVENTOS ADVERSOS		TASA DE SATISFACCIÓN GLOBAL	
IPS/VIGENCIA	2009-2	2010-1	2009-2	2010-1	2009-2	2010-1	2009-2	2010-1	2009-2	2010-1	2009-2	2010-1

PÚBLICAS

ESE San Vicente de	0	0.6	62.3	88.9	0	0	0	1.7	100	100	94.8	95.9
--------------------	---	-----	------	------	---	---	---	-----	-----	-----	------	------

Paúl de Apia												
ESE Cristo Rey de Balboa	1.3	2.2	100	100	0	0	0	0	100	100	98.3	95.3
ESE San José de Belén de Umbría	3.6	0.8	SR	55.3	0	2.2	100	0	100	100	96.3	93.4
ESE Santa Ana de Guática	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
ESE San José de La Celia	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
ESE San José de Marsella	2.9	2.1	66.7	50.8	0	0	0	0	100	100	95.6	89.6
ESE San Vicente de Paúl de Mistrató	0.9	92.5	59.5	1	SR	SR	0.4	0	0	0	93.3	SR
ESE Salud Pereira	2.5	2.6	81	67	1.7	1.4	0.3	0.1	100	100	94.5	95
ESE San Rafael de Pueblo Rico	13	SR	SR	72.5	0	0	0	0	SR	81.5	91	85.5
ESE Nazareth de Quinchía	1	0.6	84.8	86	0	0	0	0	100	100	93	93.4
ESE San Vicente de Paúl de	1.7	2.4	52.8	85.2	1.1	1	0	0	100	100	97	95.7

Santa Rosa													
ESE San Vicente de Paúl de Santuario	2.4	0.8	77.9	76.1	0	0	0.9	0	100	100	98	94.9	
SUBTOTAL 1° NIVEL	3	1.5	70	73	0.3	0.5	0.2	0.2	89	88.2	95	93	

DOMINIO	CALIDAD TECNICA				GERENCIA DEL RIESGO						SATISFACCIÓN /LEALTAD	
	I.2.1.0		I.2.2.0		I.4.1.0		I.3.2.0		I.3.3.0		I.4.1.0	
DESCRIPCION INDICADOR	TASA DE REINGRESO PACIENTES HOSPITALIZADOS		PROPORCIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL CONTROLADA		TASA DE SATISFACCIÓN GLOBAL		TASA DE INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA		PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS		TASA DE SATISFACCIÓN GLOBAL	
IPS/VIGENCIA	2009-2	2010-1	2009-2	2010-1	2009-2	2010-1	2009-2	2010-1	2009-2	2010-1	2009-2	2010-1
ESE Santa Mónica de Dosquebr	0.2	1	90.5	88.7	0.8	2	0	0	100	100	100	93.9

adas												
ESE San Pedro y San Pablo de La Virginia	0.1	1.3	59.2	83.8	1.1	0	0.1	0.3	87.5	91.6	78.4	74.3
ESE Mental Universitario de Risaralda	0.3	0.7	NA	NA	0	0	0	0	100	100	88.8	92.8
SUBTOT AL 2° NIVEL	0.2	1	75	86.5	1	1	0.1	0.1	96	97.3	89	87
ESE Universitario San Jorge de Pereira	0.3	0.7 SR	NA	N.A	33.5	39 SR	1.7	4.4 SR	100	100 SR	84.5	91.2 SR
SUBTOT AL 3° NIVEL	0.3	0.7	NA	NA	33.5	39	1.7	4.4	100	100	84.5	91.2
Clinica Rosales	2.2	2.6	NA	NA	9.3	7	0.2	0.2	100	100	94.5	94.7
Clinica Comfamiliar	0.7	0.8	NA	NA	13.6	12	1.2	0.8	100	100	83.8	87.3
Radiólogos asociados	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	100	100	93.2	90.2
CEDICAF	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	97.5	100	99.2	99.4

IDIME	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	100	100	98.4	95
Diagnóstico Oftalmológico	SR	SR	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	100	100	100	SR
SUBTOTAL PRIVADOS	3	1.7	NA	NA	11.5	8	0.7	0.5		99.6	100	95	94
TOTAL PROMEDIO RED RISARALDA	1.5	1.2	72.5	80	11.5	12.3	0.7	1.3		96	100	91	91.2
Nacional acreditada	1.4	0.6	33.4	71.5	26.7	23.7	2.7	3.2		98.3	99.1	80.9	90.8
Nacional no acreditada	2.9	2.1	60.5	59.2	18.9	59.2	1.2	16.7		67.4	68.0	89.6	89.6

Fuente Observatorio de la Dirección Nacional de Calidad- Minprotección

13.8.1 COMPORTAMIENTO DE INDICADORES

OPORTUNIDAD ASIGNACIÓN CONSULTA MÉDICA GENERAL (Días)

Se evidencia un comportamiento similar para los dos periodos evaluados en la mayoría de prestadores que reportaron información, a excepción de la ESE Santa Mónica de Dosquebradas que redujo de manera importante el número de días de asignación de consulta general mejorando su indicador. No se tuvo en cuenta el reporte del HUSJ, ya que es un centro de alto nivel de complejidad y la consulta general se utilizó como estrategia temporal de seguimiento y control a pacientes quirúrgicos durante el 1er semestre del 2010.

OPORTUNIDAD ASIGNACIÓN CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA (Días):

De manera preocupante el centro de referencia de alta complejidad presenta en promedio una oportunidad para la consulta especializada para el 1er semestre de 2010 en 224 días, debido al alto número de consultas represadas de tiempo atrás que debieron ser atendidas, retrasando la atención de las nuevas consultas; además el hospital no posee la capacidad de respuesta suficiente, dado que el número de especialistas y la cantidad de consultas programadas no suplen las necesidades de la población del departamento. Los especialistas que han renunciado o salen a vacaciones no son remplazados.

Para la mediana complejidad, el hospital mental no reportó información sobre este ítem durante los dos periodos, mientras que el hospital Santa Mónica de Dosquebradas mejoró la oportunidad de 16.5 días a 10.3 días para este indicador. La Virginia tuvo un comportamiento estable.

Del primer nivel Belén de Umbría reportó información que no se tuvo en cuenta por falta de consistencia.

PROPORCIÓN DE CANCELACIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA

De manera global aumentó la cifra para los prestadores de 2º nivel y los privados, específicamente La Virginia y los Rosales, que llegan sobrepasar los umbrales de desempeño no deseado para el 2010. Aunque el HUSJ disminuyó la proporción de cancelación de cirugía programada según lo demuestran las cifras, también supera los umbrales de desempeño no deseado. No se tienen datos de las causales de cancelación.

OPORTUNIDAD DE ATENCIÓN EN CONSULTA DE URGENCIAS (Minutos)

En el primer nivel llama la atención el número bajo reportado, muy por debajo de lo esperado, lo que hace dudar de la confiabilidad de la toma del indicador. Si bien es cierto que el número de consultas de urgencias en los municipios es bajo y se atienden rápidamente, es necesario corroborar la validez del dato en los hospitales de los municipios de Apia, Balboa, Mistrató, Pueblo Rico y Santuario.

Es necesario investigar la situación mostrada por Santa Rosa, donde de lejos en los 2 periodos se supera el umbral no deseado, llevando a prolongados tiempos de espera de los pacientes en la consulta de urgencia en este municipio. Se debe verificar la forma de medición de este indicador.

En el segundo nivel el Hospital Santa Mónica de Dosquebradas aumentó notablemente el tiempo de espera para la consulta de urgencias (de 47 a 73

minutos), debido a dificultades con la contratación de médicos generales y renuncias de varios de ellos en el 1er semestre de 2010.

OPORTUNIDAD DE ATENCIÓN EN SERVICIOS DE IMAGENOLOGÍA (Días):

Para el primer nivel el comportamiento del indicador está acorde a lo esperado y permanece estable para ambos periodos evaluados. No se tuvo en cuenta el dato reportado por Belén de Umbría por falta de consistencia del mismo. Mistrató no cumple con las metas deseadas, pero mejoró los tiempos de espera para este servicio. En el segundo nivel se observa mejor comportamiento del indicador para Santa Mónica pero sin llegar a cumplir la meta en el 1er semestre de 2010. La Virginia se encuentra dentro de los rangos esperados.

En los privados, radiólogos asociados, que trabaja en alianza con la clínica los Rosales, sobrepasa los umbrales de espera programados.

OPORTUNIDAD ASIGNACIÓN CONSULTA ODONTOLOGÍA GENERAL (Días)

Tanto para la baja como para la mediana complejidad se observa una mejoría notable de los tiempos de espera para odontología, pasando del 2009 por fuera del umbral al 2010 a permanecer dentro de los rangos de espera concertados (pasó de 7.5 días a 4 días a nivel departamental)

OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE CIRUGIA PROGRAMADA

De manera global para el departamento no se cumple con la meta esperada programada. Los hospitales de 1er nivel no plantean tiempos prolongados, pero en el 2º. Nivel tanto Dosquebradas como La Virginia aumentaron sus tiempos, sobrepasando los 12 días. En el 3er nivel el HUSJ supera ampliamente el umbral de espera no deseado. Mientras que en la red privada Clínica Los Rosales mejora ostensiblemente esta espera, acortándola de 18 a 5 días.

TASA DE REINGRESO PACIENTES HOSPITALIZADOS

Se observa comportamiento de dicho indicador para toda la Red dentro de las metas esperadas.

PROPORCIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL CONTROLADA

Se encuentra variabilidad importante del dato entre ambos periodos y entre los diferentes prestadores. Aún por verificar la confiabilidad del dato, por diferencias en la interpretación de cómo debe medirse.

TASA DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA DESPUÉS DE 48 HORAS

Las mayores cifras las reporta el HUSJ en ambos periodos, con incremento para el 2010. Resultado no esperado ni coherente con la implementación de la política de seguridad del paciente en dicha institución.

TASA DE INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA

También es el HUSJ quien presenta la mayor cifra en ambos periodos, con incremento para el 2010, lo cual evidencia posibles fallas en la atención y debilidades en el despliegue de planes de acción en esta área.

PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS

La gran mayoría de prestadores de la red reportan un 100% de proporción de vigilancia, lo cual está por verificar en las visitas de auditoría, puesto que necesariamente debieron gestionarse. A nivel nacional ni siquiera las instituciones acreditadas reportan un 100% de vigilancia de eventos adversos, por lo que se advierte un sobre-registro a nivel departamental.

TASA DE SATISFACCIÓN GLOBAL

Permanece dentro de los estándares esperados para la mayoría de prestadores a excepción del Hospital de La Virginia. Se desconocen causas.

CUADRO 4.29 REPORTE CONSOLIDADO DE INDICADORES DE CALIDAD. RISARALDA 2009-2010

Indicadores		Corte		
		2009-1	2009-2	2010-1
I.1.1.	Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica general	2.7	2.7	1.3
I.1.2.	Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica especializada	SD	23.7	80
I.1.3.	Proporción de la cancelación de cirugía programada	7.7	5.7	4.8
I.1.4.	Oportunidad de atención en consulta de urgencias	SD	25	29

I.1.5	Oportunidad en la atención en servicios de imagenología	3.5	3	2.6
I.1.6.	Oportunidad en la atención en consulta de odontología general	5.4	7.5	4
I.1.7.	Oportunidad en la realización de cirugía programada	12.2	16.2	14.7
I.2.1.	Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados	1.9	1.5	1.2
I.2.2.	Proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada	30.6	72.5	80
I.3.1.	Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas	SD	11.5	12.3
I.3.2.	Tasa de infección intrahospitalaria	1	0.7	1.3
I.3.3.0	Número de instituciones que vigilan eventos adversos	7.8	96	100
I.4.1.	Tasa de satisfacción global	94.8	91	91.2

Fuente Observatorio de la Dirección Nacional de Calidad- Minprotección

Para el primer semestre de 2010, a nivel departamental se observa mejora en la oportunidad de la asignación de la consulta médica general y la de odontología general principalmente. También se observa una menor proporción de cancelación de cirugía programada.

La medición de los indicadores de proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada y número de instituciones que vigilan eventos adversos debe ser confirmadas cuidadosamente ya que las cifras reportadas no coinciden con el comportamiento habitual del indicador con respecto a estándares nacionales (sobre pasan las expectativas y existen discordancias con respecto a dicha medición).

Se registra un aumento de las tasas de mortalidad y de infección intrahospitalarias, lo que lleva a pensar que de manera prioritaria la DTS debe apoyar la formulación y el despliegue de la política de seguridad del paciente al

interior de las instituciones que conforman la red de prestación de servicios, como una estrategia para el control de ambos eventos.

CAPITULO 14

ANEXOS

Se Anexa Matriz del Plan Territorial de Salud Pública, Resolución 0425 de 2008.

Anexo N° 1: Planeación Indicativa en Salud

Anexo N° 2: Planeación Plurianual de Inversiones en Salud.

Anexo N° 3: Planeación Operativa Anual en Salud Año 2012

Anexo N° 4: Planeación Operativa Anual de Inversiones en Salud Año 2012.

Artículo 3: La presente Ordenanza rige a partir la fecha de su sanción y publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Dada en Pereira a los del mes de del año Dos Mil Doce (2012)

HERMAN DE J. CALVO PULGARIN
Presidente Asamblea Departamental

OSCAR JAVIER VASCO GIL
Secretario

Presentada a consideración de la Honorable Asamblea Departamental por,

CARLOS ALBERTO BOTERO LOPEZ
Gobernador de Risaralda

LINA BEATRIZ RENDÓN TORRES

Secretaria de Salud

Elaboró: Alberth Cristian Herrera Giraldo

Director Operativo de Salud Pública