



ALCALDIA DE PEREIRA

**PLAN DE DESARROLLO
PEREIRA REGION DE OPORTUNIDADES**

**PLAN TERRITORIAL DE SALUD
GENTE SANA PARA UNA REGIÓN DE OPORTUNIDADES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SALUD DE PEREIRA
2008 - 2011**



INTRODUCCION

Tengo un gran sueño: *“lograr una ciudad amable con personas felices”*

Israel Alberto Londoño Londoño.

“En realidad, los Estados ya no pueden, si es que alguna vez pudieron, hacer frente a los desafíos mundiales por si solos. Cada vez es más necesario, conseguir el apoyo de esos otros agentes, tanto en la formulación de estrategias mundiales, como su puesta en práctica, una vez convenidas”. Traigo como referencia estas palabras pronunciadas por el Ex secretario General de la ONU, Kofi Annan, para reiterarles la importancia del momento histórico en el cual nos encontramos, al estar construyendo el Plan de Desarrollo para Pereira 2.008 - 2.011 y el cual no puede ser ajeno a la realidad ineludible que plantea en sus palabras, tan ilustre personaje mundial.

Si bien es cierto que como gobernantes tenemos una gran responsabilidad social, también lo es que la sociedad la conformamos todas y cada una de las personas que de manera directa o indirecta resultan afectadas para bien o para mal por las decisiones del respectivo gobierno.

El Plan de Desarrollo 2008-2011, cuyo eje central lo determina el programa de gobierno **“Más Oportunidades para Progresar”**, constituye no sólo la carta de navegación del municipio para los próximos 4 años, sino también un gran dinamizador de la transformación social que la ciudad espera y requiere.

Es de vital importancia que aprovechemos esta gran oportunidad que la Constitución y la Ley, pero en especial el pueblo Pereirano nos han otorgado, para iniciar la gran revolución del desarrollo humano y social, que mejore la calidad de vida de nuestra población y proyecte a Pereira hacia el desarrollo integral y sostenible que tanto necesita.

Nuestra misión en este Plan de Desarrollo, le apunta a la solución de las problemáticas coyunturales de nuestra comunidad, al tiempo que nos reta a proyectarnos más allá de los próximos 4 años, para sentar las bases de la **Pereira del futuro**, una metrópoli productiva y competitiva en términos de productos y servicio de alto valor agregado, comercio en gran escala y turismo nacional e internacional; un territorio que le brinde a sus habitantes una mejor calidad de vida, que focalice la inversión bajo el concepto de justicia social, que proteja las niñas y los niños de manera natural y no por imposición de la Ley, que adopte la educación como el eje fundamental que le permita llegar en un futuro a procesos de desarrollo familiar con mayor autonomía. Para todo esto, debemos



apalancar la articulación entre los sectores público, privado, académico y los demás actores del desarrollo.

Señores representantes de los gremios, los empresarios, la academia y diferentes actores de la sociedad, me complace altamente poder contar con el respaldo y contribución en la formulación y ejecución futura del Plan de Desarrollo 2.008 -2.011 que se propone llevarle a los habitantes del territorio pereirano **“Más Oportunidades para Progresar”**. Les reitero la invitación a que trabajemos mancomunadamente por el desarrollo integral de Pereira, no como ciudad sino como una región de oportunidades.

Pereira como Región de oportunidades debe apostarle al mejoramiento de la calidad de vida de todas y todos los Pereiranos, especialmente en un componente altamente sensible como es la Salud, en el marco de la línea **“Pereira Humana y Social”**, por ello el plan territorial de salud **“Gente Sana para una Región de Oportunidades”** es uno de los elementos fundamentales en el proceso de construcción del plan de desarrollo territorial .

¡Muchas gracias!

ISRAEL ALBERTO LONDOÑO LONDOÑO
Alcalde

JAVIER ALEJANDRO GAVIRIA
Secretario de Salud



TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

1. MARCO LEGAL
 - 1.1 MARCO CONSTITUCIONAL
 - 1.2 NORMATIVIDAD

- 2 MARCO TEORICO
 - 2.1 OBJETIVO
 - 2.2 ENFOQUES Y PROPOSITOS
 - 2.3 PRINCIPIOS
 - 2.4 LINEAS DE POLITICA
 - 2.5 RESPONSABILIDADES DE LOS ACTORES DEL SECTOR SALUD.
 - 2.6 PRIORIDADES

3. ASPECTOS GENERALES DEL MUNICIPIO DE PEREIRA.
 - 3.1. DATOS HISTÓRICOS.
 - 3.2 ASPECTOS GEOGRAFÍCOS.
 - 3.3 ASPECTOS SOCIOECONOMICOS.
 - 3.4 INDICADORES DE DESARROLLO HUMANO.
 - 3.5. ASPECTOS DEMOGRAFICOS.

- 4 DIRECCION LOCAL DE SALUD.
 - 4.1 MISION
 - 4.2 VISION.
 - 4.3 OBJETIVOS.

- 5 DESCRIPCIÓN, PRIORIZACIÓN Y ANALISIS DE EJES PROGRAMATICOS.
 - 5.1 ASEGURAMIENTO.
 - 5.2. RED PÚBLICA.
 - 5.3. SALUD PUBLICA.
 - 5.4 PROMOCIÓN SOCIAL.
 - 5.5. RIESGOS PROFESIONALES.
 - 5.6. EMERGENCIAS Y DESASTRES.

- 6 METODOLOGIA DE ELABORACIÓN DEL PLAN LOCAL DE SALUD.

7. DESCRIPCIÓN DE LOS OBJETIVOS POR EJE PROGRAMATICO.

8. ESTIMACIÓN Y PROYECCIÓN PRESUPUESTAL POR EJE PROGRAMATICO.



9. ANEXOS.



1. MARCO LEGAL

1.1 MARCO CONSTITUCIONAL

El siguiente artículo de la Constitución Política señala la obligación de contar con un plan de desarrollo territorial, y determina la estructura del mismo con un componente estratégico y otro de inversiones.

“1.1.1 Artículo 339. Habrá un Plan Nacional de Desarrollo conformado por una parte general y un plan de inversiones de las entidades públicas del orden nacional. En la parte general se señalarán los propósitos y objetivos nacionales de largo plazo, las metas y prioridades de la acción estatal a mediano plazo y las estrategias y orientaciones generales de la política económica, social y ambiental que serán adoptadas por el gobierno. El plan de inversiones públicas contendrá los presupuestos plurianuales de los principales programas y proyectos de inversión pública nacional y la especificación de los recursos financieros requeridos para su ejecución.

Las entidades territoriales elaborarán y adoptarán de manera concertada entre ellas y el gobierno nacional, planes de desarrollo, con el objeto de asegurar el uso eficiente de sus recursos y el desempeño adecuado de las funciones que les hayan sido asignadas por la Constitución y la ley. Los planes de las entidades territoriales estarán conformados por una parte estratégica y un plan de inversiones de mediano y corto plazo”.

En el siguiente artículo se establece el mecanismo formal a través de la cual la sociedad organizada participa en los procesos de planeación territorial, de tal forma que democráticamente se legitimen las inversiones a través de la participación social.

“1.1.2 Artículo 340. Habrá un Consejo Nacional de Planeación integrado por representantes de las entidades territoriales y de los sectores económicos, sociales, ecológicos, comunitarios y culturales. El Consejo tendrá carácter consultivo y servirá de foro para la discusión del Plan Nacional de Desarrollo.

En las entidades territoriales habrá también Consejos de Planeación, según lo determine la ley. El Consejo Nacional y los consejos territoriales de planeación hacen parte del Sistema Nacional de Planeación”.



1.2 NORMATIVIDAD

1.2.1 Ley 152 de 1994 – Ley orgánica del plan de desarrollo.

1.2.1.1 Principios generales: artículo 3. Los principios generales que rigen las actuaciones de las autoridades nacionales, regionales y territoriales, en materia de planeación son:

a. Autonomía. La nación y las entidades territoriales ejercerán libremente sus funciones en materia de planificación con estricta sujeción a las atribuciones que a cada una de ellas se les haya específicamente asignado en la Constitución y la Ley, así como a las disposiciones y principios contenidos en la presente Ley Orgánica.

b. Ordenación de competencias. En el contenido de los planes de desarrollo se tendrán en cuenta, para efectos del ejercicio de las respectivas competencias, la observancia de los criterios de concurrencia, complementariedad y subsidiariedad.

c. Coordinación. Las autoridades de planeación del orden nacional, regional y de las entidades territoriales, deberán garantizar que exista la debida armonía y coherencia entre las actividades que realicen a su interior y en relación con las demás instancias territoriales, para efectos de la formulación, ejecución y evaluación de sus planes de desarrollo.

d. Consistencia. Con el fin de asegurar la estabilidad macroeconómica y financiera, los planes de gasto derivados de los planes de desarrollo deberán ser consistentes con las proyecciones de ingresos y de financiación, de acuerdo con las restricciones del programa, financiero del sector público y de la programación financiera para toda la economía que sea congruente con dicha estabilidad.

e. Prioridad del gasto público social. Para asegurar la consolidación progresiva del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población, en la elaboración, aprobación y ejecución de los planes de desarrollo de la nación y de las entidades territoriales se deberá tener como criterio especial en la distribución territorial del gasto público el número de personas con necesidades básicas insatisfechas, la población y la eficiencia fiscal y administrativa, y que el gasto público social tenga prioridad sobre cualquier otra asignación.

f. Continuidad. Con el fin de asegurar la real ejecución de los planes, programas y proyectos que se incluyan en los planes de desarrollo nacionales y de las entidades territoriales, las respectivas autoridades de planeación, propenderán por que aquellos tengan cabal culminación.



- g. Participación. Durante el proceso de discusión de los planes de desarrollo, las autoridades de planeación velarán por que se hagan efectivos los procedimientos de participación ciudadana previstos en la presente ley.
- h. Sustentabilidad ambiental. Para posibilitar un desarrollo socio-económico en armonía con el medio natural, los planes de desarrollo deberán considerar en sus estrategias, programas y proyectos, criterios que les permitan estimar los costos y beneficios ambientales para definir las acciones que garanticen a las actuales y futuras generaciones una adecuada oferta ambiental.
- i. Desarrollo armónico de las regiones. Los planes de desarrollo propenderán por la distribución equitativa de las oportunidades y beneficios como factores básicos de desarrollo de las regiones.
- j. Proceso de planeación. El plan de desarrollo establecerá los elementos básicos que comprendan la planificación como una actividad continua, teniendo en cuenta la formulación, aprobación, ejecución, seguimiento y evaluación.
- k. Eficiencia. Para el desarrollo de los lineamientos del plan y en cumplimiento de los planes de acción se deberá optimizar el uso de los recursos financieros, humanos y técnicos necesarios, teniendo en cuenta que la relación entre los beneficios y costos que genere sea positiva.
- l. Viabilidad. Las estrategias, programas y proyectos del plan de desarrollo deben ser factibles de realizar, según las metas propuestas y el tiempo disponible para alcanzarlas, teniendo en cuenta la capacidad de administración, ejecución y los recursos financieros a los que es posible acceder.
- m. Coherencia. Los programas y proyectos del plan de desarrollo deben tener una relación efectiva con las estrategias y objetivos establecidos en éste.
- n. Conformación de los planes de desarrollo. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 339 de la Constitución Nacional, los planes de desarrollo de los niveles nacional y territorial estarán conformado por una parte general de carácter estratégico, y por un plan de inversiones de carácter operativo. Para efectos de la elaboración de los planes de inversión y con el propósito de garantizar coherencia y complementariedad en su elaboración, la nación y las entidades territoriales deberán mantener actualizados bancos de programas y de proyectos.

Parágrafo. Para efecto de lo previsto en el literal b. de este artículo se entiende por:



Concurrencia. Cuando dos o más autoridades de planeación deban desarrollar actividades en conjunto hacia un propósito común, teniendo facultades de distintos niveles su actuación deberá ser oportuna y procurando la mayor eficiencia y respetándose mutuamente los fueros de competencia de cada una de ellas.

Subsidiariedad. Las autoridades de planeación del nivel más amplio deberán apoyar transitoriamente a aquellas que carezcan de capacidad técnica para la preparación oportuna del plan de desarrollo.

Complementariedad. En el ejercicio de las competencias en materia de planeación las autoridades actuarán colaborando con las otras autoridades, dentro de su órbita funcional con el fin de que el desarrollo de aquellas tenga plena eficacia.

1.2.1.2 Componentes del plan

ARTÍCULO 5. Contenido de la parte general del Plan. La parte general del plan contendrá lo siguiente:

- a. Los objetivos nacionales y sectoriales de la acción estatal a mediano, y largo plazo según resulte del diagnóstico general de la economía y de sus principales sectores y grupos sociales.
- b. Las metas nacionales y sectoriales de la acción estatal a mediano y largo plazo y los procedimientos y mecanismos generales para lograrlos.
- c. Las estrategias y políticas en materia económica, social y ambiental que guiarán la acción del Gobierno para alcanzar los objetivos y metas que se hayan definido.
- d. El señalamiento de las formas, medios e instrumentos de vinculación y armonización de la planeación nacional con la planeación sectorial, regional, departamental, municipal, distrital y de las entidades territoriales indígenas; y de aquellas otras entidades territoriales que se constituyan en aplicación de las normas constitucionales vigentes.

ARTÍCULO 6. Contenido del Plan de Inversiones. El plan de inversiones de las entidades públicas del orden nacional incluirá principalmente:

- a. La proyección de los recursos financieros disponibles para su ejecución y su armonización con los planes de gasto público.
- b. La descripción de los principales programas y subprogramas, con indicación de sus objetivos y metas nacionales, regionales y sectoriales y los proyectos prioritarios de inversión.



- c. Los presupuestos plurianuales mediante los cuales se proyectarán los costos de los programas más importantes de inversión pública contemplados en la parte general.
- d. La especificación de los mecanismos idóneos para su ejecución.

ARTÍCULO 7. Presupuestos Plurianuales. Se entiende por presupuestos plurianuales la proyección de los costos y fuentes de financiación de los principales programas y proyectos de inversión pública, cuando éstos requieran para su ejecución más de una vigencia fiscal.

Cuando en un sector o sectores de inversión pública se hubiere iniciado la ejecución de proyectos de largo plazo, antes de iniciarse otros, se procurará que los primeros tengan garantizada la financiación hasta su culminación.

1.2.1.2. 1 Componentes del plan a nivel territorial. **ARTÍCULO 31.** Contenido de los planes de desarrollo de las entidades territoriales. Los planes de desarrollo de las entidades territoriales estarán conformados por una parte estratégica y un plan de inversiones a mediano y corto plazo, en los términos y condiciones que de manera general reglamenten las Asambleas Departamentales y los Concejos Distritales y Municipales o las autoridades administrativas que hicieren sus veces, siguiendo los criterios de formulación establecidos en la presente ley.

1.2.1.3 Alcance. **ARTÍCULO 32.** Alcance de la planeación en las entidades territoriales. Las entidades territoriales tienen autonomía en materia de planeación del desarrollo económico, social y de la gestión ambiental, en el marco de las competencias, recursos y responsabilidades que les han atribuido la Constitución y la ley.

Los planes de desarrollo de las entidades territoriales, sin perjuicio de su autonomía, deberán tener en cuenta para su elaboración las políticas y estrategias del plan nacional de desarrollo para garantizar la coherencia.

1.2.1.4 Concordancia de la planeación entre los diferentes niveles territoriales.

ARTÍCULO 45. Articulación y Ajuste de los Planes. Los planes de las entidades territoriales de los diversos niveles, entre sí y con respecto al plan nacional, tendrán en cuenta las políticas, estrategias y programas que son de interés mutuo y le dan coherencia a las acciones gubernamentales. Si durante la vigencia del plan de las entidades territoriales se establecen nuevos planes en las entidades del nivel más amplio, el respectivo mandatario podrá presentar para la aprobación de la Asamblea o del Consejo, ajustes a su plan plurianual de inversiones, para hacerlo consistente con aquellos.



Queda claro en el marco de la ley orgánica de planeación que se debe formular un plan de desarrollo territorial, en donde el plan sectorial es solamente un componente del mismo y no un plan paralelo.

1.2.2 Ley 715 de 2001.

Con respecto a la planeación, la ley 715 le asigna la competencia a los municipios en los aspectos relacionados con el sector de la salud los siguientes elementos:

44.1.1. Formular, ejecutar y evaluar planes, programas y proyectos en salud, en armonía con las políticas y disposiciones del orden nacional y departamental.

44.1.6. Promover planes, programas, estrategias y proyectos en salud y seguridad social en salud para su inclusión en los planes y programas departamentales y nacionales.

44.3.1. Adoptar, implementar y adaptar las políticas y planes en salud pública de conformidad con las disposiciones del orden nacional y departamental, así como formular, ejecutar y evaluar el Plan de Atención Básica municipal.

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

Artículo 54. Organización y consolidación de redes. El servicio de salud a nivel territorial deberá prestarse mediante la integración de redes que permitan la articulación de las unidades prestadoras de servicios de salud, la utilización adecuada de la oferta en salud y la racionalización del costo de las atenciones en beneficio de la población, así como la optimización de la infraestructura que la soporta.

La red de servicios de salud se organizará por grados de complejidad relacionados entre sí mediante un sistema de referencia y contrarreferencia que provea las normas técnicas y administrativas con el fin de prestar al usuario servicios de salud acordes con sus necesidades, atendiendo los requerimientos de eficiencia y oportunidad, de acuerdo con la reglamentación que para tales efectos expida el Ministerio de Salud.

Parágrafo 1°. Para garantizar la efectiva organización y operación de los servicios de salud a través de redes, los planes de inversión de las instituciones prestadoras de salud públicas deberán privilegiar la integración de los servicios. Para el conjunto de servicios e



instalaciones que el Ministerio de Salud defina como de control especial de oferta, las Instituciones Prestadoras de Salud, sean públicas o privadas, requerirán de la aprobación de sus proyectos de inversión por el Ministerio de Salud.

1.2.3 Leyes Marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Sistema General de Seguridad Social en Salud está ampliamente reglamentado por las leyes 10 de 1990, 100 de 1993 modificada por la Ley 1122 de 2007 y 715 de 2001 y en otros aspectos financieros por la ley 643 de 2001.

1.2.4 El Decreto 3039 de 2007. Adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.

1.2.5 La Resolución 0425 de 2008. Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas a cargo de las entidades Territoriales.



2 .MARCO TEÓRICO

El Plan Municipal de Salud Pública comprende los compromisos adquiridos por el Municipio, acoge los definidos por el Departamento en el desarrollo de las Funciones Esenciales de Salud Pública, así como los compromisos nacionales en temas específicos enmarcados en el Decreto 3039 de 2007..

2.1 OBJETIVO:

Desarrollar acciones en el marco de la salud pública y del derecho a la salud y a la vida digna, tendientes al mejoramiento de la calidad de vida y cuidado de la salud, en el entorno de los individuos, las familia y las comunidades del municipio de Pereira mediante procesos orientados al reconocimiento y modificación de los condicionantes o determinantes de la salud, con el fin de mitigar su impacto, reducir la vulnerabilidad, mejorar la capacidad de respuesta y las condiciones del medio ambiente, en un contexto de construcción colectiva de una cultura de la salud, y de control social.

2.2 ENFOQUES Y PROPÓSITOS

El Plan Municipal 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 Pereirana

La Formulación y Desarrollo del Plan municipal de Salud Pública implica la ejecución de acciones que generen movilización y participación social, concertación interinstitucional e intersectorial, vigilancia y control de la red de prestadores de salud y la priorización de las acciones sobre la población con NBI, con el propósito de:

Trabajar por la salud de los habitantes de Pereira

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 Pereira

Mejorar la percepción de los derechos y los deberes de las personas a la salud y a la vida digna



Para ello se articulan los siguientes enfoques:

1. Enfoque poblacional (Intervenciones en salud en población en general) ,
2. Enfoque de determinantes (Factores directos que inciden en forma directa en el estado de salud)
3. Enfoque de gestión social del riesgo (Soluciones frente al riesgo en poblaciones específicas)

2.3 PRINCIPIOS

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

1. Participación social
2. Universalidad
3. Equidad
4. Intersectorialidad
5. Calidad
6. Eficiencia
7. Responsabilidad
8. Respeto por la diversidad cultural y étnica

2.4 LÍNEAS DE POLÍTICA:

El Ministerio de la Protección Social, como principal responsable y gestor de las acciones dirigidas a mejorar las condiciones de salud en la población, define las siguientes líneas para el desarrollo de la política en salud.

1. Promoción de la salud y calidad de vida
2. Prevención de los riesgos
3. La recuperación y superación de los daños en salud
4. La vigilancia en salud y gestión del conocimiento

Estas líneas buscan armonizar y articular el Sistema de Protección Social para el logro de las metas y especialmente para reducir las brechas en salud existentes entre grupos poblacionales. Esto exige una articulación efectiva de esfuerzos del sector, entre la Nación, la Secretaría de Salud, Las Direcciones Locales de Salud, las EPS, las ARP, las IPS, la sociedad civil organizada, las sociedades científicas, las universidades



formadoras del talento humano en salud, los otros sectores de la sociedad y las entidades de cooperación técnica internacional.



2.5. RESPONSABILIDADES DE LOS ACTORES DEL SECTOR SALUD EN LA FORMULACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA:

2.5.1 Departamento y Municipios categoría 1 y 2:

1. Realizar, actualizar y divulgar el análisis de la situación de salud de la población del Departamento y cada uno de los municipios y la capacidad de respuesta sectorial e intersectorial de los actores.
2. Coordinar y articular con los actores intra y extrasectoriales la planeación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de las metas del Plan de Salud Departamental.
3. Adoptar y adaptar el Plan Nacional de Salud Pública y formular el Plan de Salud Departamental, los planes Municipales y los planes operativos anuales correspondientes, en consulta y concertación con los distintos actores, bajo los lineamientos establecidos por el Ministerio de la Protección Social.
4. Tramitar ante el Consejo Departamental de Planeación la inclusión del Plan de Salud Departamental en el Plan de Desarrollo Territorial.
5. Adoptar las normas técnico-científicas, administrativas y financieras que para la ejecución del Plan de Salud Departamental, defina el Ministerio de la Protección Social.
6. Realizar la supervisión, seguimiento, evaluación y difusión de los resultados del Plan de Salud Departamental.
7. Promover el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos y comunidades en la planeación, ejecución, seguimiento y control social del Plan de Salud Departamental.
8. Ejercer la autoridad sanitaria para garantizar la promoción de la salud y la prevención de los riesgos y la recuperación y superación de los daños en salud en el Departamento de Risaralda.
9. Brindar asistencia técnica a las entidades de acuerdo a sus competencias.
10. Generar la información requerida por el sistema de información de salud, tal como lo defina el Ministerio de la Protección Social.



11. Garantizar la conservación y red de frío y distribuir los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI, y los medicamentos e insumos críticos para el control de vectores, tuberculosis y lepra.
12. Coordinar el desarrollo y operación de la vigilancia en salud en sus componentes de vigilancia en salud pública, vigilancia sanitaria e inspección, vigilancia y control en la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, en el Departamento.

2.5.2 De las EPS:

1. Realizar y actualizar el análisis de la situación de salud de la población afiliada.
2. Articularse con la Secretaría de Salud Departamental para la formulación, seguimiento y evaluación de las metas de las acciones individuales en salud pública incluidas en el Plan de Salud Departamental, de acuerdo con los lineamientos definidos por el Ministerio de la Protección Social.
3. Formular el plan operativo de acción anual para sus afiliados en el departamento, de acuerdo con los lineamientos definidos por el Ministerio de la Protección Social.
4. Participar en la elaboración del Plan de Salud Territorial en los municipios de su influencia.
5. Adoptar y aplicar las normas técnico-científicas, administrativas y financieras para el cumplimiento de las acciones individuales en salud pública incluidas en el plan obligatorio de salud – POS del régimen contributivo y del régimen subsidiado.
6. Desarrollar un plan de asesoría, asistencia técnica y auditoría para las instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS que hacen parte de su red que garantice el cumplimiento de las metas de las acciones individuales de salud pública incluidas en el Plan de Salud Territorial.
7. Promover los conocimientos de la población a su cargo en derechos y deberes, en el uso adecuado de servicios de salud y en la conformación y organización de alianzas de usuarios y su articulación con la defensoría de los usuarios.
8. Promover la conformación de redes sociales para la promoción de la salud y la calidad de vida.



9. Realizar seguimiento y análisis por cohortes, de pacientes con tuberculosis, infección por VIH, insuficiencia renal crónica, cáncer, diabetes e hipertensión y cualquier otra condición priorizada, tal como lo defina el Ministerio.
10. Adoptar el sistema de evaluación por resultados y rendición de cuentas.
11. Participar en la operación de la vigilancia en salud, en sus componentes de vigilancia en salud pública e inspección, vigilancia y control de la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS.
12. Cumplimiento de los estándares establecidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud – SOGCS, que le corresponden.

2.5.3 De las Administradoras de Riesgos Profesionales:

1. Realizar y actualizar el análisis de la situación de salud de la población afiliada.
2. Articularse con la Secretaría Departamental y las Direcciones Locales de Salud para la formulación, seguimiento y evaluación de las metas relacionadas con los riesgos ocupacionales en el Plan de Salud Departamental, de acuerdo con los lineamientos que defina el Ministerio de la Protección Social.
3. Definir y desarrollar el plan anual de acción de prevención de riesgos profesionales frente a sus empresas afiliadas, con base en riesgos prioritarios a los cuales están expuestos sus afiliados en función de la actividad económica, el tamaño de empresa y la accidentalidad, de acuerdo con las instrucciones que en tal sentido imparta el Ministerio
4. Participar en la operación de la vigilancia en salud en sus componentes de vigilancia en salud pública y de vigilancia en salud en el entorno laboral.
5. Garantizar la atención y rehabilitación de los daños ocasionados por las enfermedades ocupacionales y accidentes laborales.
6. Proteger a los trabajadores con discapacidad a través de procesos de rehabilitación funcional y profesional.

2.5.4 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud:

1. Adoptar y aplicar las políticas, normas técnico-científicas, administrativas y financieras requeridos para el cumplimiento de las metas del Plan.



2. Cumplir con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud – SOGCS.
3. Implementar mecanismos de seguimiento, evaluación y mejoramiento continuo de las acciones de promoción de la salud y prevención de los riesgos.
4. Generación de la información requerida por el sistema de información.
5. Participar en la operación de la vigilancia en salud en sus componentes de vigilancia en salud pública, vigilancia en salud en el entorno laboral e inspección, vigilancia y control de la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS.

2.6 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 y modificaciones de las condiciones, materiales de vida de algunas poblaciones).
- 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 y las prioridades nacionales acogidas por el departamento de Risaralda, se han ajustado a las propuestas de salud en el municipio de Pereira, con el propósito



de tener elementos en común que permitan articular concepciones, recursos, estrategias y acciones que propicien la eficiencia y la efectividad de las acciones en salud pública. En la práctica podrán entonces desarrollarse acciones propias de la salud pública en el municipio, contando con espacios propicios para la participación social en el contexto de:

1. La salud infantil.
2. La salud sexual y reproductiva.
3. La salud oral.
4. La salud mental y las lesiones violentas evitables.
5. Las enfermedades transmisibles y las zoonosis.
6. Las enfermedades crónicas no transmisibles.
7. La nutrición.
8. La seguridad sanitaria y del ambiente.
9. La seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral.
10. La gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.



3. ASPECTOS GENERALES DEL MUNICIPIO DE PEREIRA

3.1 DATOS HISTÓRICOS

En el territorio que hoy ocupa la ciudad de Pereira, existió antes de la invasión hispánica, el grupo aborigen de los Quimbayas, que se caracterizó por su elaborado trabajo de orfebrería, considerado como el mejor de América. Los españoles establecieron en el año 1540, la población de Cartago, la cual tuvo que ser trasladada en 1690 hacia el sitio que hoy ocupa, quedando estos territorios abandonados, los cuales fueron ocupados a partir de principios del siglo XX como consecuencia de la interrelación social y económica entre los estados de Antioquia (con base económica minera) y Cauca (de vocación agrícola y ganadera), convirtiéndose ésta, en un punto de apoyo que brindaba servicios a los arrieros y comerciantes de la época, en razón a las condiciones de distancia, conformación topográfica y desarrollo incipiente de comunicaciones.

La ciudad fue creada durante la colonización antioqueña, la cual generó un vigoroso movimiento económico de aproximadamente 150 pueblos que se consolidaron como tales, a partir del cultivo y comercialización del café.

Con el objetivo de nutrirse del oro Quimbaya, el mariscal de campo Jorge Robledo funda el 9 de Agosto de 1540 Cartago, donde hoy se encuentra la ciudad de Pereira; bautizada así porque el grueso de hombres que acompañó al mariscal provenía de Cartagena de Indias. El 21 de abril de 1691 Cartago fue trasladada al sitio que ocupa actualmente, sobre la margen izquierda del Río La Vieja. Una versión señala que la reubicación se debió al continuo asedio de los indígenas Pijaos y otra por razones de conveniencia económica.

Entre 1816 y 1819 José Francisco Pereira y su hermano Manuel hallaron en estos pasajes, refugio seguro, poniéndose a salvo de una avanzada del ejército español, luego de que las fuerzas patriotas fueran derrotadas en Cachirí (Santander), donde Pereira estuvo involucrado.

El 24 de Agosto de 1863, cuatro días después de la muerte de Francisco Pereira Martínez, el Padre Remigio Antonio Cañarte encabezó la caravana fundadora que desde Cartago marchó a estas tierras cumpliendo así la voluntad de Pereira Martínez, quien en sus últimos años quiso que aquí se estableciera una ciudad. No fue precisamente un lugar despoblado que encontró el Padre Cañarte y sus cofundadores, al contrario, un grupo de colonos ya se habían establecido aquí, porque justamente Pereira, cartagueño, ilustre abogado, naturalista y prócer de la independencia, perfilaba su potencial de convergencia y dispersión de mercaderías en la ruta hacia Antioquia,



Valle y el centro del país. Seis días después se celebra la misa de fundación y se protocoliza el establecimiento de la Villa de Pereira, en la esquina de la calle 19 con carrera octava, en toda la Plaza de Bolívar.

En sus comienzos la aldea comprendía seis manzanas y unas cien casas dispersas entre Egoyá y el Otún; levantadas en guadua, bahareque y techo pajizo.

El 24 de marzo de 1864 a través de la Ordenanza N° 2, se creó por la municipalidad del Quindío el Distrito de Pereira. El 23 de octubre del mismo año, el Jefe Municipal de la Provincia del Quindío, señor Vicente Bueno, ordenó al edil de Cartago Viejo, construir una casa oficial con la ayuda desinteresada de los pobladores, dando desde esta época, aunque no fuese por amor al terruño sino por obligación, nacimiento a los convites de los que tanto se ha enorgullecido la ciudad.

El 20 de enero de 1870 se erigió Pereira en Distrito por la municipalidad de Cartago, mediante Ordenanza N° 4 del 16 de agosto 1877. El 25 de abril de 1870 se oficializó por medio de Ley de la República el establecimiento de la Villa de Pereira. La aldea de Pereira se reconoció y se elevó a la categoría del Municipio, condición que ostento hasta 1903, cuando aún pertenecía a la provincia de Quindío, cuya capital era Cartago. Mediante la Ley 9 del 14 de septiembre de 1903, se creó la provincia de Robledo con capital Pereira, la cual antes pertenecía al Estado del Cauca, para quedar anexa al Departamento de Caldas, y a su vez se separa de Antioquia en 1905. Pereira, nunca perteneció al Departamento de Antioquia, sino, al Estado soberano del Cauca.

La economía cafetera, se constituyó en la oportunidad de vinculación de la ciudad con el comercio internacional, lo que le permitió que se consolidara como una ciudad comercial y prestadora de servicios, con un proceso de urbanización acelerado y un moderado crecimiento industrial. Los primeros Alcaldes de Pereira, fueron: Pedro Duque, Antonio Jaramillo y José Vicente Marín.

En el periodo comprendido entre 1920 a 1930 la ciudad tomó una nueva fisonomía, se dieron grandes transformaciones sociales, económicas, políticas y culturales, lo que se reflejó notoriamente en la explosión demográfica de la ciudad y el desplazamiento de personas de otros departamentos.

La segunda etapa de industrialización surge hacia 1945, en razón de la privilegiada situación geográfica de la ciudad, lo que le permitía efectuar la distribución de productos hacia el Valle, Cundinamarca y Antioquia. La producción de energía eléctrica, la densidad y capacidad de su población obrera, así como la política estimulante de sus autoridades municipales, la han señalado como uno de los centros de mayor porvenir industrial de país.



La construcción del Palacio Municipal de la ciudad, obra de gran trascendencia para el desarrollo administrativo y urbanístico, se inició bajo el mandato de José Domingo Escobar en el año 1951.

El 23 de noviembre de 1966 la Cámara de Representantes dio la aprobación definitiva al proyecto de la creación de Risaralda y convirtió esta sección territorial, en el vigésimo primer departamento del territorio Colombiano. El 1º de diciembre de 1966, se creó el Departamento de Risaralda por medio de la Ley 70, sancionada por el Presidente de la República, Doctor Carlos Lleras Restrepo. Se integró inicialmente con 13 municipios, Pereira como capital. Su vida administrativa empieza a correr a partir del 1º de febrero de 1967 fecha en que fue inaugurado oficialmente.

Durante la década de los sesenta se da como suceso de gran relevancia el retiro forzoso de las líneas del ferrocarril de Caldas. La década de los años noventa se caracteriza por las grandes inversiones privadas e institucionales que se realizan en materia de construcción de obras, entre ellas centros comerciales, viviendas para todos los estratos sociales, centros educativos e infraestructura vial.

La ciudad se ha caracterizado por un crecimiento paulatino ya que por su privilegiada ubicación se da la llegada sucesiva de poblaciones en busca de mejores condiciones de vida, lo que ha generado la creación de valores sociales como la hospitalidad, solidaridad y tolerancia y la han potencializado como una ciudad pluricultural y de carácter cosmopolita regional, así como municipio, núcleo del Área Metropolitana del Centro Occidente, y como uno de los principales municipios cafeteros y comerciales del país.

3.2 DATOS GEOGRÁFICOS

3.2.1 LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA

Pereira está situada al sur-oriente del departamento de Risaralda, en una latitud norte de 4 grados 19' y longitud oeste de 75 grados 42'. En el centro de la región occidental del territorio Colombiano, en un pequeño valle formado por la terminación de un contra fuerte que se desprende de la cordillera central. "La localización del municipio de Pereira es estratégica pues se ubica en el centro occidente del país, situación favorable desde el punto de vista vial ya que se conecta fácilmente con las tres ciudades y centros económicos más grandes del país, y con los departamentos vecinos del Eje Cafetero. Además está ubicado en el centro del triangulo de las tres capitales más importantes de Colombia"¹.

¹ Acuerdo 9 de 2004. Plan de Desarrollo Municipal. Alcaldía de Pereira.



Sus límites son:

Al norte: Municipios de Dosquebradas, Santa Rosa de Cabal y Marsella.

Al sur: Municipio de Ulloa (Departamento del Valle), Finlandia y Salento (Quindío).

Al oriente: Departamento del Tolima con Anzoategui, Santa Isabel, Ibagué y zona de los nevados.

Al occidente: Municipio de Cartago, Anserma Nuevo (departamento del Valle), Balboa, La Virginia.

Gráfica 1. Ubicación del Municipio de Pereira en el contexto nacional e internacional



La ciudad de Pereira se encuentra a una altura promedio de 1.411 m.s.n.m. y cuenta con una temperatura promedio de 21 °C. El municipio cuenta con pisos térmicos que van desde las nieves perpetuas (Nevado de Santa Isabel a 5.200 m.s.n.m.) en límites con el departamento del Tolima, hasta pisos cálidos a 900 m.s.n.m. y a orillas del Río Cauca. Esta distribución climática la encontramos de la siguiente manera: Clima cálido el 9.9 %, clima medio el 60.7 %, clima frío el 11.5%, páramo 17.7%, y su precipitación media anual es de 2.750 mm. Esta característica climática y la conformación de los suelos, brinda también una variedad en la cobertura vegetal y paisajística. De hecho, existen áreas de bosques para protección de cuencas, zonas de diversificación y medias conocidas como la zona cafetera y zonas cálidas con actividad ganadera y agrícola (piña, caña de azúcar, caña panelera y pasto).

El municipio de Pereira, “cuenta con un área de 606.86 km² de los cuales 27,105 km² son ocupados por el área urbana y 579,755 en el área rural. De acuerdo a las



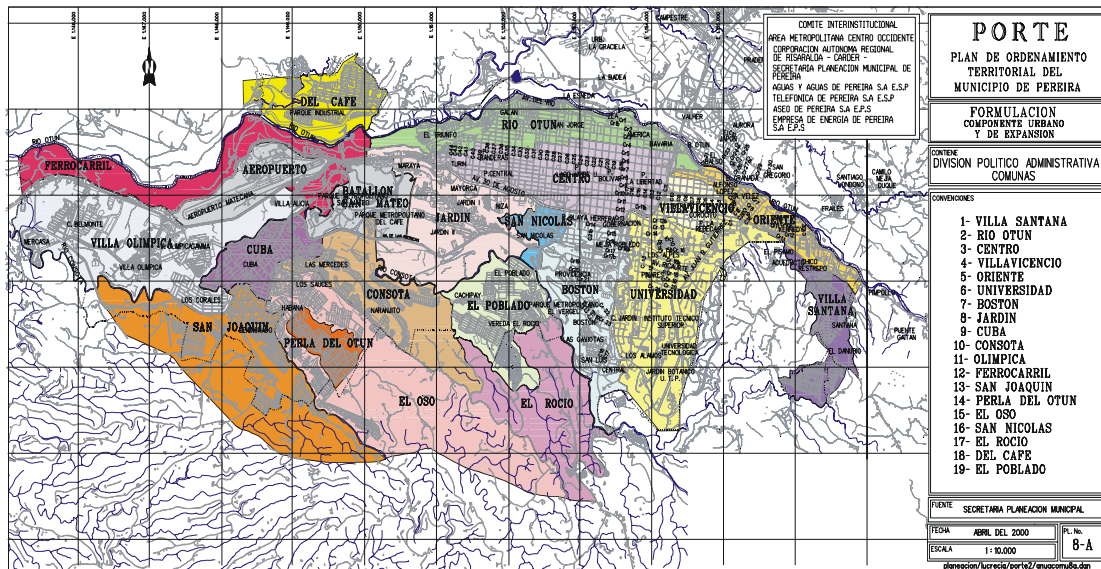
disposiciones de la Ley Orgánica de Ordenamiento Territorial 388/1997 el municipio cuenta con importantes zonas de expansión para el desarrollo, las cuales se consignaron en el Plan de Ordenamiento Territorial (POT) (Acuerdo 018 de 2.000). Así mismo la ciudad hace parte del Área Metropolitana. Con el municipio de Dosquebradas desde 1982, y a partir de 1991 se incluyó el municipio de La Virginia².

Por el tipo de suelos que conforman a Pereira y por las fallas geológicas que la atraviesan, la ciudad se presenta como zona de alta vulnerabilidad sísmica

3.2.3 DISTRIBUCIÓN GEOPOLÍTICA

El municipio de Pereira está conformado por 19 comunas en la zona urbana las cuales se encuentran distribuidos en sectores y éstos a su vez en barrios, y 12 corregimientos en la zona rural distribuidos en veredas, que son los siguientes:

Grafica No 2 División política Pereira Comunas



Fuente: Plan de Ordenamiento Territorial del Municipio de Pereira.
COMUNAS

² Acuerdo 9 de 2004. Plan de Desarrollo Municipal. Alcaldía de Pereira.



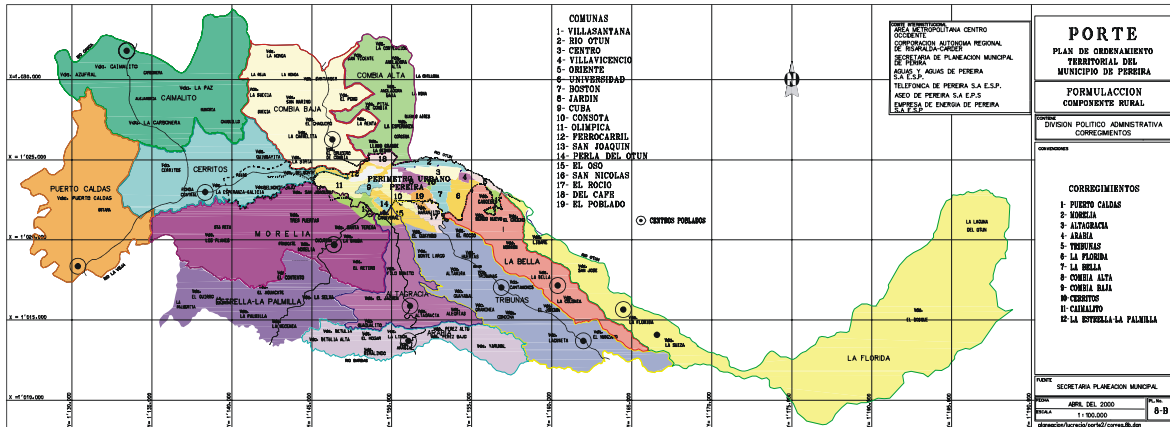
Villa Santana	(12 sectores)
Río Otún	(38 sectores)
Centro	(14 sectores)
Villavicencio	(4 sectores)
Oriente	(23 sectores)
Universidad	(29 sectores)
Boston	(39 sectores)
Jardín	(10 sectores)
Cuba	(13 sectores)
Consota	(32 sectores)
Olímpica	(26 sectores)
Ferrocarril	(15 sectores)
San Joaquín	(38 sectores)
Perla del Otún	(24 sectores)
El Oso	(39 sectores)
San Nicolás	(8 sectores)
El Rocío	(2 sectores)
Del Café	(16 sectores)
El Poblado	(11 sectores)

CORREGIMIENTOS

Puerto Caldas	(1 vereda)
Morelia	(10 veredas)
Altagracia	(9 veredas)
Arabia	(11 veredas)
Tribunas Córcega	(18 veredas)
La Florida	(8 veredas)
La Bella	(9 veredas)
Combia Alta	(11 veredas)
Combia Baja	(14 veredas)
Cerritos	(9 veredas)
Caimalito	(4 veredas)
Estrella Palmilla	(7 veredas)



Grafica No 3 División Política Pereira Corregimientos



En Pereira existen aproximadamente 750 barrios y 110 veredas, con una población aproximada de 451.645 personas, representando el 51% de la población de departamento de Risaralda.

3.3 ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DE LA CIUDAD

Conocer los fenómenos económicos locales tiene relevancia porque permite identificar los determinantes del crecimiento por actividades económicas desde la perspectiva de su dinámica, evolución y estructura, pero además dadas las características del territorio, población y su ubicación geográfica, el municipio de Pereira tiene características económicas propias, diferentes a otros municipios y capitales del país, y por supuesto estas diferencias se evidencian en la generación de bienes y servicios a nivel de país y en un contexto más amplio entre países, bloques económicos o a nivel global.

De otro lado la economía de Pereira es complementaria con el territorio denominado Eje Cafetero y su ubicación geográfica genera una movilidad y flujo comercial importante con el contexto nacional, e internacional.

Contexto económico del municipio en Colombia y el mundo

Al observar los resultados de la economía de Pereira en comparación con la nacional se encuentran diferencias tanto en el ritmo de crecimiento como en su estructura económica. El producto interno bruto (PIB) de Pereira en valores corrientes para el año 2004 era de 2.7 billones de pesos, en tanto el de Colombia es 256 billones, es decir que el municipio



representa el 1.1% de la economía nacional. Bajo estas cifras se puede decir que la economía local y nacional es pequeña en el contexto internacional, si se toma como referente la economía de Estados Unidos.

3.3.1 CRECIMIENTO ECONÓMICO

Al observar la evolución del PIB tanto de Colombia como de Pereira entre 1990 y 2003 se encuentra que la dinámica de Pereira en su conjunto es superior al promedio nacional con una tasa promedio de 3.6%, mientras que la de Colombia es de 2.6%. Este periodo se ha caracterizado por ser de crecimiento lento, poco dinámico frente a las necesidades de la población, caracterizado por reformas fiscales, laborales y tributarias, donde se profundizan problemas como la pobreza, desplazamiento y migraciones, violencia y prostitución.

Desde el punto de vista del crecimiento económico en el 2004 la economía de Pereira creció 3.7%, en tanto la nacional lo hizo al 4%, es decir tres décimas por encima, esto se explica básicamente por que la economía nacional cuenta con una serie de bienes primarios (petróleo, níquel, carbón entre otros) que el territorio de Pereira no posee; además es claro que en el territorio nacional existen municipios donde la actividad agrícola representa más de tres cuartas partes de su producción, es decir altamente dependientes del sector primario, situación que también ayuda a explicar las diferencias encontradas.

En el cuarto trimestre del 2006, el sector económico de Pereira y Risaralda más dinámico en comparación con el trimestre del 2005, fue la construcción con el 11.1%. Le siguen la industria manufacturera (5.3%), agropecuario (2.5%), financiero (9.3%), comercio, restaurantes y hoteles (8.7%), transporte y comunicaciones 5.5% y otros servicios 5.9%. La mayor diferencia en el crecimiento de la economía de Colombia con los resultados locales está explicada por la industria manufacturera³.

De otro lado las exportaciones totales (incluyendo café) en el cuarto trimestre de 2006, fueron del orden de US\$108 millones creciendo el 10% en comparación con igual trimestre de 2005, de este valor exportador el 62% correspondieron a café y el restante a las llamadas menores o no tradicionales. De esta manera se aprecia que la balanza comercial del Departamento continúa siendo positiva (incluyendo café), en segundo lugar, trata de la ampliación del déficit comercial (US\$17 millones) pues las importaciones crecen en mayor proporción que las exportaciones sin café, de manera tal que la pérdida en las ventas externas de prendas de vestir no han sido compensadas con otros bienes “contracción de la demanda”.

El valor de las ventas externas sin café del Departamento fue de US\$40,7 millones, creciendo escasamente un 3%. Por otra actividad económica los mayores crecimientos se dieron en

³ Informe de coyuntura económica correspondiente al cuarto trimestre de 2006, presentado de manera conjunta por la Cámara de Comercio de Pereira, la Andi y la Secretaría de Planeación de la Alcaldía de Pereira



actividades de alimentos 112,3% y eléctricos 46,1%, en tanto los textiles y prendas de vestir continuaron su tendencia decreciente 51% y 27,8% respectivamente, que indudablemente explican la pérdida de empleos en el sector industrial. Igualmente, las ventas de material y equipo de transporte, cayeron en un 30%.

Los alcances del crecimiento en la economía en el cuarto trimestre del 2007, no se vieron compensados con mayores tasas de ocupación, presentándose la paradoja de crecimiento, sin empleo, lo cual a la luz de la teoría económica es difícil de entender. Una primera hipótesis se centra en el hecho de que la economía crece en mayor proporción por el consumo de bienes y servicios, y que estos bienes tienen poca interrelación o eslabonamientos producidos en la localidad, es decir el consumo se da en bienes importados del exterior y de otras regiones, de tal suerte el eslabonamiento y mayor generación de valor se presenta en otros territorios y esto a su vez se explicaría porque crece más rápido la economía del país que la economía local. Una segunda hipótesis hace referencia a una mayor productividad laboral de las empresas, aprovechando la flexibilidad de la reforma laboral, esto significa un aumento en el nivel de producto con menor empleo, lo anterior acompañado de un cambio en la producción de algunas empresas de confecciones que eran altamente demandantes de mano de obra, con la nueva línea de producto automatizada en la cual la cantidad de mano de obra es menor.

Tabla 1: Principales indicadores económicos del municipio de Pereira junio 2007

Fuente: Dirección operativa de finanzas y presupuesto: planeación económica, Planeación Municipal. Alcaldía de Pereira 2007.



PRECIOS	
INFLACION MENSUAL NACIONAL	0,30%
INFLACION MENSUAL PEREIRA	0,51%
INFLACION AÑO COMPLETO (JUNIO 2005-JUNIO 2006) NACIONAL	3,94%
INFLACION PEREIRA AÑO COMPLETO (JUNIO 2005-JUNIO 2006)	4,44%
VARIACION % NACIONAL INDICE DE COSTOS DE CONSTRUCCION DE VIVIENDA ICCV, (JUNIO 2006)	0,76%
VARIACION % PEREIRA INDICE DE COSTOS DE CONSTRUCCION DE VIVIENDA ICCV, (JUNIO 2006)	0,71%
VARIACION % NACIONAL INDICE DE COSTOS DE CONSTRUCCION DE VIVIENDA ICCV, (JUNIO 2005-JUNIO 2006)	4,44%
VARIACION % PEREIRA INDICE DE COSTOS DE CONSTRUCCION DE VIVIENDA ICCV, (JUNIO 2005-JUNIO 2006)	5,31%
EMPLEO Y MERCADO LABORAL	
TASA DESEMPLEO TOTAL NACIONAL 2o TRIMESTRE 2006	11,4%
TASA DESEMPLEO AMCO 2o TRIMESTRE DE 2006	13,3%
TASA DE SUBEMPLEO TOTAL NACIONAL 2o TRIMESTRE 2006	33,5%
TASA DE SUBEMPLEO AMCO 2o TRIMESTRE 2006	25,8%
POBLACION EN EDAD DE TRABAJAR AMCO 2o TRIMESTRE 2006	524.000
POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA AMCO 2o TRIMESTRE 2006	319.000
TOTAL POBLACION OCUPADA AMCO 2o TRIMESTRE DE 2006	276.000
TOTAL POBLACION DESOCUPADA AMCO 2o TRIMESTRE DE 2006	42.000
TOTAL POBLACION SUBEMPLEADA AMCO 2o TRIMESTRE DE 2006	82.000
INDICADORES DEMOGRAFICOS	
POBLACION NACIONAL CENSO 2005	41'242.948
COLOMBIANOS EN EL EXTERIOR CENSO 2005	3'331.107
POBLACION PROYECTADA (TOTAL RISARALDA) AÑO 2005	1.025.539
POBLACION PROYECTADA (TOTAL PEREIRA) AÑO 2005	521.684
INDICADORES ECONÓMICOS	
DTF (Efectivo Anual) Último día de Junio 2006	6,14%
UVR (Unidad de valor real) último día de Junio	157,58
TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO (\$/Dolar) PROMEDIO MENSUAL JUNIO 2006	2.542,24
TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO (\$/Dolar) último día de Junio 2006	2.633,12
PIB NACIONAL 2004 BILLONES DE PESOS (Precios corrientes de 2004)	256,0
PIB PEREIRA 2004 BILLONES DE PESOS (Precios corrientes de 2004)	2,7
PIB PERCAPITA NACIONAL 2002 (Precios constantes de 1994)	1.754.664
TASA DE CRECIMIENTO ANUAL PIB NACIONAL 1er TRIMESTRE 2006	5,23%

Al hacer un análisis por sectores se puede plantear lo siguiente:

3.3.2 SECTOR AGROPECUARIO

Constituye el sector primario; ha sido el más damnificado en la década de los noventa y principios de siglo no sólo desde el punto de vista del producto como tal sino en su menor importancia en la estructura económica. Esto ha impactado directamente a la población



campesina de la región y en general del país lo que ha significado un mayor empobrecimiento de la población rural en relación a la población urbana.⁴

El sector agropecuario de Pereira crece en promedio anual al 1.1% durante el periodo 1990-2003, inferior en 2.5 puntos con respecto al promedio general de la economía. Al observar la tasa de crecimiento del sector agropecuario se evidencia un crecimiento irregular explicado en buena parte por la crisis de la producción cafetera.

De la variedad de productos agrícolas que se cultivan en el suelo de Pereira, se puede decir que en 7 de ellos (incluyendo café) se concentra el 90% de toda la producción agraria, ellos son: café (crecimiento del 30%), caña de azúcar (crecimiento del 4.6%), caña panelera (crecimiento del 17.5%), cebolla junca (crecimiento del 5.4%), cítricos (crecimiento del 39%), piña (crecimiento del 20%) y plátano (crecimiento del 12%).

El municipio de Pereira tiene alrededor de 32 tipos de cultivos pero a pesar de las dificultades de precios, problemas agro-ecológicos, de mercado y la mayor oferta mundial de grano, el café continua siendo el producto agrícola más importante del municipio, representando el 58% de todo el subsector.

Es importante resaltar que, dentro de las actividades pecuarias, la avicultura es una de las actividades de mayor dinamismo, que explica el crecimiento del subsector.

3.3.3 SECTOR DE SERVICIOS PÚBLICOS

El valor agregado del sector servicios públicos en Pereira (energía, gas, acueducto, alcantarillado y aseo) crece en promedio anual 6.6%, es decir, tres puntos por encima del promedio de la economía, comportamiento que se explica por una parte debido de la dinámica propia del sector por efectos de expansión urbanística y, por el otro, por el incremento del precio del servicio, así como un paulatino desmonte del subsidio en estratos bajos.

3.3.4 SECTOR DE LA INDUSTRIA MANUFACTURERA

La industria manufacturera de Pereira podría calificarse sin duda como uno de los sectores determinantes del crecimiento económico municipal dada su importante contribución al PIB, a pesar de su lento desempeño durante 1990-2003 con un crecimiento de alrededor del 3%, cifra que esta por debajo del promedio de la economía local. No obstante, ha tenido y sigue teniendo una alta representatividad en la estructura económica con alrededor del 20% de todo el valor agregado de la economía. El valor agregado industrial para el año 2003 fue de \$178.597 millones, distribuidos de la siguiente forma: 31% lo aporta la producción de

⁴ PNUD, Informe de desarrollo humano-2004



alimentos, 19% papel, 7.6% prendas de vestir, 5.9% textiles y construcción de material de transporte 6.3%.

3.3.5 SECTOR DE LA CONSTRUCCIÓN

En el periodo de estudio 1990-2003 el sector creció a una tasa promedio anual de 13.4%, la construcción de edificaciones a una tasa de 11.1% y la construcción de obras civiles a una tasa mucho mayor del 29%. En el 2003 la construcción se presentó el inicio de un nuevo ciclo expansivo en el sector al parecer dinamizado en parte por el envío de remesas de colombianos que trabajan en el exterior y cuyas familias residen actualmente en la ciudad de Pereira. Este auge no está destinado a suplir la demanda de vivienda del municipio, con un déficit cercano a las 13000 unidades de vivienda de interés social⁵ (VIS) tanto cuantitativo como cualitativo, en los estratos 1,2 y 3 y menos ahora cuando la política de construcción de VIS ha sido abandonada y reemplazada por un supuesto subsidio a la demanda, que no todos los sectores populares están en capacidad de aprovechar debido a que no cuentan con los ingresos necesarios para llenar los requisitos del crédito bancario.

Con respecto a las obras civiles la ciudad ha tenido un proceso significativo desde lo físico, no solo en construcción de obras nuevas (viaducto de Pereira, avenida Belalcázar) sino en reparación y reforzamiento de estructuras producto de los sismos de los años 1995 y 1999 (establecimientos educativos, puentes, avenidas, plan maestro de acueducto y alcantarillado, redes de gas y comunicaciones, central de mercado minorista, pavimentación y sostenimiento de la malla vial entre otros).

3.3.6 SECTOR DE TRANSPORTE Y COMUNICACIONES

El desarrollo vial de la ciudad ha jugado un papel importante en la consolidación y crecimiento de este subsector, acompañada de una mayor oferta de vehículos pero también de servicios complementarios al transporte. Se estima que en el municipio de Pereira hay registrado 61.800 vehículos particulares (cifra al 2003, sin tener en cuenta los registrados en otras ciudades que transitan en la ciudad), de los cuales 44800 son carros y los restantes motos. En el último año se presentó un aumento importante de los vehículos tipo moto, debido a la aparición de nuevas marcas en el mercado y nuevos planes de financiación lo que ha logrado una masificación de estos vehículos. Otro de los factores importante que mejoró el acceso y la movilización en la ciudad es la implementación del transporte masivo MEGABUS, que mejoro la movilidad y los tiempos de movilización.

⁵ Plan de desarrollo de Pereira 2004-2007.



Se debe destacar que la mayor dinámica del sector se presentó en las actividades de comunicaciones, representados en el ingreso de la telefonía móvil e Internet a mediados de los años 90, así como ampliación de la telefonía convencional, con un crecimiento promedio anual de 8.4% en la generación de valor agregado. Pero si bien es cierto las comunicaciones vienen ganando espacio como porcentaje del PIB, no se puede olvidar que la ciudad vendió un activo muy importante de capital como la Telefónica de Pereira, que difícilmente se puede sustituir en el largo plazo como generador de renta corriente para el municipio.

3.3.7 SECTOR COMERCIO

La actividad comercial desde mediados de la década de los 90 muestra un notable incremento en el número de centros comerciales, que brindan una mayor oferta de bienes y servicios incluso de recreación, lo cual constituye un beneficio en términos de demanda, aunque no se conoce con certeza el impacto de estos establecimientos en el valor agregado municipal, ni en cuanto a empleo, ni en cuanto a finanzas públicas entre otros. Hoy existen una serie importante de macroalmacenes y centros comerciales que hacen de Pereira un punto de alto comercio y de turismo comercial en el eje cafetero, donde convergen por lo menos tres millones de consumidores de 60 municipios de la zona y del norte del Valle. Un informe de la revista Enfoque del Café señala que sólo en el casco urbano de la ciudad hay por lo menos 4.500 establecimientos comerciales que atienden esta demanda en constante crecimiento, reflejo también del buen desempeño de la economía del departamento que creció el año pasado 5,4%, el índice más alto desde 1997.⁶

Es importante mencionar los cambios que se han presentado en cuanto al porcentaje y tipo de productos que consumen los hogares Pereiranos, comparando los años 1998 y 2003. En 1998 el 26% de las ventas del comercio estaban dadas por alimentos, drogas y perfumería, mientras que en el 2003 este rubro descendió bruscamente al 11.6%, mientras aumentan las compras de maquinaria, equipo, repuestos, accesorios para carro, ferretería, materiales de construcción y prendas de vestir y calzado. Aunque parezca contradictorio durante la crisis un porcentaje de la población más pobre se ve obligado a restringir el consumo de alimentos y al mismo tiempo los hogares de ingresos medios y altos decidieron mejorar sus niveles de vida con la compra de bienes duraderos, pues se presume que tienen cubiertas sus necesidades básicas.

3.3.8 SECTOR SEVICIOS SOCIALES Y PERSONALES

⁶ Remesas, El tanque de oxígeno de Pereira, revista DINERO disponible http://www.dinero.com/wf_InfoArticulo.aspx?IdArt=33805



El sector servicios que contempla las actividades financieras, inmobiliarias, servicio a las empresas de administración pública, salud y educación privada, servicios de asociación y esparcimiento y servicios domésticos, es sin duda el más representativo en el valor agregado de la economía de Pereira con una participación del 37% y una tasa de crecimiento promedio anual del 3.8%. Los referenciados servicios en término de generación de empleo ocupan el segundo lugar con una participación en el mercado laboral del 31%, después del comercio.

3.3.9 MERCADO LABORAL

De acuerdo al DANE ⁷, "la Población Económicamente Activa creció 1,8%, pero, Infortunadamente, no todas las personas que se sumaron a la oferta laboral lograron conseguir ocupación, lo que empeoró el problema del desempleo total en la ciudad, afectando fundamentalmente a las mujeres, para quienes el nivel y la tasa de desempleo tuvieron relevantes crecimientos.

Por otra parte, el número absoluto de personas desocupadas creció de 35.200 a 37 mil personas, lo que representó un aumento en el nivel de desocupación de 5% en el primer trimestre de 2005 y de 0,5 puntos en la tasa de desempleo, que pasó de 16,8% a 17,4%. Es necesario enfatizar que el incremento total, en términos netos, de la desocupación se originó en el crecimiento del desempleo femenino.

En el período la calidad del empleo siguió mejorando. En efecto, el nivel de subempleo cayó 3,7%, y simultáneamente los trabajadores no subempleados crecieron 4,4%. Lo importante a resaltar consiste en que la disminución de la tasa de ocupación en Pereira continúa estando asociada a la sustitución de subempleo por empleo de mejor calidad.

3.3.10 ANÁLISIS DE LAS REMESAS EN EL MUNICIPIO

Las remesas de los emigrantes colombianos se cuadruplicaron en los últimos años coincidiendo con el masivo flujo de trabajadores que han viajado a otros países, según un informe de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM). En el 2002, los colombianos que trabajan fuera del país enviaron más de 2.400 millones de dólares frente a sólo 538 millones en 1999, señala el documento titulado "Remesas en Colombia, desarrollo y marco legal", los ingresos por remesas representan en Colombia la segunda fuente más importante de divisas, después del petróleo, pero al actual ritmo de crecimiento podría convertirse en la primera dentro de pocos años.

⁷ Seguimiento y evaluación del mercado laboral de Pereira: primer trimestre del 2005. dirección DIMPE. mayo, 2005



La OIM subraya que unos cuatro millones de colombianos, que representan el 10 por ciento de la población, viven fuera del país, según datos del Ministerio de Relaciones Exteriores. Se calcula, además, que en los últimos seis años un millón de colombianos han abandonado el país en busca de oportunidades laborales y no han regresado. Según Datos del censo del 2005 Risaralda aporta el 6,9% de los emigrantes nacionales, superados por Valle del Cauca, Bogotá y Antioquia, los tres departamentos más grandes de Colombia; Es decir el departamento presenta el índice de experiencia migratoria más alto del País, tomado en número de habitantes por hogar que migran.

Según la Encuesta a Beneficiarios de Remesas de Trabajadores en Agencias de Instituciones Cambiarias en Colombia, efectuada entre el 6 y el 20 de septiembre de 2004, el 50.7% de los remitentes que enviaron remesas durante este periodo, se encontraban en Estados Unidos, el 28.1% en España y el restante en otros países. Con respecto al destino de las remesas, el 61.0% de los beneficiarios las utilizaron para la compra de mercado y pago de servicios públicos, el 32.9% para educación, el 27.0% para salud, y sólo el 4.8% para ahorro. En cuanto a la distribución geográfica de los receptores de remesas, las Regiones con mayor participación son la Pacífica, con el 32.0%, el eje cafetero con 19.0%, y Bogotá con 16.0%.⁸

La migración proveniente del Eje Cafetero ha sido selectiva por grupos poblacionales y está asociada, en gran medida, a personas en el rango de 25 a 35 años, de estratos medios y bajos, con nivel educativo de secundaria completa o universitario, que tienden a viajar solos(as) y por razones laborales (85% según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2005).

En consecuencia, el Eje Cafetero ha llegado a ser la región del país con más alta proporción de hogares con algunos de sus miembros en el exterior, alcanzando según el Censo de 2005, el 6.3%. Con diferencias importantes por departamento y municipio: 8.9% en Risaralda, 6.8% en Quindío y 3.6% en Caldas, con los más altos índices en Dosquebradas y Pereira.

Las remesas que ingresan a país, son utilizadas para satisfacer las necesidades básicas de las familias y de ahorro, estas remesas agregan al Producto Interno Bruto un 3%. Por eso el crecimiento de la economía de Risaralda en el cuarto trimestre de 2006 se explica por el buen comportamiento de la construcción (11,1%), comercio, restaurantes y hoteles (7,7%), industria manufacturera (5,3%), transporte y comunicaciones (5,5%) y del sector financiero (9,3%). La construcción sigue con su ciclo expansivo en edificaciones y obras civiles.

⁸ Análisis incluido por el DANE



3.4. INDICADORES DEL DESARROLLO HUMANO EN EL MUNICIPIO

Indicadores compuestos de bienestar social, como el Índice de Desarrollo Humano (IDH) y la medida de pobreza según las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) de la población, arrojan resultados diferentes para el caso de los departamentos que conforman el Eje Cafetero. De acuerdo con el IDH, en promedio la calidad de vida de los habitantes de la región se encuentra en niveles inferiores a los observados en el país. Estos indicadores en Risaralda son un poco más altos que los del promedio nacional.

De acuerdo con las estimaciones efectuadas, el valor del IDH en los departamentos del Eje Cafetero en el último año de análisis (2002) fue prácticamente igual al que obtuvo cada uno en el primero (1993), lo que sugiere una década perdida en términos de las tres capacidades que promueve el desarrollo humano: tener una vida larga y saludable, poseer conocimientos y poder acceder a los recursos necesarios para lograr un nivel de vida decente. Los logros que se habían conseguido entre 1993 y 1997 (especialmente, en la tercera capacidad), se perdieron entre el último año y el 2000.

Cuando se comparan los indicadores de desarrollo humano de los tres departamentos del Eje Cafetero en el período de análisis, se observa que Risaralda siempre ha tenido el mayor índice, seguido de Caldas y, por último, Quindío. Risaralda no sólo ha ocupado la primera posición entre los departamentos del Eje en el IDH total. También lo ha hecho en los diferentes componentes del indicador, con la única excepción del índice del PIB per cápita; en 1997, dentro de los municipios que presentan mejores indicadores de desarrollo humano se encuentran las ciudades capitales seguidas por los Municipios que conforman el área metropolitana; en comparación con el eje cafetero, se observa que los municipios de Risaralda tienen, en general, los mejores niveles de desarrollo humano: 6 de los 10 primeros municipios del ranking pertenecen a este departamento –en su orden, Pereira, Dosquebradas, Balboa, Santa Rosa de Cabal, Belén de Umbría y Marsella–. Del análisis previo se deriva que Risaralda y Caldas son los departamentos del Eje Cafetero con mayores desequilibrios municipales. Un número importante de municipios risaraldenses tuvieron al final del período un IDH inferior al de nueve años atrás, retroceso que resulta preocupante y que lleva a pensar en la necesidad de reformular varias de las estrategias de desarrollo regional.⁹

3.4.1 ASPECTOS CULTURALES RELEVANTES PARA LA SALUD

⁹ Universidad de los Andes, Facultad de Economía, Centro de estudios sobre desarrollo económico, portafolio Eje Cafetero, Disponible http://www.portafolio.com.co/porta_dono_online/DOC_ATPA/atpa/ARCHIVO/ARCHIVO-2783070-0.pdf



Ciudad pluricultural y diversa en constante desarrollo, que no abandona la magia de un pequeño pueblo donde todo que da cerca, que conserva con orgullo el legado de sus fundadores que levantaron una gran ciudad con la fuerza de la solidaridad y el civismo.

Durante el año se realizan eventos tales como:

Fiestas de la Cosecha: realizadas en los últimos días de agosto para celebrar la fundación de la ciudad, que evoca la importancia del cultivo y rinde culto a la cultura cafetera que identifica esta zona del país por medio de desfiles, bailes populares, bambuqueros, fondas y el calor y alegría del pueblo pereirano.

Semana Santa: celebración programada por la Catedral de Nuestra Señora de la Pobreza, alcanza reconocimiento nacional, logrando despertar en la semana mayor la participación de miles de Pereiranos y turistas para apreciar y participar en este culto religioso.

“La ciudad sin puertas” cuenta con una diversidad de centros culturales, tales como Ciudad Victoria, Museo de Arte de Pereira, Museo de Ciencias Naturales, Sala Alianza Colombo-Francesa, Sala Cámara de Comercio, Sala Centro Colombo-Americano, Sala Cine Club Borges, Salón Comfamiliar, Teatro Municipal Santiago Londoño, entre otros. Además se puede visitar el museo al aire libre, con numerosas obras de arte instaladas por mandato municipal a la entrada de las principales construcciones de la ciudad

Una amplia oferta de diversión para todas las edades esta dispuesta en el geografía pereirana, encontrando plazas y parques como: Lago Uribe Uribe, Parque de Banderas; parque Gaitán, Parque la Libertad, Parque Olaya Herrera, Plaza Cívica Ciudad Victoria, Plaza de Bolívar, Plazoleta Risaralda, y lugares de deporte y diversión como Estadio Hernán Ramírez Villegas, Piscinas Olímpicas y de clavados, Velódromo Alfonso Hurtado Sarria, Coliseo Mayor Rafael Cuartas Gaviria, Coliseo Menor Polideportivo del centro, Parque Recreacional Comfamiliar, Granja de Noé, Parque metropolitano del Café, Parque El Vergel, Jardín Botánico UTP, Planetario UTP y Zoológico Matecaña, entre otros.

3.5 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Según los datos suministrados por el DANE en el censo del año 2005, en Pereira existía un total de 428.397 personas, de las cuales, 358.681 vivían en la cabecera municipal, y las 69.716 en la zona rural del municipio; de esta población, 223.420 eran mujeres y 204.977 eran hombres.



En la tabla 2 se puede apreciar la distribución de la población según zona urbana o rural y género para el año 2008.

Tabla 2. Aspectos demográficos, distribución de la población según grupos de edad, sexo y zona de residencia. Pereira, 2008.

EIDADES SIMPLES	TOTAL			CABECERA			RESTO		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
TOTAL	451645	216075	235570	378727	178474	200253	72918	37601	35317
0 - 4	35060	17964	17096	28171	14405	13766	6889	3559	3330
5 - 9	40236	20231	20005	33051	16847	16204	7185	3384	3801
10 - 14	43834	22345	21489	35886	18266	17620	7948	4079	3869
15 - 19	41245	20470	20775	34448	16915	17533	6797	3555	3242
20 - 24	40027	19193	20834	34385	16410	17975	5642	2783	2859
25 - 29	36481	17389	19092	30936	14646	16290	5545	2743	2802
30 - 34	31097	14582	16515	26048	12085	13963	5049	2497	2552
35 - 39	32976	15339	17637	27691	12752	14939	5285	2587	2698
40 - 44	32486	14860	17626	27591	12354	15237	4895	2506	2389
45 - 49	28272	13027	15245	24144	10839	13305	4128	2188	1940
50 - 54	23813	10856	12957	20346	8957	11389	3467	1899	1568
> de 55	66118	29819	36299	56030	23998	32032	10088	5821	4267

Fuente: Censo Dane. Pereira, 2005 proyección 2008.

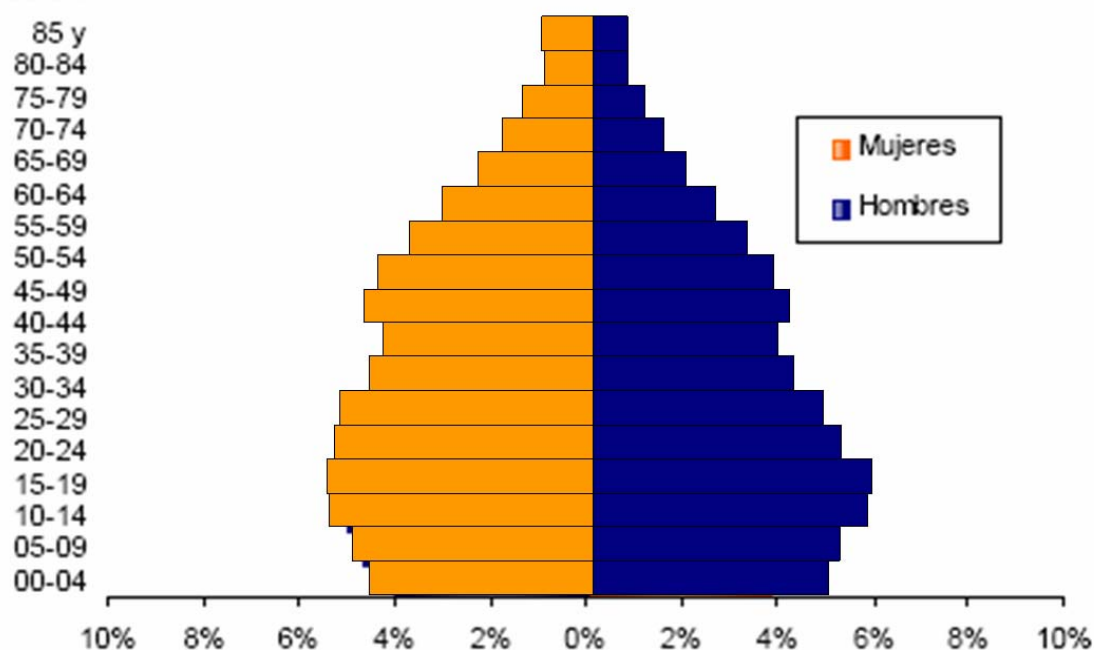
Del total de la población de Pereira el 47,8% son hombres y el 52,2% mujeres, con una relación hombre: mujer de 1:1.08 En cuanto a la distribución de la población según zona de residencia, la urbana es 5,2 veces mayor que la población rural (83.9% urbano y 16.1% rural).

El grupo etáreo que representa una mayor proporción de la población se encuentra en los quinquenios de 10 a 14 años (9,7%) y de 15 a 19 años (9,1%)



Grafica No 4 Pirámide Población Municipio de Pereira 2005

Estructura de la población por sexo y grupos de edad



Fuente: DANE www.dane.gov.co/censo

Las mujeres en edad fértil (10 a 49 años) representan el 63,3 % del total de mujeres. La población de niños menores de 5 años de edad pesa el 7,8% del total; esta categoría que corresponde a los infantes en edad preescolar, son los más vulnerables a enfermedades y mortalidad como resultado de factores como la mala nutrición, la falta de recursos de salud, la falta de servicios básicos como acueducto y alcantarillado y son a la vez los que mayores esfuerzos reclaman de las entidades, el estado y la sociedad en general debido a su alta vulnerabilidad.

Llama la atención la cantidad de personas en edad productiva y reproductiva; en este grupo etareo (15 a 55 años) se presenta un 5.6% más de mujeres que de hombres, quizás producto de la violencia y procesos de migración que vive nuestro país. Los adultos mayores son 66.118, es decir el 14.6 % de la población; este grupo comprende las personas en edad de jubilación que requieren atención especial por parte de la sociedad y el estado con el fin de brindarles mejores condiciones de seguridad y bienestar social.



Según el Departamento Nacional de Planeación DNP, “la estratificación socioeconómica es una herramienta que permite en una localidad, municipio o distrito clasificar la población en distintos estratos, o grupos de personas que tienen características sociales y económicas similares”. Los municipios y distritos pueden tener entre uno y seis (6) estratos, dependiendo de la heterogeneidad económica y social de sus viviendas. La estratificación se emplea para realizar la facturación de las empresas de servicios públicos domiciliarios, focalizar programas sociales y, determinar tarifas del impuesto predial unificado de las viviendas, de la contribución por valorización y de las curadurías urbanas.

Tabla 3. Distribución de la población urbana según estrato social. Pereira, 2000

ASENTAMIENTOS URBANOS	VIVIENDAS POR ESTRATOS					
	BAJO BAJO	BAJO	MEDIO BAJO	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
	1	2	3	4	5	6
01 COMUNA VILLA SANTANA	2.807	473	0	0	0	0
02 COMUNA RIO OTUN	1.122	2.721	3.622	2.119	233	0
03. COMUNA CENTRO	17	163	1.450	4.883	3.902	564
04. COMUNA VILLAVICENCIO	796	667	2.068	101	0	0
06. COMUNA UNIVERSIDAD	64	103	63	459	1.256	4.209
07 COMUNA BOSTON	762	683	1.960	1.913	1.205	0
08 COMUNA JARDIN	0	12	0	1.430	674	1.129
09 COMUNA CUBA	503	796	2.525	1.009	0	0
10. COMUNA CONSOTA	787	2.372	843	0	0	0
11. COMUNA OLIMPICA	0	0	352	2.382	1.661	9
12 COMUNA FERROCARRIL	1.582	337	12	213	0	0
13. COMUNA SAN JOAQUIN	1.079	2.492	1.866	80	28	0
14 COMUNA PERLA DEL OTUN	0	2.194	248	0	0	0
15 COMUNA EL OSO	333	1.662	1.963	0	0	0
16 COMUNA SAN NICOLAS	464	710	626	160	17	1
17 EL ROCIO	176	239	0	0	0	0
18 COMUNA DEL CAFE	720	1.728	693	0	0	0
19. COMUNA EL POBLADO	72	905	1.974	645	24	0
TOTAL	11.286	18.257	20.265	15.394	9.000	5.912
PORCENTAJE	14,09	22,79	25,30	19,22	11,23	7,38

Fuente: Oficina Planeación del Municipio de Pereira. 2000.



La distribución por estratos en la zona urbana es: Bajo bajo (14,08%), Bajo (22,78%), Medio bajo (25,29%), Medio (19,21%), Medio alto (11,23%) y alto (7,37%), y en la zona rural es: Bajo bajo (31,03%), Bajo (50,41%), Medio bajo (18,54%).

La información que se tiene para la clasificación del SISBEN representa el 83,2 % de la población pereirana, donde los niveles I, II y III ocupan el 54,3% de las personas encuestadas del municipio de Pereira.

3.5.1 DINÁMICA POBLACIONAL DEL MUNICIPIO

La migración interna, después de la fecundidad y mortalidad es uno de los componentes de mayor incidencia en la dinámica de crecimiento de la población de los diferentes niveles político-administrativos, en especial, de las grandes ciudades. Para el caso de Pereira, tener un conocimiento aproximado sobre la movilidad de población hacia su territorio es importante para la planeación social y económica y para la elaboración, ejecución y seguimiento de los planes, proyectos y programas de desarrollo.

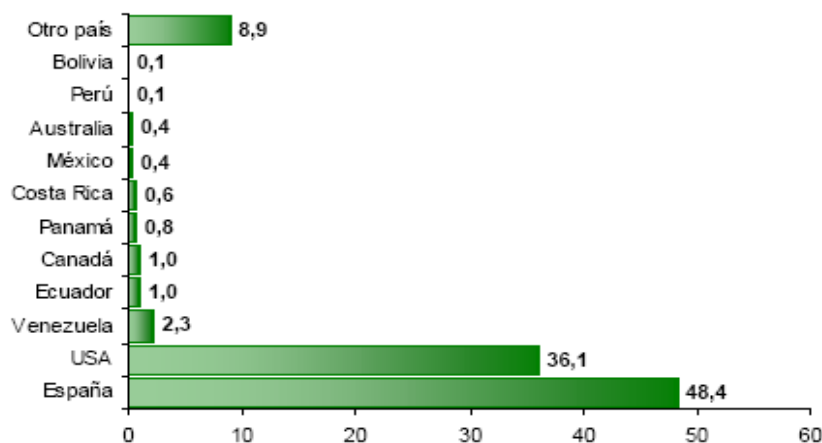
Del total de hogares de Pereira el 10,2% tiene experiencia emigratoria internacional. Del total de personas de estos hogares residentes de forma permanente en el exterior el 48,4% está en España, el 36,1% en USA y el 2,3% en Venezuela. En el caso de Pereira el principal motivo de la migración reciente lo constituye el traslado del hogar (38,9%) seguido por la necesidad de búsqueda de trabajo (18,7%), los motivos de tipo familiar (15%) y un poco más del 9% del flujo de personas que arribaron a Pereira para radicarse allí es población desplazada¹⁰ que por factores de violencia en el lugar de residencia vio vulnerada su integridad física, la seguridad o la libertad personal. Por sexo, excepto la búsqueda de trabajo, para las mujeres esas son las razones más relevantes que las llevan a cambiar de sitio de residencia. En efecto, desde el punto de vista de la participación por género según razón principal de migración, de cada 100 personas que alternaron de ciudad por traslado del hogar, 68 son mujeres; asimismo, de cada cien que se desplazan por motivos familiares, 61 son mujeres.

¹⁰ Según la Ley 387 de 1997, desplazado es: "Toda persona que se ha visto obligada a migrar dentro del territorio nacional abandonando su localidad de residencia o sus actividades económicas habituales porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personal han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazados con ocasión de cualquiera de las siguientes situaciones de conflicto armado interno, disturbios o tensiones interiores, violencia generalizada, violaciones masivas de los derechos humanos, infracciones al derecho internacional humanitario u otras situaciones emanadas de las anteriores que pueden alterar o alteren drásticamente el orden público".



Grafica 7. Destino de Migración de los Pereiranos

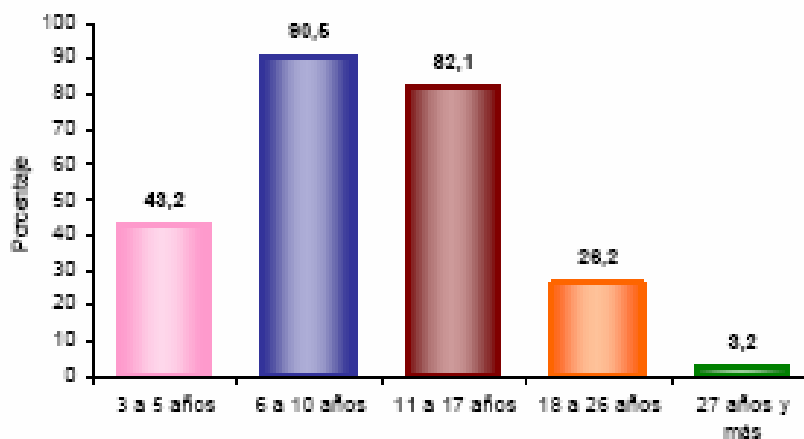
Personas viviendo en el exterior



Fuente: Censo 2005

3.5.2 ASPECTOS EDUCATIVOS

Asistencia escolar

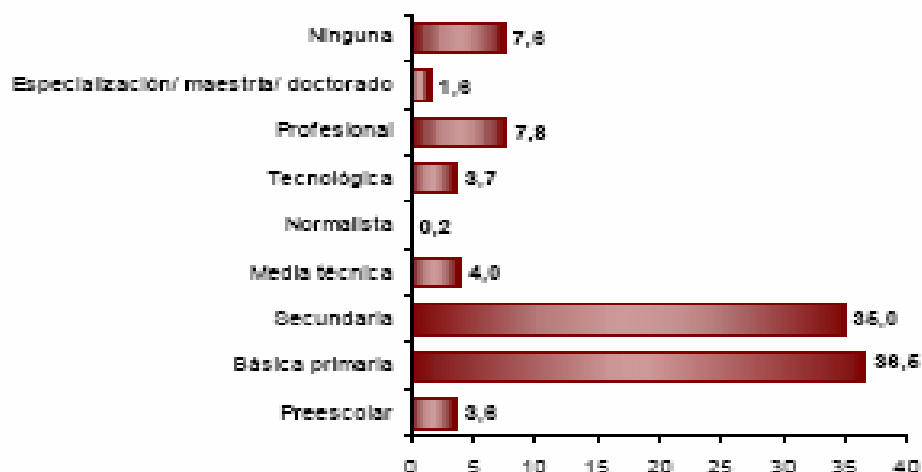


Fuente: censo general 2005

En Pereira el 93,0% de la población de 5 años y más sabe leer y escribir. El 43,2% de la población de 3 a 5 años; el 90,5% de la población de 6 a 10 años y el 82,1% de la población de 11 a 17 años, asiste a un establecimiento educativo formal.



Nivel educativo



Fuente: censo general 2005

Pereira es la única ciudad capital del eje cafetero que ha subido cobertura educativa en los últimos tres años en un 3% y ha bajado la tasa de deserción escolar que en el año 2003 era de 8,17% y hoy es de 3,5%. Pereira tiene una reprobación de más del 4% (referido al número de escolares que no alcanzan los logros de desempeño propuestos por los profesores y que se constituyen en población vulnerable al abandono definitivo del sistema) y una pérdida por abandono del sistema de más del 8%. Estamos ante una amenaza de deserción escolar real y potencial que desborda el 12% del total de la población matriculada.¹¹

Tabla 7 Tasa de escolaridad y tasa de deserción. Pereira, 2004.

2004	Cantidad	Tasa de Cobertura, reprobación y deserción
MATRICULA	90633	
APROBADOS	79993	88.26%
REPROBADOS	4041	4.45%
DESERTORES	7666	8.45%

Fuente: El problema de la cobertura y permanencia escolar. Secretaría de Educación del Municipio de Pereira. 2005

“Al cotejar los resultados de la encuesta trimestral de hogares DANE durante 2003 y 2004 con la matrícula oficial de la Secretaría de Educación nos encontramos ante una paradoja: la matrícula bruta reportada por la encuesta de hogares es inferior a la reportada por la Secretaría de Educación (Sistemas de Información). En la cotejación de la matrícula bruta de la Secretaría y la encuesta de hogares DANE hay que tener en cuenta que la encuesta de hogares considera que a la primaria corresponde el grupo etáreo de 7 años a 11 y a la

¹¹El problema de la cobertura y permanencia escolar. Secretaría de Educación del Municipio de Pereira. 2005



secundaria (incluida la media) el de los 12 y 17 años. Por su parte, la estadística oficial de Pereira incluye en la matrícula el grupo etáreo de 3 a 6 años para preescolar.

Tabla 8. Cobertura educativa en Pereira, 2005.

Grupo Etáreo	Población	Nivel Educativo	Matricula Bruta	Cobertura
5	12919	Transición	10321	79%
6 a 10	53891	Primaria	49633	92%
11 a 14	37775	Secundaria	36252	96%
15 a 17	16565	Media	13297	80%
5 a 17	121150		109503	90%

Fuente: Secretaría de Educación de Pereira. Planeamiento Educativo. Estudio de cobertura 2005

Tabla 9. Distribución de estudiantes por área y nivel de enseñanza. Pereira, 2005.

Nivel	Total	Matricula Oficial			Matricula privada
		Total oficial	Urbana	Rural	
Preescolar	10321	5943	4572	1371	4378
Primaria	49633	42652	32622	10030	6981
Secundaria	36252	31731	27482	4249	4521
Media	13297	11106	10175	931	2191
Total	109503	91432	74851	16581	18071

Fuente: Secretaría de Educación. Dirección Operativa de Sistemas. 2005

Dados los problemas encontrados al cotejar es necesario realizar un nuevo filtro en las Instituciones Educativas a partir de la información suministrada por Comunas y Corregimientos de la población en edad escolar por fuera del sistema educativo, con nombres y direcciones, para que corroboren si efectivamente están por fuera del sistema y si es así procedan a realizar las gestiones pertinentes a fin de vincular esta población al sector educativo oficial.



4. DIRECCION LOCAL DE SALUD.

La Secretaría de Salud y Seguridad Social como Dirección Local de Salud del municipio de Pereira, es una institución centralizada del orden Municipal, dependiente de la Alcaldía Social de Pereira, responsable de contribuir a la construcción de mejores condiciones materiales y espirituales de vida de la población de Pereira promocionando la salud y garantizando acciones de prevención a través de la implementación de acciones de detección temprana y protección específica y atención a la enfermedad, así como acciones de asesoría sobre las instituciones prestadoras de servicios de salud y de vigilancia y control especialmente en lo concerniente al medio ambiente.

Sus acciones se ejecutan en armonía con los preceptos de la Atención Primaria, la Salud Familiar, el Trabajo Intersectorial, el Desarrollo Institucional, el Desarrollo Humano y la Participación Comunitaria en el ámbito del Sistema Local de Salud (SILOS) a través de acciones facilitadas por los procesos de gestión.

En el contexto aportado por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, sus principales acciones se desarrollan en las siguientes áreas: Aseguramiento de la población, Vigilancia y Control de los factores de riesgo para la salud, presentes en el ambiente y en el consumo, Área de Salud Pública con acciones específicas de Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad y administración del Fondo Local de Salud.

Operativamente funciona bajo la dirección del Secretario de Salud y Seguridad Social del Municipio, el cual a su vez se apoya, en dos divisiones básicas denominadas Dirección de Salud Pública y Dirección de Aseguramiento; para el adecuado proceso de las actividades misionales la secretaria cuenta con una serie de proyectos tendientes al desarrollo de las actividades para la cual la secretaria es competente.

Actualmente se desarrollan 14 programas:

Control, Vigilancia y ejecución de los procesos de aseguramiento a la población del Municipio de Pereira

Mejoramiento de los sistemas de información en salud y de la vigilancia epidemiológica en el municipio de Pereira

Mejoramiento de la capacidad de respuesta institucional para la atención de Emergencias y Desastres en el municipio de Pereira (CRESAD)

Prevención y control de las enfermedades inmunoprevenibles y prevalentes de la infancia en el municipio de Pereira

Prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores y las enfermedades zoonóticas en el municipio de Pereira.



Prevención y control de enfermedades crónicas y degenerativas a población en riesgo del municipio de Pereira

Mejoramiento del componente de salud pública de la atención en alimentación y nutrición a población vulnerable del municipio de Pereira.

Prevención de la violencia familiar y promoción de la salud mental y la convivencia pacífica en el municipio de Pereira

Mejoramiento de las actividades de promoción y prevención a población en edad escolar del municipio de Pereira

Control de enfermedades de interés epidemiológico y prevención del cáncer en el municipio de Pereira

Prevención y Control de los factores de riesgo del ambiente y mejoramiento de condiciones sanitarias en el municipio de Pereira

Control y Vigilancia de establecimientos de alto riesgo epidemiológico en el municipio de Pereira

Mejoramiento de la accesibilidad e inducción de la demanda a los programas de promoción y prevención en salud a la población pobre y vulnerable del municipio de Pereira (estrategias salud es y hogar saludable)

Mejoramiento de la gestión, capacitación y comunicación social en salud en el municipio de Pereira

De este modo y enfocados con el modelo de determinantes en la salud, la Secretaria de Salud trabaja en el fortalecimiento de la salud de los habitantes del municipio realizando acciones en el mejoramiento de los factores de riesgo relacionados con el medio ambiente y el consumo, mejoramiento y fortalecimiento de los estilos de vida saludable y la garantizando la atención a los servicios de salud por medio del aseguramiento al sistema general de salud y seguridad social.



Grafica 7. Determinantes de la Salud. Enfoque de la Secretaria de Salud y Seguridad Social 2007.



4.1. MISION

Direccionar, inspeccionar, vigilar y controlar el sistema general de seguridad social en salud a nivel local, identificando los recursos y creando las condiciones que garanticen la cobertura y el acceso de los usuarios a los servicios de salud, dentro de un marco de humanismo, eficiencia, efectividad, calidad y desarrollo sostenible, propiciando la participación social y comunitaria, la integración de la red de servicios y las acciones individuales y colectivas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.



4.2. VISION

Seremos el ente rector en materia de principios y procedimientos de planeación, dirección, asesoría, vigilancia y control del sistema de seguridad social en salud para garantizar calidad de vida a la población del Municipio de Pereira mediante la implementación del Plan Nacional de Salud Pública.

4.3. OBJETIVOS

1. Planear, direccionar, ejecutar, evaluar y controlar el sistema local de salud del Municipio de Pereira, en el primer nivel de atención.
2. Concurrir para la atención en mayores niveles de complejidad con el objeto de desarrollar las políticas de fomento, promoción, prevención, protección y rehabilitación en la salud de los habitantes del Municipio de Pereira.
3. Prestación de asistencia técnica en salud, de manera directa o a través de terceros, para la población más vulnerable o en debilidad manifiesta.
4. Dirigir las acciones interinstitucionales en materia de alimentación y nutrición de los niños vinculados al sistema educativo municipal.
5. Garantizar la afiliación y la prestación de los servicios de salud del primer nivel de complejidad a la población pobre y vulnerable de la ciudad.
6. Mejorar la salud de la comunidad realizando acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y la inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo.
7. Elaborar el diagnóstico de la situación en salud de la comunidad y apoyar las acciones necesarias para fortalecer los procesos de la Secretaría.
8. Vigilar, fortalecer y controlar la red de servicio de salud pública y privada.
9. Gestionar el recaudo, flujo y ejecución de los recursos con destinación específica para la salud del Municipio.

En cumplimiento de su misión de dirigir y coordinar el sector salud y el sistema general de seguridad social en salud, en el ámbito de su jurisdicción, cumple las siguientes funciones:

De dirección del Sector en el ámbito Municipal:

Formular, ejecutar y evaluar planes, programas y proyectos en salud, en armonía con las políticas y disposiciones del orden nacional y departamental.

Gestionar el recaudo, flujo y ejecución de los recursos con destinación específica para salud del Municipio, y administrar los recursos del Fondo Local de salud.

Gestionar y supervisar el acceso a la prestación de los servicios de salud para la población de su jurisdicción.

Impulsar mecanismos para la adecuada participación social y el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud.



Adoptar, administrar e implementar el sistema integral de información en salud, así como generar y reportar la información requerida por el sistema.

Promover planes, programas, estrategias y proyectos en salud y seguridad social en salud para su inclusión en los planes y programas departamentales y nacionales.

De aseguramiento de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud:

Identificar la población pobre y vulnerable en su jurisdicción y seleccionar a los beneficiarios del régimen subsidiado, atendiendo las disposiciones que regulan la materia.

Contratar el aseguramiento de la población pobre y vulnerable con las EPS de régimen subsidiado.

Vigilar la calidad de la atención prestada a la población subsidiada por las EPS y las IPS y ESEs de la red.

Contratar con las instituciones públicas de la red de primer nivel la atención de la población en lo no cubierto por subsidios a la demanda.

Vigilar la calidad de la atención prestada a la población no cubierta con subsidios a la demanda.

De Salud Pública:

Adoptar, implementar, y adaptar las políticas y planes en salud pública de conformidad con las disposiciones del orden nacional y departamental, así como formular, ejecutar y evaluar el Plan de nacional de salud pública.

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

Vigilar y controlar en el Municipio la calidad, la producción, la comercialización y distribución de alimentos para el consumo humano, con prioridad en los de alto riesgo epidemiológico, así como los que son materia prima para el consumo animal y que representen riesgo para la salud humana.

Vigilar en el Municipio la calidad del agua para consumo humano, la recolección, transporte y disposición final de residuos sólidos; el manejo y la disposición final de radiaciones ionizantes, excretas, residuos líquidos y aguas servidas; así como la calidad del aire. Para tal efecto, coordinará con las autoridades competentes las acciones de control a que haya lugar.



Vigilar las condiciones ambientales que afectan la salud y el bienestar de la población generadas por ruido, tenencia de animales domésticos, basuras y olores, entre otros.

Formular y ejecutar las acciones de promoción, prevención, vigilancia y control de vectores y zoonosis.

Ejercer vigilancia y control sanitario en su jurisdicción, sobre los factores de riesgo para la salud, en los establecimientos y espacios que puedan generar riesgo para la población, tales como, establecimientos educativos, hospitales, cárceles, cuarteles, albergues, guarderías, ancianatos, aeropuertos y terminales terrestres, transporte público, piscinas, estadios, coliseos, gimnasios, bares, tabernas, supermercados, y similares, plazas de mercado y abasto público y plantas de sacrificios de animales, entre otros.

Cumplir y hacer cumplir en su jurisdicción las normas de orden sanitario previstas en la Ley 9 de 1979 y su reglamentación o las que la modifiquen, adiciones o sustituyan.

La Secretaria de Salud y Seguridad Social respondiendo a criterios legales y/o epidemiológicos ha incorporado los lineamientos de decreto 3039 que determina el Plan Nacional de Salud Pública (este armoniza : Plan Nacional de Desarrollo 2006 – 2010, Ley 1151 de 2007, las Políticas del Sistema de Protección Social, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Prioridades), Ley 715 de 2001, los Acuerdos Internacionales (Agenda de salud en las Américas y del Área Andina).

De otro lado ha incorporado en su que hacer los lineamientos de las guías 3384 y de la resolución 0425 de febrero del 2008, según la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas a cargo de las entidades territoriales.



5. DESCRIPCIÓN, PRIORIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS POR EJES PROGRAMÁTICOS.

5.1 DEL ASEGURAMIENTO EN EL MUNICIPIO

Para principios del año 2008, la condición de afiliación de la población pereirana estaba de la siguiente manera:

Tabla 10. Condición de afiliación de la población. Pereira, 2008

AFILIACION	N. Personas	%
Contributivo	279.060	61,8
Subsidiado	137.800	30,5
Sisben No Afiliados (Vinculados)	34.785	7,7
TOTAL	451.645	100,0

Fuente: Secretaria de Salud y Social de Pereira. 2008
DANE Proyección población censo 2005 para el 2008

Para la atención en salud, la ley y la dinámica poblacional del municipio presentan una serie de incertidumbres para el sistema de aseguramiento, pues por un lado la población del municipio según proyecciones del censo del año 1993 disminuyó ostensiblemente en relación con la población encontrada en el censo del años 2005, así: de una proyección de 521.684 habitantes, se paso a 428.397 habitantes según el censo del año 2005, es decir, una disminución del 18% de la población.

Lo anterior afecta la proporcionalidad calculada para la población no cubierta con subsidios a la demanda y obliga a realizar nuevos cálculos tendientes a dar cumplimiento a los mandatos de la ley 1122 de 2007 en lo referente a la cobertura universal.

Proyecciones para el cuatrienio:

Teniendo en cuenta las proyecciones de población para el próximo cuatrienio y las cifras actuales de población afiliada y por afiliar al Sistema General de Seguridad Social en Salud a cualquiera de sus dos regímenes, las proyecciones se plantean de la siguiente manera:

		2.008	2009	2010	2011
%		30	40	30	nacidos
Población	34.785	10.436	13.914	10.436	2.710



Crecimiento Poblacional	1,06212	11.084	14.778	11.084	2710
% Incremento UPC			5,31	4,81	5,50
Vr UPC	242.370	242.370	255.240	267.517	282.230
Población Afiliada al R S por Año		11.084	25.862	36.946	39.656
Valor de la afiliación por año		2.686.369.278	6.601.036.135	9.883.637.104	11.192.081.291
% Financiación por el municipio	45	45	45	45	45
Valor a Financiar por el Municipio por Aumento de Cobertura		1.208.866.175	2.970.466.261	4.447.636.697	5.036.436.581
Valor a Financiar por el municipio por Continuidad		2.037.362.220	1.564.450.102	1.138.729.983	15.804
TOTAL A FINANCIAR POR EL MUNICIPIO		3.246.228.395	4.534.916.363	5.586.366.680	5.036.452.385

Es claro que los valores que debe asumir el municipio para cofinanciar las obligaciones de aseguramiento para el cuatrienio, de acuerdo con la normatividad vigente, no son financiados por el municipio a las proporciones exigidas (45%).

Teniendo en cuenta las obligaciones asumidas en años anteriores para darle continuidad a las afiliaciones a régimen subsidiado, el porcentaje máximo que puede cofinanciar el municipio asciende al 20% del valor año de los aumentos de cobertura, de la siguiente manera:

ANO	2.008	2009	2010	2011
TOTAL A FINANCIAR POR EL MUNICIPIO	2.574.636.076	2.884.657.329	3.115.457.404	2.238.432.062

La financiación necesaria para alcanzar cobertura universal con aseguramiento al Sistema queda en el presente Plan condicionada a las decisiones que se tomen desde el gobierno central para el próximo cuatrienio.

5.2 PRESTACIÓN DE SERVICIOS

5.2.1 Evaluación Comparativa de la Red pública. Vigencia 2005 – 2006

La ESE Salud Pereira, la encargada de la atención de primer nivel de atención del municipio, de carácter público, ha presentado un adecuado crecimiento en los últimos años; el trabajo conjunto con la Asociación de Hospitales del Risaralda ha hecho que tanto la ESE Salud Pereira como el resto de los hospitales del municipio, presenten crecimiento y balances



positivos en su gestión. Las principales fuentes de ingresos para la E.S.E. Salud Pereira las constituyen el régimen subsidiado y la población vinculada respectivamente; es así como para la vigencia 2006 los reconocimientos representaron el 68% para el régimen subsidiado y el 24% para vinculados; así mismo, en el recaudo se obtuvo el 68% en subsidiado y 20% vinculados. Es importante resaltar el aumento del 5% en otras ventas de servicios de la vigencia 2006 frente al 2005.

En el balance general de la ESE Salud Pereira para la vigencia 2006, se observa un alto nivel en los pagos frente a los compromisos los cuales son del 83% respectivamente, lo que indica el cumplimiento por parte de la ESE Salud Pereira de los compromisos adquiridos. Una situación desventajosa que presentó la ESE salud Pereira en el año 2006 fue la liquidación del Instituto Municipal de Salud, que dio al traste con la liquidez de la empresa, lo que explica los reconocimientos que superan los compromisos.

La ESE Salud Pereira trabaja en la disminución del porcentaje de glosas; frente a los años anteriores, la mayor disminución se obtuvo en subsidiados y vinculados mostrando con esto una mejoría en el proceso de facturación. Se observó una disminución en el valor facturado en lo concerniente a la población pobre no cubierta, lo cual obedece a disminución en la población, con incremento en los subsidiados y cambio en las tarifas pactadas en el 2006. Además, la disminución en el recaudo del régimen vinculado se debió a la liquidación de la Dirección Local de Salud de Pereira.

Los ingresos de la vigencia 2006 presentan un incremento aproximado del 13 %, situación que se debe al aumento de contratos de prestación de servicios de salud celebrados con el municipio de Pereira, los cuales buscan una mayor cobertura de la población (Régimen subsidiado - programa "Pereira sonríe niños y niñas sin caries"); de igual manera los costos de la vigencia se incrementaron en un 20%, pues entre estos rubros existe una relación directamente proporcional.

Por otro lado la depreciación (elemento que hace parte de los costos) fue un factor que tuvo una alta incidencia en este incremento, ya que en la vigencia 2005 no se depreciaron los activos fijos debido al proceso de saneamiento contable público que venía adelantando la entidad.

Gastos: las cuentas que conforman los gastos no presentaron mayores cambios, sin embargo la depreciación de los activos fijos del área administrativa si presenta un incremento, debido al efecto del saneamiento contable. El incremento ocasionó que los gastos de la vigencia 2006 con respecto a la vigencia 2005 presentaran un incremento del 24%.

Los costos de la vigencia 2006 representan frente a los ingresos por venta de servicios de salud una proporción del 78 %, cifra que muestra un incremento en los costos (Vigencia 2005



75%), esto quiere decir que de cada cien (\$100) pesos generados en la prestación de servicios setenta y ocho pesos (\$78) lo constituyen los diferentes elementos del costo (Mano de obra directa, Mano de obra indirecta, Materiales o insumos y otros costos indirectos en la prestación de los servicios).

Analizada la situación de los costos en la prestación de los servicios de salud y siendo este margen el resultado de restar los ingresos por la prestación de servicios con los costos asociados al servicio se puede concluir que este margen para la vigencia 2006 fue del 22% cifra que frente al año inmediatamente anterior muestra una disminución (Margen del 2005 fue del 25%). Dicha disminución obedece al efecto del saneamiento contable realizado en la vigencia anterior y en especial la cuenta de depreciación, ya que esta afecta tanto lo Administrativo (Bienes muebles que utiliza la sede administrativa) como el costo (Bienes Muebles e inmuebles que son utilizados para la prestación del servicio). Sin embargo es necesario aclarar que esta es una partida no monetaria (No ocasiona desembolso alguno) y por lo tanto debe ser objeto de análisis, pues su resultado puede reflejar una situación que no es real, pero atendiendo las normas vigentes expedidas por la Contaduría General de la Nación, el efecto de la depreciación debe ser reflejado en los Estados Financieros

GASTOS ADMINISTRATIVOS: Este grupo presenta una situación estable frente a la del año anterior con respecto a la participación de los mismos en los ingresos por venta de servicios de salud (participación del 22% vigencias 2005 y 2006), situación similar se presenta al compararlo con el costo (29% para la vigencia 2006 y 30% para la vigencia 2005).

5.2.2. Producción:

Como se pudo apreciar anteriormente los datos en el régimen subsidiado y población vinculada sufren un cambio (las cifras se invierten) por cuanto se presenta incremento de cobertura en la población subsidiada y por consiguiente disminución en la población vinculada, sometida además a la depuración de la base de datos del SISBEN.

5.2.2. Promoción y Prevención:

En el total de dosis de biológicos aplicados y citologías tomadas se observa una disminución con respecto al año 2005 ocasionada básicamente porque en el segundo semestre de 2006 no hubo contratación de estas actividades para el régimen subsidiado; a pesar de mantenerse estable en los regímenes se invierten las cifras, debido al incremento en la cobertura del régimen subsidiado. En el total de controles por enfermería se observa disminución del 3.5% con respecto al año anterior, más sin embargo se presenta un incremento en el régimen subsidiado de 9.3%.

5.2.4. Ambulatorios:

En consulta médica general electiva se observa un comportamiento estable con un leve incremento, mientras que en la consulta de urgencias se observa un incremento de 6.1%.



Cruzando esta información con el número de instrumentos se tiene que:
Rendimiento Consulta Externa: 3.3 y Rendimiento Consulta de Urgencias: 2.3

5.2.5. Odontología:

En general se observa un incremento de actividades a excepción de las exodoncias que presentan un comportamiento estable; la intervención que el Programa Pereira Sonríe hace en las escuelas y colegios públicos del municipio a la población escolarizada ha permitido además del incremento en actividades, mejorar la oportunidad de consulta odontológica en las IPS adscritas a la ESE. Hay que resaltar el trabajo de esta Unidad Funcional.

Rendimiento: 2.8

5.2.6. Partos:

Disminución en la atención de partos: este comportamiento está directamente relacionado con la disminución de la tasa bruta de natalidad en el municipio de acuerdo con las cifras enviadas por la oficina de epidemiología de la Secretaría Departamental de Salud.

5.2.7. Hospitalización:

Se observa un incremento en los egresos hospitalarios del 3.7% con relación al año 2005 con similar comportamiento por regímenes. En general los indicadores de hospitalización son adecuados, el porcentaje ocupacional se mantiene dentro de los estándares para el primer nivel, el promedio día estancia general disminuye a expensas de los egresos de pediatría y medicina, esto debido a la intervención que el Programa PAISA realizó durante el segundo semestre del año 2006 a pacientes con patologías crónicas. Se considera que estos indicadores son buenos para la empresa.

5.2.8. Quirófanos:

Se realizaron 564 Cirugía más que el año anterior a las ARS CAFESALUD y ASMETSALUD con las cuales se tiene contrato para realizar herniorrafias, cesáreas, pomey, vasectomías, extracción de catarata, histerectomías, entre otras; lo que permitió mejorar la oportunidad en estos procedimientos a los pacientes de estas Aseguradoras.

5.2.9 Ayuda Diagnóstica:

Se observa un incremento considerable en los exámenes de laboratorio e imágenes diagnósticas realizados a usuarios del régimen subsidiado lo cual no es bueno para la entidad ya que la modalidad de contratación es por capitación, en la relación laboratorio consulta + egreso se observa un incremento pero está dentro de los parámetros normales, mientras que en la relación imagenología consulta + egreso el indicador se mantiene.



5.3 Salud Pública.

5.3.1. SITUACION DEL SALUD DEL MUNICIPIO

5.3.1.1 ANÁLISIS DE LA CARGA DE MORBIMORTALIDAD EN EL MUNICIPIO

En el perfil epidemiológico de Pereira se ha observado una notable diferencia en el orden de las primeras causas de consulta por morbilidad. el primer lugar es ocupado por la Hipertensión Arterial Primaria, lo que hace necesario el fomento de programas que incentiven el cambio en los hábitos de vida de las personas con el fin de disminuir factores de riesgo y posteriores complicaciones por esta patología. En segundo lugar se encuentran las infecciones respiratorias, quizás debido a los cambios de clima y otros estresantes ambientales que se presentan comúnmente en la ciudad; en tercer lugar están las enfermedades de los dientes y sus anexos, patología altamente prevenible mediante el adecuada higiene oral y programas de promoción y prevención sobre todo en edades tempranas; en quinto lugar se ubican los trastornos mentales como causa de consulta, los cuales se relacionan probablemente con la presencia de familias desintegradas, disfuncionales, con altos niveles de desempleo.

Como factor predominante en este perfil de consulta, prevalecen patologías objeto de programas de intervención.

En cuanto a la variación según el régimen, es marcada la producción del diagnostico de “signos y síntomas mal definidos” en el régimen contributivo. Se destacan la Hipertensión Arterial, las Infecciones Respiratorias Agudas, los Trastornos Mentales y las Enfermedades de los Dientes ocupando los primeros 6 lugares en todos los regímenes. En cuanto a las consultas de los particulares (personas no registradas en el sistema) es destacable que la primera causa de consulta está dada por los Trastornos Mentales y la Hipertensión Arterial, probablemente relacionados con los altos niveles de estrés que debe soportar este grupo, ya que muy probablemente carecen de fuentes de empleo, sus hijos están des escolarizados, enfrentan graves problemas de seguridad alimentaría, vivienda, y en general en sus necesidades básicas.

Tabla No 11 Primeras causas de morbilidad por consulta. Total Pereira, 2006			
Orden	Causa	No	%
1	Hipertensión esencial (primaria)	70839	8.7
2	Infecciones respiratorias agudas	67889	8.4
3	Enfermedades de los dientes y sus anexos	45246	5.6



4	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	34321	4.2
5	Trastornos mentales	30973	3.8
6	Enfermedades intestinales infecciosas y parasitarias	24608	3.0
7	Trastornos gástricos funcionales	19441	2.4
8	Traumatismos (excluye fracturas y luxaciones)	18366	2.3
9	Trastornos del sistema urinario	13735	1.7
10	Dorsalgia no especificada	11594	1.4
11	Infección viral no especificada	9947	1.2
12	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	9057	1.1
13	Asma no especificada	8898	1.1
14	Fracturas y luxaciones	7949	1.0
15	Dermatitis	7867	1.0
16	Complicaciones del embarazo	7314	0.9
17	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	7295	0.9
18	Diabetes mellitus	6961	0.9
19	Trastorno del metabolismo de las lipoproteínas	6601	0.8
20	Actionomicosis, hongos, micosis	6146	0.8
	Resto de causas		0.0
	TOTAL	811846	100.0

Tabla 12. Primeras causas de morbilidad por consulta según régimen. Pereira, 2006



Orden	Causa	No	%	Causa	No	%
Contributivo				Subsidiado		
1	Signos, síntomas mal definidos	17613	8.3	Hipertensión esencial	41947	10.9
2	Hipertensión esencial	15765	7.4	Infecciones respiratorias agudas	38148	9.9
3	Infecciones respiratorias agudas	14141	6.7	Enfermedades de los dientes y sus anexos	22042	5.7
4	Trastornos mentales	13093	6.2	Enfermedades infecciosas intestinales agudas	13343	3.5
5	Enfermedades de los dientes y sus anexos	9290	4.4	Trastornos gástricos funcionales	10578	2.7
6	Enfermedades infecciosas intestinales agudas	5345	2.5	Signos, síntomas mal definidos	9906	2.6
7	Traumatismos	5289	2.5	Trastornos del sistema urinario	7660	2.0
8	Trastornos gástricos funcionales	4480	2.1	Traumatismos	6671	1.7
9	Fracturas y luxaciones	4082	1.9	Dorsalgia no especificada	5665	1.5
10	Dorsalgia no especificada	3474	1.6	Infección viral no especificada	5532	1.4
	Total	211.718	100.0	Total	385.110	100.0
Vinculado				No afiliado		
1	Infecciones respiratorias agudas	11461	7.4	Trastornos mentales	1505	13.6
2	Enfermedades de los dientes y sus anexos	10561	6.9	Hipertensión esencial	542	4.9
3	Trastornos mentales	10520	6.8	Signos, síntomas mal definidos	490	4.4
4	Hipertensión esencial	9780	6.4	Traumatismos	399	3.6
5	Enfermedades infecciosas intestinales agudas	4224	2.7	Infecciones respiratorias agudas	347	3.1
6	Signos, síntomas mal definidos	4170	2.7	Enfermedades de los dientes y sus anexos	259	2.3
7	Traumatismos	3699	2.4	Tumores benignos	226	2.0
8	Trastornos gástricos funcionales	2992	1.9	Trastornos gástricos funcionales	203	1.8
9	Trastornos del sistema urinario	2208	1.4	Dermatitis	172	1.6
10	Complicaciones del embarazo	1771	1.2	Tumores malignos y carcinomas	166	1.5
	Total	153.894	100.0	Total	11.032	100.0
Otros				Desplazados		
1	Infecciones respiratorias agudas	3559	7.4	Infecciones respiratorias agudas	233	10.1
2	Enfermedades de los dientes y sus anexos	2899	6.1	Enfermedades de los dientes y sus anexos	195	8.4
3	Hipertensión esencial	2667	5.6	Hipertensión esencial	138	6.0
4	Traumatismos	2252	4.7	Signos, síntomas mal definidos	81	3.5
5	Signos, síntomas mal definidos	2061	4.3	Enfermedades infecciosas intestinales agudas	80	3.5
6	Enfermedades infecciosas intestinales agudas	1485	3.1	Infección viral no especificada	62	2.7
7	Trastornos mentales	1300	2.7	Traumatismos	56	2.4
8	Trastornos gástricos funcionales	1136	2.4	Trastornos gástricos funcionales	52	2.3
9	Trastornos del sistema urinario	808	1.7	Trastornos mentales	51	2.2
10	Fracturas y luxaciones	744	1.6	Trastornos del sistema urinario	46	2.0
	Total	47780	100.0	Total	2310	100.0

Fuente: oficina de epidemiología secretaría de salud y seguridad social 2007



Tabla 13 causas de egreso por sexo y por morbilidad en la población de Pereira 2006

Hombres				Mujeres		
Orden	Causa de egreso	No	%	Causa de egreso	No	%
1	Infecciones respiratorias agudas	1864	12.2	Complicaciones en la atención del parto	1916	8.6
2	Traumatismos (excluye fracturas y luxaciones)	1396	9.2	Complicaciones del embarazo	1900	8.5
3	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	1350	8.9	Infecciones respiratorias agudas	1492	6.7
4	Trastornos mentales	1153	7.6	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	1429	6.4
5	Fracturas y luxaciones	734	4.8	Trastornos mentales	1006	4.5
6	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	724	4.7	Trastornos del sistema urinario	713	3.2
7	Enfermedades intestinales infecciosas y parasitarias	575	3.8	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	634	2.8
8	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	546	3.6	Enfermedades intestinales infecciosas y parasitarias	603	2.7
9	Insuficiencia cardíaca no especificada	386	2.5	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	528	2.4
10	Angina de pecho no especificada	329	2.2	Traumatismos (excluye fracturas y luxaciones)	474	2.1
11	Trastornos del sistema urinario	324	2.1	Fracturas y luxaciones	432	1.9
12	Asma no especificada	313	2.1	Hipertensión esencial (primaria)	310	1.4
13	Tumores malignos y carcinomas	282	1.8	Asma no especificada	304	1.4
14	Infarto agudo del miocardio	184	1.2	Diabetes mellitus	290	1.3
15	Hipertensión esencial (primaria)	181	1.2	Angina de pecho no especificada	279	1.2
16	Enfermedad del sistema digestivo sin especificación	175	1.1	Tumores malignos y carcinomas	261	1.2
17	Diabetes mellitus	158	1.0	Insuficiencia cardíaca no especificada	261	1.2
18	Apendicitis aguda	152	1.0	Infarto agudo del miocardio	176	0.8
19	Insuficiencia renal crónica no especificada	120	0.8	Tumores benignos	164	0.7
20	Feto y recién nacido afectados por complicaciones maternas	111	0.7	Trastornos gástricos funcionales	124	0.6
	Resto de causas	4196	27.5	Resto de causas	9082	40.6
	Total	15253	100.0	Total	22378	100.0

Fuente: oficina de epidemiología secretaría de salud y seguridad social

El perfil de morbilidad por egreso, es un indicador de gravedad de las patologías presentadas en el municipio. En los hombres las infecciones respiratorias ocupan el primer lugar, seguida de traumatismos y con la presencia de signos, síntomas y estados morbosos mal definidos, lo que implica y da sustento a la hipótesis de los diagnósticos erráticos o poco elaborados. En las mujeres las complicaciones por el parto constituyen en la primera causa de morbilidad, seguido de las complicaciones del embarazo, lo que habla de la necesidad de implementar



estrategias que garanticen no sólo la efectividad de la demanda inducida, sino programas eficaces en la prevención de las complicaciones por estas patologías.

Deben tenerse en cuenta los egresos por trastornos mentales, que en ambos sexos se encuentran en los primeros 6 motivos de egreso; además en las primeras causas también se debe resaltar los motivos de egreso en ambos sexos por enfermedades intestinales infecciosas y parasitarias y enfermedades pulmonares obstructivas.

5.3.1.2 ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD EN EL MUNICIPIO

Tabla 14. Primeras causas de mortalidad. Pereira, 2006.

ORDEN	CAUSA	No	TASA*
1	Tumores malignos	514	98.5
2	Homicidios	334	64.0
3	Infarto agudo del miocardio	304	58.3
4	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	167	32.0
5	SIDA	64	12.3
6	Accidente de Vehículo	56	10.7
7	Accidente vascular encefálico agudo	49	9.4
8	Diabetes mellitus	44	8.4
9	Insuficiencia renal crónica no especificada	36	6.9
10	Hemorragia Intraencefálica no especificada	34	6.5
11	Tuberculosis pulmonar	27	5.2
12	Suicidio	25	4.8
13	Otras cirrosis del hígado y las no especificadas	23	4.4
14	Enfermedad aterosclerótica del corazón	22	4.2
15	Insuficiencia cardíaca	22	4.2
16	Hemorragia subaracnoidea no especificada	19	3.6
17	Otras enfermedades cerebrovasculares no especificadas	18	3.5
18	Trastorno vascular agudo de los intestinos	17	3.3
19	Enfisema no especificado	16	3.1
20	Hemorragia gastrointestinal no especificada	16	3.1
	Resto de causas	6.96	133.4
	Total	2.503	

Tasa x 100000 habitantes. Fuente: Oficina de Epidemiología Secretaria de Salud y Seguridad Social 2007

La mortalidad en conjunto con la fecundidad y las migraciones conforman los tres determinantes de la dinámica demográfica y tradicionalmente ha sido considerada como el indicador más objetivo del nivel de salud de la población, señalando directamente las condiciones socioeconómicas que subyacen a ésta. Es decir, su análisis diferenciado por



edad, sexo y causa de muerte refleja el estado de desarrollo de una región, siendo así los indicadores de gran importancia para la formulación de planes, programas y proyectos en salud.

En primer lugar aparecen los tumores malignos y entre estos la primera causa en la ciudad la constituye el cáncer de Bronquios y Pulmones, seguidos por los tumores de estómago y colon y recto; todas estas muertes desde el punto de vista de la salud pública son prevenibles mediante identificación temprana y cambios en los hábitos de vida.

El segundo lugar lo ocupan los homicidios con una tasa muy alta con relación a los otros municipios del departamento, como consecuencia de la violencia que vive la ciudad; es de anotar que al realizar un análisis comparativo por género, esta causa de muerte es mayor en hombres; aunque esta tasa de homicidios es baja en comparación con algunas tasas del país, es preocupante, pues la gran mayoría de muertos se encuentran en una edad productiva y reproductiva, lo que incrementa más la crisis social que vive el municipio.

En el tercer lugar se aprecian las muertes por infartos agudos del miocardio. Llama la atención como en edades desde los 45 años empiezan a aparecer estos eventos y como también el riesgo cardiovascular hace mella en la población femenina, mas afectada que los hombres en estas muertes.

En el cuarto lugar aparece la Enfermedad Obstructiva Crónica; enfermedad altamente prevenible con acciones orientadas a mejorar los hábitos de vida en la población general.

En el quinto lugar aparece el sida como una patología cada vez más relevante a pesar de los múltiples esfuerzos no sólo en materia de prevención, sino de detección temprana y protección específica, lo que implica a reflexionar de manera prioritaria frente a las garantías que se están ofreciendo a la población, ya que la Encuesta Nacional de Demografía y Salud plantea un alto nivel de información, más no de percepción de vulnerabilidad, ni de acciones para la protección.

Los accidentes de tránsito ocupan el sexto lugar, con una importancia marcada, ya que estos afectan población joven y adulta joven, generando una gran pérdida para la sociedad y para los ingresos de las familias de nuestro municipio; la gran mayoría de muertes por este evento, se presentaron para peatones, lo que indica la necesidad de un sistema de señalización, educación y adecuación para disminuir estas muertes totalmente evitables.

Los indicadores de muerte violentas en Pereira comparados con años anteriores muestran un aumento progresivo desde el año 2003; de igual manera al compararlo con el departamento y la nación, la ciudad presenta unas tasas de homicidios mayores, lo que implica la necesidad de un reforzamiento en las políticas de seguridad en el municipio tendientes a disminuir estas



muerres; también es importante recalcar las altas tasas de Suicidios en el municipio, las cuales están relacionadas con el deterioro de la salud mental en los habitantes del municipio y es por este motivo que se requiere realizar intervenciones para evitar este tipo de muertes.

Tabla 15 Lesiones Fatales comparativo 1999 2005

Lesiones fatales Medicina Legal							
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Mortalidad por Homicidio Pereira (tasa por 100.000 hab)	101,0	97,0	90,0	94,0	78,2	87,0	91,6
Mortalidad por Homicidio Risaralda (tasa por 100.000 hab)			107,0	104,3	85,6	87,7	89,1
Mortalidad por Homicidio Colombia (tasa por 100.000 hab)		61,0	64,0	64,0	49,9	41,7	31,5
Mortalidad por suicidio en Pereira (tasa por 100 mil hab)	7,0	7,0	7,9	5,0	7,8	6,7	7,9
Mortalidad por suicidio en Risaralda (tasa por 100 mil hab)			7,4	6,9	6,8	6,1	6,6

Tasa x 100000 habitantes. Fuente: Oficina de Epidemiología Secretaria de Salud y Seguridad Social 2007

5.3.1.3 INDICADORES DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

En Colombia se ha determinado el reporte obligatorio para un grupo de patologías que requieren seguimiento continuo y vigilancia de casos, para los cuales se han diseñado programas de intervención con el fin mantener el control de la morbilidad y mortalidad; un ejemplo de ellas son las que se detallan a continuación: los indicadores del municipio se encuentran en condiciones similares a los indicadores del departamento; llama la atención el leve aumento en la tasa de parálisis flácida, la meningitis meningocócica, TBC pulmonar, y extrapulmonar sífilis congénita, y VIH.

Tabla 16. Eventos de notificación obligatoria y tasas de incidencia. Pereira, 2005.

Eventos de notificación obligatoria y tasas de incidencia. Pereira, 2005			
Patología	Orden	N° Casos	Tasa incidencia x 100.000 hab
Dengue clásico	1	2761	644,5
Varicela	2	516	120,4
Accidentes rábico	3	448	104,6
Intoxicación alimentaria	4	265	61,9
TBC pulmonar	5	192	44,8
Sida	6	87	20,3
Mortalidad perinatal	7	82	19,1



Hepatitis a	8	27	6,3
Intoxica plaguicidas	9	22	5,1
TBC extrapulmonar	10	17	4,0
Sífilis congénita	11	9	2,1
Mortalidad ira < 5 años	12	9	2,1
Parotiditis	13	7	1,6
Hepatitis b	14	7	1,6
Mortalidad materna	15	5	1,2
Malaria vivax	16	3	0,7
Dengue manifestaciones hemorrágicas	17	3	0,7
Meningitis meningocócica	18	3	0,7
Parálisis flácida	19	2	0,5
Hepatitis C	20	1	0,2
Malaria falciparum	21	0	0,0
Rubéola	22	0	0,0
Malaria combinada	23	0	0,0
Malaria autóctono	24	0	0,0
TBC meníngea	25	0	0,0

Fuente: Oficina de estadística. DLS. Pereira, 2005.

5.3.1.4 COBERTURAS DE VACUNACIÓN

Son de trascendental importancia las acciones que se desarrollan desde la red para garantizar la continuidad de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que, con pleno conocimiento de los problemas, protegen la salud del colectivo en la ciudad.

Tabla 17 Cobertura de vacunación del municipio de Pereira. 2004-2005

BIOLOGICO (< 1 Año)	DOSIS	2004		2005	
		No.	%	No.	%
B.C.G.	UNICA	8893	121,24	7270	87,42
ANTIPOLIO	1ra	6538	89,13	5641	67,83
	2da	6686	91,15	5730	68,90
	3ra	6384	87,03	5579	67,09
	RN	8609	117,37	7392	88,89
	TOTAL	28217		24342	
PENTAVALENTE	1ra			5693	68,46
	2da			5792	69,65
	3ra			5638	67,80



	TOTAL			17123	
D.P.T.	1ra	6521	88,90	3	0,04
	2da	6706	91,42	1	0,01
	3ra	6411	87,40	5	0,06
	TOTAL	19638		9	
HEPATITIS B	RN	8808	120,08	7594	91,32
	1ra	6530	89,03	12	0,14
	2da	6712	91,51	2	0,02
	3ra	6409	87,38	10	0,12
	TOTAL	28459		7618	
ANTIGRIPAL	1ra	2	0,03	231	2,78
	2da	1	0,01	1	0,01
	TOTAL	3		232	
Triple viral	7436	83,59	5999	59,48	
Anti-amarílica	9201	103,43	6311	62,58	

Fuente: Oficina de estadística. DLS Pereira, 2005.

La cobertura alcanzada con polio y pentavalente es del 67.1% y 67.8% respectivamente, de acuerdo a las proyecciones de población del Ministerio de Salud; con las estimaciones de población municipales se encuentran en un 80.4% para la polio y 81.3% para la pentavalente. La diferencia entre los biológicos se debe a que durante el mes de octubre y noviembre hubo ausencia del biológico polio.

Es de anotar que el aporte hecho por la ESE Salud Pereira es del 44%, la DLS el 14,5% y el 41,5% las IPS privadas.

Cabe destacar que en el grupo de 1 año se siguen captando tardíamente niños para inicio de esquema, afectando las coberturas para este grupo en el respectivo período. Teniendo en cuenta la población vacunada tardíamente en el año 2005 hubiera permitido incrementar coberturas en menores de 1 año en el 2004.

En cuanto al biológico triple viral para la población de 1 año, se alcanzan coberturas a la fecha del 80% según poblaciones municipales y 59,5% con las del Ministerio; llaman la atención las coberturas observadas con fiebre amarilla, del 84,1% con población municipal y 62,4% ante el Ministerio.

Es necesario aclarar, que estas diferencias se deben a que el Ministerio utilizó diversas fuentes de información como los censos de 1973, 1985 y 1993, los registros de nacimientos de estadísticas vitales, información sociodemográfica proveniente de los registros municipales, y los resultados de las proyecciones de población elaborados previamente para los departamentos en los cuales se ubican cada uno de los municipios, mientras que el Instituto



Municipal de Salud tomó las agrupaciones de población suministradas por el DANE observadas en el censo de 1993, que comparativamente fue más alta en relación con el CENSO del 2005

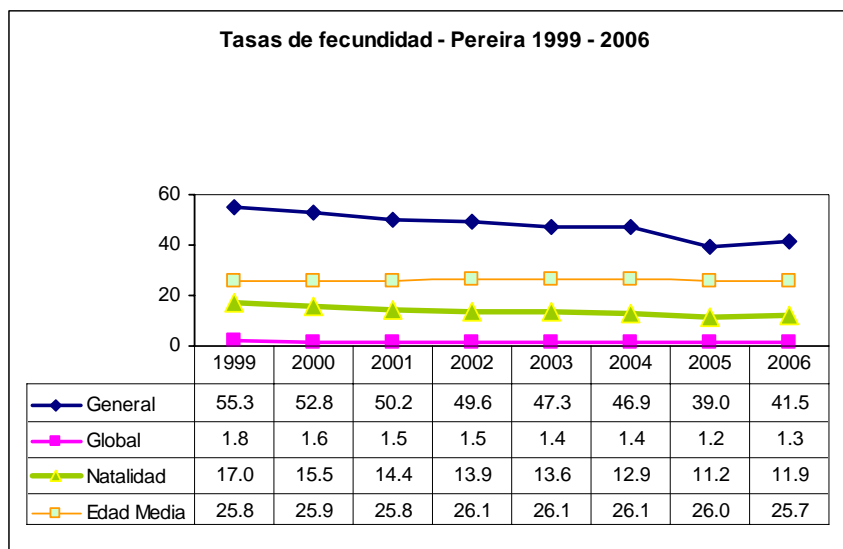
Aunque las coberturas de vacunación calculadas con base en las cifras de población del DLS de Pereira son más altas que las del Instituto Nacional de Salud, no son suficientes pues se busca que éstas sean superiores al 95% en la población mayor o igual a un año; por tanto, es necesario buscar una nueva estrategia de captación de la población infantil que debe ser vacunada, además, es necesario unificar criterios en cuanto a la población real para calcular dichas coberturas.

Con relación al año anterior (2004) algunas coberturas de vacunación han descendido, por ejemplo para el biológico polio que antes fue aplicado al 87,03% de la población menor de 1 año, en el año 2005 tuvo un peso de 67,09%.

5.3.1.5. DINAMICA POBLACIONAL

En cuanto a la dinámica poblacional en el municipio de Pereira entre los años 2000 y 2006 se puede observar que las tasas de fecundidad y natalidad han disminuido, siguiendo la tendencia nacional, pues la tasa de fecundidad ha pasado progresivamente de 7 hijos por mujer en el año 1965 a 2.4 para el año 2005, teniendo en cuenta que esta es mayor para la zona rural (2.5), para la población con mayores índices de pobreza (2.6) y para las mujeres con menor nivel educativo (3 hijos); esto relacionado con la gran cantidad de mujeres que planifican y deciden no tener hijos. Para el municipio de Pereira la tasa de fecundidad global ha pasado de 1.6 en el año 2000 a 1.3 en el 2006. La tasa de fecundidad general para Colombia se encuentra en 64.6 mientras que para Pereira está en 41.5. (ver grafica No 5)

Grafica 5 Tasas de Fecundidad en Pereira 1999-2006

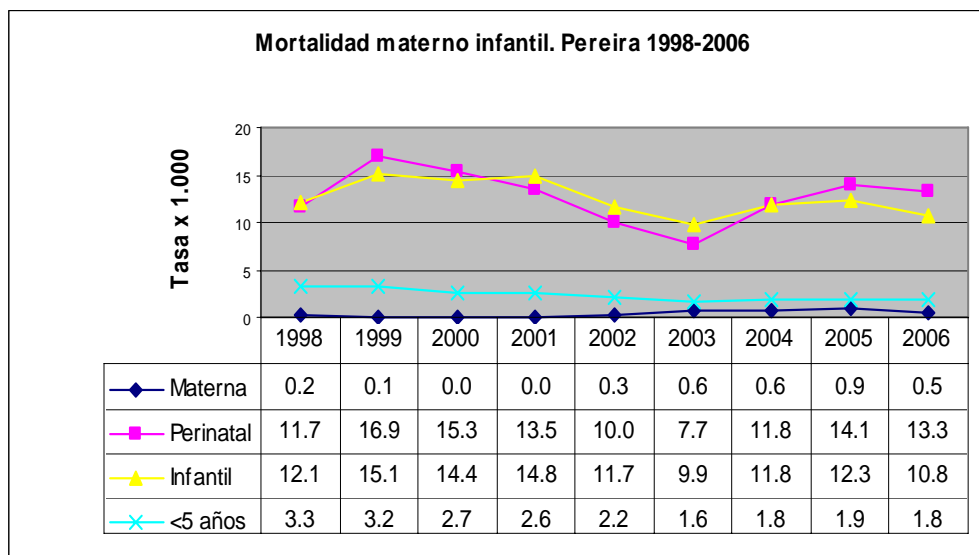


Fuente: Estadística Dirección Local de Salud

La mortalidad materna, la mortalidad perinatal, la mortalidad infantil y la de menores de 5 años presentaron un aumento importante en los años 2004 y 2005, con cifras importantes para el año 2006, hechos estos muy relevantes, ya que permiten identificar en nuestro municipio, la gran vulnerabilidad de la población infantil.

Es importante resaltar que el aumento en la mortalidad materna refleja de alguna manera las falencias del sistema para captar de manera temprana las gestantes y garantizar unos servicios de atención lo suficientemente motivantes para que la demanda inducida surta los efectos esperados especialmente en acciones de control prenatal para detección de embarazo de riesgo y capacitación al personal de salud de acuerdo al protocolo de vigilancia de muerte materna existente en el municipio. (ver gráfica No 6)

Grafica. 6 Tasa de Mortalidad Materno Infantil. Pereira 1998-2006



Fuente: Estadística Dirección Local de Salud

ANÁLISIS COMPARATIVOS POR AÑO DE LOS INDICADORES DE FECUNDIDAD PARA EL MUNICIPIO DE PEREIRA

Tabla 4. Indicadores de Fecundidad 2000-2006

INDICADOR	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Tasa de fecundidad general x 1.000 MEF	52.8	50.2	49.6	47.3	46.9	39.0	41.5
Tasa global de fecundidad (hijos x mujer)	1.6	1.5	1.5	1.4	1.4	1.2	1.3
Tasa de natalidad x 1000 habitantes	15.5	14.4	13.9	13.6	12.9	11.2	11.9
Edad media de la fecundidad	25.9	25.8	26.1	26.1	26.1	26.0	25.7
Nacimientos	7239	6898	6803	6786	6579	5836	6221
Mujeres en edad fértil (MEF)	137131	137275	137275	143528	140310	149821	149821
Tasa* de Mortalidad Materna	0,0	0,0	0,3	0	0,6	0,9	0,5
Tasa* de Mortalidad Perinatal	15,3	13,5	10,0	7,7	11,8	14,1	13,3
Tasa* de Mortalidad Infantil	14,4	14,8	11,7	9,9	11,8	12,3	10,8
Tasa* de Mortalidad en < 5 años	2,7	2,6	2,2	1,6	1,8	1,9	1,8

* Tasa x 1000 Fuente: Oficina de estadística DLS. Pereira, 2005.



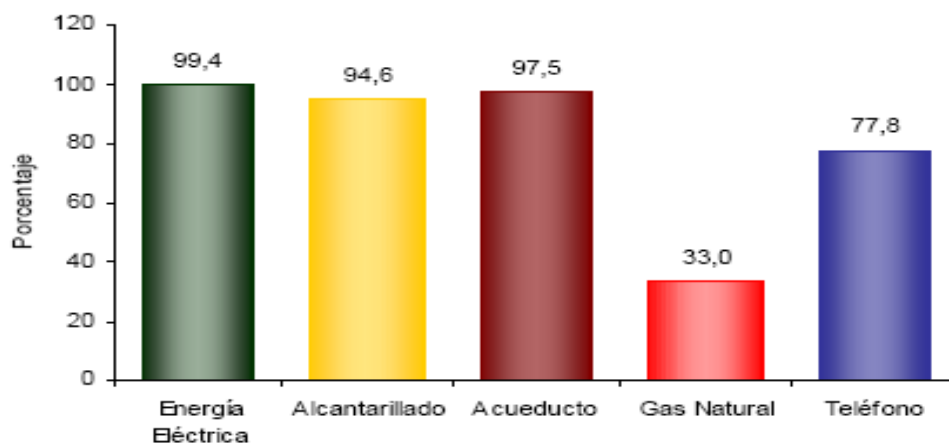
3.5.1.5. ASPECTOS AMBIENTALES

Referente a la calidad de las viviendas del municipio, el Censo del 2005 arrojó que el 73,1% de la población vive en casas, el 23,7% reside en apartamentos y el 3,2% restante vive en cuarto u otro tipo de viviendas; en cuanto a la calidad de ésta no se encontraron estudios al respecto, pero en el Municipio existen zonas de extrema pobreza donde las condiciones de las viviendas son inadecuadas, el material de construcción, el material de los techos y el acceso a los servicios es inadecuada. De importancia frente a este respecto se encuentran sitios en la zona urbana como el Barrio La Dulcera, La Platanera, algunos barrios en las riberas del río Otún, el barrio Travesuras y algunos de la comuna Villa Santana, todavía existen en el municipio invasiones en barrios como La Laguna, La Cascada en el sector del Dorado y Caracol La Curva. En estas localidades la situación es infrahumana, la inestabilidad de las casas construidas en guadua y los malos olores dan muestra del riesgo y la pobreza a la que se enfrenta la población. En la zona rural el caso más importante de viviendas en malas condiciones se encuentra en los corregimientos de Camalito y Puerto Caldas, ambos ubicados en la rivera del río Cauca.

En términos generales el municipio de Pereira cuenta con un adecuado acceso a los servicios públicos básicos. La cobertura del servicio de alcantarillado para el 2005, fue del 93,50%, la cobertura de gas natural efectiva para el primer trimestre de 2006, fue del 35,4% con 37.551. Un total de 110 mil usuarios y una cobertura amplia de servicios públicos registran la Empresa de Energía de Pereira. La Telefónica de Pereira maneja el 95% del mercado local de telefonía básica conmutada en el área urbana y cuenta con 165 mil líneas instaladas. La cobertura es del 100%, ya que pueden llegar a cualquier parte de la ciudad. En general la cobertura de servicios públicos en la ciudad está por encima del 90%.

Grafica 7 cobertura de servicios públicos en el municipio de Pereira

Servicios con que cuenta la vivienda





Fuente: DANE

Tabla 5. Cobertura de infraestructura sanitaria. Pereira, 2004.

Viviendas	Acueducto		Alcantarillado		Total
	No.	Cobertura	No.	Cobertura	
Urbano	90.126	97,72	86.462	93,75	92.231
Rural	13.089	88,12	10.013	67,41	14.853
Total	94.881	88,60	96.475	90,09	107.084

Fuente: Aguas y Aguas de Pereira. 2004.

El sector rural del municipio de Pereira cuenta con dieciocho mil sesenta y una viviendas (18.061) que están abastecidas por los acueductos rurales, el porcentaje total de cobertura de los acueductos rurales es del 67,21 % y cuatro mil ochocientos setenta viviendas, no se abastecen de los acueductos rurales del municipio de Pereira utilizando otros medios para abastecerse del agua para consumo humano, como pozos, aljibes o la toman de quebradas.

Los acueductos rurales del municipio de Pereira debido a la actividad agropecuaria y antrópica presente en el municipio se encuentran fuertemente expuestos a factores contaminantes que afectan significativamente la calidad del agua para consumo humano, pues sus fuentes abastecedoras reciben múltiples vertimientos; dentro de los más comunes se encuentran los vertimientos de aguas residuales domésticas provenientes de la actividad diaria de las viviendas ubicadas en el sector.

En el análisis de servicios públicos domiciliarios se obtuvo que 4.754 viviendas rurales tenían conexión al alcantarillado, sin embargo de estas sólo 3.934 hacen uso real de las redes, ya que se encontraron aproximadamente 820 viviendas que por problemas de infraestructura, ubicación y funcionamiento no utilizan el servicio, en algunos casos porque el nivel del piso de la vivienda es inferior al de las redes de alcantarillado.

El problema de los vertimientos de aguas residuales domésticas se torna más crítico en la medida que las fuentes receptoras son generalmente las que abastecen comunidades aguas abajo y a los acueductos rurales.



De los 3.703 sistemas de tratamiento de aguas residuales, 731 están ubicados en el corregimiento de Tribunales donde existen 695 pozos sépticos y 36 tanque sépticos, el alto número de pozos sépticos se deben al número de condominios que poseen este tipo de sistemas, generalmente uno por vivienda; en su orden según el número de sistemas encontramos los corregimientos de Cerritos, La Bella, Morelia y Combia Baja con 559, 421, 380 y 370 respectivamente; como en el caso de Tribunales, el corregimiento de Cerritos también posee un alto número de condominios que determinan la alta presencia de sistemas de tratamiento de aguas residuales domésticas.

Sólo el 28.05% de las viviendas rurales realizan algún tipo de manejo de residuos sólidos, de estas el 11.01% realiza reciclaje, 1.82% tiene un lombricultivo, 20.48% realiza compostaje, el 0.59% tienen un biodigestor y 66.10% utiliza los residuos sólidos para alimentar animales, este último incluye tanto la materia vegetal resultante de las cosechas como las hojas de caña, para alimentar vacas, caballos, chivos y otros, así como los residuos de las cocinas para alimentar gallinas y cerdos.

Tabla 6. Riesgos Geotécnicos e Hidrológicos del Municipio de Pereira. 2005

BARRIOS	TOTAL VIVIENDAS EVALUADAS	RIESGO	RIESGO MITIGABLE	RIESGO ACEPTABLE
43 Barrios del perímetro urbano	3.484	2.356	1.128	
11 Barrios localizados en el perímetro de influencia de la ladera norte de la quebrada el oso	555	14	541	
49	3327	1299	1246	782
11 Barrios (sector urbano) y 7 sectores rurales	1811	586	809	416
La totalidad de los barrios (15) de la comuna Villa Santana	3453	360	3093	
TOTAL (136)	12630	4615	6817	11198

Fuente: OMPAD. Alcaldía de Pereira. 2005.



5.4 PROMOCIÓN SOCIAL

5.4.1. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

En Pereira hay 372 Juntas de acción comunal (JAC), de las cuales 118 se encuentran localizadas en el área rural y 254 en la zona urbana. En los corregimientos las principales organizaciones son las Juntas de Acción Comunal, que cuentan con la participación del 12.3% de los habitantes sin embargo el mayor porcentaje de los pobladores no participan en ninguna organización. Situación similar, se encuentra en la zona urbana, pues sólo participan activamente de las organizaciones sociales las personas que ocupan cargos en las juntas directivas, el resto de los habitantes asume una actitud expectante y pasiva ante dichos espacios de participación.

5.4.2. PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

5.4.2.1. Copaco Municipal

En junio de 1995 se organizó el Comité de Participación Comunitaria en Salud, a partir del decreto 1757 de 1994; este comité está integrado por representantes de diferentes organizaciones comunitarias y de instituciones como: educación, salud, iglesia, representantes de gremios y del comercio entre otras.

Desde el año 2000 se crearon las redes de apoyo social en 75 sectores del área rural y urbana del municipio para ejecutar las acciones en salud programadas por el COPACO en coordinación con el Instituto Municipal de Salud y la ESE Salud Pereira en barrios o veredas.

Actualmente el COPACO cuenta con 117 integrantes de los diferentes sectores del municipio y sus acciones están orientadas a la elaboración del diagnóstico en salud, participación en la vigilancia del programa de nutrición, ejecución de las diferentes actividades de Promoción y Prevención y realización de gestiones ante diferentes instituciones para el mejoramiento de salud de sus comunidades.

5.4.2.2 Veedurías Ciudadanas

En enero de 1998 el Ministerio de Salud presenta al Instituto Municipal de Pereira el Programa de veedurías con el fin de fortalecer el control social en el régimen subsidiado en el municipio; fue acogido y desde entonces funciona en la Dirección Local de Salud.



Las veedurías se constituyen en los sectores donde hay más de 100 afiliados al régimen subsidiado en salud y se han ido formando en la medida en que se amplía la cobertura; actualmente se cuenta con 214 veedurías de las cuales se encuentra funcionando el 99.47% y aunque algunas de ellas no asistan a actividades de capacitación, ejecutan en su comunidad las diferentes tareas y vigilancia que se hace necesario realizar.

Las veedurías poseen funciones como:

Verificación y reporte de novedades a partir de listados entregados de las personas afiliadas al régimen subsidiado en salud.

Verificación previa de listados entregados de personas seleccionadas al régimen subsidiado, a través de visitas en su barrio o vereda.

Convocatoria a las personas de su sector para afiliación al régimen subsidiado

Orientación permanente a su comunidad sobre el proceso de aseguramiento y sobre el SISBEN

Vigilancia de que las IPS si presten los servicios a los afiliados

Es importante para la calidad de salud del municipio la participación activa del 99,47% de veedurías pues de esta manera se ve involucrada directamente la comunidad y es ella quien se apropia de la conservación de su salud. Además, el COPACO es de gran apoyo para el funcionamiento y la extensión a la comunidad de los programas de la Dirección Local de Salud.

5.5 EJE PROGRAMATICO DE PROMOCION, VIGILANCIA Y CONTROL DE RIESGOS PROFESIONALES (RESOLUCION 0425 FEBRERO 11 DE 2008)

Según las estadísticas para el año 2007 se presentaron 4.041 enfermedades diagnosticadas como profesionales, 761 muertes reportadas por el Sistema General de Riesgos Profesionales, además de 328.382 accidentes de trabajo, lo que demuestra la necesidad de implementar el Programa de Seguridad Laboral según decreto 3039 el cual permite generar mayor vigilancia y control para la protección de los trabajadores en cuanto a las afiliaciones a los sistemas de seguridad social en salud y seguridad laboral, evitando así la elusión y la evasión de los mismos.

Desde la perspectiva de los riesgos profesionales y de acuerdo con las visitas realizadas hasta la fecha se aprecia que en Pereira no hay plenas garantías empresariales para el aseguramiento de los trabajadores; además escasa elaboración y desarrollo de los programas de salud ocupacional lo que se ve reflejado en el incremento en accidentalidad y muerte reportadas.



5.5.1 ACCIONES DE PROMOCION DE LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN AMBITOS LABORALES

Existen tres niveles:

- 1- **identificación del problema** en el que se requiere de la participación decidida tanto de Gerentes como de trabajadores para dar solución a los problemas existentes.
- 2- **cómo hacerlo** con cooperación empresarial e institucional (SSySS), que garanticen la permanencia de los proyectos de promoción de la salud en el trabajo.
- 3- **cómo mantenerlo** a partir del diagnóstico inicial, se requiere de la disposición de recursos suficientes tanto de las empresas como de la SSySS, para garantizar la sustentabilidad de este tipo de proyectos participativos.
-

Este Programa debe contar el compromiso decidido de las empresas, asumiendo con responsabilidad la implementación de prácticas de salud, seguridad en el trabajo, educación de los trabajadores, uso del tiempo libre y protección del medio ambiente; todo ello con el seguimiento y acompañamiento de la Secretaría de Salud y Seguridad Social

5.5.2 ACCIONES DE INDUCCION A LA DEMANDA A LOS SERVICIOS DE PROMOCION DE LA SALUD, PREVENCION DE LOS RIESGOS EN SALUD Y DE ORIGEN LABORAL EN AMBITOS LABORALES

- El objetivo es fomentar las capacidades y generar en los individuos y las comunidades las oportunidades para que sean capaces de identificar y satisfacer sus necesidades en cuanto a salud y calidad de vida.
- Concientizar tanto a empresarios como a trabajadores sobre la necesidad de mejorar su estilo de vida adaptándose al medio ambiente.
- Asumir estilos de vida que reduzcan su vulnerabilidad y riesgo.
- Ayudar a participar a los individuos en el control social y laboral para la mejoría de las condiciones del entorno, con el fin de facilitar el desarrollo de una cultura de la salud con calidad de vida y el desarrollo de la autonomía individual y colectiva

5.5.3. ACCIONES DE INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS RIESGOS SANITARIOS, FITOSANITARIOS AMBIENTALES EN LOS AMBITOS LABORALES Y RIESGOS EN LAS EMPRESAS CON BASE EN LOS RIESGOS PROFESIONALES

- Apoyar la gestión integral a la vigilancia y control de alimentos para el sistema de medidas sanitarias y fitosanitarias.
- Diseño y socialización de información sobre el uso adecuado de residuos existentes en la empresas.



- Detectar las principales necesidades respecto de los riesgos sanitarios, fitosanitarios y del medio ambiente que las empresas tengan, realizando las respectivas orientaciones, para que puedan desarrollar sus propias estrategias de mejoramiento.
- Producir y desarrollar campañas de educación sobre el alcance del Sistema General de Seguridad Social dirigida en especial a las empresas Pereiranas, y fortalecerlas a través de la pauta de mensajes específicos sobre deberes y derechos respecto de la seguridad social, con especial énfasis en la prevención de riesgos profesionales y riesgos sanitarios dirigidos a las poblaciones laborales vulnerables.

5.5.4. ACCIONES DE SENSIBILIZACION PARA LA REINCORPORACION Y LA INCLUSION DEL DISCAPACITADO EN EL SECTOR PRODUCTIVO

- Crear vías de integración y reintegración en la vida laboral de personas con minusvalías.
- Sensibilizar contra la discriminación en el acceso y en la evolución en el mercado laboral y promover la aceptación de la diversidad en el lugar de trabajo.
- Investigar estadísticamente los discapacitados existentes en cada empresa a visitar y mirar su posible ubicación de acuerdo a su minusvalía.

5.5.5. ACCIONES DE SEGUIMIENTO, EVALUACION Y DIFUSION DE RESULTADOS DE LA VIGILANCIA EN SALUD EN EL ENTORNO LABORAL

- Levantar estadísticas de las enfermedades, muertes y accidentes laborales en las empresas visitadas, lo que permitirá realizar un seguimiento en cuanto a su incremento o disminución.
- Se darán capacitaciones en aquellas áreas de mayor riesgo empresarial.
- Se realizarán visitas empresariales arrojando diagnósticos situacionales de las empresas, lo que permitirá un seguimiento más preciso del entorno laboral.
- Las sugerencias y conclusiones dadas a las empresas serán vigiladas y controladas con visitas de mantenimiento

5.6. EMERGENCIAS Y DESASTRES

Se han desarrollado acciones que buscan la Implementación de los Planes Hospitalarios de Emergencias en IPS de ciudad.

Actualmente se cuenta con Cinco IPS de la ciudad que poseen servicios de urgencias y hospitalización con PISH



Se han realizado procesos de actualización al plan de emergencias de la institución y capacitaciones a sus funcionarios, de igual manera se han revisado los contenidos del plan de emergencias externo.

Para las próximas vigencias se propone:

Brindar asesoría a las IPS locales

Capacitar el 100% de los funcionarios de planta de la institución.

Revisar y actualizar documento que sustenta el Plan Institucional de emergencias y desastres.

Garantizar la operación de la red de comunicaciones para emergencias y desastres.

Brindar mantenimiento preventivo y reparativo a los equipos de radio que constituyen la Red de comunicaciones.



6. METODOLOGIA DEL PLAN DE SALUD MUNICIPAL

6.1. PROCEDIMIENTOS DE ELABORACION

Para la elaboración del Plan sectorial de Salud se desarrollo la siguiente agenda:

1. Selección de grupos de entidades y personas con alta capacidad de aportar a la construcción del Plan: en este sentido se convocaron las siguientes organizaciones:
 - Grupo Gestor de la Secretaría de Planeación Municipal
 - Consejo Local de Seguridad Social en Salud (CLSSS)
 - Comité de Participación Social en Salud (COPACO)
 - Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Entidades Promotoras de Salud (EPS)
 - Instituciones Académicas formadoras de talento humano en Salud
 - Organizaciones No Gubernamentales (ONG)
2. Elaboración de matrices para la recolección de la información
3. Convocatorias
4. Desarrollo de las Mesas de Trabajo
5. Condensación y tabulación de resultados
6. Discusión con personal de la Secretaria de Salud y Seguridad Social
7. Incorporación al Plan Territorial de Salud.



6.2. EJECUCION Y RESULTADOS DE LAS MESAS DE TRABAJO

La siguiente tabla muestra las instituciones y los asistentes a las mesas de trabajo:

Nº	ENTIDAD	ASITENTES	%
1	Consejo Local de Seguridad Social en Salud	12	21,4
2	Comité de Participación Comunitaria en Salud COPACO	7	12,5
3	IPS y EPS	12	21,4
4	Sector Académico	11	19,6
5	ONG	14	25,0
	TOTAL	56	100

La primera reunión celebrada con el Grupo Gestor de la Secretaria de Planeación Municipal permitió dos situaciones trascendentales:

- Mostrar y compartir los indicadores construidos por el equipo de la Secretaria Municipal de Salud y Seguridad Social.
- Articular el procedimiento del sector salud con los procesos dinamizados desde Planeación municipal.

Las reuniones subsiguientes se realizaron con los grupos mencionados siguiendo la siguiente dinámica:

- La Secretaria de Salud y su equipo presentan la Direccion Local de Salud, su estructura organizacional, el perfil epidemiológico de la ciudad y los lineamientos generales del Plan a construir.
- Instrucción y ejecución de la matriz de problemas y priorización, en la cual cada uno de los participantes enumera y describe, desde su saber, percepción y experiencia los principales problemas de salud de la ciudad.
- Discusión final de los asistentes
- Recolección de documentos diligenciados



Los **Resultados** por mesas fueron los siguientes:

1. Consejo Local de Seguridad Social en Salud

N.	CAUSAS	PROBLEMA	PRIORIDAD	EFFECTOS
1	Desempleo. Pocas Políticas de Salud Mental	Enfermedad Mental	1	+ Morbi-Mortalidad. Desajuste Familiar
	Falta identificar y focalizar grupos. Programas de P y P pocos conocidos no intersectoriales	Hospitalizaciones Patologías Prevenibles	4	Mayor Costos Atención en Salud. + Morbi-Mortalidad
	Encuesta del SISBEN incorrectamente aplicada y/o politizada. Falta contratos con entidades privadas para atender población vinculada	Acceso al Servicio de Salud	5	Traumatología para atención patologías simples y complejas. El ciudadano siente abandono del estado
	Programas de P y P desconocidos por la población o no despierta interés. Falta integración vertical e intersectorial en PyP	Desinterés Actividades PyP	3	No adherencia a los programas de P y P. Mayor costo en salud. Aumento demanda del servicio
	Desempleo. Inversión de Valores	Atención en salud como consecuencia de actividades violenta	2	Mayor Costos Atención en Salud. + Morbi-Mortalidad
	Promoción y Prevención. Seguimiento e impacto de PyP***	Permanencia de principales causas de Morbimortalidad que son prevenibles	1	Incremento de utilidad de recursos en prevención 2ª y 3ª que disminuyen oportunidades de utilización en prevención 1ª



	Comunicación de entidades públicas y privadas prestadoras de salud	Falta planeación conjunta para la aplicación de nuevos proyectos necesidades	2	Sectores de salud desprotegidos en proyectos y prestación de servicios de salud,
	Sistema de información consolidado y direccionando conocimiento de la misma	Sin información adecuada e completa, criterios e interpretación de registros	4	Conocimientos parciales de la población, adicionados al problema y el alto índice de morbilidad de la población.
	*	*	3	Incremento de utilidad de recursos en prevención 2ª y 3ª que disminuyen oportunidades de utilización en prevención 1ª
	Políticas nacionales que no conocen la realidad local	Duplicidad de funciones y desprotección en algunos sectores	5	Falta coordinación. Sectores y programas descuidados
3	Inestabilidad de los funcionarios. Software poco potente y no compartido	Inoperantes sistemas de información	2	Información insuficiente, información incompleta. Toma de decisiones mal apuradas
	Índice altos de pobreza, altas tasas de desempleo subempleo. No es prioridad la inversión en salud. Gestión insuficiente Municipio	Insuficiente afiliación al S.G.S.S	1	Alta proporción de Personas sin atención en salud. Persistencia de un perfil de Morbimortalidad con <u>primacía</u> de enfermedades prevenibles
	Altos índices de pobreza. Información y educación insuficientes	Malnutrición en todas las edades	4	Trastornos biológicos en el desarrollo mental y social.
	Pobreza. Programas que no operan bien	Altas índices de IRA y EDA	5	Índices de morbilidad y mortalidad Altos costos al S.G.S.S.S
	Promoción y Prevención y atención en 1º nivel insuficiente. Programas que no operan bien	Alta prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas	3	Altos índices de mortalidad . Altos costos al S.G.S.S.S,
4	Bajos ingresos económicos. Gran número de personas por familia.	Deserción Escolar	5	Analfabetismo. Violencia



	Altos costos canasta básica. Costumbres regionales	Desnutrición	1	Aumento de enfermedades, Bajo rendimiento escolar.
	Concepto equivocado. Bajas oportunidades	Desempleo	3	Deserción a otros países de mano calificada. Subempleo. Aumento de competencia desleal y contrabando
	Bajos salario profesionales. Mucha burocracia	Ofertas de salud poco efectivas	2	Poca motivación para las contrataciones. Atención al usuario solo en lo permitido por la ley
	Pandillas juveniles. Desplazamiento forzado	Violencia e inseguridad	4	Aumento de mortalidad. Prostitución infantil
5	Falta de señalización. Falta de planeación	Seguridad vial	4	Discapacidad. Muerte
	Falta Implementación de AIEPI. Falta de estudios causales	Infección respiratoria aguda	1	Muerte, Aumento de incidencias
	Falta de saneamiento básico, Falta de acceso a los servicios de salud,	Enfermedades gastrointestinales	2	Aumento de Mortalidad. Muerte
	Falta de estudios causales, Falta de diagnostico	Salud mental	5	Suicidios. Violencia e indiferencia
	Falta de empleo, falta de educación, falta de convivencia.	Homicidios	3	Inseguridad. Muerte
6	Ausencia de estímulos. Bajos niveles de Ingresos. Cupos ilimitados	Bajo nivel educativo de la población	4	Mayor mortalidad. Mayor morbilidad. Intolerancia social. Subdesarrollo
	Baja capacitación. Ausencias de garantías para la inversión. Altas cargas tributarias.	Altas tasas de desempleo	4	Familias con necesidades básicas insatisfechas
	Falta de conciencia y cultura, por el respeto del medio ambiente. Controles limitados y sanciones poco severas.	Contaminación y mayor cantidad de ambientes insalubres	4	Mayor morbilidad por enfermedades infectocontagiosas. Problemas respiratorios. Dermatitis. <u>Neoplasias</u>
	Falta de acueductos y redes. Ausencia de control de calidad del agua	Bajas coberturas de agua potable y de calidad	4	Alta morbilidad por EDA. Parasitosis
7	Difícil acceso a los servicios de salud: Poca información de derechos y deberes de la personas. Bajos niveles de condición de necesidades básicas	Salud infantil	4	Alta morbilidad. Bajo rendimiento. Alto costo para la familia y la nación
7	Alto nivel de desempleo. Alto costo de la canasta familiar. Poco apoyo del gobierno	Nutrición	4	Bajo rendimiento escolar. Alta incidencia de enfermar



	Poca promoción y prevención. Baja búsqueda de las patologías. Bajo nivel de concientización.	Enfermedades crónicas	3	Alta incidencia de morbilidad. Alto costo para la familia y la nación. Alta incidencia de discapacidad laboral o funcional
	Bajo nivel de concientización de la población. Poco Seguimiento, Vigilancia y control. Dificil acceso al servicio	Salud bucal	4	Alta incidencia de patologías bucal. Alteración de la autoestima. Alto costo.
	Difícil acceso a los servicios. Desempleo. Poca estimulación a la educación	Educación	4	Disminución de las oportunidades laborales. Aumento del trabajo informal. Aumento de la violencia. Baja tolerancia.
	Acceso servicio P y P, salud sexual reproductiva. Red de atención no articulado. Entrenamiento y cualificación personal. Detención oportuna del riesgo	Morbimortalidad asociada al proceso de embarazo parto ****	1	Tasas de mortalidad materna y prenatal. Atención inadecuada. Revisión tardía en el nivel primario de atención
8	Inadecuada Educación en salud a la población. No hay Búsqueda activa de casos de enfermedades infecto contagiosas	Enfermedades crónicas. IAM-EM-EDOC.CANCER	1	Aumento de costos de servicio a la enfermedad. Mayor costo social y económico, Menor capacidad adquisitiva, Mayor problemas sociales y familiares,
	Educación a la población. Acceso oportuno al servicio. Intersectorial.	Enfermedades Infecciosas. IRA-EDA. VIH sida. TBC	1	Atención casos severos y complicados. Tratamiento incompleto inadecuado,****
	Problemas sociales, Acceso fuentes económicas. Educación****	violencia	1	Mayor desempleo, menor poder adquisitivo acceso a capacitación y educación
	Calidad de diagnostico, Intervención sectorial, Educación social, Desarrollo social no sostenible	Salud mental	1	Diagnósticos imprecisos. Falta de atención
9	Se siguen presentando mayores causas de morbi-mortalidad de la población sin llegar a causar efectos significativos sobre ella	Falta de actividades de promoción y prevención	1	Lograría vincular mas población Materno-Infantil, Jóvenes, adultos mayor para su autocuidado
9	Mayor numero enfermedades inmuno-prevenibles: SIDA, TBC, MENINGITIS. No se trata el problema de base. Saneamiento ambiental y satisfacción de las necesidades básicas	Falta de actividades de salud pública	1	lograr reducir estas enfermedades con satisfacción básicas y saneamiento ambiental, Involucrar nuevamente las promotoras de salud rural y urbanas, reducir problemas de salud pública.



	Mayor insatisfacción, índices de violencia, suicidios, homicidios. La población cada vez está más limitada en el proceso de cumplimiento del proyecto de vida, ve que cada vez se agotan sus posibilidades, se siente engañado. Falta salud mental actuando de	falta de actividades que tienda a desarrollar acciones para mejorar las satisfacciones básicas	1	el hacer conscientes a cada persona de ella misma y que tiene como cumplir sus metas, la lleva a involucrarse en sus responsabilidades a todo nivel y debemos tener en cuenta el núcleo familiar que sería el punto de partida.
10	Guerra tarifaria, Empleo de los recursos en otras actividades, Falta de control y vigilancia, Insuficiente capacitación y formación del recurso humano.	Deficiente calidad en la prestación de servicios en EPS e IPS		Aumento de la mortalidad, Aumento de las complicaciones, pérdida de años de vida saludables, utilización inadecuada de los recursos.
	Inadecuada utilización de los recursos para promoción y prevención, utilización de estrategias de intervención inadecuadas. Corrupción	Persistencia de morbilidad y mortalidad por causas evitables		
	Intereses de enriquecimiento de particulares, Pérdida de la misión del sistema	No aplicación del concepto de aseguramiento social		No se ve a los usuarios como clientes, No se les brinda adecuada atención, No se protege sus derechos y se le niegan
	Falta de compromisos de los usuarios	Tramitología en la prestación de servicios en EPS e IPS		Falta de atención a los usuarios, Demora injustificada en la atención, Aumento de la morbilidad, complicaciones y mortalidad
	No Existe y continuidad en las acciones. Se inicia y se suspende sin valorar logros o impacto.	Ausencia de programas de P Y P		Los problemas detectados de morbimortalidad crecen considerablemente



	Se detectan problemas no intervenibles por causas de formulación plan Nacional,	Los planes de desarrollo son amarrados a políticas nacionales desconocedoras del sector local		Intervenir puntualmente y regionalizar los estudiado y Dx. Ir a la raíz de problema.
	Es necesario intervenir sectores especialmente los más pobres quienes son el gran número.	los problemas son muy generales, se necesita manejo y/o discriminar,		Si sabemos los problemas de las comunidades dependiendo de su ubicación y/o Dx, los recursos sean mas benéficos
	El sistema de salud está diseñado con muchas limitaciones y no existe controles suficientes.	Deterioro progresivo en la calidad de la atención en salud por parte de las aseguradoras,		Alcanzar lo prometido y deseando salud física y mental para los ciudadanos con calidad. Sin salud no somos nada ¿cómo queremos ser tratados y atendidos c/u de nosotros?
12	La mayor causas de consultas son por enfermedades prevenibles	No es visible la promoción y prevención dentro de las acciones a corto y largo plazo en las estrategias		Disminuir las enfermedades prevenibles en la población pereirana,
	Las directrices nacionales van encaminadas a la cobertura de salud	No se ve una acción clara que apunte a mejorar la calidad en los servicios de salud.		No se podrá lograr un efecto positivo en la salud de los beneficiarios
		Involucrar políticas específicas en lo referente a infancia		
	Las IPS, medicina legal y comisarias de familias no reportan información porque no hay un formato único que recoja la información	Implementar sistemas de información en violencia intrafamiliar y salud mental e igualmente en la vigilancia epidemiológica		Obtener datos estadísticos generales que permitan tomar decisiones oportunas e implementar programas

2. Comité Participación Social en Salud Municipal

CAUSAS	PROBLEMA	PRIORIDAD	EFFECTOS
Falta de reciclaje, el carro de recolector de basuras pasa muy tarde	Basuras		Enfermedades, fiebre e inflamación de parpados, aumento de roedores, zancudos y gallinazos



falta de subsidios de empleo, un gobierno que no cumple. Las iluminarias que embellecen la ciudad se la cobran a los usuarios	Vivienda, Servicios Públicos costosos		Falta atención en salud, alimentación, educación, hay mucha delincuencia juvenil, etc. Sino se pagan los servicios a tiempo los cortan,
Al no tener empleo tenemos un problema socio-económico	Falta de empleo		Problemas para acceder a la educación, pagar arriendo, alimentación
Ampliar el espacio para las personas vulnerables para educación y alimentación	Colaborar con los niños que están en primaria desde o hasta 5 familias en acción		Hay mucha delincuencia infantil y maltrato
Programar taller educativos con mas frecuencia	Sexualidad en niños y jóvenes, Drogadicción en adultos		Continuar con las capacitaciones
Realizar el reciclaje de basura en las horas de la noche	Basuras. Desempleo		
Falta de educación en las comunidades. Falta de intervención del gobierno municipal	Aguas estancadas en zona rural		Proliferación de mosquitos y otros insectos que transmiten enfermedades
Estrés social y económico	contaminación por reciclaje		
Mas cobertura en los restaurantes escolares	Maltrato en familias y problemas familiares		
Son causas de problemas en salud y oportunidad para los padres	Vivienda		
Malos horarios en al recolección	Basuras		Mas Moscas, Calles sucias
Aguas sucias zona rural	Falta de capacitación		Mas dengue, Mas enfermedades
Desempleo			Mas drogadicción
Desnutrición			Niños enfermos
Mejoramiento de Vivienda			Para mejor estados de salud
No hay vigilancia. Falta de trabajo para que ocupen el tiempo	Inseguridad		Demasiados robos y maltrato para la gente
Descuido de algunos padres, maltrato muchos viven solos,	Drogadicción, Desempleo		Forman pandillas, no estudian, los padres se desesperan y los hijos por eso salen a robar y matar por lo que les paguen
Son muy retardadas	Las citas medicas		Si la persona está muy enferma se puede poner peor, por falta de las citas médicas, en el hospital de cuba vamos a urgencias pero para ellos todo es normal
Mantienen sucia las calles, hay perros con chanda y	Los perros		Hay muchas contaminación y se debe de hacer cumplir el decreto



garrapatas			o llevarlos para la perrera
Tiran mucha basura a las quebradas	La quebrada		Contaminación de moscas y zancudos, etc
Falta de educación en la comunidad	Basuras	2	Las basuras sobre las avenidas, la comunidad también arroja
La demora en darlas citas de 2 a 3 meses en consulta especializada	Los turnos en el San Jorge	1	La población adulta a tempranas horas de la madrugada para pedir un turno
Las enfermedades se vuelven crónicas por falta de atención rápida	Que los centros de salud los turnos de den a corto plazo	3	Por la falta de médicos no se evacua a la población y los turnos los dan a muy largo plazo
Desconocimiento de la comunidad sobre enfermedades como tratarlas en primer instancia	Programas en salud para la comunidad en el centro de salud	5	Ayuda del gobierno municipal para estos programas
Enfermedades agudo-respiratorias, brotes y virosis	La cercanía con el río produce mosquitos, zancudos y roedores	4	Ayuda con fumigaciones para evitar las enfermedades que esto genera y ayudar con la reducción de aguas negras
Sacan las basuras en horarios inadecuados	Basuras	3	Zancudos, enfermedades, moscas, ratas
Mala alimentación, malos hábitos alimenticios, situación económica, Maltrato infantil	Nutrición	4	Bajo crecimiento, Bajo rendimiento escolar, Enfermedades
La policía no hace controles, Alto índice de drogadicción, Robos, Secuestros, Delincuencia, Rebeldía	Seguridad	2	Aumento de violencia, Atracos, Ambiente inadecuado
No tienen el personal, no hay insumos, no hay transporte, no atienden las quejas	Presencia de la secretaria de salud en la comunidad	1	Alteraciones de la Salud, Contaminación ambiental
Pocas afiliaciones.	Personas con nivel III sisben y poca afiliación a los vinculados	5	No los atienden, Mal servicio, No dan los medicamentos
Faltan médicos para una buena atención. Falta de recursos económicos	Salud: Mala cobertura, Pésima atención falta de oportunidades en la cita		Mas gente enferma, Insatisfacciones con el servicio. Mortalidad. Mas gastos institucionales, Mas privatización, Desgaste social
Falta de empleo, el plan nutricional de la alcaldía esta mal manejado por las empresas prestadoras del servicio	Desnutrición, Desempleo, Inseguridad		Muertes en infantiles, adolescentes, y adulto mayor, Bajas defensas y mas gastos médicos
Mal manejo de basuras, falta de reciclaje. Mala prestación en la empresa de aseo	Contaminación		Mas enfermedades, Mas roedores-vectores, Mal presentación de la zona



ATESA			visualmente
Falta de oportunidades y discriminación a los jóvenes	Drogadicción		Muertes, Mas indigencia Menos calidad humana, Mas inseguridad.
Mayor adolescentes en edad fértil y menos información, Educación a los padres	Embarazos no deseados		Mas drogadicción, Prostitución, Muerte y Desnutrición

4. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)

CAUSAS	PROBLEMA	PRIORIDAD	EFFECTOS
Primer nivel de complejidad esta bajo de estructura	Enfermedades prevenibles se encuentran entre primeras causas de morbi-mortalida	1	Mayor costo de cobertura. Menor Productividad de la población
Irresponsabilidad patronos para afiliación de trabajo, No hay control del sistemas sobre empresas	Evasión y elusión aportes al SGSSS	1	Dificulta para prestación del servicio, Los costos no corresponde al ente gubernamental
Falta de vigilancia sobre asignación de SISBEN. Directrices para asignación no son claras,	Población cotizante en EPS Contributivas cuentan con SISBEN	1	Menos oportunidad para la población-Favorecida: Menos alcance de metas y coberturas
Falta vigilancia a sector privado EPS	No cumplimiento de coberturas, servicios, etc a población afiliada	2	Población con mayor incidencia de prevención en enfermedades con responsabilidad directa de las EPS
	Muerte por tumores malignos en la mujer SENO-CERVIZ	1	
	Homicidios: Hombres y Mujeres	2	
	IAM: Hombres y Mujeres	3	
	Madres menores de edad	4	
	Accidentes por vehículos - motos	5	
Pobreza. Falta de oportunidad educativa	Niñez en la droga	2	Alejamiento de la niñez de la oportunidad de la droga
	Tramitología previa a la atención en salud por parte de instituciones de salud	3	Agilizar atención en salud
Falta fortalecer los programas de P y P en jóvenes y adolescentes	Embarazos no deseados en adolescentes	1	Aumento de N° de abortos en la población. Riesgo alto de muertes maternas y prenatales
Falta de personas en las ESEs para realizar actividades	Incumplimiento de metas de actividades de promoción y prevención de población de la	1	Aumento de enfermedades prevenibles como cáncer de cerviz ,próstata y seno



	ARS		
Falta de información por parte de los colegios y entidades encargadas	Difundir mas programas dentro del grupo de adolescentes sobre el uso de alcohol y drogas		Desadaptación social
Dificultad en la adquisición de los recursos. Mentalidad de conseguir dinero fácil.	Violencia e inseguridad que genera muerte violenta	1	Genera miedo en la comunidad, menos esperanza de vida. Pérdida de valores
Detención inoportuna. Falta de educación. Malos hábitos alimenticios	Altos índices de muertes por TBC	2	Aumento en la calle el N° de casos no detectados. Muertes evitables
Desconocimiento de la ciudadanía en cuanto a las enfermedades y forma de prevenirlas. Malas estrategias educativas	Constante o estática de los casos CA	3	Alimentos en casos de CA
Desintegración de la familia, Falta de educación en desarrollo mental. Programas de salud ocupacional	Aumento progresivo de enfermedades mentales a edades cortas	4	Muertes. Mas stress, Menor rendimiento laboral
Malnutrición, Prevención inadecuada	Desnutrición, Parasitismo, Agua no potables, Malnutrición	1	Bajo peso, Bajo rendimiento escolar, Perdida de capacidad de comprensión
Automedicación, Inseguridad e inoportuna atención	Desviación de evolución de la enfermedad, Aumento de complicaciones	2	Aumento de complicaciones, Aumento de mortalidad
Irracionalidad del uso de servicios médicos, aumento de costos	concientización inadecuada de la S.S.S Y S.G,S,S,S	3	Menos oportunidad de atención, Mayor costos de producción
Aumento de remisiones niveles II y III	Bajas coberturas de atención	4	Aumento de remisiones que desbordan capacidad de especialidad
Bajas coberturas de inmunización bajo reporte y seguimiento de enfermedades de salud pública	Inadecuado manejo de salud pública	5	Seguimiento pobre al servicio de salud pública
No detención temprana de cáncer	Mayor índice de morbimortalidad por CA	3	Mayor mortalidad, mayor costos de enfermedad
Desatención en programas de Py P. Inadecuado control de P y P	Mas patologías y complicaciones de HTA DM	1	Mayor morbilidad por enfermedades crónicas, Mayores gastos de recursos hospitalarios de nivel 3 y 4
Falta de campañas de prevención de ETS. Inadecuada atención en pacientes de VIH	Mas enfermedades de transmisión sexual, en especial VIH	2	Mas pacientes con VIH. Mas mortalidad y morbilidad. No impacto en los recursos destinados



Falta de campañas para el adecuado uso de aguas y residuos	Incremento en el número de casos EDA-IRA	4	Mayor números de casos en población vulnerable , mayor tasa hospitalaria
No hay disponibilidad suficiente para la atención en nivel alto de complejidad	Fortalecimiento de las redes de atención		Atención oportuna
No se llega a la población con mayor factor de riesgo	No existe suficiente demanda inducida para ofrecer a la población con mas factores de riesgo los servicios de salud		Incluir a toda la población a los programas de salud y asi se logra un fortalecimiento adecuado en salud
No hay estrategias claras, educativas llevar información a los cambios de una vida saludable	Falta estrategias claras para promover el auto cuidado de la población		Muy malos hábitos de vida saludable y aumento de las enfermedades prevenibles
Utilización inadecuado del tiempo libre	Falta Fomentar utilización adecuada del tiempo libre		Vagancia e inseguridad
Congénitas	Displasia de cadera		Deformidad, incapacidad, altos costos de tratamiento y de rehabilitación
No realización actividades P y P	Alta incidencia de enfermedades prevenibles	1	Población enferma con patologías crónicas. Incremento en los costos de atención niveles: II, III y IV
Falta difusión de programas de salud sexual y reproductiva	Embarazos no deseados en población adolescente, incremento de enfermedades de transmisión sexual	3	Aumento violencia intrafamiliar, Incremento de población con ETS,
No afiliación u un régimen del SGSSS del 100% de la población	El 100 % de la población no tiene cobertura en salud para algunas regiones	2	No atención integral en salud para el100% de la población del municipio de Pereira
Malos o deficientes P y P	Diabéticos e Hipertensos		Problemas cardiacos, Problemas renales
Educación Básica. P y P	Embarazos en Adolescentes		Niños no aceptados, Problemas familiares, Falta de educación por tener que trabajar
Educación sexual. P y P	SIDA -VIH		Problemas sociales
P Y P	EPOC		Inasistencia al trabajo, Incapacidad
Mal Control de vectores. P y P	Enfermedades virales en niños		Inasistencia a escuelas y colegios y al trabajo por las madres. Social

4. Organizaciones No Gubernamentales (ONG)

CAUSAS	PROBLEMA	PRIORIDAD	EFFECTOS
--------	----------	-----------	----------



Tenemos una gran cantidad de abuelos que pertenecen al régimen subsidiado, los cuales no tienen familia	Faltan médicos para la institución dentro de bienestar de ancianos San José		Abuelos que se encuentran con tratamientos están en el momento suspendidos
Nuestros adultos mayores la gran mayoría son incapacitados	El servicio de ambulancia es deficiente		poca movilidad y en caso de cualquier accidente queda imposible movilizarlos en otros carros
Los abuelos no son atendidos en el momento oportuno	Falta de carnetización para los abuelos censados		
Se encuentra mucha contaminación del ambiente, ya que el centro de acogida que ellos tienen es muy antihigiénico	Impacto social que causan los habitantes de la calle en el sector que nos encontramos ubicados. Seguridad		Algunos abuelos tienen la inquietud de consumir estos alucinógenos debido a que esta gente no respeta. No acceso al sistema de salud lo mas rápido posible
Contaminación del río. Relleno sanitario. Canalización de las aguas negras. Alto índice de pobreza	Medio ambiente. Educación en salud		Descomposición Social. Alto índice de morbimortalidad en adolescentes
Falta de educación para los padres. Capacitación en barrios y veedores sobre el respeto hacia los niños	Maltrato infantil que presenta gran parte de la población menor del departamento		Niños con un futuro como agresores. Grandes secuelas de enfermedades mentales
Malas campañas de educación sexual. Influencia del medio donde viven. Falta de responsabilidad paterna	Embarazos y vida sexual activa en niñas adolescentes		Personas no aptas para un futuro mejor
Carencia de recursos económicos	DNT crónico		Problemas respiratorios. Enfermedades de la piel. Mejora en campañas
Falta de escenarios. Falta de programas recreativos y deportivos	Recreación y deporte en el sector de Combia		Poco desarrollo psicomotor. Desarrollo físico
Pobreza. Falta de educación en alimentación	Mal nutrición de la población	2	Mas muertes. Baja calidad de vida
Faltan programas educativos. No se cuenta con profesionales, para trabajar este aspecto(nutricionistas-dietistas)	Deficiente o nula formación de aspectos de estilos de vida saludable	3	Mala calidad de vida
Capacitación apoyo y voluntad médica.	Lactancia materna. Morbimortalidad infantil. Prevención	4	Muertes en lactantes y menores de 5 años
Poco compromiso de educación con el problemas	Educar para prevenir desde la escuela PEI	1	Mejorar la calidad de vida. Prevenir enfermedades
Deficientes recursos que destina el estado para apoyo	Deficiente alimentación a menores de 5 años	5	Enfermedades crónicas. Mas muertes. Baja calidad de vida



de los gobernantes. Poca educación nutricional			
Acciones desintegradas. Proyectos esporádicos y no permanentes. Jardines infantiles insuficientes e inadecuadas cuidadoras	Falta de programas integrales de atención integral de atención a la primera infancia. (evidenciados)	1	Desnutrición. Enfermedades inmunoprevenibles. Problemas de desarrollo psicomotor
Problemas económicos. Altos niveles de estrés	Violencia intrafamiliar		Abusos sexuales. Maltrato infantil. Violencia conyugal. Violencia de los hijos hacia los padres
Falta de programas educativos en la crianza de los niños-niñas adolescentes.	Uso y abuso de PSA		Violencia social. Deterioro de la salud mental de los niños y jóvenes
Falta de programas permanentes que apunten a las disminución de los factores de riesgo y fortalecimiento integral de nuestra población	La edad de inicio de consumo hace unos años era de 14 años y ahora se encuentran niños que inician a los 7 años de edad		Deterioro en las relaciones familiares afecta la salud mental de nuestra población
Poca capacitación del personal asistencial y de admisiones en el CIE-10 y exigencia por su cumplimiento	Información estadística de Dx de ingresos, egresos y causas de consulta no coinciden al 100% con la realidad		Se desarrollan programas acorde a la información estadística consolidada descuidando temas que requieren prioridad
Poco entrenamiento del personal asistencial en signos de alerta en los controles de recién nacidos	Dx tardíos de las personas, en los niños presentan algún tipo de discapacidad		No puede ingresar a programas de rehabilitación que pueda disminuir la dependencia del menor en . Deterioro de la calidad de vida de toda la familia.
No se tiene programas permanentes que garanticen continuidad en la atención. Ambientes familiares deteriorados por la situación social y económica del municipio	Niños en edades escolares con diferentes problemas como déficit de atención y bajo rendimiento escolar		Para cada vigencia se debe iniciar de nuevo con la misma población, produciendo una pérdida de esfuerzos y recursos
Ingreso tardío a controles permanentes. Problemas en ocasiones previsible al momento del parto.	Población en situación de discapacidad sin cobertura y sin programas definidos		Empobrecimiento de las familias con una persona discapacitada, que deben destinar recursos y esfuerzos para atenderlos
No hay Control en los programas de crecimiento y desarrollo	No hay inclusión social. Programas de intervención a nivel de salud, educación y rehabilitación		Una red de servicios de salud en especial la pública que debe atender la discapacidad y la enfermedad
Desorganización del servicio de urgencias en aplicación de normas.	Red de urgencias local	2	Descoordinación operativa. Aprovechamiento económico.
Claridad en los procesos. Falta de liderazgo en la comunidades	Preparación continua para desastre	3	Aumento de N° de víctimas durante desastre, Menor calidad de vida en las víctimas



Realización de los elementos adecuados. Poca preparación técnica	Dotación de los grupos de desarrollo para el manejo de A.H.P	2	Disminución en la calidad de los servicios. Menor calidad de vida en las víctimas
Continuidad en el proceso realizado. Socialización de la situación actual	Identificación y caracterización de mercancías peligrosas	3	Potencializarían de sus efectos
Mejoramiento de la respuesta. Conciencia de descontaminación	Manejo intra-hospitalario de pacientes. Manejo de sustancias químicas	2	Contaminaciones
Convivencia ciudadana, poca resignificación del S:M. Pobreza y desempleo	Población habitante de la calle: adultos, niños y adulto mayor, con poca atención y asistencia	1	Muertes, pobreza, sanidad municipal, mortalidad
Educación, baja atención no adecuadas rutas, no definidos los servicios	Altos índices de VIH, embarazos en adolescentes y jóvenes	2	Poca atención al adolescente. Salud pública
Información, desempleo, necesidades en atención.	Poca practica de estilos de vida saludables. Alimentación. Familias pobres	3	Enfermedades cardiacas, enfermedades respiratorias, mal manejo de residuos, contaminación
No practica de atención con calidad	Poca disponibilidad de medicamentos para la población vulnerable	4	Nuevas consultas, Aumento de gravedad o muertes mientras se consiguen los medios
Inseguridad, convivencia, drogadicción	Reinserción laboral de jóvenes. Población habitante en las calles, familias pobres	5	prostitución juvenil, suicidios, viabilidad a familias funcional
Culturalmente la discapacidad ha estado confinada al closet. Trabajar en discapacidad no genera recursos, solo los demanda	Invisibilización de la población con discapacidad. No se ha completado el registro y caracterización		No aparece en el programa de gobierno. Sólo quienes atendemos esta población, consideramos importante trabajar con ella.
Se aborda el tema desde la caridad de particulares	Cuando se pregunta dónde está la discapacidad la respuesta es en niños. Si aparece desplazados, indigentes también deserta esta.		No se considera como un asunto de derechos
Los recortes presupuestales por lo general afecta salud y educación. No hay buena gestión de recursos.	Cada año disminuye más el escaso presupuesto para los programas de habilitación y rehabilitación		Exclusión de personas pobres y discapacitadas en programas de habilitación que les permitan mitigar los efectos de la discapacidad. Aumento de la desesperanza y desconfianza en el sector público.
No hay presupuesto, no hay interés político para trabajar por la personas con discapacidad	No hay continuidad en los programas que por lo general no duran mas de 6 a 8 meses.		La discapacidad requiere de años de intervención mediante acciones coordinadas a corto, mediano y largo plazo para alcanzar niveles de funcionalidad por tanto no se llega a



			ellos.
Se mira la discapacidad como objeto de cuidados.	No se ve las personas con discapacidad como seres humanos que requieren formar un proyecto de vida		Las personas con discapacidad son trato de improvisación de las familias y las organizaciones Los programas públicos van a cifras de coberturas y no a calidad de vida
Falta de prevención	Aumento en la discapacidad		Incremento de las personas con discapacidad
Ausencia de programas de rehabilitación	Personas con discapacidad no atendidos		Personas con discapacidad
Falta de programas	Aumento con niños y con baja visión		Los niños pierde calidad de vida
Carencia de recursos	Ocultamiento de ONGs que atienden a las personas con discapacidad		Personas con discapacidad en riesgo
Altos costos de tecnología	No se cuenta con tecnología suficiente para la atención		La atención es insuficiente
Desconocimiento de derechos del sistema general de seguridad social, deficiente atención materna y perinatal,	Morbilidad y mortalidad materna y peri natal	1	Consulta tardía. Muertes evitables
Cobertura en citologías por personal bueno pero el acceso a la colposcopia aunque ha mejorado el trámite administrativo es difícil y si se requiere cirugía es mas demorado,	Mujeres por tumores	2	
En cáncer de seno el acceso a los métodos de biopsia es demorado.			Mayor costos, mayor morbilidad, menor calidad de vida
No hay conexión directa nivel I, II, III y el usuario debe asumir todo el trámite con sus limitaciones de dinero y conocimiento de derechos			Aumento de la gravedad de las enfermedades
Desconocimiento de derechos. La no cultura de la prevención	Falta mayor difusión de prevención para sensibilizar a la población	3	El no acceso a los programas
Acción social actualiza la base de datos a salud departamental y esta no lo hace para el resto	No se actualiza la base de datos de la población desplazada en los puestos de salud para que puedan ser atendidos y los funcionarios no llaman a	1	La población no es atendida o solamente en urgencias y muchas veces los hacen firmar letras y quedan debiendo dinero



	acción social para verificar.		
Se ha incrementado en forma significativa el número de familias desplazadas	Faltan recursos para la atención de la población desplazada(medicamentos, exámenes, etc)	2	Se terminan muy rápido los convenios
Deficiencias en el aprendizaje, maltrato infantil a nivel familiar	Dificultad de lenguaje en niños y jóvenes		Niños y jóvenes con dificultades comportamentales, niños con deserción escolar
Falta de una adecuada alimentación, falta prevención y promoción en salud visual	Dificultades en la salud visual de niños y jóvenes		Niños y jóvenes con dificultades de aprendizaje
No se tiene en cuenta en las vinculaciones, no atiende especialistas	Falta cobertura de los niños y jóvenes, población especial en régimen subsidiado		Niños y jóvenes con menos acceso a atención especializada
En los centros de salud la atención médica es pobre frente a la situación de niños y jóvenes	Falta atención médica mas asertiva		
	Falta de medicamentos a nivel de trastorno mental en niños y de un psiquiatra infantil		
Violencia, Desesperanza	Trastorno mental		Suicidio, Salud pública
Violencia, desempleo, estrés, calidad de vida	Consumo de SPA		Inseguridad social, violencia, Salud pública
Violencia, desempleo, desplazamiento	Explotación sexual		Inseguridad social.
Desempleo, educación, violencia y desplazamiento	Vinculación de jóvenes a grupos irregulares al margen de la ley		Inseguridad social.
Falta de educación y desempleo	Violencia intrafamiliar		Deserciones, violencia, SPA, suicidios
Abandono	Presencia de perro callejeros en la calle		Perro vagabundos, accidentes de trafico
Reproducción incontrolada	Colonias de gatos		Necesidades en vía pública
Falta de oportunidad laboral. Tradición	Equipos de trabajo en las calles		Maltrato animal, accidentes de trafico
Adquisición de dinero. Aplicación de la ley	Explotaciones		Enfermedades, malos olores
Dueños sin responsabilidades	Perros peligrosos		Ataques a personas y otros animales

De igual manera cada una de las instituciones desarrolló una encuesta formulada desde la Secretaria de Planeación Municipal; a manera de ejemplo se transcribe la encuesta desarrollada por el CLSSS. (Ver anexo 1).



6.3. AGRUPAMIENTO PARA PRIORIZACION

Los ejercicios ejecutados por cada una de las instituciones invitadas se agrupan y condensan en los siguientes subgrupos:

PROBLEMA	CLSSS	COPACO	IPS	ACADEMICOS	ONG	PUNTAJE	VALORACION	PRIORIZACION
MORBILIDADES	PRIORIDAD							
Enfermedad Mental	1		1	1	1	4	14	1
	1			1	1	3		
	1			1		2		
	1			1		2		
	1			1		2		
Atención mental infantil insuficiente					1	1		
Desnutrición	1	1	1	1	1	5	11	2
	1	1		1	1	4		
	1				1	2		
						0		
						0		
ITS, VIH sida	1		1		1	3	6	7
			1			1		
			1			1		
			1			1		
Poliparasitismo			1			1	1	
Violencia Homicidios	1		1	1		3	9	4
	1		1	1		3		
	1					1		
	1	1				2		
Maltrato en familias. Maltrato Infantil. Violencia Intrafamiliar		1		1	1	3	5	8
					1	1		
					1	1		
						0		
Enfermedades Crónicas y DM, Hipertensión arterial, EPOC	1		1	1		3	8	5
	1		1	1		3		
	1					1		
			1			1		
Mortalidad por Infarto Agudo de Miocardio Y RENOASCULAR			1	1		2	3	
			1			1		
Mortalidad y Morbilidad por			1	1		2	3	



				1		1		
Alta frecuencia de IRA y EDA	1		1			2	5	9
	1					1		
	1					1		
	1					1		
Desprotección Infantil	1					1	3	
		1		1		2		
Problemas de Salud Oral					1	1	2	
	1					1		
Permanencia de principales causas de Morbimortalidad que son prevenibles	1		1			2	4	
	1		1			2		
Morbimortalidad asociada al proceso de embarazo parto	1				1	2	3	
					1	1		
Embarazos No Deseados		1	1	1		3	5	10
			1			1		
				1		1		
Embarazos Adolescentes en			1	1	1	3	7	6
			1	1		2		
			1			1		
				1		1		
Drogadicción		1	1	1	1	4	10	3
		1	1		1	3		
		1			1	2		
		1				1		
Alta mortalidad asociada a cáncer de Cérvix y mama			1	1	1	3	3	
Alta prevalencia de Cáncer			1		1	2	3	
			1			1		
Alta prevalencia de TBC			1			1	2	
			1			1		
Displasia de Cadera			1			1		
Enfermedades Virales en Niños			1			1		
Problemas con la salud oral				1		1		
Problemas selectivos del desarrollo en niños					1	1		
ASOCIADAS AL SERVICIO						0		
Hospitalizaciones Patologías Prevenibles	1					1	1	



Acceso difícil al Servicio de Salud	1		1			2	2	3
Ofertas de salud poco efectivas	1					1	1	
Citas medicas		1				1	1	
Los turnos demorados en el H U San Jorge		1			1	2	2	4
Las citas demoradas en la ESE Salud Pereira		1				1	1	
		1				1	1	
Programas de salud más cercanos a la comunidad		1				1	1	
Pésima calidad de la atención (Deshumanización)		1		1		2	6	2
		1		1		2		
		1		1		2		
Tramitología previa a la atención en salud por parte de instituciones de salud			1			1	1	
Baja disponibilidad de servicios de alta complejidad					1	1	1	
Diagnósticos inadecuados				1	1	2	2	5
Faltan médicos para la institución dentro de bienestar de ancianos San José					1	1	1	
El servicio de ambulancia es deficiente					1	1	10	1
Deficiente atención a personas con discapacidades					1	1		
					1	1		
					1	1		
				1	1	2		
				1	1	2		
					1	1		
Deficitaria la red de Urgencias Local					1	1	1	
Falta adecuada preparación para los desastres					1	1	1	



ASOCIADAS A PROMOCION Y PREVENICION						0		
Desinterés Actividades Promoción y P	1					1	1	
Falta de actividades de promoción y prevención	1				1	2	2	4
	1				1	2	2	5
No es visible la promoción y prevención dentro de las acciones a corto y largo plazo en las estrategias						0	0	
Mal manejo de la sexualidad en niños y en adolescentes		1				1	1	
Incumplimiento de metas de actividades de promoción y prevención de población de la ARS			1			1	1	
Inadecuado manejo de la Salud Publica			1			1	1	
Insuficiente demanda inducida			1			1	1	
Falta estrategias claras para promover el auto cuidado de la población			1			1	1	
Falta Fomentar utilización adecuada del tiempo libre						0	0	
Inadecuado Control de Riesgos modificables				1		1	1	
Falta de cultura en las personas en cuanto a los hábitos saludables				1	1	2	4	1
				1	1	2		
No está definido el Programa de Salud Visual en Pereira				1	1	2	3	2
					1	1		
No existe formulación de				1		1		



Planes articulados con salud ocupacional.								
Falta de Programas de recreación y Deporte			1			1		
Faltan Programas de Lactancia Materna					1	1		
falta de Programas Integrales para la niñez y la infancia					1	1	3	3
					1	1		
					1	1		
SANEAMIENTO AMBIENTAL								
Contaminación y mayor cantidad de ambientes insalubres	1				1	2	2	3
Bajas coberturas de agua potable y de calidad	1		1			2	2	4
Las Basuras contaminan toda la ciudad		1		1		2	7	1
		1				1		
		1				1		
		1				1		
		1				1		
Aguas estancadas en zona rural		1				1		
Contaminación por reciclaje		1				1		
		1				1		
Perros Callejeros (perros peligrosos)		1		1	1	3	3	2
					1	1		
Contaminación Ambiental		1		1		2	2	5
Quebradas que contaminan						0		
Proliferación de zancudos y roedores por la cercanía de Río Otún		1				1		
Poca preparación para manejo de sustancias químicas						0		



ADMINISTRATIVOS								
Inadecuado Sistema de Información en Salud	1			1	1	3	7	1
	1			1	1	3		
Inadecuado sistemas de información en violencia intrafamiliar, salud mental y en la vigilancia epidemiológica				1		1	1	
Duplicidad de funciones y desprotección en algunos sectores	1					1	1	
Falta planeación conjunta para la aplicación de nuevos proyectos necesidades	1		1			2	2	
Deficiente calidad en la prestación de servicios en EPS e IPS	1	1			1	3	3	2
Tramitología en la prestación de servicios en EPS e IPS	1					1	1	
Los planes de desarrollo son amarrados a políticas nacionales desconocedoras del sector local	1			1		2	2	5
los problemas son muy generales, se necesita manejo y/o discriminar,	1					1	1	
Deterioro progresivo en la calidad de la atención en salud por parte de las aseguradoras,	1	1			1	3	3	4
No se ve una acción clara que apunte a mejorar la calidad	1					1	1	



en los servicios de salud.								
Falta de Presencia de la Secretaria de Salud en la Comunidad		1	1		1	3	3	3
Debilidad en la gestión social de proyectos de intervención en comunidades objeto.				1		1	1	
DE OTRO ORDEN SOCIAL								
Altas tasas de desempleo	1	1		1	1	4	8	1
		1			1	2		
		1			1	2		
Bajo nivel educativo de la población	1					1	3	3
	1					1		
		1				1		
Deserción Escolar	1					1		
Falta de Protección para niños Escolares		1				1		
falta de actividades que tiendan a desarrollar acciones para mejorar las satisfacciones básicas	1					1		
Inseguridad vial	1					1		
Vivienda, Servicios Públicos costosos		1				1		
Falta de Vivienda		1		1		2	4	2
	1	1				2		
Inseguridad		1				1	2	4
		1				1		
Brecha existente entre la academia y el sector salud en el desarrollo de programas.				1		1		
Impacto social que causan los habitantes de la calle				1	1	2	2	5
Pobreza					1	1		
Censos						0		



inadecuados en desplazados								
Explotación Sexual					1	1		
Vinculación de jóvenes a grupos irregulares al margen de la ley					1	1		
ASEGURAMIENTO						0		
Insuficiente afiliación al S.G.S.S	1		1	1	1	4	4	1
No aplicación del concepto de aseguramiento social			1			1		
Personas con nivel III sisben y poca afiliación a los vinculados		1	1			2	2	3
Evasión y Elusión alta en el SGSSS			1		1	2	2	4
Población cotizante en EPS Contributivas cuentan con SISBEN			1			1		
No cumplimiento de coberturas, servicios, etc a población afiliada			1	1		2	2	5
Inadecuada distribución del SISBEN a la población.			1	1		2	3	2
				1		1		
Falta de carnetización para los abuelos censados					1	1		

Con este instrumento se realiza el proceso de Priorización resultando de este ejercicio los siguientes problemas a intervenir en su orden:

ASOCIADAS A MORBILIDAD	
1	Enfermedad Mental
2	Desnutrición



3	Drogadicción
4	Violencia y Homicidios
5	Enfermedades Crónicas y DM, Hipertensión arterial, EPOC
6	Embarazos en Adolescentes
7	Infecciones de Transmisión Sexual VIH / SIDA
8	Maltrato en familias. Maltrato Infantil. Violencia Intrafamiliar
9	IRA y EDA
10	Embarazos No Deseados
ASOCIADAS AL SERVICIO	
1	Deficiente Atención a Personas con Discapacidades
2	Pésima calidad de la atención (Deshumanización)
3	Acceso difícil al Servicio de Salud
4	Los turnos demorados en el H U San Jorge
5	Diagnósticos inadecuados
ASOCIADAS A PROMOCION Y A PREVENCION	
1	Falta de cultura en las personas en cuanto a los hábitos saludables
2	No está definido el Programa de Salud Visual en Pereira
3	falta de Programas Integrales para la niñez y la infancia
4	Falta de actividades de promoción de la salud
5	Falta de actividades de prevención de la enfermedad
ASOCIADAS A SANEAMIENTO AMBIENTAL	
1	Las Basuras contaminan toda la ciudad
2	Perros Callejeros (perros peligrosos)
3	Contaminación y mayor cantidad de ambientes insalubres
4	Bajas coberturas de agua potable y de calidad
5	Contaminación Ambiental
ASOCIADOS A ASUNTOS ADMINISTRATIVOS	
1	Inadecuado Sistema de Información en Salud
2	Deficiente calidad en la prestación de servicios en EPS e IPS
3	Falta de Presencia de la Secretaria de Salud en la Comunidad
4	Deterioro progresivo en la calidad de la atención en salud por parte de las aseguradoras,
5	Los planes de desarrollo son amarrados a políticas nacionales desconocedoras del sector local
ASOCIADAS A OTROS ASUNTOS SOCIALES	
1	Altas tasas de desempleo
2	Falta de vivienda



3	Bajo nivel educativo de la población
4	Inseguridad
5	Impacto social que causan los habitantes de la calle
ASOCIADAS A ASEGURAMIENTO	
1	Insuficiente afiliación al SGSSS
2	Inadecuada distribución del SISBEN a la población.
3	Personas con nivel III SISBEN y poca afiliación a los vinculados
4	Evasión y elusión alta en el SGSSS
5	No cumplimiento de coberturas, servicios, etc a población afiliada

Los problemas priorizados se analizaron cada uno teniendo como insumo la información aportada por los asistentes a cada mesa de trabajo y consignados en los papeles de trabajo. Cada problema se trabajó así:

6.4. PROBLEMAS PRIORIZADOS DESDE LA VISION DE LA MORBILIDAD

N.	CAUSAS	PROBLEMA	CONSECUENCIAS
1	Desempleo. Pocas Políticas de Salud Mental	ALTA PREVALENCIA DE ENFERMEDAD MENTAL	Aumento de Morbi-Mortalidad. Desajuste Familiar



	Falta de estudios causales, Falta de diagnóstico		Suicidios. Violencia e indiferencia
	Dificultad en la adquisición de los recursos. Mentalidad de conseguir dinero fácil.		Genera miedo en la comunidad, menos esperanza de vida. Pérdida de valores
	Desintegración de la familia, Falta de educación en desarrollo mental. Programas de salud ocupacional		Muertes. Mas estrés, Menor rendimiento laboral
	Ambiente social que propicia la aparición y permanencia de éstas enfermedades.		Deterioro de la calidad de vida del paciente y su círculo social por factores económicos.
	- Situación socio-económica de la población. - Altos niveles de exigencia social consumista. - Altos índices de abandono de niños.		- Aumento de edad de la ocurrencia del suicidio. - Aumento en jóvenes y niños de consumo de SPA. - Aumento índices de maltrato y violencia intrafamiliar.
	- Falta de recurso humano capacitada. - Desactualización de los profesionales.		- Suicidios, homicidios. - Toxicomanía.
	Violencia, Desesperanza		Suicidio, Salud pública

	Altos índices de pobreza. Información y educación insuficientes		Trastornos biológicos en el desarrollo mental y social.
--	---	--	---

2		ALTA FRECUENCIA DE HAMBRE Y DESNUTRICION	
---	--	---	--



	Altos costos canasta básica. Costumbres regionales		Aumento de enfermedades, Bajo rendimiento escolar.
	Alto nivel de desempleo. Alto costo de la canasta familiar. Poco apoyo del gobierno		Bajo rendimiento escolar. Alta incidencia de enfermar
	Mala alimentación, malos hábitos alimenticios, situación económica, Maltrato infantil		Bajo crecimiento, Bajo rendimiento escolar, Enfermedades
	Falta de empleo, el plan nutricional de la alcaldía está mal manejado por las empresas prestadoras del servicio		Muertes en infantiles , adolescentes, y adulto mayor, Bajas defensas y mas gastos médicos
	- Ausencia de recursos económicos. - Hábitos alimenticios.		Deficiente rendimiento académico.
	- Pobreza y falta de oportunidades. - Registros inadecuados. Ausencia de información y falta de investigación.		Falta de sociabilidad de niños y niñas
	Carencia de recursos económicos		Problemas respiratorios. Enfermedades de la piel. Mejora en campañas
	Pobreza. Falta de educación en alimentación		Más muertes. Baja calidad de vida

3	Descuido de algunos padres, maltrato muchos viven solos,	DROGADICCION	Forman pandillas, no estudian, los padres se desesperan y los hijos por eso salen a robar y matar por lo que les paguen
	Falta de oportunidades y discriminación a los jóvenes		Muertes, Mas indigencia Menos calidad humana, Mas inseguridad.
	Pobreza. Falta de oportunidad educativa		Alejamiento de la niñez de la oportunidad de la droga
	Falta de información por parte de los colegios y entidades encargadas		Desadaptación social
	- Familias disfuncionales. - Falta de afecto del núcleo familiar.		Homicidio - Suicidios - Trastornos mentales.
	Falta de programas educativos en la crianza de los niños-niñas adolescentes.		Violencia social. Deterioro de la salud mental de los niños y jóvenes
	Violencia, desempleo, estrés, calidad de vida		Inseguridad social, violencia, Salud pública

4	Pandillas juveniles. Desplazamiento forzado	VIOLENCIA Y HOMICIDIOS	Aumento de mortalidad. Prostitución infantil
---	---	-------------------------------	--



	Falta de empleo, falta de educación, falta de convivencia.		Inseguridad. Muerte
	Problemas sociales, Acceso fuentes económicas. Educación****		Mayor desempleo, menor poder adquisitivo acceso a capacitación y educación
	Dificultad en la adquisición de los recursos. Mentalidad de conseguir dinero fácil.		Genera miedo en la comunidad, menos esperanza de vida. Pérdida de valores
	- Consumo licor y SPA. - Falta de estrategias educativas para la formación en resolución pacífica de conflictos. - Generalización de lo ilícito como aceptable en la sociedad. - Altos índices de migración al exterior.		- Muerte de población joven. - Incremento procesos jurídicos y legales saturación de cárceles y juzgados. - Ansiedad generalizada en la población por temor al riesgo de violencia.
	- Maltrato infantil. Descomposición Social.		- Problemas mentales. - Embarazos en adolescentes.

5	Promoción y Prevención y atención en 1º nivel insuficiente. Programas que no operan bien	ENFERMEDADES CRONICAS: HIPERTENSION ARTERIAL, EPOC, DIABETES	Altos índices de mortalidad . Altos costos al S.G.S.S.S,
---	--	---	--



<p>Poca promoción y prevención. Baja búsqueda de las patologías. Bajo nivel de concientización.</p>		<p>Alta incidencia de morbilidad. Alto costo para la familia y la nación. Alta incidencia de discapacidad laboral o funcional</p>
<p>Educación a la población. Oportunidad de servicio. Búsqueda activa.*****</p>		<p>Aumento de servicio. Mayor costo social y económico, Menor capacidad adquisitiva, Mayor problemas sociales y familiares,</p>
<p>Desatención en programas de P y P. Inadecuado control de P y P</p>		<p>Mayor morbilidad por enfermedades crónicas, Mayores gastos de recursos hospitalarios de nivel 3 y 4</p>
<p>Malos o deficientes P y P</p>		<p>Problemas cardíacos, Problemas renales. Inasistencia al trabajo, Incapacidad</p>
<p>Inadecuado diagnóstico</p>		<p>Deterioro en la calidad de vida del paciente y su círculo social; consecuencias biopsicosociales de la atención individual y colectiva. Impacto en el aspecto socioeconómico del círculo familiar de los pacientes</p>
<p>- Estilos de vida no saludables. Falta de continuidad en el manejo. - Falta de adherencia de los profesionales a las guías de manejo.</p>		<p>- Mala calidad de vida de las personas. - Altos costos de atención.</p>
<p>Baja calidad en atención. - Poco tiempo para la atención.</p>		<p>Incremento morbimortalidad</p>



6.5. PROBLEMAS PRIORIZADOS : ASOCIADOS AL SERVICIO

N.	CAUSAS	PROBLEMA	CONSECUENCIAS
1	Poca capacitación del personal asistencial y de admisiones en el CIE-10 y exigencia por su cumplimiento	DEFICIENTE ATENCION EN SALUD A PERSONAS CON DISCAPACIDADES	Se desarrollan programas acorde a la información estadística consolidada descuidando temas que requieren prioridad
	Poco entrenamiento del personal asistencial en signos de alerta en los controles de recién nacidos		No puede ingresar a programas de rehabilitación que pueda disminuir la dependencia del menor en . Deterioro de la calidad de vida de toda la familia.
	No se tiene programas permanentes que garanticen continuidad en la atención. Ambientes familiares deteriorados por la situación social y económica del municipio		Para cada vigencia se debe iniciar de nuevo con la misma población, produciendo una pérdida de esfuerzos y recursos
	Ingreso tardío a controles permanentes. Problemas en ocasiones previsibles al momento del parto.		Empobrecimiento de las familias con una persona discapacitada, que deben destinar recursos y esfuerzos para atenderlos
	No hay Control en los programas de crecimiento y desarrollo		Una red de servicios de salud en especial la pública que debe atender la discapacidad y la enfermedad
	Se aborda el tema desde la caridad de particulares		No se considera como un asunto de derechos
	Los recortes presupuestales por lo general afecta salud y educación. No hay buena gestión de recursos.		Exclusión de personas pobres y discapacitadas en programas de habilitación que les permitan mitigar los efectos de la discapacidad. Aumento de la desesperanza y desconfianza en el sector público.
	Falta de prevención		Incremento de las personas con discapacidad
2	Guerra tarifaria, Empleo de los recursos en otras actividades, Falta de control y vigilancia, Insuficiente capacitación y formación del recurso humano.	PESIMA CALIDAD DE LA ATENCION EN LAS IPS Y LAS ESES (Deshumanización)	Aumento de la mortalidad, Aumento de las complicaciones, perdida de años de vida saludables, utilización inadecuada de los recursos.



	No se ve una acción clara que apunte a mejorar la calidad en los servicios de salud.		No se podrá lograr un efecto positivo en la salud de los beneficiarios
	Faltan médicos para una buena atención. Falta de recursos económicos		Mas gente enferma, Insatisfacciones con el servicio. Mortalidad. Mas gastos institucionales, Mas privatización, Desgaste social
	Bajos salario profesionales. Mucha burocracia		Poca motivación para las contrataciones. Atención al usuario solo en lo permitido por la ley
	- Planes de formación descontextualizada. - Sistema de atención (tiempos suministros)		- Insatisfacción del usuario. - Complicaciones en salud del usuario, aumenta estancias y costos.

3	Encuesta del SISBEN incorrectamente aplicada y/o politizada. Falta contratos con entidades privadas para atender población vinculada	ACCESO DIFICIL AL SERVICIO DE SALUD	Traumatología para atención patologías simples y complejas. El ciudadano siente abandono del estado
	Desempleo.		Agravamiento de las enfermedades
	Cuotas moderadoras costosas		Solo se consulta por urgencias
	Por la falta de médicos no se evacua a la población y los turnos los dan a muy largo plazo		Las enfermedades se vuelven crónicas por falta de atención rápida
	Faltan médicos para una buena atención. Falta de recursos económicos		Mas gente enferma, Insatisfacciones con el servicio. Mortalidad. Mas gastos institucionales, Mas privatización, Desgaste social
	Irracionalidad del uso de servicios médicos, aumento de costos		Menos oportunidad de atención, Mayor costos de producción
	Desatención en programas de Py P. Inadecuado control de P y P		Mayor morbilidad por enfermedades crónicas, Mayores gastos de recursos hospitalarios de nivel 3 y 4

4	La demora en darlas citas de 2 a 3 meses en consulta especializada	TURNOS DE ESPECIALISTA DEMORADOS EN EL Hospital UNIVERSITARIO SAN JORGE	La población adulta a tempranas horas de la madrugada para pedir un turno
	Malos procesos de atención		Molestias para el paciente
	Mucho tiempo entre control y control		Complicaciones de la enfermedad mas frecuentes.

5	Los médicos no tienen tiempo para examinar al enfermo	DIAGNOSTICOS INADECUADOS	Los pacientes se complican
---	---	---------------------------------	----------------------------



Atención a los enfermos muy rápida y sin juicio		Mala imagen para la institución y un peligro para el enfermo
Algunos funcionarios buscan manejar síntomas mas no diagnosticar la enfermedad		Inadecuado tratamiento generando resistencia o complicaciones mayores.
- Poder de negociación entre los agentes implicados (Salud). - Falta articulación entre el sector salud y el educativo.		- Desaprovechamiento de los recursos y potencial humano. - Duplicidad de acciones que quedan sin seguimiento.

6.6. PROBLEMAS PRIORIZADOS DESDE LA VISION DE PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

N.	CAUSAS	PROBLEMA	CONSECUENCIAS
1	Faltan programas educativos. No se cuenta con profesionales, para trabajar este aspecto(nutricionistas-dietistas)	FALTA DE CULTURA EN LAS PERSONAS EN CUANTO A LOS HÁBITOS SALUDABLES	Mala calidad de vida
	Falta de educación		Aumentan los riesgos para la salud
	No se enseña salud en la escuela ni en los colegios		Las familias no se interesan por la salud
	Acceso servicio P y P, salud sexual reproductiva. Red de <u>atención</u> no articulado . Entrenamiento y cualificación personal. Detención oportuna del riesgo		Tasas de mortalidad materna y prenatal. Atención inadecuada. Revisión tardía en el nivel primario de atención
	Inadecuada Educación en salud a la población. No hay Búsqueda activa de casos de enfermedades infecto contagiosas		Aumento de costos de servicio a la enfermedad. Mayor costo social y económico, Menor capacidad adquisitiva, Mayor problemas sociales y familiares,
	No hay estrategias claras, educativas llevar información a los cambios de una vida saludable		Muy malos hábitos de vida saludable y aumento de las enfermedades prevenibles
	Utilización inadecuado del tiempo libre		Vagancia e inseguridad
	En algunas instituciones de salud no se hace buen énfasis en cómo llevar una buena calidad de vida		Se incrementa la mortalidad por mal manejo de enfermedades prevenibles

2	Falta de programas	NO ESTA	Los niños pierde calidad de vida
---	--------------------	----------------	----------------------------------



	Carencia de recursos		Personas con discapacidad en riesgo
	No aparece en los perfiles epidemiológicos		niños que llegan a adultos con problemas visuales que ya no se pueden resolver
	No realización actividades P y P		Población enferma con patologías crónicas. Incremento en los costos de atención niveles: II, III y IV
	- Falta de indicadores. - Falta de capacitación a los agentes de salud en todos los niveles.		- Disminución de la calidad de vida. - No se detecta la morbilidad.

3	Desconocimiento de la importancia de la niñez	FALTA DE PROGRAMAS INTEGRALES PARA LA NINEZ Y LA INFANCIA	Aumento de la enfermedad y la muerte en niños por causas evitables
	Los adolescentes existen para el sistema solo cuando generan problemas		Morbilidad y mortalidad en adolescentes
	Programas fraccionados y de poca continuidad		perdida de recursos económicos y falta de credibilidad entre las personas
	Falta de información por parte de los colegios y entidades encargadas		Desadaptación social
	Desconocimiento de derechos. La no cultura de la prevención		El no acceso a los programas

4	Programas de P y P desconocidos por la población o no despierta interés. Falta integración vertical e intersectorial en PyP	DESINTERES ACTIVIDADES PROMOCION DE LA SALUD Y	No adherencia a los programas de P y P. Mayor costo en salud. Aumento demanda del servicio
---	---	---	--



	Falta de personas en las ESEs para realizar actividades		Aumento de enfermedades prevenibles como cáncer de cerviz, próstata y seno
	Falta de campañas de prevención de ETS. Inadecuada atención en pacientes de VIH		Más pacientes con VIH. Más mortalidad y morbilidad. No impacto en los recursos destinados
	No existe suficiente demanda inducida para ofrecer a la población con mas factores de riesgo los servicios de salud		No se llega a la población con mayor factor de riesgo
	Falta de culturalización de adolescentes en cuanto a una sexualidad responsable		Promiscuidad, aumento de ETS, maternidad no deseada en adolescentes, además de incrementar la violencia y maltrato.
	Deficiencias en el aprendizaje, maltrato infantil a nivel familiar		Niños y jóvenes con dificultades comportamentales, niños con deserción escolar

	Se siguen presentando mayores causas de morbi-mortalidad de la población sin llegar a causar efectos significativos sobre ella		Lograría vincular mas población Materno-Infantil, Jóvenes, adultos mayor para su autocuidado
--	--	--	--

5		<p>ACTIVIDADES INSUFICIENTES DE PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD</p>	
---	--	--	--



<p>Mayores enfermedades inmuno-prevenibles: SIDA, TBC, MENINGITIS. No se trata el problema de base. Saneamiento ambiental y satisfacción de las necesidades básicas</p>		<p>Lograr reducir estas enfermedades con satisfacción básicas y saneamiento ambiental, Involucrar nuevamente las promotoras de salud rural y urbanas, reducir problemas de salud pública.</p>
<p>No Existe y continuidad en las acciones. Se inicia y se suspende sin valorar logros o impacto.</p>		<p>Los problemas detectados de morbilidad crecen considerablemente</p>
<p>Bajas coberturas de inmunización bajo reporte y seguimiento de enfermedades de salud pública</p>		<p>Seguimiento pobre al servicio de salud pública</p>
<p>Falta difusión de programas de salud sexual y reproductiva</p>		<p>Aumento violencia intrafamiliar, Incremento de población con ETS,</p>
<p>Educación Básica y P</p>		<p>Niños no aceptados, Problemas familiares, Falta de educación por tener que trabajar</p>
<p>- Falta de cultura en prevención en la población.</p>		<p>- Mala calidad de vida de las personas. - Altos costos de atención.</p>
<p>Falta de escenarios. Falta de programas recreativos y deportivos</p>		<p>Poco desarrollo psicomotor. Desarrollo físico</p>



6.7. PROBLEMAS PRIORIZADOS DESDE LA VISION DE SANEAMIENTO AMBIENTAL

N.	CAUSAS	PROBLEMA	CONSECUENCIAS
1	Falta de reciclaje, el carro de recolector de basuras pasa muy tarde	LAS BASURAS CONTAMINAN TODA LA CIUDAD	Enfermedades, fiebre e inflamación de párpados, aumento de roedores, zancudos y gallinazos
	Malos horarios en al recolección		Mas Moscas, Calles sucias
	Falta de educación en las comunidades. Falta de intervención del gobierno municipal		Proliferación de mosquitos y otros insectos que transmiten enfermedades
	Falta de educación en la comunidad		Las basuras sobre las avenidas, la comunidad también arroja
	Sacan las basuras en horarios inadecuados		Zancudos, enfermedades, moscas, ratas
	Mal manejo de basuras, falta de reciclaje. Mala prestación en la empresa de aseo ATESA		Mas enfermedades, Mas roedores-vectores, Mala presentación de la zona visualmente
2	Mantienen sucia las calles, hay perros con chanda y garrapatas	PROLIFERACION DE PERROS CALLEJEROS (PERROS PELIGROSOS)	Hay mucha contaminación y se debe de hacer cumplir el decreto o llevarlos para la perrera
	Abandono		Perro vagabundos, accidentes de tráfico
	Reproducción incontrolada		Necesidades en vía pública
	Necesidades en vía pública		Ciudad sucia
	Malos cuidadores de perros		Maltrato animal, accidentes de tráfico
	No acatamiento de las normas sobre perros peligrosos		Lesiones en niños y otras personas
	Dueños sin responsabilidades		Ataques a personas y otros animales
	Falta de conciencia y cultura, por el respeto del medio ambiente. Controles limitados y sanciones poco severas.		Mayor morbilidad por enfermedades infectocontagiosas. Problemas respiratorios. Dermatitis. <u>Neoplasias</u>
3		CONTAMINACION Y ALTA CANTIDAD DE DE AMBIENTES INSALUBRES	



	La cercanía con el río produce mosquitos, zancudos y roedores		Enfermedades agudo-respiratorias, brotes y virosis
	Falta de campañas para el adecuado uso de aguas y residuos		Mayor números de casos en población vulnerable , mayor tasa hospitalaria
	Mal Control de vectores. P y P		Inasistencia a escuelas y colegios y al trabajo por las madres. Social
	Falta de educación ciudadana		- Problemas de saneamiento ambiental. - Inadecuada utilización de recursos materiales y humanos.

4	Falta de acueductos y redes. Ausencia de control de calidad del agua	BAJAS COBERTURAS DE AGUA POTABLE Y MALA CALIDAD	Alta morbilidad por EDA. Parasitosis
	Poca preocupación por el agua en zonas rurales		Aumenta las enfermedades Hídricas
	No se cuidan las cuencas ni las micro cuencas		Escasez de agua a la vista
	La Carder no cuida adecuadamente las fuentes		Falta agua en veranos prolongados

5	Tiran mucha basura a las quebradas	CONTAMINACION AMBIENTAL GENERAL	Contaminación de moscas y zancudos, etc
	Contaminación del río. Relleno sanitario. Canalización de las aguas negras. Alto índice de pobreza		Descomposición Social. Alto índice de morbimortalidad en adolescentes

6.8.PROBLEMAS PRIORIZADOS DESDE LA VISION DE LOS ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

N.	CAUSAS	PROBLEMA	CONSECUENCIAS
1	Sin información adecuada e completa, criterios e interpretación de registros	INADECUADO SISTEMA DE INFORMACION EN SALUD	Conocimientos parciales de la población, adicionados al problema y el alto índice de morbilidad de la población.



	<p>Inestabilidad de los funcionarios. Software poco potente y no compartido</p> <p>Las IPS, medicina legal y comisarias de familias no reportan información por que no hay un formato único que recoja la información</p> <p>- Inadecuada recepción de la información por parte de los funcionarios.</p> <p>Acción social actualiza la base de datos a salud departamental y esta no lo hace para el resto</p> <p>- Disminución recursos sector salud. - Rotación y corta desviación de los proyectos de intervención. - Politiquería en sector salud que facilita la participación de personas no idóneas.</p>		<p>Información insuficiente, información incompleta. Toma de decisiones mal aporadas</p> <p>Datos estadísticos generales que no permiten tomar decisiones oportunas e implementar programas</p> <p>- Población desprotegida. Duplicidad de afiliación. Ineficiencia de los recursos.</p> <p>La población no es atendida o solamente en urgencias y muchas veces los hacen firmar letras y quedan debiendo dinero</p> <p>- Incremento de la morbimortalidad evitables. - Incremento de patologías de alto costo.</p>
--	---	--	---

	<p>Poca preparación técnica</p>		<p>Disminución en la calidad de los servicios. Menor calidad de vida en las víctimas</p>
--	---------------------------------	--	--

<p>2</p>		<p>DEFICIENTE CALIDAD EN LA PRESTACION DE SERVICIOS EN IPS Y EN EPS</p>	
----------	--	--	--



	La demora en darlas citas de 2 a 3 meses en consulta especializada		La población adulta a tempranas horas de la madrugada para pedir un turno
	Irracionalidad del uso de servicios médicos, aumento de costos		Menos oportunidad de atención, Mayor costos de producción
	Algunos funcionarios buscan manejar síntomas mas no diagnosticar la enfermedad		Inadecuado tratamiento generando resistencia o complicaciones mayores.
	El servicio de ambulancia es deficiente		poca movilidad y en caso de cualquier accidente queda imposible movilizarlos en otros carros
	En los centros de salud la atención médica es pobre frente a la situación de niños y jóvenes		Morbilidad agravada en niños y jóvenes
	No hay conexión directa nivel I, II, III y el usuario debe asumir todo el trámite con sus limitaciones de dinero y conocimiento de derechos		Aumento de la gravedad de las enfermedades
	En cáncer de seno el acceso a los métodos de biopsia es demorado.		Mayor costos, mayor morbilidad, menor calidad de vida
Citas muy retardadas	Los enfermos se empeoran		

3	No tienen el personal, no hay insumos, no hay transporte, no atienden las quejas	FALTA DE PRESENCIA DE LA SECRETARIA DE SALUD EN LA COMUNIDAD	Alteraciones de la Salud, Contaminación ambiental
	Bajas coberturas de inmunización bajo reporte y seguimiento de enfermedades de salud pública		Seguimiento pobre al servicio de salud pública
	Poco entrenamiento del personal asistencial en signos de alerta en los controles de recién nacidos		No puede ingresar a programas de rehabilitación que pueda disminuir la dependencia del menor. Deterioro de la calidad de vida de toda la familia.
	- Poder de negociación entre los agentes implicados (Salud). - Falta articulación entre el sector salud y el educativo.		- Desaprovechamiento de los recursos y potencial humano. - Duplicidad de acciones que quedan sin seguimiento.
	Comunicación de entidades públicas y privadas prestadoras de salud		Sectores de salud desprotegidos en proyectos y prestación de servicios de salud,

4	No practica de atención con calidad	DETERIORO PROGRESIVO EN LA CALIDAD DE	Nuevas consultas, Aumento de gravedad o muertes mientras se consiguen los medios
---	-------------------------------------	--	--



	Desconocimiento de derechos del sistema general de seguridad social, deficiente atención materna y perinatal,		Consulta tardía. Muertes evitables
	Desorganización del servicio de urgencias en aplicación de normas.		Descoordinación operativa. Aprovechamiento económico.
	Personal intolerante y no apto para la atención al usuario		Inconformidad por parte del usuario en el trato recibido por el funcionario.
	Bajos salario profesionales. Mucha burocracia		Poca motivación para las contrataciones. Atención al usuario solo en lo permitido por la ley

5	Políticas nacionales que no conocen la realidad local	LOS PLANES DE DESARROLLO ESTAN AMARRADOS A POLITICAS NACIONALES QUE DESCONOCEN LA REALIDAD DE LOS LOCAL	Duplicidad de funciones y desprotección en algunos sectores
	- Necesidad de mayor coordinación interinstitucionales e interdisciplinario. - Dispersión del impacto en salud pública.		- Disminución en la identidad cultural del cuidado y autocuidado. - Poco empoderamiento de su salud a las personas que integran la comunidad.
	Falta de articulación entre el Plan de Desarrollo Departamentao y Local		- No se pueden ejecutar acciones. - Duplicidad en los recursos.
	- Falta de indicadores. - Falta de capacitación a los agentes de salud en todos los niveles.		No hay seguimiento adecuado
	- Planes de formación descontextualizada. - Sistema de atención (tiempos suministros)		- Insatisfacción del usuario. - Complicaciones en salud del usuario, aumenta estancias y costos.
	Las directrices nacionales van encaminadas a la cobertura de salud		No se podrá lograr un efecto positivo en la salud de los beneficiarios

6.9. PROBLEMAS PRIORIZADOS DESDE LA VISION DE OTRAS SITUACIONES SOCIALES

N.	CAUSAS	PROBLEMA	CONSECUENCIAS
1	Concepto equivocado. Bajas oportunidades	ALTAS TASAS DE DESEMPLEO	Deserción a otros países de mano calificada. Subempleo. Aumento de competencia desleal y contrabando



	Baja capacitación. Ausencias de garantías para la inversión. Altas cargas tributarias.		Familias con necesidades básicas insatisfechas
	Bajos niveles de condición de necesidades básicas		Alta morbilidad. Bajo rendimiento. Alto costo para la familia y la nación
	Al no tener empleo tenemos un problema socio-económico		Problemas para acceder a la educación, para pagar arriendo, alimentación
	- Disminución de plazas de empleo. Políticas privatizadoras. Nivel educativo y laboral bajo.		- Incremento tasas de homicidios. - Incremento tasas suicidios. - Incremento casos en salud mental.

2	Falta de subsidios de empleo, un gobierno que no cumple. Las iluminarias que embellecen la ciudad se la cobran a los usuarios	VIVIENDA, SERVICIOS PUBLICOS COSTOSOS	Falta atención en salud, alimentación, educación, hay mucha delincuencia juvenil, etc. Si no se pagan los servicios a tiempo los cortan,
	Falta de oportunidades para conseguir vivienda		Son causas de problemas en salud y oportunidad para los padres

3	Ausencia de estímulos. Bajos niveles de Ingresos. Cupos ilimitados	BAJO NIVEL EDUCATIVO EN LA POBLACION	Mayor mortalidad. Mayor morbilidad. Intolerancia social. Subdesarrollo
	Inseguridad, convivencia, drogadicción		prostitución juvenil, suicidios, viabilidad a familias funcional
	Los recortes presupuestales por lo general afecta salud y educación. No hay buena gestión de recursos.		Exclusión de personas pobres y discapacitadas en programas de habilitación que les permitan mitigar los efectos de la discapacidad. Aumento de la desesperanza y desconfianza en el sector público.
	Falta de educación y desempleo		Deserciones, violencia, SPA, suicidios

	Pandillas juveniles. Desplazamiento forzado		Aumento de mortalidad. Prostitución infantil
--	---	--	--

4		INSEGURIDAD	
---	--	--------------------	--



	Falta de empleo, falta de educación, falta de convivencia.		Homicidios. Inseguridad. Muerte
	Problemas sociales, Acceso fuentes económicas. Educación		Mayor desempleo, menor poder adquisitivo acceso a capacitación y educación
	Falta de señalización. Falta de planeación		Discapacidad. Muerte
	No hay vigilancia. Falta de trabajo para que ocupen el tiempo		Demasiados robos y maltrato para la gente
	La policía no hace controles, Alto índice de drogadicción, Robos, Secuestros, Delincuencia, Rebeldía		Aumento de violencia, Atracos, Ambiente inadecuado

5	falta de actividades que tiendan a desarrollar acciones para mejorar las satisfacciones básicas	IMPACTO SOCIAL QUE CAUSAN LOS HABITANTES DE LA CALLE	Mayor insatisfacción, índices de violencia, suicidios, homicidios. La población cada vez está más limitada en el proceso de cumplimiento del proyecto de vida, ve que cada vez se agotan sus posibilidades, se siente engañado.
	Se encuentra mucha contaminación del ambiente, ya que el centro de acogida que ellos tienen es muy antihigiénico		Algunos abuelos tienen la inquietud de consumir estos alucinógenos debido a que esta gente no respeta. No acceso al sistema de salud lo más rápido posible
	Problemas económicos. Altos niveles de estrés		Abusos sexuales. Maltrato infantil. Violencia conyugal. Violencia de los hijos hacia los padres
	Falta de programas educativos en la crianza de los niños-niñas adolescentes.		Violencia social. Deterioro de la salud mental de los niños y jóvenes
	Convivencia ciudadana, poca re significación del habitante de la calle. Pobreza y desempleo		Muertes, pobreza, sanidad municipal, mortalidad
	Faltan recursos para la atención de la población desplazada(medicamentos, exámenes, etc)		Se ha incrementado en forma significativa el número de familias desplazadas
	Violencia, desempleo, desplazamiento		Inseguridad social.

6.10. PROBLEMAS PRIORIZADOS DESDE LA VISION DEL ASEGURAMIENTO DE LA POBLACION

N.	CAUSAS	PROBLEMA	CONSECUENCIAS
----	--------	----------	---------------



1	- Dificultad en la sistematización, recolección de los datos. - Veracidad de los datos.	INSUFICIENTE AFILIACION AL SGSSS	- Proyecciones y planteamiento de metas sobre datos no reales. - Poco costo efectividad y cobertura de programas y proyectos.
	Índices altos de pobreza, altas tasas de desempleo y subempleo. No es prioridad la inversión en salud. Gestión insuficiente Municipio		Alta proporción de Personas sin atención en salud. Persistencia de un perfil de Morbi mortalidad con primacía de enfermedades prevenibles
2	Recolección errónea de información para clasificación	INADECUADA DISTRIBUCION DEL SISBEN EN LA POBLACION	Por la posible negligencia de los encuestadores se clasifica mal al usuario causando cobros indebidos
	Falta de magnetización para los abuelos censados		Los abuelos no son atendidos en el momento oportuno
	Acción social actualiza la base de datos a salud departamental y esta no lo hace para el resto		La población no es atendida o solamente en urgencias y muchas veces los hacen firmar letras y quedan debiendo dinero
	No se llega a la población con mayor factor de riesgo		Incluir a toda la población a los programas de salud y así se logra un fortalecimiento adecuado en salud
3	Pocas afiliaciones.	PERSONAS CON SISBEN III ASEGURADAS Y POCA AFILIACION A LOS VINCULADOS	No los atienden, Mal servicio, No dan los medicamentos
	Falta de vigilancia sobre asignación de SISBEN. Directrices para asignación no son claras,		Menos oportunidad para la población- Favorecida: Menos alcance de metas y coberturas
	Irracionalidad del uso de servicios médicos, aumento de costos		Menos oportunidad de atención, Mayor costos de producción
4	Irresponsabilidad patronos para afiliación de trabajo, No hay control del sistemas sobre empresas	ALTA EVASION Y ELUSION AL SGSSS	Dificulta para prestación del servicio, Los costos no corresponde al ente gubernamental
	Falta vigilancia a sector privado EPS		Población con mayor incidencia de prevención en enfermedades con responsabilidad directa de las EPS
5	- Inadecuada recepción de la información por parte de los funcionarios.	NO CUMPLIMIENTO DE COBERTURAS Y SERVICIOS A LA	- Población desprotegida. Duplicidad de afiliación. Ineficiencia de los recursos.



	No se tiene en cuenta en las vinculaciones, no atiende especialistas		Niños y jóvenes con menos acceso a atención especializada
	Intereses de enriquecimiento de particulares, Perdida de la misión del sistema		No se ve a los usuarios como clientes, No se les brinda adecuada atención, No se protege sus derechos y se le niegan

7. DESCRIPCIÓN DE LOS OBJETIVOS POR EJES PROGRAMÁTICOS

7.1. ASEGURAMIENTO

Lograr coberturas de Aseguramiento mayores al 95%

Metas de Resultado Cuatrenio	Indicador de resultado cuatrenio			Áreas Suprogramáticas
	Indicador	Valor Actual	Valor Esperado	
Lograr coberturas de Aseguramiento mayores al 95%	Cobertura de Aseguramiento al SGSSS	64%	mayor 95%	Promoción de la afiliación, identificación y priorización de la población al sistema de SGSSS Gestión y Administración del Aseguramiento en el Municipio de Pereira
				Auditoría, Vigilancia y Control de los recursos del SGSSS



7.2. Prestación de Servicios de Salud

Metas de Resultado Cuatrenio	Indicador de resultado cuatrenio			Áreas Suprogramáticas
	Indicador	Valor Actual	Valor Esperado	
Inclusión del 100% de IPS de primer nivel en el Sistema de Calidad	Porcentaje de IPS inscritas en en SOGCSGSSS	SD	100%	Mejoramiento de la Accesibilidad a los servicios de Salud
				mejoramiento de la Eficiencia en la prestación de servicios de salud y sostenibilidad financiera de la ESE Salud Pereira
Aumento de Coberturas en Biológicos trazadores superior al 95% en niños y niñas menores de un año	% de niños menores de un con esquema de vacunación completo	62%	mayor al 95%	programa Ampliado de Inmunizaciones



7.3. SALUD PUBLICA

7.3.1 ACCIONES MUNICIPALES A DESARROLLAR DE ACUERDO CON EL PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA:

Tabla No 10 Líneas de Acción del Plan Nacional de Salud Pública y los programas de la secretaria que responden a estas líneas.

PRIORIDADES NACIONALES EN SALUD	PROGRAMA DE LA SECRETARIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL QUE RESPONDE A LA LINEA
Reducción de enfermedades inmunoprevenibles, prevalentes de la infancia y mortalidad infantil.	Mejoramiento del PAI en el Municipio de Pereira
Reducción de enfermedades inmunoprevenibles, prevalentes de la infancia y mortalidad infantil.	Mejoramiento de la Salud Infantil en el Municipio de Pereira
Salud oral	Mejoramiento de la Salud Oral en el Municipio de Pereira
Implementación de la Política de Salud Sexual y Reproductiva.	Mejoramiento de la Salud Sexual y Reproductiva en el Municipio de Pereira
Reducción del impacto en salud de la violencia e implementación de las Políticas de Salud Mental y de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas	Prevención y control de la Violencia familiar y promoción de la Salud Mental y la convivencia en el Municipio de Pereira
Fortalecimiento del Plan Nacional de Alimentación y Nutrición e implementación de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutrición	Mejoramiento del componente de Salud Publica del Programa de seguridad alimentaria del municipio de Pereira
Promoción de estilos de vida saludable para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles y crónicas.	Prevención y Control de las Enfermedades crónicas no trasmisibles, degenerativas y Cáncer en el municipio de Pereira
	. Prevención y control de las Enfermedades de alto interés Epidemiológico en el municipio de Pereira
Seguridad sanitaria y del ambiente y Prevención y control de enfermedades transmisibles y zoonóticas .	Prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores y las enfermedades zoonóticas en el municipio de Pereira
	Prevención y control de los factores de riesgo del ambiente, consumo y mejoramiento de las condiciones Sanitarias del municipio de Pereira
	Vigilancia en desastres
	La sseguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral



La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del plan nacional	Mejoramiento de la Gestión Integral de la Salud pública en el Municipio de Pereira
	Asesoría y control a las diferentes IPS del municipio .

7.3.1. PROGRAMA DE ATENCIÓN A ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES EN EL MUNICIPIO DE PEREIRA

Fortalecimiento de los comités locales de Vacunación
 Coordinación interinstitucional e intersectorial
 Garantía de los insumos para el funcionamiento del programa
 Actualización del estado de la red de frío en las IPS que desarrollan el programa
 Actualización permanente del personal de salud, mediante el desarrollo de un plan de asesoría, asistencia técnica y supervisión al personal de salud
 Participación en los diferentes eventos y jornadas nacionales, regionales o departamentales y / o municipales.
 Desarrollar acciones de vigilancia en salud pública
 Evaluar los resultados de los monitoreos rápidos de vacunación
 Monitorear en forma permanente los instrumentos que son utilizados para capturar la información de vacunación consolidado diario, cardex, resumen mensual y movimiento de biológicos
 Diseño e impulso de proyectos integrales de Información
 Implementación de mecanismos de seguimiento a la cohorte del Recién Nacido en las IPS
 Actualización y clasificación permanente de la población a vacunar según edad y estado de aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Tabla No 20 SEGUIMIENTO A INDICADORES ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA

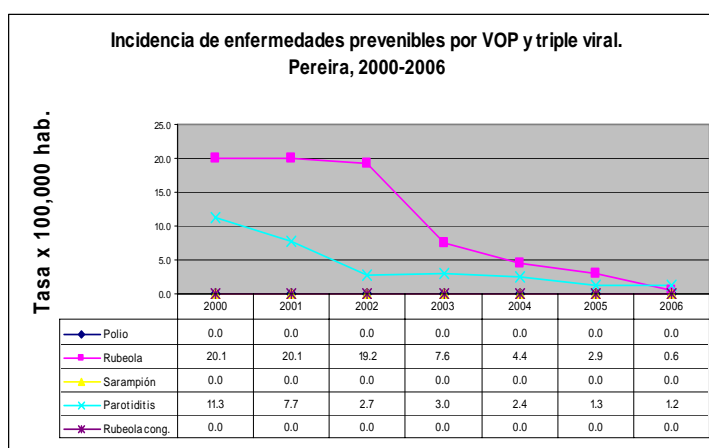
% de Menores de 1 año con esquema completo de vacunación	% de niños 1 año vacunados con triple viral	% de Menores de 5 años vacunados con todos los biológicos	% de muertes por EDA /IRA en < 5 años analizados en el comité de mortalidad	% de IPS que han implementado la estrategia AIEPI	Nº de sitios centinelas para EDA e IRA implementados
64.2% (Población M.P.S) 92.5% (Población	71,2% (Población M.P.S) 97.8% (Población	63.0%	100%	14.3%	1



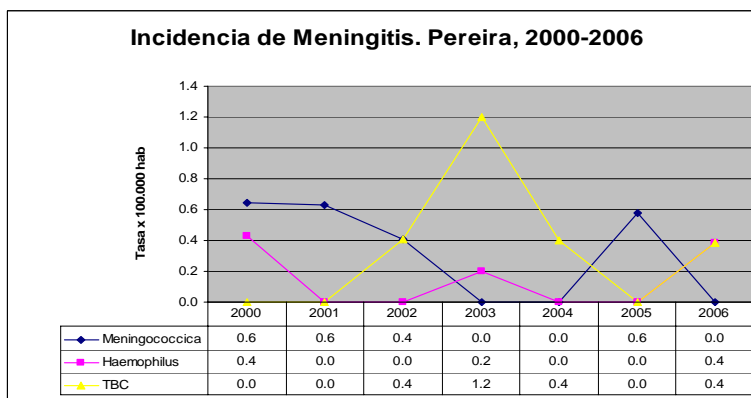
Municipal)	Municipal)				
------------	------------	--	--	--	--

Frente al impacto generado por el programa se puede observar que las enfermedades inmunoprevenibles en términos generales presentan una tendencia a la baja, lo que indica una adecuada efectividad del programa a pesar del pobre comportamiento de las coberturas que se presentan gracias a la inadecuada planeación y cálculos poblacionales desarrollados a nivel central.

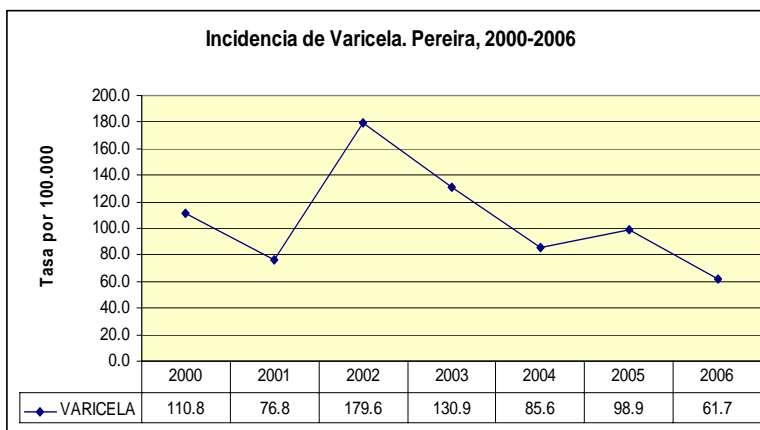
GRAFICA No 10



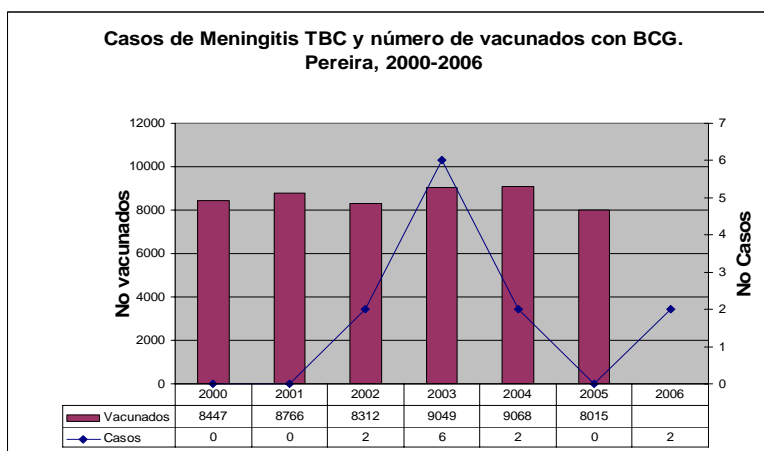
Grafica No 11



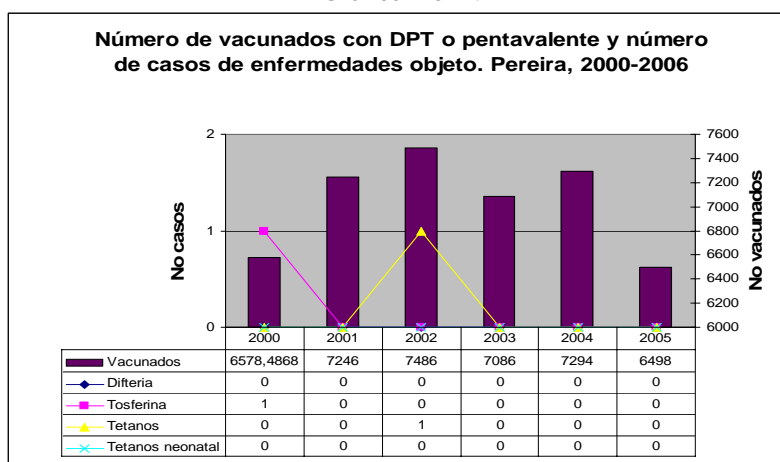
Grafica No 12



Grafica No 13

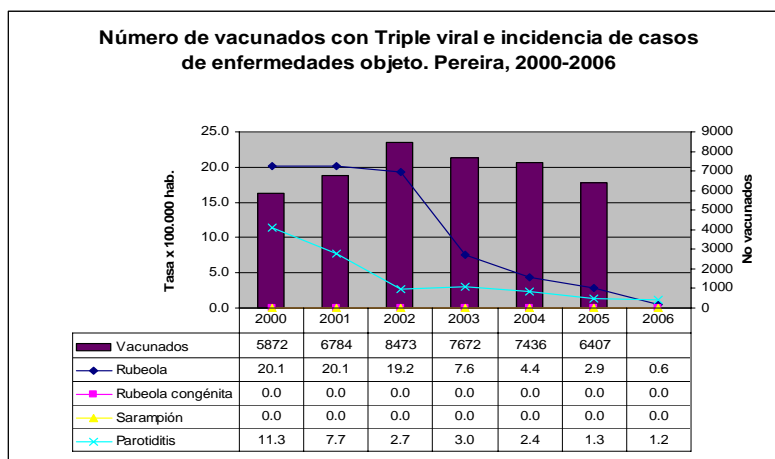


Grafica No 14





Grafica No 15



En términos generales este programa se convierte en una fortaleza del municipio de Pereira, pues ha logrado en estos 4 años del PAB comportarse como el ente rector de vacunación en el Municipio de Pereira y ha logrado unos buenos indicadores de efectividad al mantener un perfil epidemiológico que muestra un comportamiento hacia la baja en las patologías inmunoprevenibles.

Es de anotar que este programa ha presentado grandes dificultades en el proceso de programación, pues se han calculado 3 poblaciones diferentes y debido a esto las cifras entregadas por coberturas son inexactas. El Ministerio realiza la medición bajo el dato dado por el Instituto Nacional de Salud Pública para menores de un año, el censo DANE presenta una población diferente para este grupo y la Secretaría Municipal cuenta con la cifra real de niños nacidos vivos en el municipio el año inmediatamente anterior. Debido a esa inexactitud en los datos las coberturas son bajas al presentar las acciones realizadas en el municipio durante los cuatro años.

LOGROS

Las coberturas que tiene Pereira son del 85%

La mayoría de las IPS que tienen el PAI cuentan con los requisitos mínimos para el funcionamiento

El personal cada vez está más capacitado en lo relacionado con el programa

La cadena de frío de las IPS, funciona de acuerdo con los requisitos del programa

Se ha mejorado en la vigilancia epidemiológica de las enfermedades inmunoprevenibles

Existe suministro oportuno de la mayoría de los biológicos

DIFICULTADES



Encontramos todavía niños con esquemas incompletos
 Las IPS que tienen el PAI aun rechazan la población objetivo del programa por no corresponder a la población contratada.
 Los reportes de coberturas por parte de las IPS del municipio son inoportunos
 La gran rotación del personal de las IPS que afecta el sistema de información

METAS DEL PROGRAMA PARA LOS PROXIMOS 4 AÑOS

Lograr coberturas útiles en vacunación por encima del 95%
 Implementación de la cadena de frio,
 Comités de vacunación creados y funcionando, y
 Seguimiento a la cohorte del recién nacido vivo, en el 100% de las IPS que tienen PAI.

7.3.2. MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DEL PROGRAMA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL MUNICIPIO DE PEREIRA

SITUACIÓN PROBLEMA:

El ejercicio de la sexualidad tiene un impacto importante en la salud pública cuando se produce morbilidad y mortalidad como consecuencia del ejercicio de la genitalidad y la reproducción. Esto es evidenciado desde la perspectiva de indicadores a través del análisis de las tasas de morbilidad y mortalidad que confirman:

Altos índices Mortalidad Materna

Aumento de la fecundidad y falta de servicios de atención integral para adolescentes

Alto porcentaje de embarazos no planeados y abortos, especialmente en adolescentes, con las consiguientes implicaciones en el mayor número de embarazos en adolescentes, hijos no planeados y no deseados, aumento en la incidencia de embarazos y partos de alto riesgo, alta incidencia de mortalidad perinatal

Aumento de la de incidencia de ITS y VIH/SIDA

Alta mortalidad por cáncer de cuello uterino

Altos índices de violencia doméstica y sexual

Tabla No 20

% de IPS públicas y privadas evaluadas respecto al cumplimiento de los requisitos para la atención prenatal, parto y puerperio	% adolescentes con métodos de anticoncepción hormonal, de barrera y de emergencia cubiertos según normatividad vigente (C18/2004)	% de población adolescent e cubierta con estrategias de IEC sobre SSR	% de IPS con servicios de atención integral a los/las adolescentes	% de gestantes incluidas en el plan de eliminación de la sífilis congénita	% de partos atendidos institucionalmente	Nº de Comités de vigilancia de la mortalidad materna y perinatal
--	---	---	--	--	--	--



						operando
11 (100%)	24%	66.2%	PROFAMILIA (4.7%)	2690 (44.7%)	99.7%	1

OBJETIVOS A MEDIANO PLAZO

Contribuir a disminuir las tasas de incidencia de las patologías relacionadas con el ejercicio de sexualidad-genitalidad- reproducción

Fomentar la coordinación interinstitucional e intersectorial

Promover un trabajo interdisciplinario que permita poner en marcha estrategias y metodologías exitosas, georeferenciando las acciones sobre la población más vulnerable, con el fin de lograr una mayor eficacia y eficiencia al influir en la situación de salud de la comunidad, en concordancia con las acciones definidas en la circular 018 y con la ley 2231

Promover y fortalecer los programas de atención integral, especialmente para adolescentes

Promover comportamientos saludables y estimular factores de protección a través de las acciones de Promoción y Prevención contenidas en el Plan de Atención Básica y en los Planes Obligatorios de Salud

Desarrollar estrategias que permitan la Información, y educación alrededor de los derechos sexuales y reproductivos

Participar en la construcción de los programas de educación para la sexualidad inmersos en el PEI

Capacitar maestros y trabajadores de la salud de tal manera que estos se conviertan en replicadores de información

Realizar investigaciones de impacto que den cuenta permanente de los comportamientos de nuestros adolescentes

OBJETIVOS A LARGO PLAZO

Dar continuidad a los procesos planteados

Contribuir a mantener actualizado el perfil epidemiológico del municipio

Participar en los planes de desarrollo municipal, y departamental

Realizar actualización, reflexión y análisis acerca de las situación problema, la población más vulnerable y las estrategias utilizadas en salud sexual y reproductiva en otras latitudes, haciendo énfasis en la importancia de un trabajo multidisciplinario, interdisciplinario e intersectorial en el cual el desarrollo humano y la calidad de vida sean el objetivo fundamental, todo ello inmerso en el concepto de derechos humanos, sexuales y reproductivos

ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS

Implementación de un Plan de choque en mortalidad materna

Implementación de un Plan integral en salud sexual y reproductiva



Coordinación intersectorial e interinstitucional
Fortalecimiento de la gestión institucional (IPS)
Fortalecimiento de la participación social
Seguimiento a muertes maternas y perinatales
Gestiones para garantizar atención integral al adolescente y la gestante (IEC)
Priorización sobre población pobre y vulnerable
Información, educación y comunicación de estilos de vida saludables y derechos humanos sexuales y reproductivos de tal manera que permitan ejercer una genitalidad y reproducción libre, placentera, elegida y consentida con acceso a los más altos niveles técnicos y tecnológicos para prevenir embarazos no deseados, así como ETS

7.3.3. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y LAS ENFERMEDADES ZONÓTICAS EN EL MUNICIPIO DE PEREIRA

SITUACION PROBLEMA:

En el municipio de Pereira va en aumento la incidencia de enfermedades zoonóticas y transmitidas por vectores. Factores geográficos, climatológicos, sociales son el conjunto de condiciones para que se intensifiquen estas patologías especialmente la malaria y el dengue hemorrágico, convirtiendo al municipio en una zona endémica para malaria urbana con presentación de casos autóctonos.

Igualmente la presencia de enfermedades zoonóticas tales como: población no determinada de perros y gatos susceptibles de enfermar y transmitir la rabia a la población humana, permanencia de animales callejeros en mal estado de salud con enfermedades de la piel compatibles con sarna y dermatofitosis, falta de educación en deberes y derechos con respecto a la tenencia de mascotas, falta de compromiso y conciencia sanitaria por parte de los tenedores de mascotas y población general, presencia de roedores plaga, incremento en la transmisión por leptospirosis, aumento de tenencia de animales en las viviendas, malas condiciones de bioseguridad por parte de operarios en plantas de sacrificio de bovinos, porcinos, y aves existentes en el municipio, hábitos alimenticios variados de la población. Patologías que requieren diagnóstico oportuno y tratamiento precoz para cortar la cadena de transmisión.

El municipio reportó un total 776 casos de dengue clásico, (148.7 x 100.000 hab), 44 con manifestaciones hemorrágicas y uno (1) por dengue hemorrágico, al tercer trimestre se presentó una (1) muerte por Dengue.



Los casos de Malaria el reporte fue de 221 casos importados provenientes de otros departamentos como Choco, Valle, Antioquia, Meta etc. (42.4 tasa x 100.000 hab) Y no se presentaron casos autóctonos.

El reporte de de Leptospirosis fue de 210 casos IgM reactivo diagnosticados en el Laboratorio de Referencia Departamental y 70 diagnosticados en el Laboratorio CIDAR, para un total de 280, (53.7 x 100.000 hab), lo que indica un aumento en la incidencia, para lo cual se deben tomar medidas que mitiguen esta problemática para los próximos años.

OBJETIVO GENERAL

Realizar acciones de Prevención, vigilancia y control de factores de riesgo, detectar y diagnosticar de manera oportuna los casos de Enfermedades transmitidas por vectores y zoonóticas para garantizar un tratamiento precoz y así disminuir la morbimortalidad en el municipio de Pereira.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Definición de metas en concordancia con el decreto 3039 de 2007

A mediano plazo (2012)

Bajar la tasa de Incidencia de casos autóctonos de Malaria en un 33 % y la tasa de Dengue en un 20 % y disminuir las tasas de mortalidad tanto de Dengue como en Malaria en un 30%.

Involucrar la participación de la población de mayor riesgo en la eliminación de los factores potenciales para su propagación, fomentando el cambio de hábitos, para el logro de estilos de vida saludable.

Disminuir la incidencia de la leptospirosis en un 50%, contribuyendo a mejorar las condiciones de habitabilidad en la población.

Mantener al municipio libre de rabia; lograr la vacunación del 90% de la población canina y felina e incrementar la educación en tenencia de mascotas y disminuir los accidentes rábicos en un 20%.

A Largo plazo (2020)



Debido al alto crecimiento y desarrollo que viene presentado la ciudad; para lograr mayor impacto en la disminución de las tasas de morbi-mortalidad para las enfermedades de transmisión vectorial, en el municipio de Pereira durante el periodo 2010 – 2020 se debe contar con un grupo mayor de recurso humano que pueda llegar a cubrir el total de la población en riesgo de adquirir alguna de las patologías, teniendo presente que para este año la especie *Aedes aegypti* ya debió ser desplazada por la especie *Aedes albopictus* y el riesgo de presentar un brote por Dengue o fiebre amarilla es alto y las medidas de prevención y educación se deben incrementar al máximo.

Se hace necesario integrar y fortalecer la vigilancia epidemiológica y la investigación de las ETV-Zoonosis buscando la eliminación o la erradicación de estas patologías o al menos reducir la mortalidad por Dengue y malaria a un 0.1%, mantener la incidencia de rabia animal en 0% y bajar las tasas de incidencia de enfermedades zoonóticas a un 0.2%.

Para alcanzar éxito en este proceso, se requiere garantizar la continuidad del programa y comprometer verdaderamente a otros sectores del desarrollo social.

Estrategias para el cumplimiento de metas:

Actualmente se ha generado la propuesta de un manejo integral de las ETV-Zoonosis que permita en la población Pereirana un mejor entendimiento de la ecología de los vectores, la epidemiología de cada padecimiento y las oportunidades de diagnóstico, tratamiento, prevención y control. En este campo confluyen la participación comunitaria, la educación para la salud, el uso racional de insecticidas, el saneamiento básico, el control físico y biológico de los criaderos, la continua vigilancia a las plantas de sacrificio, la vacunación de perros y gatos, el control de roedores mediante la desratización y la educación, en una estrategia cuyos componentes básicos son la manipulación y la modificación del ambiente, así como la reducción del contacto entre los vectores y la población.

El concepto de manipulación se aboca al cambio en las condiciones que favorecen la reproducción, y la abundancia de los vectores, y el de modificación del ambiente se refiere a cambios permanentes en el hábitat de los vectores. En ambos se incluyen las estrategias tradicionales de destrucción de criaderos (sea por saneamiento básico, drenaje, agua potable, campañas de recolección de inservibles), y la eliminación de los vectores adultos por medio de la aplicación de insecticidas. (Sólo en casos autóctonos confirmados por laboratorio) La reducción en las tasas de contacto entre los vectores (zancudos y roedores) y la población se sustenta en la limpieza de espacios públicos y del peridomicilio; el mejoramiento de la vivienda; el uso de toldillos, repelentes e insecticidas caseros, el control de los criaderos por parte de la familia, igualmente mediante labor educativa mejorar las condiciones de manejo de mascotas y la buena conservación de alimentos.



La mejor estrategia desde la Secretaría de Salud que demuestra la efectividad de las acciones desde el programa, es precisamente mantener controlados los casos autóctonos de malaria, la continua vigilancia de los casos importados y mantener actualizado el reporte de los laboratorios clínicos para una vigilancia epidemiológica oportuna.

7.3.4 PREVENCIÓN Y CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO DEL AMBIENTE, CONSUMO Y MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES SANITARIAS DEL MUNICIPIO DE PEREIRA.

Situación Actual:

Alta presencia de factores determinantes en el componente de Salud Ambiental dentro del Municipio de Pereira, lo cual se manifiesta en altos índices de morbilidad por enfermedades transmitidas por alimentos, enfermedad diarreica aguda, infecciones respiratorias agudas y trastornos físicos entre otras.

El Municipio de Pereira es una ciudad en proceso de conurbación que presenta simultáneamente una elevada complejidad de relaciones sociales, económicas, políticas y culturales con otros territorios convirtiéndose en el municipio región del eje cafetero, con un desarrollo económico sustentado en la industrialización y procesos tecnológicos ligados a la producción de bienes y servicios, situaciones que aceleran el crecimiento poblacional por fenómenos de migración de regiones cercanas y cuyo asentamiento genera la ampliación de su frontera urbana, y por consiguiente de los problemas ambientales y de salud de las comunidades.

Además el Municipio por su configuración, relieve y ubicación genera factores de riesgo para la salud determinados por las características en el abasto de agua, disposición de desechos sólidos, residuos líquidos, ruido y contaminación del aire entre otras, que se constituyen en factores determinantes de enfermedad.

La diarrea aparece en Pereira como una de las 5 primeras patologías en el perfil de morbimortalidad, y aunque ha disminuido el número de niños que fallecen por esta causa, sigue siendo muy alto el número de niños que enferman y se hospitalizan por este motivo, lo que ocasiona un verdadero problema de salud pública. En el año 2002 esta patología presentaba una tasa de incidencia de 267 x 10.000 habitantes, apareciendo en el 2º lugar del perfil de enfermedades transmisibles con 12.799 casos.

En Pereira se presentó para el primer semestre de 2004 niveles de presión sonora entre 71 y 78 dB que superan los niveles permisibles, determinando una acelerada contaminación sonora proveniente básicamente por el auge comercial y urbanístico, así como la densidad del tráfico



vehicular a la que está expuesta una gran proporción de la población con consecuencias graves sobre la salud.

En este municipio la tasa de incidencia en rabia es 0, debiendo mantenerse las acciones de vigilancia y control, puesto que en otros departamentos donde no se ejecutan estas acciones existen casos de rabia. En el año 2003 se notificaron 33 casos de intoxicación por plaguicidas debido al deterioro en la vigilancia y control de plaguicidas que era asumido por la Secretaria Departamental de Salud.

Por estas situaciones mencionadas es por tanto obligatorio asumir la responsabilidad dada por la nueva normatividad en materia de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de riesgos. En este orden de ideas deben intensificarse las acciones de control sanitario de la calidad de los alimentos para consumo humano, el control del relleno sanitario, la disposición final de desechos sólidos y líquidos y la promoción y prevención de Zoonosis.

Objetivos a 4 años

Intervenir los factores de riesgo existentes en el ambiente mediante la realización de acciones de saneamiento ambiental en cuanto a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo, dirigidos a la colectividad.

Realizar educación sanitaria a la población en el manejo y disposición segura de desechos sólidos domiciliarios. Vigilar la disposición final de residuos sólidos y líquidos del municipio y hacer cumplir las normas sanitarias existentes.

Garantizar el suministro de agua segura a la población rural del Municipio de Pereira, brindando agua que reúna los requisitos exigidos en el decreto 1575 de mayo 9 de 2006; desarrollar un diagnóstico de Microcuencas para determinar el estado de conservación, protección y contaminación, realizar monitoreo a los caudales de las fuentes de abastecimiento de acueductos rurales para determinar riesgos en épocas de estiaje y poder tomar las medidas pertinentes, garantizar la vigilancia de la calidad del agua en el municipio de Pereira.

A través de:



Promoción de la Salud Ambiental en el Municipio de Pereira: capacitar personas en manipulación de alimentos, lavados de manos, planes de contingencia, control de vectores, zoonosis, calidad del agua, residuos sólidos, plaguicidas

Prevención de los Factores de Riesgo del Ambiente y el consumo en el Municipio de Pereira: levantamiento de índices aélicos en viviendas ubicadas en zonas de riesgo.

Vacunación de perros y gatos

Recolección de animales callejeros Abatización de viviendas de zonas de riesgo

Fumigación de viviendas

Desratización y desintectación de viviendas

Visitas a establecimientos de riesgo epidemiológico

Visitas a los 61 acueductos del municipio de Pereira (1 urbano y 60 rurales)

Tratamiento del 100% de criaderos de zancudo anofeles

Acompañamiento, Vigilancia y control a la recuperación y superación de daños en la salud derivados del medio Ambiente y el consumo en el Municipio de Pereira:

Capacitar las IPS del municipio de Pereira en el manejo de la malaria, leptospirosis, dengue y enfermedades zoonóticas

Vigilancia, control y seguimiento al estado de la salud y gestión del conocimiento para la Salud Ambiental en el Municipio de Pereira: realización de mapas y georeferenciación de los sujetos y establecimientos visitados

Gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del programa de Prevención y control de factores de riesgo del ambiente y del consumo y mejoramiento de las condiciones Sanitarias en el Municipio de Pereira: montar el comité de plaguicidas VEO.

7.3.5. PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS Y DEGENERATIVA A POBLACIÓN EN RIESGO DEL MUNICIPIO DE PEREIRA

SITUACION ACTUAL:

Las Enfermedades Crónicas y Degenerativas no Transmisibles son la causa principal de muerte y discapacidad en todo el mundo. Las enfermedades crónicas se convierten en la segunda causa de mortalidad en la ciudad de Pereira, las cuales después del homicidio están afectando especialmente la muerte en su población masculina.



El tabaquismo, el alcohol, el sedentarismo, la omisión de actividad física continua, se han convertido en las principales causantes de patologías mayores, las cuales conducen a la muerte de una manera progresiva e inminente. En Pereira, según estudio del Instituto Municipal de Salud del año 2005, la prevalencia de estos factores de riesgo fueron del 18.8% para tabaquismo, inactividad física 58% e hipertensión 11.9%.

En Colombia el 11.9% de los habitantes sufre de enfermedades crónicas, cifra superior a la observada en las enfermedades transmisibles, siendo las enfermedades circulatorias las más relevantes.

QUE SE ESPERA LOGRAR EN LOS PROXIMOS CUATRO AÑOS:

Metas para el Cuatrenio: Disminuir la Tasa de Mortalidad por enfermedades crónicas a 68,4 muertes x 100.000 en menores de 60 años.

-Disminuir los factores de riesgo con el fin de lograr la prevención de enfermedades crónicas procurando mejorar la calidad de vida, entendida según la Organización Mundial de la Salud como una percepción individual según las oportunidades, deseos o preferencias, en que las satisfacciones dadas por los bienes materiales son medios-no fines- del bienestar de las personas.

Estos alcances se busca realizarlo mediante:

La formulación y concertación un proyecto intersectorial de enfoque comunitario para promoción de la salud, orientado a la reducción integrada de tabaquismo, inactividad física y alimentación no saludable, según las orientaciones técnicas del Ministerio de la Protección Social. (ESTRATEGIA CARMEN).

Diseñar y desarrollar la evaluación intersectorial de estrategias de Información, educación y comunicación, IEC, para el fomento de un estilo de vida activo, el reconocimiento social del derecho a un espacio libre de humo de cigarrillo y la promoción de una dieta balanceada para reducir el colesterol y el consumo de sal y azúcar.

Orientar a la población hacia los servicios de detección temprana, protección específica y atención del POS, para el control de las enfermedades crónicas, degenerativas y de Interés en Salud Pública.

Construcción de una línea de base sobre comportamientos, actitudes y prácticas para la evaluación del impacto de las intervenciones integradas comunitarias en la modificación de los factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas y monitoreando periódicamente el



comportamiento y distribución de los factores de riesgo de enfermedades crónicas con el fin de orientar adecuadamente y evaluar las intervenciones de promoción y prevención.

Impulsar con diversos sectores sociales, en especial con el Sector educativo, la implementación de la estrategia "Instituciones Educativas Libres de Humo, y en coordinación con el Sector de trabajo, la implementación de la estrategia "Lugares de Trabajo Libres de Humo", así como la de "Espacios Públicos Libres de Humo".

Impulsar, en coordinación con otros sectores, la implementación de estrategias que promuevan la actividad física en escolares, adultos mayores y población económicamente activa.

Acciones a desarrollar:

Acciones educativas para el fomento para la Promoción de Estilos de Vida Saludable y la participación social en el Municipio de Pereira.

Acciones de tamizaje de prevención específica y detección temprana en la Población Objeto para la prevención del Cáncer de Cerviz, Tuberculosis, lepra e Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus

Actividades de supervisión a las Entidades Promotoras y Prestadoras de Salud para la verificación del desarrollo del Programa de Enfermedades crónicas, degenerativas y de Interés en salud pública.

Actividades de actualización y seguimiento en normatividad y atención de la población objeto en las EPS e IPS con el fin de dar un manejo apropiado por parte del personal responsable.

7.3.6 FORTALECIMIENTO DEL PLAN NACIONAL DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN: MEJORAMIENTO DEL COMPONENTE DE SALUD PÚBLICA DE LA ATENCIÓN ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN A POBLACIÓN VULNERABLE DEL MUNICIPIO DE PEREIRA

SITUACION ACTUAL EN EL MUNICIPIO DE PEREIRA:

De acuerdo con la investigación que se realizó en el año 2001 en la ciudad de Pereira y su área metropolitana se detecto que el 34.2% de los niños menores presentan desnutrición Global. Esto constituye un grave problema de Salud Pública que incide de manera desfavorable sobre la salud física, mental y social de los niños. Para abordar el problema, la Alcaldía implementó un programa de seguridad alimentaria que cubre más de 17.000 usuarios



con raciones preparadas diariamente servidas en colegios y comunidades, dirigido a menores de 12 años, adultos mayores y madres gestantes y lactantes.

Estos usuarios requieren de valoraciones clínicas y nutricionales, actividades educativas y de vigilancia y control para dar cumplimiento a contratos y la normatividad vigente en términos sanitarios y de las características de los alimentos que se preparan.

Teniendo en cuenta que la desnutrición y la malnutrición son problemas de salud pública, la secretaria de salud y protección social ha implementado diferentes actividades para contribuir al mejoramiento de esta problemática, además de la entrega de raciones, con las que se espera disminuir en 4 puntos la desnutrición global en los niños menores de 12 años. Las acciones a implementar para el cumplimiento del objetivo son las siguientes:

- Realizar actividades de promoción comunitaria de la lactancia materna
- Realizar actividades de inicio de la alimentación complementaria
- Realiza actividades de promoción de buenos hábitos alimentarios
- Realizar actividades de promoción de redes sociales de apoyo y garantía del derecho a la protección de la salud infantil.
- Desparasitar usuarios pertenecientes al programa
- Entregar suplemento de hematinicos y acido fólico a madres gestantes y lactantes pertenecientes al programa.
- Entregar hematinicos a los niños usuarios del programa
- Seguimiento a los indicadores nutricionales a los niños usuarios mediante la realización de valoraciones periódicas.
- Realizar visitas de vigilancia y control a comunidades y colegios donde opere el programa
- Realizar visitas de vigilancia y control a servicios de alimentación que operen como proveedores de raciones

7.3.7 REDUCCIÓN DEL IMPACTO EN SALUD DE LA VIOLENCIA E IMPLEMENTACIÓN DE LAS POLÍTICAS DE SALUD MENTAL Y DE REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Prevención y control de la violencia familiar, promoción de la salud mental y la convivencia pacífica en el municipio de Pereira.

Situación actual de la salud mental en el municipio de Pereira:

Recientes estudios a nivel nacional en materia de salud mental revelan que los trastornos de ansiedad y depresión unido al consumo de SPA especialmente el alcohol y el deterioro de las



relaciones interpersonales en materia de lo social, son las principales causas o problemáticas que están interfiriendo en la salud mental de los habitantes de la ciudad de Pereira.

Rumbos encontró que las ciudades con más alto consumo para todas las sustancias, son Medellín y Pereira entre otras; los expertos señalaron como edades de inicio para el alcohol y cigarrillo alrededor de los 12 años, y 14 años para las ilícitas, en particular marihuana. Nuestros jóvenes y familias están sufriendo las consecuencias y por ello es importante implementar medidas que permitan, a través de la educación, su control, prevención y tratamiento futuro.

Que se espera lograr en los próximos 4 años:

Línea de política 1. Promoción de la salud y la calidad de vida.

Conformación de mecanismos de coordinación y articulación local intersectorial para la formulación y seguimiento de las políticas y planes de salud mental y la reducción del consumo de SPA.

Promover el desarrollo de iniciativas de enfoque comunitario, orientadas a mejorar las competencias de los individuos, familias y comunidad en la promoción de la salud mental y la prevención y control de la violencia intrafamiliar.

Apoyar las iniciativas actuales para la salud mental y reducción de SPA con otros actores locales, la construcción conjunta de nuevas propuestas, buscando sinergias y sincronías junto a las EPS, Secretaria de Educación, Secretarías de Desarrollo Social, Personerías, Organizaciones Internacionales y organizaciones de base comunitaria.

Líneas de política 2 y 3. Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud.

Incorporación del componente de la salud mental y de reducción de SPA en otros programas sociales y de salud pública relevantes como: AIEPI, familias en acción, comedores comunitarios, programas de crecimiento y desarrollo, escuelas de familia, escuelas saludables, y programas para desplazados.

Promover la conformación de una red comunitaria en salud mental y prevención del consumo de SPA que favorezca el tratamiento integral en salud mental, participación de la familia y grupos de autoayuda.

Diseñar e implementar un modelo de atención primaria en salud mental.



Ampliar el espectro de intervención del riesgo población en salud mental para diagnóstico, tratamiento oportuno en trastornos de niños, adolescentes y de la demencia y la enfermedad de Alzheimer.

Garantizar el acceso a diagnóstico temprano y tratamiento y al suministro de medicamentos

7.3.8 MEJORAMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN A POBLACIÓN EN EDAD ESCOLAR DEL MUNICIPIO DE PEREIRA

SITUACION ACTUAL EN EL MUNICIPIO DE PEREIRA:

En el municipio de Pereira los niños y las niñas crecen y se desarrollan en medio de factores de riesgo que están presentes en los ambientes físico, cognoscitivo y socioafectivo de la escuela, el hogar y el barrio, lo cual interfiere de manera negativa en su formación integral. El perfil epidemiológico de Pereira del año 2006 muestra como las primeras causas de morbilidad por consulta en los infantes entre los 0 y 4 años de edad son las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades intestinales infecciosas y parasitarias.

Para el grupo de edad entre los 5 y 12 años se encuentran como primeras causas de morbilidad por consulta las enfermedades de los dientes, seguido por las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades intestinales.

Según perfil epidemiológico del año 2005 los Trastornos del Desarrollo son la primera causa de morbilidad por consulta entre los 5 y 14 años de edad, en este mismo rango de edad para el año 2006 los trastornos mentales ocupan el cuarto lugar.

Según ejercicio diagnóstico realizado por el programa escuelas saludables en el año 2005, el 59% de instituciones educativas en estudio se encuentran en un nivel de calificación de alerta en sus aspectos ambientales e institucionales

QUE SE ESPERA LOGRAR:

- Disminuir la tasa de mortalidad infantil a 9.3.
- Disminuir la mortalidad infantil por IRA y por EDA.
- Aumentar a un 70% la cobertura de instituciones educativas con implementación y seguimiento de la estrategia Escuela Saludable por la Paz .
- Lograr que el 100% de instituciones educativas intervenidas con la estrategia Escuela Saludable por la Paz disminuyan sus factores de riesgo logrando en un 70% de ellas un nivel de calificación positiva, según los parámetros de evaluación establecidos por la Secretaría de Salud Municipal.



- Incrementar el nivel de conocimiento en estilos de vida saludable con diferencias significativas estadísticamente hablando en el 95% de los escolares participantes de la estrategia Escuela Saludable por la Paz.
- Implementar la estrategia habilidades para la vida y Escuelas Libres de humo en el 70% de las instituciones educativas del municipio.
- Lograr que el 80% de los escolares intervenidos con la estrategia habilidades para la vida tengan mejoría significativa en sus procesos relacionales.
- Garantizar la continuidad en la entrega de la cartilla salud es... Una escuela saludable y del álbum salud es...
- 100% de PEI de las escuelas saludables con propósitos y estrategias concretas en la promoción y prevención de la salud.
- 50% de IPS objeto de asesoría de la estrategia AIEPI con óptimo proceso de implementación.
- Garantizar la construcción de políticas de infancia a nivel municipal.
- Implementar 30 unidades AIEPI comunitario en sectores más pobres y vulnerables.
- Implementar 50 grupos de vecinos y amigos de la infancia, como estrategia para fomentar el cuidado, protección y estimulación de la primera infancia en el ámbito comunitario.

Acciones en Promoción:

A.-Desarrollo de acciones de promoción de la estrategia escuelas saludables por la paz, lo cual incluye:

- Implementación de procesos educativos en estilos de vida saludables.
- Implementación de la estrategia habilidades para la vida y convivencia pacífica.
- Conformación de nodos de participación social a través de los comités de escuelas saludables.
- Proceso de estimulación de habilidades auditivas, cognitivas, lingüísticas y socioafectivas.
- Apoyo a las escuelas de familia
- Realización de campañas masivas de promoción de la salud.

B. Desarrollo de acciones de promoción a través de la estrategia vecinos y amigos de la infancia:

- Conformación de grupos de padres, y cuidadores de la primera infancia para desarrollar procesos educativos alrededor de la estimulación de los niños y las niñas.
- Realización de campañas masivas de promoción de la salud infantil.

C. Estrategia AIEPI:

- .Promoción de la estrategia AIEPI en 17 EPS y la ESE SALUD PEREIRA con su red prestadora de servicios de salud.



Prevención:

- Fortalecimiento de 10 unidades AIEPI comunitarias en sitios de alta prevalencia de IRA y EDA.
- Actividades de detección temprana a través de Tamizajes para la detección de dificultades del desarrollo en escolares de grado cero y primero.
- Actividades de tratamiento oportuno de las dificultades del desarrollo en la infancia.
- Desarrollo efectivo del programa de crecimiento y desarrollo en el municipio

Vigilancia:

- Visitas a las IPS Municipales para la verificación de la estrategia AIEPI y acciones de DT y PE en crecimiento y desarrollo.

Gestion

- Diseño de estrategias IEC relacionadas con infancia.
- Trabajo intersectorial para la cualificación de los procesos a implementar.

7.3.9 PROGRAMA SALUD ORAL

Situación actual:

Según el último estudio realizado en el municipio de Pereira en el año 1999 sobre la salud oral en menores de 14 años se encontró lo siguiente:

- Índice COP: 1.1
- Índice coe: 2.6
- IHO Blanda: 1,38
- IHO calcificada: 0.11

En general, los resultados obtenidos a nivel local están por debajo de los indicadores a nivel nacional y, en cumplimiento con las metas de la OMS. Este estudio local permitió observar que se presenta menor índice de placa blanda en la población entre los 11 y 15 años de edad, en comparación con el grupo de edad comprendido entre los 6 y 10 años. Según el odontólogo encargado de dicho estudio, concluye como a medida que avanza la edad y el flujo de información recibido es mayor mejoran los hábitos higiénicos condicionados por el grupo familiar en las primeras etapas de vida.



NOTA: ante la ausencia de estudios recientes en el municipio, que permitan tener datos más actualizados, se sugiere partir del indicador establecido a nivel nacional, donde el índice COP está en 2.3. Esto hasta tanto se realice la nueva investigación a nivel local.

METAS:

- Disminuir índice COP a 2.
- Incrementar el nivel de conocimiento frente a los hábitos relacionados con el cuidado e higiene oral.
- Lograr el cumplimiento de la norma técnica relacionada con detección precoz y protección específica en salud bucal.

ACCIONES

- Promoción de hábitos higiénicos en salud bucal a niños y niñas de escuelas, guarderías y hogares de bienestar familiar.
- Desarrollo de acciones de protección específica.
- Visitas a las IPS Municipales para la verificación de la aplicación de la norma técnica en salud bucal.
- Realización de talleres sobre actualización de normas de DT y PE de la infancia y manejo efectivo de las acciones en salud oral .
- Diseño de estrategias IEC relacionadas con salud oral
- Trabajo intersectorial para la cualificación de los procesos a implementar.

7.3.10 NOMBRE DEL PROYECTO: GESTIÓN INTEGRAL DE LA SALUD PÚBLICA EN EL MUNICIPIO DE PEREIRA

Nombre del componente: Acompañamiento a las IPS del municipio en protección específica y detección temprana.

Situación actual: Según las experiencias de aproximación a la realidad de las instituciones a través del programa de enfermedades de interés epidemiológico y otros medios (prácticas universitarias) realizadas en el año 2007, se pudo evidenciar limitaciones por parte de los prestadores de servicios, en el cumplimiento de la normatividad relacionada con las guías de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública, las cuales afectan la oportunidad y la calidad de los servicios prestados y vulneran los derechos de los usuarios. Esta situación en parte se presenta por desconocimiento de la normatividad vigente en promoción y prevención, deficientes procesos de control institucional, falta de formación del talento humano para realizar un seguimiento periódico y gerencial de las acciones de salud pública, la alta rotación del personal e inadecuados procesos de inducción,



y la poca capacidad de respuesta de las secretarías de salud para realizar un programa de asistencia técnica y seguimiento a las IPS del municipio.

Objetivos periodo 2008 – 2010:

Poseer una red de prestadores comprometidos con la salud pública del municipio, prestando servicios de promoción, prevención y recuperación de la salud, según las necesidades del ciclo vital del individuo y bajo estándares de calidad, humanidad y oportunidad.

Tener consolidado un sistema de seguimiento a las IPS del municipio con el fin de mejorar las falencias detectadas en el cumplimiento de las acciones de detección temprana, protección específica y atención de enfermedades de interés en salud pública, mejorando la calidad y la oportunidad de la atención prestada a la comunidad, contribuyendo de esta manera a la disminución de los índices de enfermedad y al mejoramiento de las condiciones de vida de la población de Pereira.

Acciones a realizar:

1- Visitas a las IPS que desarrollan acciones de detección temprana y protección específica de la siguiente manera:

-Una primera visita para la aplicación de una lista de chequeo con el fin de identificar fortalezas y debilidades en el cumplimiento de las acciones de promoción y prevención.

-Una segunda visita para la socialización de la situación institucional y la construcción conjunta de un plan de mejoramiento, empezando por las instituciones con evidencia de mayores dificultades.

-Una tercera visita para seguimiento al plan de mejoramiento

-Una cuarta visita la cual estará sujeta al grado de cumplimiento del plan de mejoramiento. Es de anotar que la institución que presente mayores dificultades, tendrá un seguimiento y acompañamiento mayor.

2- Consolidación y actualización permanente del diagnóstico municipal de IPS. Producto de las visitas a IPS se obtiene información que alimentara el consolidado y diagnóstico municipal el cual se ajustara con los datos de las visitas de seguimiento.

3- Desarrollo de un plan de capacitación con el fin de aumentar el nivel de conocimiento del talento humano de las IPS en lo relacionado con las guías de detección temprana, protección específica Se capacitaran 12 IPS, cada una deberá garantizar la asistencia de los funcionarios de los puestos satélites.



7.3.11 GESTION INTEGRAL DE LA SALUD PUBLICA: COMPONENTE DE PARTICIPACION SOCIAL

La participación social se define como la capacidad real que poseen las personas y las comunidades para incidir de manera efectiva en los asuntos de interés común que afectan su desarrollo individual y colectivo.

En Colombia la Constitución de 1991 estableció la obligatoriedad de promover la participación social. No obstante, la discusión en torno al significado y el alcance de la participación social no fue agotada con la promulgación de la carta constitucional ya que la participación social contiene un alto componente político, es decir, se trata de la transferencia de una parte del poder a los sectores que antes estaban al margen en la toma de decisiones estatales.

En el municipio de Pereira, se ha intensificado la necesidad de estimular la participación comunitaria a través de procesos sociales que conduzcan a fortalecer el compromiso individual, familiar y comunitario en torno al mantenimiento y mejoramiento de las condiciones que favorezcan la salud, garantizando el derecho que tienen los seres humanos a una vida saludable en armonía con el entorno, respetando su cultura y reconociendo su sabiduría, de tal forma que se creen condiciones para que los individuos y los grupos comunitarios más excluidos socialmente adquieran poder de decisión y de control sobre asuntos que les afectan su vida cotidiana y puedan hacer valer sus derechos y cumplir sus deberes.

Para tal efecto la Secretaría de salud ha desarrollado mecanismos de participación social mediante la conformación de veedurías ciudadanas, apoyo y fortalecimiento al COPACO municipal, cuenta también con una serie de grupos que se constituyen en una red de apoyo para las acciones de salud pública del municipio y con las cuales se desarrollan procesos de capacitación, mantenimiento, y asesoría permanente. Dichas redes están conformadas por los comités de escuelas saludables, grupos de adultos mayores, grupos de padres de familia, comités de salud, grupos juveniles, entre otros.

En los próximos cuatro años se espera fortalecer e incrementar la participación comunitaria en el ámbito de la salud pública garantizando la movilización y el control social a través de las siguientes acciones:

En Promoción:

-Establecer mecanismos de participación comunitaria en los procesos de evaluación y seguimiento de los programas de salud pública.



-Propiciar la participación de la comunidad en la identificación de los problemas de salud y velar porque estos sean incluidos en los programas y proyectos.

En Prevención:

-Promover la conformación de redes de participación comunitaria en salud pública mediante el acompañamiento, asistencia técnica.

En Vigilancia:

Acompañamiento a los mecanismos de participación social en las empresas promotoras de salud.

En Gestión:

-Acciones tendientes a mantener actualizado el directorio de la red de apoyo social.
- Acciones tendientes a mantener actualizado el censo de las instituciones que trabajan por el fortalecimiento de la salud pública en el municipio de Pereira..

7.4. PROMOCION SOCIAL



Acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y atención de población especial (población en situación de desplazamiento, discapacitados, gestantes, indígenas, adultos mayores, población infantil, adolescentes y jóvenes)	visitas a las EPS del municipio para verificar y promover la participación social: comités de usuarios, comités de ética y veedurías	100% de EPS del municipio con acciones de promoción de participación social implementadas	% EPS del municipio subsidiadas visitadas y con acciones de participación social implementadas
		Fomentar el Desarrollo e implementación de modelos de atención en salud que respondan mejor a las necesidades de salud de la población a su cargo, teniendo en cuenta sus diferencias étnicas, socioculturales, de género y ciclo vital	% EPS subsidiadas con programas de atención en salud que tienen en cuenta las diferencias étnicas, socioculturales, de género y ciclo vital
			% IPS con programas de atención en salud que tienen en cuenta las diferencias étnicas, socioculturales, de género y ciclo vital
Fortalecimiento de acciones comunitarias y formación de Líderes Comunitarios	Acciones educativas de carácter no formal dirigidas a técnicos, profesionales y líderes comunitarios, sobre diferentes aspectos de la promoción social	Capacitar 100% de Líderes comunitarios en salud con herramientas para la promoción social y mejoramiento de las condiciones de vida de la población	% de Líderes en Salud Capacitados en herramientas para la promoción social y mejoramiento de las condiciones de vida de la población
Acciones de Fortalecimiento de los Entornos Familiares, Saludables y Solidarios ENFASIS	Entornos Familiares Sociales y Solidarios (ENFASIS)	50% de comunidades con niveles I y II del sisben con altas NBI con líderes capacitados a través de estrategias IEC que trabajan en promoción social	% de comunidades con niveles I y II del sisben con altas NBI con líderes capacitados a través de estrategias IEC que trabajan en promoción social
		Generar en el 50% de Comunidades con altas NBI estilos de vida saludables y con redes sociales de apoyo conformadas y funcionando	Comunidades con altas NBI Saludables y con control Social

7.5. Riesgo Profesional



promoción de la salud y calidad de vida y prevención de los riesgos de origen laboral en los ámbitos laborales	promoción de entornos saludables en el ámbito laboral a través de estrategias IEC	desarrollo de una estrategia IEC que involucre el 90% de las empresas e instituciones	empresas con información acerca de la importancia de entornos saludables y seguros
	Inducción a la demanda a los servicios de promoción de la salud en el ámbito laboral	desarrollo de una estrategia IEC que involucre el 90% de las empresas e instituciones	empresas con información acerca de la importancia de entornos saludables y seguros
acciones de inspección, vigilancia y control de riesgos sanitarios, fitosanitarios y ambientales en los ámbitos laborales	Realizar visitas de vigilancia y control a los procesos empresariales e institucionales	90% de las instituciones y empresas visitadas	Instituciones y empresas visitadas
Acciones de sensibilización para la reincorporación y la inclusión del discapacitado en el sector productivo	Promoción a través de estrategias IEC que sensibilicen frente a la reincorporación inclusión del discapacitado en el sector productivo	desarrollo de una estrategia IEC que involucre el 90% de las empresas e instituciones en procesos de sensibilización frente a la reincorporación inclusión del discapacitado en el sector productivo	empresas con información acerca de la importancia de reincorporar incluir el discapacitado en el sector productivo
Acciones de seguimiento, evaluación y difusión de resultados de la vigilancia en salud en el entorno laboral	visitas de vigilancia y control	90% de las instituciones y empresas visitadas	Instituciones y empresas visitadas



7. 6. Emergencias y Desastres

Gestión integral y fortalecimiento para la prevención, mitigación y superación de Emergencias y desastres	Gestión para la Identificación y priorización de los riesgos de Emergencias y Desastres	Levantamiento de la línea de Base para la identificación y priorización de Emergencias y Desastres	Línea de base en amenazas biológicas, Químicas y fitosanitarias en el Municipio de Pereira
		Implementación del comité local de Emergencias y Desastres intersectorial fortalecido y funcionando	Comité Local de Emergencias y Desastres intersectorial funcionando
	Acciones de Articulación Intersectorial para el desarrollo de los planes preventivos, de mitigación y superación de las emergencias y desastres	Implementación de planes de prevención, mitigación y superación de Emergencias y desastres en el 100% de Entornos Saludables	% de Entornos Saludables con Planes de prevención, mitigación y superación de emergencias y desastres en
	Acciones de Fortalecimiento Institucional para la respuesta territorial ante las situaciones de emergencias y desastres	Implementación de planes de prevención, mitigación y superación de Emergencias y Desastres en el 100% de los Programas de Prioridad para la Salud Pública	% de Programas de prioridad en Salud Pública con Planes de implementación y superación de Emergencias y desastres para las patologías objeto
		Implementación de Planes Institucionales Hospitalarios en el 100% de las IPS con población mayor a 10000 usuarios	% de IPS con población igual o mayor a 10000 usuarios con Planes institucionales Hospitalarios para la Prevención, mitigación y Superación de emergencias y desastres
	Acciones de Fortalecimiento de la Red de Urgencias	Implementación de una red de atención prehospitalaria para la atención de eventos de Emergencias y desastres en el Municipio	Red de atención prehospitalaria implementada y funcionando



7.7. Fortalecimiento Institucional

Fortalecimiento institucional	Adecuación de sede para la secretaria de salud y seguridad social	Sede de la Dirección Local de Salud adecuada y ajustada a las necesidades	% de adecuación de la DLS para las necesidades operacionales
	Adecuación de Recurso humano apropiado según competencias de la Dirección Local	Adecuación del 100% del recurso humano según necesidades Institucionales y carga de trabajo	% de adecuación del recurso humano según necesidades de carga de trabajo
	Fortalecimiento de los sistemas de Información para la Dirección Local de Salud	Implementación de una base de datos única de usuarios en salud	Base de Datos única de Usuarios en Salud en el Municipio Implementada y funcionando

8. ESTIMACION Y PROYECCIÓN PRESUPUESTAL `POR EJE PROGRAMATICO. (Ver anexos).



ANEXOS



ANEXO No.1

ALCADIA DE PEREIRA

SECRETARIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL PRIORIZACION DE PROBLEMAS CONSEJO LOCAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE PEREIRA

items

- 1 ¿ Son suficientes los proyectos que se identifican en el Programa de Gobierno del señor Alcalde " MAS OPORTUNIDADES PARA PROGRESAR? Si o NO

Si la respuesta es No ¿ cuáles identifica e incluiría ?

Programas de salud mental: prevención-diagnostico-tratamiento-rehabilitación, Programas prevención consumo psicotropicos, Programas prevención maltrato infantil, Programas de prevención de la violencia en la familias y la comunidad

¿ De los proyectos identificados, cuáles considera usted que debieran hacer parte de un programas específico? ¿Qué nombre llevaría ese programa específico? Definir cuántos programas sean posibles.

"Entorno sano- Familia sana". "La prevención: Una forma de vida saludable". " La violencia destruye lo que quieres. Concíliate con la vida"

¿Cuál(es) proyecto(s) de la administración anterior, cree usted que debería(n) continuar?
Programas de salud sexual y reproductiva, Programas de TBC, Programa de CERVIX

¿ Conoce usted alguna entidad(privada o gubernamental) que tenga recursos para financiar algunos de estos proyectos?¿ que entidad y que proyecto?

NO

- 2 ¿ Son suficientes los proyectos que se identifican en el Programa de Gobierno del señor Alcalde " MAS OPORTUNIDADES PARA PROGRESAR? Si o NO

Si la respuesta es No ¿ cuáles identifica e incluiría ?

Mejora en aplicación, seguimiento y control en las actividades de promoción y prevención.
Coordinación de las diferentes entidades de salud para optimizar recursos y la aplicación de programas en salud,



¿ De los proyectos identificados, cuáles considera usted que debieran hacer parte de un programas específico? ¿Qué nombre llevaría ese programa específico? Definir cuántos programas sean posibles.

NO SE

¿Cuál(es) proyecto(s) de la administración anterior, cree usted que debería(n) continuar?

NO SE

¿ Conoce usted alguna entidad(privada o gubernamental) que tenga recursos para financiar algunos de estos proyectos?¿ que entidad y que proyecto?

NO SE

3 ¿ Son suficientes los proyectos que se identifican en el Programa de Gobierno del señor Alcalde " MAS OPORTUNIDADES PARA PROGRESAR? Si o NO

Si la respuesta es No ¿ cuáles identifica e incluiría ?

Beben hacerse visible la salud pública en el plan de gobierno porque sólo trabaja en proponer aseguramiento y fortalecimiento de la red

¿ De los proyectos identificados, cuáles considera usted que debieran hacer parte de un programas específico? ¿Qué nombre llevaría ese programa específico? Definir cuántos programas sean posibles.

"Pereira Municipio Saludable". Debe ser transversal a todas las líneas estratégicas que se formulen para el plan de desarrollo

¿Cuál(es) proyecto(s) de la administración anterior, cree usted que debería(n) continuar?

¿ Conoce usted alguna entidad(privada o gubernamental) que tenga recursos para financiar algunos de estos proyectos?¿ que entidad y que proyecto?

Organización Panamericana de la Salud, Con posibilidades de tramitar recursos

4 ¿ Son suficientes los proyectos que se identifican en el Programa de Gobierno del señor Alcalde " MAS OPORTUNIDADES PARA PROGRESAR? Si o NO

Si la respuesta es No ¿ cuáles identifica e incluiría ?

Me parece que la información ha sido muy general. En aras de no caer en irresponsabilidades, quisiera conocerlas más a fondo



¿ De los proyectos identificados, cuáles considera usted que debieran hacer parte de un programas específico? ¿Qué nombre llevaría ese programa específico? Definir cuántos programas sean posibles.

Todos aparentan ser buenos, el asunto es conocerlos bien

¿Cuál(es) proyecto(s) de la administración anterior, cree usted que debería(n) continuar?

¿ Conoce usted alguna entidad(privada o gubernamental) que tenga recursos para financiar algunos de estos proyectos?¿ que entidad y que proyecto?

Me gustaría opinar sobre "vivienda social" cabe preguntar si se espera que con las mal llamadas "soluciones de vivienda" las personas tengan un lugar para convivir y descansar, un sitio para sentirse protegido y en paz ¿o si por el contrario, se trata de un lugar para dormir de pie y preocuparse por no respirar demasiado porque hasta el oxígeno que cabe es poco?

5 ¿ Son suficientes los proyectos que se identifican en el Programa de Gobierno del señor Alcalde " MAS OPORTUNIDADES PARA PROGRESAR? Si o NO

Si la respuesta es No ¿ cuáles identifica e incluiría ?

Salud familiar, Convivencia, Violencia intrafamiliar, Discriminación, Calidad de prestación de servicios

¿ De los proyectos identificados, cuáles considera usted que debieran hacer parte de un programas específico? ¿Qué nombre llevaría ese programa específico? Definir cuántos programas sean posibles.

Atención integral a la familia, Atención con dignidad, calidad para los pereiranos

¿Cuál(es) proyecto(s) de la administración anterior, cree usted que debería(n) continuar?

¿ Conoce usted alguna entidad(privada o gubernamental) que tenga recursos para financiar algunos de estos proyectos?¿ que entidad y que proyecto?

ICBF, Secretaria de Salud Municipal, Policía, Medios de Comunicación

6 ¿ Son suficientes los proyectos que se identifican en el Programa de Gobierno del señor Alcalde " MAS OPORTUNIDADES PARA PROGRESAR? Si o NO

Si la respuesta es No ¿ cuáles identifica e incluiría ?

Generación de empleo digno, Generación de cultura ciudadana



¿ De los proyectos identificados, cuáles considera usted que debieran hacer parte de un programas específico? ¿Qué nombre llevaría ese programa específico? Definir cuántos programas sean posibles.

¿Cuál(es) proyecto(s) de la administración anterior, cree usted que debería(n) continuar?
Seguridad alimentaria

¿ Conoce usted alguna entidad(privada o gubernamental) que tenga recursos para financiar algunos de estos proyectos?¿ que entidad y que proyecto?

7 ¿ Son suficientes los proyectos que se identifican en el Programa de Gobierno del señor Alcalde " MAS OPORTUNIDADES PARA PROGRESAR? Si o NO

Si la respuesta es No ¿ cuáles identifica e incluiría ?

Sistemas de información, Evaluación seguimiento y control de las matas planeadas, Mejorar la calidad y accesibilidad a los servicios de salud

¿ De los proyectos identificados, cuáles considera usted que debieran hacer parte de un programas específico? ¿Qué nombre llevaría ese programa específico? Definir cuántos programas sean posibles.

Evaluación seguimiento y control e información de objetivos y calidad de protección de servicios de salud

¿Cuál(es) proyecto(s) de la administración anterior, cree usted que debería(n) continuar?

¿ Conoce usted alguna entidad(privada o gubernamental) que tenga recursos para financiar algunos de estos proyectos?¿ que entidad y que proyecto?

8 ¿ Son suficientes los proyectos que se identifican en el Programa de Gobierno del señor Alcalde " MAS OPORTUNIDADES PARA PROGRESAR? Si o NO

Si la respuesta es No ¿ cuáles identifica e incluiría ?

No hay línea específicas de trabajo adecuadamente definidas hay que desarrollar el plan de salud dentro del mismo,

¿ De los proyectos identificados, cuáles considera usted que debieran hacer parte de un



programas específico? ¿Qué nombre llevaría ese programa específico? Definir cuántos programas sean posibles.

¿Cuál(es) proyecto(s) de la administración anterior, cree usted que debería(n) continuar?

¿Conoce usted alguna entidad(privada o gubernamental) que tenga recursos para financiar algunos de estos proyectos?¿que entidad y que proyecto?

9 ¿Son suficientes los proyectos que se identifican en el Programa de Gobierno del señor Alcalde " MAS OPORTUNIDADES PARA PROGRESAR? Si o NO

Si la respuesta es No ¿cuáles identifica e incluiría ?

Aumento de los programas de p y p, salud pública y orientado a la salud mental, sería conveniente conocer mas detalles el plan de gobierno para poder dar opinión con mas bases

¿De los proyectos identificados, cuáles considera usted que debieran hacer parte de un programas específico? ¿Qué nombre llevaría ese programa específico? Definir cuántos programas sean posibles.

¿Cuál(es) proyecto(s) de la administración anterior, cree usted que debería(n) continuar?
P y P, Educación permanente a todo el sector salud, trabajo sobre calidad,

¿Conoce usted alguna entidad(privada o gubernamental) que tenga recursos para financiar algunos de estos proyectos?¿ que entidad y que proyecto?
A través de Colciencias con los proyectos de investigación

10 ¿Son suficientes los proyectos que se identifican en el Programa de Gobierno del señor Alcalde " MAS OPORTUNIDADES PARA PROGRESAR? Si o NO

Si la respuesta es No ¿cuáles identifica e incluiría ?

¿De los proyectos identificados, cuáles considera usted que debieran hacer parte de un



programas específico? ¿Qué nombre llevaría ese programa específico? Definir cuántos programas sean posibles.

¿Cuál(es) proyecto(s) de la administración anterior, cree usted que debería(n) continuar?

¿Conoce usted alguna entidad(privada o gubernamental) que tenga recursos para financiar algunos de estos proyectos?¿ que entidad y que proyecto?

11 ¿ Son suficientes los proyectos que se identifican en el Programa de Gobierno del señor Alcalde " MAS OPORTUNIDADES PARA PROGRESAR? Si o NO

Si la respuesta es No ¿ cuáles identifica e incluiría ?

Aparentemente si,pero en realidad se visualizan muy vacio, necesitamos conocerlos en una línea más detallada

¿ De los proyectos identificados, cuáles considera usted que debieran hacer parte de un programas específico? ¿Qué nombre llevaría ese programa específico? Definir cuántos programas sean posibles.

¿Cuál(es) proyecto(s) de la administración anterior, cree usted que debería(n) continuar?
Se deben estudiar mejor y aumentar cobertura, siempre se debe pensar en la comunidad y en la calidad. No dilapidar los recursos

¿Conoce usted alguna entidad(privada o gubernamental) que tenga recursos para financiar algunos de estos proyectos?¿ que entidad y que proyecto?

Se debería tener programas de necesidades básicas con continuidad con entidades respetables y no desperdiciar los recursos con entidades y/ personas desconocedoras del sector y el oficio

12 ¿ Son suficientes los proyectos que se identifican en el Programa de Gobierno del señor Alcalde " MAS OPORTUNIDADES PARA PROGRESAR? Si o NO

Si la respuesta es No ¿ cuáles identifica e incluiría ?

Hace falta hacer énfasis en programas de salud pública enfocados a la promoción y prevención de la salud y enfermedades y a mejorar la calidad de vida y por ende el bienestar social



¿ De los proyectos identificados, cuáles considera usted que debieran hacer parte de un programas específico? ¿Qué nombre llevaría ese programa específico? Definir cuántos programas sean posibles.

Seguridad Alimentaria, salud sexual y reproductiva, Salud mental, Programa escolar.

¿Cuál(es) proyecto(s) de la administración anterior, cree usted que debería(n) continuar?
Seguridad Alimentaria, teniendo en cuenta que se debe mejorar las condiciones sanitarias ambientales de los comedores o restaurantes escolares del municipio

¿Conoce usted alguna entidad(privada o gubernamental) que tenga recursos para financiar algunos de estos proyectos?¿ que entidad y que proyecto?

Existen muchas, pero lo que se debe hacer es articularlas hacia un mismo objetivo