

# CAPÍTULO 8

## OTRA INFORMACIÓN DE INTERÉS EN SALUD

### Elaborado por:

#### **Programa Ampliado de Vacunación-PAI Componente de Vacunación**

BLANCA ISABEL RESTREPO VELÁZQUEZ  
Enfermera, coordinadora Programa Ampliado de inmunización-PAI, Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

#### **Desplazados**

ANA MARÍA CASTAÑEDA CARDONA,  
Profesional en Gerencia de Sistemas de Información en Salud, contratista Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

#### **Prevención Y Promoción**

LUZ ELENA CRUZ CORREA  
Odontóloga, Coordinadora P y P, Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

#### **Panorama de Emergencias y Desastres**

LUIS FERNANDO GALLEGO  
Médico, Coordinador CRUE, CRAE, Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

#### **Donaciones y Transplantes**

LUIS FERNANDO PALACIO TAMAYO  
Médico, Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

**Situación de la Red Pública**

YANCELY ARISTIZÁBAL GIRALDO

Administradora de Empresas, Secretaría Seccional de Salud y  
Protección Social de Antioquia.

JORGE ELIÉCER MAYA GONZÁLEZ

Arquitecto, Secretaría Seccional de Salud y Protección Social  
de Antioquia.

BEATRIZ LOPERA MONTOYA

Enfermera, Secretaría Seccional de Salud y Protección Social  
de Antioquia.

## TABLA DE CONTENIDO

ANTECEDENTES DEL PAI Y GENERALIDADES .....	17
COMPORTAMIENTO DE LOS INDICADORES DE VACUNACIÓN Y ANALISIS. ....	26
Coberturas de vacunación alcanzadas en el Departamento de Antioquia en el año 2010 .....	26
Esquemas adecuados para la edad en el Departamento de Antioquia en el año 2010 .....	34
Esquemas adecuados para la edad en el departamento de Antioquia en el año 2010 en población desplazada .....	40
Dosis aplicadas por vacuna mes a mes en el Departamento de Antioquia en el año 2010	41
Monitoreo rápido de coberturas de vacunación en el departamento de Antioquia en el año 2010 .....	46
Conclusiones .....	59
Recomendaciones .....	62
Introducción .....	64
Población desplazada identificada por Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) de segundo y tercer nivel de atención. 2008 – 2009 - 2010. ....	67
Atenciones en salud. Mental de niños, niñas y adolescentes en situación de desplazamiento forzado antioquia 2010. ....	110
Niños, niñas y adolescentes en situación de desplazamiento forzado atendidos en salud por vacunación. Antioquia 2010. ....	113
Monitoreo Rápido De Cobertura De Vacunación. ....	114
DISTRIBUCION POBLACIÓN EN EL SGSSS EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA 2010 .....	128
INDICADORES ANALIZADOS: .....	132
INDICADORES DE CUMPLIMIENTO .....	133
HALLAZGOS: .....	137
Vacunación pai: .....	137
Atención en salud bucal: .....	137
Atención del parto: .....	137
Atención Del Recién Nacido: .....	138

Atención en planificación familiar:.....	138
Detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo en menores de 10 años: .....	138
Detección temprana de alteraciones del desarrollo del joven:.....	139
Detección Temprana De Alteraciones Del Embarazo: .....	139
Detección Temprana De Las Alteraciones Del Adulto: .....	139
Detección Temprana De Cáncer De Cuello Uterino:.....	140
Detección Temprana De Cáncer De Seno:.....	140
Detección Temprana De Las Alteraciones Visuales:.....	140
DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA A NIVEL MUNICIPAL: .....	141
CONCLUSIONES.....	142
RECOMENDACIONES.....	143
ANEXOS.....	145
HALLAZGOS:.....	167
Vacunación PAI:.....	167
Atención En Salud Bucal:.....	167
Atención Del Parto: .....	168
Atención Del Recién Nacido:.....	168
Atención en planificación familiar:.....	169
Detección Temprana De Alteraciones Del Crecimiento Y Desarrollo En Menores De 10 Años:.....	169
Detección Temprana De Alteraciones Del Desarrollo Del Joven: .....	169
Detección Temprana De Alteraciones Del Embarazo: .....	169
Detección temprana de las alteraciones del adulto: .....	170
Detección Temprana De Cáncer De Cuello Uterino:.....	170
Detección Temprana De Cáncer De Seno:.....	170
Detección temprana de las alteraciones visuales: .....	171
INDICADORES CENTINELA DE CALIDAD.....	171
CONCLUSIONES.....	174
RECOMENDACIONES.....	175
ANEXOS.....	177

ACTIVIDADES DE AUDITORÍA Y ASISTENCIA TÉCNICA .....	206
ANTECEDENTES .....	213

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Población PAI de ocho municipios priorizados por el Ministerio de la protección Social. Antioquia 2005-2010.....	25
Tabla 2. Distribución de la población menor de un año y de un año de edad. Antioquia 2005-2010.....	25
Tabla 3. Coberturas de vacunación éticas alcanzadas en el Departamento de Antioquia en el año 2010.....	34
Tabla 4. Parámetros de evaluación del PAI. Antioquia 2010.....	35
Tabla 5. Distribución porcentual de los esquemas de vacunación, según grupos de población evaluados. Antioquia con corte a enero de 2010.....	35
Tabla 6. Distribución porcentual de los esquemas de vacunación, según grupos de población evaluados. Antioquia con corte a diciembre de 2010.....	35
Tabla 7. Distribución de población con esquema adecuado de vacunación para la edad en población de 1 a 5 años por regiones, Departamento de Antioquia 2010.....	38
Tabla 8. Distribución de población según esquema adecuado para la edad en población de 0 a 7 años por subregiones, Departamento de Antioquia 2010.....	40
Tabla 9. Número de monitoreos realizados por municipio en el año 2010.....	48
Tabla 10. Coberturas de vacunación según MRCV PAI por grupos de edad en el Departamento de Antioquia 2010.....	51
Tabla 11. Principales Diagnósticos presentados en las atenciones brindadas a la Población en Situación de Desplazamiento forzado por el servicio de Consulta Externa, Antioquia 2008,2009, 2010.....	71
Tabla 12. Niveles de SISBEN de la Población atendida en salud. Antioquia 2008 a 2010.	72
Tabla 13. Población Desplazada notificada por Sivigila. Antioquia 2008, 2009, 2010. ....	72
Tabla 14. Distribución Porcentual por grupos de edad de la Población Desplazada notificada por Sivigila. Antioquia 2008, 2009, 2010.....	77
Tabla 15. Distribución Porcentual de la Población Desplazada por evento, notificados por Sivigila. Antioquia 2008, 2009, 2010.....	79
Tabla 16. Población Desplazada Notificada por Sivigila según tipo de caso. Antioquia 2008, 2009, 2010.....	80
Tabla 17. Población Desplazada Notificada por SIVIGILA según Municipio de residencia. Antioquia 2008, 2009, 2010.....	81
Tabla 18. Población Desplazada Notificada por SIVIGILA según Estado Final del Paciente. Antioquia 2008, 2009, 2010.....	82
Tabla 19. Población Desplazada Notificada por SIVIGILA que presentó defunción Antioquia 2008, 2009, 2010.....	82
Tabla 20. Mujeres desplazadas en Antioquia según base de datos del Ministerio de Protección Social. Antioquia 2010.....	84

Tabla 21. Mujeres desplazadas identificadas en Antioquia según cruce de base de datos Ministerio de Protección Social.....	84
Tabla 22. Mujeres Desplazadas identificadas en Antioquia según estado civil. Antioquia 2010.....	85
Tabla 23. Mujeres desplazadas identificadas en Antioquia según nivel escolar. Antioquia 2010.....	86
Tabla 24. Mujeres desplazadas identificadas en Antioquia según asignación de recursos. Antioquia 2010.....	86
Tabla 25. Mujeres desplazadas identificadas en Antioquia en atenciones de segundo y tercer nivel según sitio de residencia Antioquia 2008 a 2010.....	87
Tabla 26. Mujeres desplazadas priorizadas identificadas en Antioquia en atenciones de segundo y tercer nivel según tipo de atención. Antioquia 2008 a 2010.....	87
Tabla 27. Principales Diagnósticos en Mujeres desplazadas priorizadas identificadas en Antioquia en atenciones de segundo y tercer nivel. Antioquia 2008 a 2010.....	88
Tabla 28. Mujeres desplazadas priorizadas identificadas en Antioquia en atenciones de segundo y tercer por grupo de edad. Antioquia 2008 a 2010.....	89
Tabla 29. Mujeres Desplazadas por SIVIGILA Antioquia 2010.....	89
Tabla 30. Mujeres en situación de Desplazamiento Forzado, por evento notificado. Antioquia 2010.....	90
Tabla 31. Mujeres en situación de Desplazamiento Forzado, por Municipio. Antioquia 2010.....	91
Tabla 32. Ubicación de las Mujeres en Situación de Desplazamiento forzado, por Municipio. Antioquia 2010.....	92
Tabla 33. Nivel Escolar de las Mujeres en Situación de Desplazamiento forzado, Antioquia 2010.....	92
Tabla 34. Estado Civil de las Mujeres en situación de desplazamiento forzado, Antioquia 2010.....	93
Tabla 35. Modos de subsidio adjudicado a Mujeres en Situación de Desplazamiento forzado. Antioquia 2010.....	93
Tabla 36. Mujeres afiliadas al régimen contributivo y al régimen Subsidiado. Antioquia 2010.....	94
Tabla 37. Población indígena notificada por Sivigila por grupos de edad y sexo. Antioquia 2008 a 2010.....	96
Tabla 38. Población indígena notificada por SIVIGILA por grupos de edad y patología. Antioquia 2008 a 2010.....	97
Tabla 39. Población indígena notificada por SIVIGILA por área de residencia. Antioquia 2008 a 2010.....	97
Tabla 40. Población indígena notificada por SIVIGILA por Municipio y evento. Antioquia 2008 a 2010.....	98
Tabla 41. Instituciones privadas y públicas con interventoría y validación de derechos. Antioquia 2008 a 2010.....	99
Tabla 42. Instituciones privadas y públicas con interventoría y validación de derechos. Antioquia 2009 a 2010.....	100

Tabla 43. Población desplazada según tipo de afiliación por Municipio y subregión.....	101
Tabla 44. Distribución Porcentual por edad y año de los Niños, Niñas y Adolescentes en situación de desplazamiento identificada por Sivigila. Antioquia 2008, 2009, 2010. ....	106
Tabla 45. Distribución Porcentual por Etnia y año de los Niños, Niñas y Adolescentes en situación de desplazamiento identificada por Sivigila. Antioquia 2008, 2009, 2010. ....	106
Tabla 46. Distribución Porcentual por Etnia y zona de residencia de los Niños, Niñas y Adolescentes en situación de desplazamiento identificados por SIVIGILA. Antioquia 2008, 2009, 2010.....	108
Tabla 47. Distribución Porcentual de los principales eventos de notificación en los Niños, Niñas y Adolescentes en situación de desplazamiento identificados por SIVIGILA. Antioquia 2008, 2009, 2010.....	109
Tabla 48. Población de niños, niñas y adolescentes en situación de desplazamiento forzado atendida en salud mental por grupo de edad y sexo, Antioquia 2010.....	111
Tabla 49. Población de niños, niñas y adolescentes en situación de desplazamiento forzado atendida en salud mental por región de atención., Antioquia 2010.....	112
Tabla 50. Población de niños, niñas y adolescentes en situación de desplazamiento forzado atendida en salud mental por temas de intervención Antioquia 2010.....	113
Tabla 51. Niños y Niñas de cero a siete años en Situación de Desplazamiento con esquema de vacunación adecuado para la edad. Antioquia 2009-2010 .....	115
Tabla 52. Líneas de trabajo trabajadas a población desplazada atendida por salud mental. Antioquia 2010.....	118
Tabla 53. Población desplazada atendida en salud mental por sexo y grupo de edad. Antioquia 2010.....	120
Tabla 54. Población desplazada atendida por salud mental. Según tema de intervención. Antioquia 2010.....	122
Tabla 55. Empresas Promotoras de Salud (EPS) Subsidiadas .....	128
Tabla 56. Rango de calificación de las EPS-S en el régimen subsidiado.....	134
Tabla 57. Indicadores frecuentemente mal programados EPS – Régimen Subsidiado .....	134
Tabla 58. Consolidado de calificación de cumplimiento de indicadores trazadores sobre las acciones de detección temprana y protección específica a cargo de las EPS-S para el Departamento de Antioquia – año 2010.....	135
Tabla 59. Consolidado Departamental de casos centinela de calidad .....	141
Tabla 60. Empresas Promotoras de Salud (EPS) Contributivas .....	159
Tabla 61. Rango de calificación de las EPS-S en el régimen contributivo .....	163
Tabla 62. Indicadores frecuentemente mal programados EPS – Régimen Contributivo .....	163
Tabla 63. Consolidado de calificación de cumplimiento de indicadores trazadores sobre las acciones de detección temprana y protección específica a cargo de las EPS-C para el Departamento de Antioquia – año 2010.....	164
Tabla 64. Consolidado departamental de casos centinela de calidad.....	172
Tabla 65. Desempeño por subregión.....	172
Tabla 66. Alertas de potenciales donantes notificadas a la Coordinación Regional No. 2 de la Red de Donación y Trasplantes a través del CRUE, por tipo de alerta, 2009- 2010. ....	196

Tabla 67. Alertas de potenciales donantes notificadas a la Coordinación Regional No. 2 de la Red de Donación y Trasplantes a través del CRUE, por servicio generador, Año 2009-2010. .....	196
Tabla 68. Alertas de urgencia cero y compasivo notificadas a la Coordinación Regional No. 2 de la Red de Donación y Trasplantes ,2010. ....	196
Tabla 69. Tasa de donante por millón de habitante. Coordinación Regional No. 2, 2010. ...	197
Tabla 70. Actividad de Donación. Coordinación Regional No. 2, 2009- 2010. ....	198
Tabla 71. Número Donantes efectivos. Coordinación Regional No. 2, AÑO 2008- 2010. ....	198
Tabla 72. Número de Donantes Rescatados por tipo de donante. Coordinación Regional No. 2, 2009-2010. ....	199
Tabla 73. Rescate de Componentes anatómicos Coordinación Regional No. 2, 2009-2010. .....	199
Tabla 74. Numero de órganos ofertados a nivel nacional desde la Coordinación Regional 2 por tipo de órgano, 2010. ....	200
Tabla 75. Numero de órganos enviados a nivel nacional desde la Coordinación Regional 2, 2009-2010. ....	200
Tabla 76. Número de Trasplantes por órgano. Coordinación Regional 2, 2009-2010. ....	201
Tabla 77. Tasa de Trasplante por millón de habitante. Coordinación Regional 2, 2010. ....	202
Tabla 78. Número de Trasplantes a receptores extranjeros no residentes por tipo de órgano y nacionalidad. Coordinación Regional 2, 2010. ....	202
Tabla 79. Número de donantes de tejido ocular obtenidos por tipo de donación. Coordinación Regional 2, 2010. ....	202
Tabla 80. Número de tejido ocular obtenido por tipo de tejido. Coordinación Regional 2, 2010. ....	203
Tabla 81. Número de donantes de tejido osteomuscular obtenidos por tipo de donación. Coordinación Regional 2, 2010. ....	203
Tabla 82. Número de donantes de piel obtenidos por tipo de donación. Coordinación Regional 2, 2010. ....	203
Tabla 83. Número de donantes de válvulas cardíacas obtenidas por tipo de donación. Coordinación Regional 2, 2010. ....	203
Tabla 84. Número de actividades de promoción realizadas. Coordinación Regional 2, 2010. .....	203
Tabla 85. Charlas, capacitaciones y actividades de educación y promoción de la donación. Coordinación Regional No. 2, 2010. ....	204
Tabla 86. Proyectos de Ajuste Institucional .....	228
Tabla 87. Programa el Departamento con recursos adicionales .....	229
Tabla 88. Proyecto de Ambulancias ejecutadas 2008 .....	230
Tabla 89. Proyecto Ambulancias ejecutadas 2009 .....	231
Tabla 90. Relación de ambulancias cofinanciadas entre el Ministerio de la Protección Social – Gobernación de Antioquia - DSSA, Las ESE y los Municipios 2008. ....	231
Tabla 91. Relación de Ambulancias cofinanciadas entre el Ministerio de la Protección Social – Gobernación de Antioquia - DSSA, Las ESE y los Municipios 2010 .....	232

Tabla 92. Relación de Ambulancias cofinanciadas entre el Ministerio de la Protección Social – Gobernación de Antioquia - DSSA, Las ESE y los Municipios 2011 .....	233
Tabla 93. Proyecto Dotación Ejecutados 2008.....	234
Tabla 94. Proyecto Dotación Ejecutados 2009.....	235
Tabla 95. Dotación Estampilla 2010.....	236
Tabla 96. Hospitales nuevos 2011 .....	242
Tabla 97. Reformas y Ampliaciones 2011 .....	243
Tabla 98. Prestadores de servicios de salud por subregión. Antioquia. (Corte 31 de diciembre de 2011).....	244
Tabla 99. Capacidad instalada por subregión. Antioquia (Corte 31 de diciembre de 2011) .	244

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Coberturas de vacunación en menores de un año y de un año de edad. Antioquia 2010.....	26
Figura 2. Coberturas de vacunación con población DANE. Antioquia 2005-2010 .....	27
Figura 3. Coberturas de vacunación. Región Magdalena Medio. Antioquia 2010.....	28
Figura 4. Coberturas de vacunación. Región Bajo Cauca. Antioquia 2010.....	28
Figura 5. Coberturas de vacunación. Región Urabá. Antioquia 2010.....	29
Figura 6. Coberturas de vacunación. Región Nordeste. Antioquia 2010 .....	29
Figura 7. Coberturas de vacunación, Región Occidente. Antioquia 2010.....	30
Figura 8. Coberturas de vacunación, Región Norte. Antioquia 2010.....	30
Figura 9. Coberturas de vacunación, Región Suroeste. Antioquia 2010.....	31
Figura 10. Coberturas de vacunación, Región Oriente. Antioquia 2010 .....	31
Figura 11. Coberturas de vacunación, Región Valle de Aburrá Antioquia 2010.....	32
Figura 12. Porcentaje de población con esquema de vacunación adecuado para la edad. Antioquia con corte a enero de 2010 .....	36
Figura 13. Porcentaje de población con esquema de vacunación adecuado para la edad. Antioquia 2010.....	37
Figura 14. Porcentaje de población con esquema adecuado de vacunación para la edad en población de 1 a 5 años por regiones, departamento de Antioquia 2010.....	38
Figura 15. Porcentaje de municipios con esquemas adecuados para la edad, en el grupo de un año, según mes. Con calificación útil. Antioquia 2010.....	39
Figura 16. Evaluación de esquemas de vacunación adecuados para la edad(EVAE) en población de 0 a 5 años. Antioquia con corte a diciembre de 2010.....	40
Figura 17. Evaluación de esquemas adecuados para la edad en población desplazada. Antioquia 2010.....	41
Figura 18. Vacunados con Antipolio, por mes. Antioquia 2010 .....	42
Figura 19. Proyección de las coberturas de vacunación con VOP en menores de un año. Antioquia 2010.....	42
Figura 20. Proyección de las coberturas de vacunación con BCG en menores de un año. Antioquia 2010.....	43
Figura 21. Proyección de las coberturas de vacunación con BCG en menores de un año. Antioquia 2010.....	43
Figura 22. Proyección de las coberturas de vacunación con Rotavirus en menores de un año. Antioquia 2010 .....	44

Figura 23. Proyección de las coberturas de vacunación con SRP en menores de un año. Antioquia 2010.....	44
Figura 24. Proyección de las coberturas de vacunación con SRP en menores de un año. Antioquia 2010.....	45
Figura 25. Proyección de las coberturas de vacunación con Fiebre Amarilla en menores de un año. Antioquia 2010.....	45
Figura 26. Distribución porcentual según monitoreos no realizados, municipios de Antioquia 2010.....	50
Figura 27. Número de municipios con monitoreos realizados. Antioquia 2010.....	51
Figura 28. Coberturas de vacunación por monitoreo, según grupos de edad. Antioquia 201053	
Figura 29. Clasificación del riesgo primer monitoreo, según coberturas. Antioquia 2010.....	54
Figura 31. Clasificación del riesgo, tercer monitoreo según coberturas. Antioquia 2010.....	56
Figura 32. Clasificación del riesgo, cuarto monitoreo según coberturas. Antioquia 2010.....	57
Figura 33. Distribución porcentual de causas de no poseer esquema de vacunación completo.....	58
Figura 34. Distribución porcentual de causas de no poseer carné de vacunas. Antioquia 2010.....	59
Figura 35. Distribución Porcentual por grupo de edad de la Población Desplazada identificada por RIPS. Antioquia 2008, 2009, 2010.....	67
Figura 36. Distribución Porcentual por sexo de la Población Desplazada atendida en segundo y tercer nivel, identificada por RIPS. Antioquia 2008, 2009, 2010.....	68
Figura 37. Distribución Porcentual por zona de residencia de la Población Desplazada atendida en segundo y tercer nivel, identificada por RIPS. Antioquia 2008, 2009, 2010.....	69
Figura 38. Distribución Porcentual según tipo de atención de la Población Desplazada atendida en segundo y tercer nivel, identificada por RIPS. Antioquia 2008, 2009, 2010.....	70
Figura 39. Distribución Porcentual por sexo de la Población Desplazada notificada por Sivigila. Antioquia 2008, 2009, 2010.....	73
Figura 40. Distribución Porcentual por área de residencia de la Población Desplazada notificada por Sivigila. Antioquia 2008, 2009, 2010.....	74
Figura 41. Distribución Porcentual por grupo poblacional de la Población Desplazada notificada por Sivigila. Antioquia 2008, 2009, 2010.....	75
Figura 42. Distribución porcentual por zona de residencia de la población de niños, niñas y adolescentes en situación de desplazamiento atendidas en salud mental. Antioquia 2010. .....	111
Figura 43. Distribución porcentual grupo étnico de la población de niños, niñas y adolescentes en situación de desplazamiento atendidas en salud mental. Antioquia 2010. .....	112
Figura 44. Niños niñas y adolescentes de cero a siete años con esquema de vacunación adecuado para la edad. Antioquia 2008-2010.....	117
Figura 45. Distribución porcentual por zona de residencia de la población desplazada atendida en salud mental.....	118

Figura 46. Distribución porcentual por sexo de la población desplazada atendida en salud mental.....	119
Figura 47. Distribución porcentual por Subregión de la población desplazada atendida en salud mental. ....	120
Figura 48. Distribución porcentual por Grupo Población de las atenciones en salud mental. ....	121
Figura 49. Distribución porcentual de población por EPS Régimen Subsidiado. Antioquia 2010.....	146
Figura 50. Vacunación – PAI. Actividades ejecutadas Régimen Subsidiado. Antioquia 2010 .....	147
Figura 51. Atención en Salud Bucal. Actividades ejecutadas Régimen Subsidiado. Antioquia 2010.....	147
Figura 52. Atención del parto. Actividades ejecutadas Régimen Subsidiado. Antioquia 2010 .....	148
Figura 53. Atención del recién nacido. Actividades ejecutadas Régimen Subsidiado. Antioquia 2010 .....	148
Figura 54. Atención en planificación familiar. Actividades ejecutadas Régimen Subsidiado. Antioquia 2010 .....	149
Figura 55. Crecimiento y desarrollo en menores de 10 años. Actividades ejecutadas Régimen Subsidiado. Antioquia 2010 .....	149
Figura 56. Detección temprana de alteraciones del joven. Actividades ejecutadas Régimen Subsidiado. Antioquia 2010 .....	150
Figura 57. Detección temprana de alteraciones del embarazo. Actividades ejecutadas Régimen Subsidiado. Antioquia 2010 .....	150
Figura 58. Detección temprana y alteraciones del adulto. Actividades ejecutadas Régimen Subsidiado. Antioquia 2010 .....	151
Figura 59. Detección temprana de Cáncer Cuello Uterino. Actividades ejecutadas Régimen Subsidiado. Antioquia 2010 .....	151
Figura 60. Detección temprana de alteraciones de la agudeza visual. Actividades ejecutadas Régimen Subsidiado. Antioquia 2010 .....	152
Figura 61. Indicadores Centinela. Régimen Subsidiado. Antioquia 2010 .....	152
Figura 62. Resultado gestión municipal. Régimen Subsidiado. Subregión Magdalena Medio. Antioquia 2010. ....	153
Figura 63. Resultado gestión municipal. Régimen Subsidiado. Subregión Bajo Cauca. Antioquia 2010.....	153
Figura 64. Resultado gestión municipal. Régimen Subsidiado. Subregión Urabá. Antioquia 2010.....	154
Figura 65. Resultado gestión municipal. Régimen Subsidiado. Subregión Nordeste. Antioquia 2010.....	154
Figura 66. Resultado gestión municipal. Régimen Subsidiado. Subregión Occidente. Antioquia 2010.....	155

Figura 67. Resultado gestión municipal. Régimen Subsidiado. Subregión Norte. Antioquia 2010.....	155
Figura 68. Resultado gestión municipal. Régimen Subsidiado. Subregión Oriente. Antioquia 2010.....	156
Figura 69. Resultado gestión municipal. Régimen Subsidiado. Subregión Suroeste. Antioquia 2010.....	156
Figura 70. Resultado gestión municipal. Régimen Subsidiado. Subregión Valle de Aburra. Antioquia 2010.....	157
Figura 71. Distribución porcentual de los municipios según calificación por subregión de Magdalena Medio, Bajo Cauca y Urabá. Régimen Subsidiado. Antioquia 2010.....	157
Figura 72. Distribución porcentual de los municipios según calificación por subregión de Nordeste, Occidente y Norte. Régimen Subsidiado. Antioquia 2010.....	158
Figura 73. Distribución porcentual de los municipios según calificación por subregión de Oriente, Suroeste y Valle de Aburra. Régimen Subsidiado. Antioquia 2010.....	158
Figura 74. Distribución porcentual de población por EPS Régimen Contributivo. Antioquia 2010.....	179
Figura 75. Vacunación – PAI. Actividades ejecutadas Régimen Contributivo. Antioquia 2010.....	180
Figura 76. Atención en Salud Bucal. Actividades ejecutadas Régimen Contributivo. Antioquia 2010.....	180
Figura 77. Atención del Parto. Actividades ejecutadas Régimen Contributivo. Antioquia 2010.....	181
Figura 78. Atención del Recién Nacido. Actividades ejecutadas Régimen Contributivo. Antioquia 2010.....	181
Figura 79. Atención en Planificación Familiar. Actividades ejecutadas Régimen Contributivo. Antioquia 2010.....	182
Figura 80. Crecimiento y desarrollo en menores de 10 años. Actividades ejecutadas Régimen Contributivo. Antioquia 2010.....	182
Figura 81. Detección temprana de alteraciones del joven. Actividades ejecutadas Régimen Contributivo. Antioquia 2010.....	183
Figura 82. Detección temprana de alteraciones del embarazo. Actividades ejecutadas Régimen Contributivo. Antioquia 2010.....	183
Figura 83. Detección temprana y alteraciones del adulto. Actividades ejecutadas Régimen Contributivo. Antioquia 2010.....	184
Figura 84. Detección temprana de Cáncer Cuello Uterino. Actividades ejecutadas Régimen Contributivo. Antioquia 2010.....	184
Figura 85. Detección temprana de Cáncer de Seno. Actividades ejecutadas Régimen Contributivo. Antioquia 2010.....	185
Figura 86. Detección temprana de alteraciones de la agudeza visual. Actividades ejecutadas Régimen Contributivo. Antioquia 2010.....	185
Figura 87. Indicadores Centinela. Régimen Contributivo. Antioquia 2010.....	186

Figura 88. Resultado gestión municipal. Régimen Contributivo. Subregión Magdalena Medio. Antioquia 2010 .....	187
Figura 89. Resultado gestión municipal. Régimen Contributivo. Subregión Bajo Cauca Antioquia 2010 .....	187
Figura 90. Resultado gestión municipal. Régimen Contributivo. Subregión Urabá Antioquia 2010 .....	188
Figura 91. Resultado gestión municipal. Régimen Contributivo. Subregión Nordeste Antioquia 2010 .....	188
Figura 92. Resultado gestión municipal. Régimen Contributivo. Subregión Occidente Antioquia 2010 .....	189
Figura 93. Resultado gestión municipal. Régimen Contributivo. Subregión Norte Antioquia 2010 .....	189
Figura 94. Resultado gestión municipal. Régimen Contributivo. Subregión Oriente Antioquia 2010 .....	190
Figura 95. Resultado gestión municipal. Régimen Contributivo. Subregión Suroeste Antioquia 2010 .....	190
Figura 96. Resultado gestión municipal. Régimen Contributivo. Subregión Valle de Aburra Antioquia 2010 .....	191
Figura 97. Distribución porcentual de los municipios según calificación por subregión de Valle de Aburra, Norte y Urabá. Régimen Contributivo. Antioquia 2010 .....	191
Figura 98. Distribución porcentual de los municipios según calificación por subregión de Suroeste, Oriente y Occidente. Régimen Contributivo. Antioquia 2010 .....	192
Figura 99. Distribución porcentual de los municipios según calificación por subregión de Nordeste, Bajo Cauca y Magdalena Medio. Régimen Contributivo. Antioquia 2010 .....	192
Figura 100. Principales Municipios Antioqueños afectados por algún tipo de emergencia o evento 2007 - 2010 .....	193
Figura 101. Tipo de evento ocurrido (desastres o emergencias) en Antioquia entre los años 2007 - 2010 .....	194
Figura 102. Tipo de Figura consecuencias resultantes de algún tipo de evento catastrófico o emergencia ocurridas en Antioquia 2007 - 2010 .....	195
Figura 103. Comportamiento de la notificación al CRUE de alertas de potenciales donantes. Coordinación Regional No.2, 2010 .....	196
Figura 104. Comportamiento de la notificación de alertas de urgencia cero y compasivo, 2010 .....	197
Figura 105. Porcentaje de alertas de potenciales donantes en muerte cerebral según causa. Coordinación Regional No.2, 2010 .....	198
Figura 106. Porcentaje de aceptación y negación familiar a la donación. Coordinación Regional No.2, 2010 .....	199
Figura 107. Porcentaje de órganos rescatados. Coordinación Regional No.2, 2010 .....	200
Figura 108. Numero de órganos ofertados y numero de órganos enviado a nivel nacional. Coordinación Regional número.2, 2009-2010 .....	201
Figura 109. Porcentaje de Trasplantes por tipo de. Coordinación Regional No.2, 2010 .....	202

## **EVALUACIÓN DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES EN EL COMPONENTE DE VACUNACIÓN**

### **ANTECEDENTES DEL PAI Y GENERALIDADES**

El Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI- continúa como uno de los programas prioritarios del sector salud y mantiene el impacto logrado, disminuyendo los enfermos y muertos por enfermedades inmunoprevenibles y generando mayores posibilidades de vida a la población. El PAI es una acción conjunta de organismos internacionales y de las naciones del mundo, liderado en los países de las Américas por la Organización Panamericana de la Salud –OPS-, que mantiene su apoyo a las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y tratamiento de los eventos que se presentan para facilitar el logro de las coberturas universales de vacunación, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por las enfermedades inmunoprevenibles.

La OPS ha definido tres aspectos claves en la gestión, que cada ente territorial debe buscar con este programa:

- 1. Incluir y mantener el PAI en la agenda política.**
- 2. Proteger los logros alcanzados.**
- 3. Completar la agenda inconclusa.**

Desde 1977 se inició el PAI en los países de las Américas, con la aplicación de cinco vacunas para los menores de 5 años y ha tenido continuidad durante todos estos años en los diferentes países, convirtiéndose en modelo para el mundo.

### **1. INCLUIR Y MANTENER EL PAI EN LA AGENDA POLÍTICA.**

El PAI continúa su accionar en los seis planes principales que obedecen a la política establecida en la Cumbre Mundial de la Infancia realizada en 1990, referida a mejorar la salud y el bienestar de la población infantil, son estos:

1. Plan para la consolidación de la Certificación de la Erradicación de Poliomiélitis.
2. Plan de Eliminación de Sarampión.
3. Plan de Eliminación de Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita.
4. Plan de Eliminación del Tétanos Neonatal.
5. Plan de Control de Hepatitis B.
6. Plan de Control de otras enfermedades inmunoprevenibles: Tos ferina, Difteria, Tuberculosis y Parotiditis.

En el año 2000, Colombia junto con otros 188 países firmaron la declaración del milenio, por la cual se consagraban ocho objetivos de desarrollo comunes a largo plazo para ser cumplidos en el 2015. Este ejercicio contó con el apoyo y coordinación

de Naciones Unidas, el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Este compromiso está contemplado en el documento CONPES SOCIAL 91 “Metas y Estrategias para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio – 2015”, que fue elaborado con la participación de diferentes Ministerios de nuestro país.

Alcanzar las coberturas en el PAI es uno de los indicadores establecidos para el logro del Cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio: Reducir la mortalidad en menores de cinco años:

Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años, que incluye los siguientes indicadores:

1. Reducir la mortalidad en menores de 5 años, a 17 muertes por cada 1.000 nacidos vivos.
2. Reducir la mortalidad en menores de un año a 14 muertes por cada 1.000 nacidos vivos.
3. Alcanzar y mantener las coberturas de vacunación en el 95% con el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) para los menores de 5 años, en todos los municipios y distritos del país.

La meta de la disminución de la tasa de mortalidad en menores de cinco años, tiene una relación directa con el PAI y en este contexto, el Ministerio de la Protección Social, además de dirigir el Programa permanente de vacunación y de garantizar la inversión necesaria para disponer las vacunas, jeringas, equipos de cadena de frío y otros insumos necesarios en vacunación, ha orientado el desarrollo de estrategias complementarias que permitan incrementar las coberturas de vacunación con todos los biológicos del PAI, particularmente acciones conjuntas del gobierno nacional, las entidades territoriales y los municipios, a través de las jornadas de vacunación, además se ha impulsado la estrategia de Monitoreos rápidos de coberturas de vacunación que permiten evaluar el PAI objetivamente con los carné o historias de vacunación de la población propia de cada municipio y tomar decisiones oportunamente.

Con el liderazgo de la OPS, en la XVII reunión del Grupo Técnico Asesor sobre enfermedades prevenibles por vacunación realizada en Guatemala en julio de 2006, bajo el lema “Protegiendo la Salud de las Américas: avanzando de la vacunación de los niños a la de la familia” se pretende avanzar en el PAI haciendo un Programa de vacunación no solo para niños, niñas y mujeres sino ampliarlo al grupo familiar, por lo cual desde el año 2007 se incluyó el grupo del adulto mayor en la población objeto del PAI, específicamente con la vacuna de influenza estacional. Cada año se avanza en los estudios costo beneficio de otras vacunas y grupos de población con el fin de ampliar el esquema de vacunación del PAI.

Mediante Acuerdos del CNSSS desde el año 2007 y con la Resolución 1736 de 20 de mayo de 2010 se ha incorporado la vacuna contra el Neumococo en el esquema

oficial del PAI, se han establecido criterios de priorización en la población infantil incluyendo el peso al nacer y patologías que incrementen el riesgo de enfermar y morir por neumococo en los Departamentos con mayor mortalidad infantil, hasta lograr la incorporación en todos los Departamentos del país. Para Antioquia esta vacuna se incorpora en el esquema PAI para todos los nacidos a partir del mes de noviembre de 2010, lo cual permite aplicarla a partir de enero del año 2011, hasta la fecha se ha beneficiado la población infantil priorizada según los criterios definidos en los Acuerdos del CNSSS y en la Resolución 1736.

Desde marzo de 2009, se introdujo al esquema PAI, la vacuna contra Rotavirus para ser aplicada a todos los menores de seis meses, independiente de alguna condición de riesgo, en el 2010 se continuó aplicando esta vacuna de acuerdo con la disponibilidad de la misma.

Para mantener el PAI en la agenda política de los Alcaldes de los 125 municipios, se firmó al acta de compromiso municipal que incluye los indicadores y metas del PAI para el período de gobierno vigente.

## **2. PROTEGER LOS LOGROS ALCANZADOS.**

La Organización Panamericana de la Salud –OPS-, en agosto de 1994 certificó la erradicación de la Poliomiélitis causada por Polio virus salvaje en los países de las Américas, desde entonces en este continente, no se han presentado nuevos casos de esta enfermedad. Es evidente el impacto en la disminución de casos a nivel mundial y el compromiso de todos los países con este Plan de Erradicación de Poliomiélitis, se mantiene la notificación e investigación de casos sospechosos de parálisis flácida aguda y la vacunación con antipolio, cumpliendo así con la vigilancia epidemiológica y la vacunación como los dos grandes componentes que soportan el PAI.

En los últimos años se ha enfatizado en la ejecución de acciones para la consolidación del Plan de Erradicación del Sarampión y el Plan de erradicación de la Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita, especialmente durante los años 2005 y 2006, en los cuales se realizó la campaña de vacunación con sarampión y Rubéola -SR, en hombres y mujeres de 14 a 39 años con un cumplimiento Departamental de 98%; en el año 2010 se realizó la intensificación de la vacunación con SR al grupo de 1 a 8 años en niños y niñas con un cumplimiento Departamental de 99% según la cohorte de recién nacidos, igualmente se mantienen las actividades de vigilancia epidemiológica y de vacunación cumpliendo el esquema establecido con la vacuna SRP al año de edad y el refuerzo a los 5 años de edad, además de vacunar la población susceptible que se capte. En estos tres eventos se puede mostrar importantes logros, los cuales deben protegerse continuando con la vigilancia epidemiológica estricta y la vacunación de todos los susceptibles, teniendo en cuenta que se inicia en el país el proceso de certificación de la erradicación.

Desde el año 1999, se estableció el Plan de Eliminación del Tétanos Neonatal, desde antes se aplicaba a las gestantes la vacuna contra el tétanos TT, la cual se cambió por la vacuna Td contra tétanos y difteria y se amplió el grupo de aplicación a las mujeres de 10 a 49 años, el esquema también se ha modificado desde el inicio del PAI pasando de 2 dosis a 5 dosis de Td y actualmente se consideran los antecedentes de DPT y Td para completar las 5 dosis del esquema e iniciar un refuerzo cada 10 años a partir de la 5ª dosis. En este plan también es evidente el impacto logrado en la disminución de los casos de tétanos neonatal no solo en Antioquia sino en el país.

Existen otros planes en los cuales se compromete el PAI desarrollando las actividades de vigilancia epidemiológica y de vacunación, Plan de Control de Hepatitis B, Fiebre amarilla, Tos ferina, Difteria, Tuberculosis y Parotiditis, con logros importantes en la disminución de los casos de morbilidad y mortalidad.

Dentro de los logros que tenemos que proteger, es importante tener presentes los últimos casos presentados de enfermedades inmunoprevenibles en nuestro Departamento, los cuales corresponden a las siguientes fechas:

El 2 de diciembre del año 1989 se detectó el último caso de Poliomiелitis, en una niña de 2 años en el municipio de Caldas, en el sector de la Carrilera.

En agosto del año 1997 se presentó el último caso de Fiebre Amarilla en el municipio de Uramita, en la vereda el Oso.

En abril del año 1999, en la semana epidemiológica 16, se detectaron los dos últimos casos de Sarampión, en una mujer adulta y una niña, en el municipio de Rionegro.

En octubre del año 2000 se presentó el último caso de Difteria (no confirmado por laboratorio) en el municipio de Cañasgordas.

En el año 2005, se detectaron 23 casos de Rubéola, en el año 2008 se presentaron 4 casos en nuestro Departamento, con diagnóstico clínico y en el año 2009 se presentó un caso confirmado por laboratorio en el municipio de Itagüí, del cual no fue posible identificar la fuente de infección.

En diciembre del año 2006 se presentó el último caso de Tétanos Neonatal en el municipio de Turbo.

### **3. COMPLETAR LA AGENDA INCONCLUSA.**

Este programa continúa en nuestro Departamento, establecido en los 125 municipios, con la participación de los diferentes actores del SGSSS, administradoras, prestadores, organizaciones comunitarias y de control social y la comunidad como receptor principal de las acciones, es un programa dinámico,

orientado y normalizado desde el nivel nacional, con adopciones y adaptaciones realizadas en el Departamento, de acuerdo a nuestra situación particular.

Para mantener el PAI en la agenda política, proteger los logros y completar la agenda inconclusa, la SSSA formula y ejecuta el Proyecto: Fortalecimiento del PAI en sus dos componentes: Vacunación y Vigilancia Epidemiológica, para el período 2008 a 2011, inscrito en el Banco de Proyectos del Departamento, el cual busca mejorar los indicadores de vacunación y otros establecidos en el PAI. Para el año 2010, estuvo encaminado a lograr los siguientes productos:

1. Actores del SGSSS asesorados y asistidos para fortalecer la asunción de competencias en el PAI.
2. Acciones de vigilancia de la salud pública en los aspectos relacionados con los planes de erradicación, eliminación y control de enfermedades inmunoprevenibles del PAI.
3. Meses con insumos prioritarios gestionados para cumplir con las normas técnicas relacionadas con la atención de inmunoprevenibles del PAI.

Con estas tres actividades se dio cubrimiento a todos los municipios del Departamento, mediante el acercamiento con los responsables del PAI, logrando empoderar el talento humano de vacunación y vigilancia epidemiológica y las autoridades de salud y de gobierno, con la divulgación de las Normas técnico administrativas, evaluaciones periódicas y los lineamientos de trabajo que les permitan cumplir dichas normas, para alcanzar las metas e indicadores propuestos, dando prioridad al compromiso social y primordialmente a la protección de la población frente a la presencia de enfermedades inmunoprevenibles, bien sea en casos aislados o brotes epidémicos, entregando además los insumos asignados por el Ministerio de Protección Social o adquiridos por la SSSA para apoyar el cumplimiento de las actividades. Con este propósito de empoderar el talento humano en el año 2010, se tuvo el acercamiento en diferentes oportunidades con Alcaldes municipales, Directores Locales de Salud, Gerentes de ESE y con los responsables de vacunación y vigilancia epidemiológica de los entes territoriales e IPS, para presentarles evaluaciones periódicas y lineamientos de trabajo en vacunación y vigilancia epidemiológica de las inmunoprevenibles.

Se realizaron talleres con los responsables del PAI de cada municipio en las diferentes regiones geográficas, con énfasis en las diferentes actividades de las investigaciones epidemiológicas de los eventos inmunoprevenibles, incluyendo la visitas de campo, la búsqueda activa comunitaria e institucional, el monitoreo rápido de coberturas de vacunación y el manejo de la cadena de frío en los servicios de vacunación, tanto en su contenido teórico como práctico.

En la búsqueda permanente de reducir las enfermedades inmunoprevenibles prevalentes de la infancia y la mortalidad infantil, se ha resaltado la importancia de garantizar la vacunación con el esquema del PAI, a la población objeto y simultáneamente dar cumplimiento a los protocolos de vigilancia epidemiológica y

guías de atención, pero se encuentra una dificultad frente a la cuantificación de la población objeto del PAI, bien sea en su incremento o disminución, situación relacionada directamente con el denominador poblacional oficial DANE que debe ser reconocido y establecido para obtener el indicador de las coberturas de vacunación, de tal manera que sea lo más cercano posible a la verdadera población que vive en cada municipio.

Uno de los pilares fundamentales del componente de vacunación es la red de frío, en la cual se han evidenciado progresos en el fortalecimiento de los equipos de la red de frío y en la actualización del talento humano, se logró el apoyo financiero para adquisición de equipos según las especificaciones técnicas de OPS: neveras horizontales, estabilizadores de voltaje, cajas frías, termos, termómetros, aires acondicionados para los centros de vacunación y cuartos fríos para 10 municipios del Departamento.

Se cumplió con la actualización en el manejo de la cadena de frío del talento humano responsable del servicio, mediante la utilización de un juego didáctico durante los talleres regionales y se logró carnetizar a los transportadores, mensajeros y conductores de los municipios e IPS luego de recibir la capacitación en el transporte de las vacunas PAI en los 4 talleres teórico prácticos realizados en este año. En el fortalecimiento de la red de frío se tuvo el apoyo del Ministerio de Protección Social con la entrega de equipos de cadena de frío y apoyo financiero a los municipios, además de las acciones desarrolladas por la SSSA. Actualmente se dispone en las ESE Hospitales públicos de los municipios de mínimo una nevera horizontal para uso exclusivo del PAI, las cajas para el transporte y los termos para el manejo diario de las vacunas.

En el manejo de la información de vacunación, se continúa con el paquete computacional PAISOFT, entregado de manera gratuita, se cumplió la actualización según el marco legal vigente, los diferentes requerimientos de la Corte Constitucional, Antioquia por la equidad y otros Programas de Gobierno. Se realizaron las capacitaciones para su manejo e instalación en la diferentes IPS vacunadoras, lo cual permite fortalecer el manejo gerencial y administrativo del servicio de vacunación en los diferentes niveles de dirección y coordinación del PAI.

Dentro de las fortalezas en las diferentes IPS de nuestro Departamento, está la instalación y manejo del PAISOFT, que permite tener la Historia individual de vacunación de cada usuario, para visualizar el logro de las coberturas de vacunación detalladamente, los esquemas adecuados para la edad en la población general y con enfoque diferencial en la población indígena y en la población en situación de desplazamiento y la existencia o no, de población susceptible de vacunar para completar los esquemas de vacunación.

La conservación de la historia individual de vacunación y del carné de vacunación, es esencial para el desarrollo adecuado de las estrategias de búsqueda de susceptibles, monitoreo rápido de coberturas de vacunación y la vacunación casa a casa.

Estos reportes del PAISOFT, se constituyen en la principal herramienta de trabajo en el PAI para realizar el seguimiento a los recién nacidos, orientar la estrategia de vacunación casa a casa y la búsqueda de población susceptible, hasta obtener coberturas útiles de vacunación y esquemas adecuados para la edad en cada grupo de población.

El PAI continúa con el desarrollo de diferentes estrategias para lograr la vacunación universal y alcanzar los diferentes indicadores de coberturas de vacunación, entre las cuales están:

1. Vacunación institucional de la población afiliada y beneficiaria, en cada IPS, durante la atención integral del recién nacido, atención a la prenatal, control de planificación familiar, en el control de las alteraciones de crecimiento y desarrollo de la población infantil y en el servicio de urgencias. Se debe establecer una vigilancia de la vacunación de los recién nacidos para que sean atendidos con las vacunas antes del egreso hospitalario.
2. Vacunación extramural para atender la población susceptible de vacunar, muy especialmente para hacer el seguimiento a los esquemas de vacunación de cada usuario, para lograr el esquema completo de vacunación de toda la población objeto del PAI. Se orienta la realización de actividades para dar cobertura a toda el área geográfica, incluyendo las visitas a las viviendas, hogares, jardines y establecimientos escolares y/o lugares de trabajo, en los cuales se debe aplicar las dosis de vacunas necesarias, para garantizar el inicio y finalización de los esquemas de vacunación.
3. Jornadas Nacionales de Vacunación, en el año 2010 se cumplieron cuatro JNV, para iniciar, continuar o completar los esquemas de vacunación, iniciamos en el mes de marzo con la “Jornada Nacional de Vacunación contra influenza H1N1”, “Semana de vacunación en las Américas” durante los meses de Abril, Mayo y Junio, “Jornada de intensificación contra Sarampión y Rubéola” se inició en mayo y hasta noviembre, en Julio y Septiembre “Día de Ponerse al Día” en esta última aplicando Antigripal Estacional a la población infantil de 6 a 23 meses y adultos de 60 y más años.
4. Inducción a la demanda por diferentes medios de comunicación, bien sea llamadas telefónicas, listas de citación en parroquias, emisoras, Direcciones Locales de Salud, IPS, Alcaldías, Red Juntos, verificación del cumplimiento de los esquemas de vacunación previo a la entrega de los auxilios en el programa Familias en Acción, en el programa MANÁ y para entregar otros beneficios sociales en la administración municipal.

Para apoyar la prestación de este servicio, el Ministerio de la Protección Social distribuye las vacunas, jeringas y material de promoción de la vacunación, la Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, entrega estos insumos, y además ha apoyado con la asesoría y asistencia técnica y entrega de morrales que permiten llevar el equipo completo de vacunación para el trabajo extramural.

La promoción de la vacunación, se realiza a través del Proyecto –IEC- Información Educación y Comunicación, que desarrolla las campañas publicitarias que acompañan la realización de las JNV antes y durante su desarrollo, se distribuye material promocional publicado por el Departamento, con el fin de incrementar la cultura de la vacunación, enfatizando en la disponibilidad gratuita del esquema de vacunación, importancia de iniciar, completar y finalizar el esquema, derecho que debe ser reclamado gratuitamente por la población y la importancia de conservar el carné de vacunación.

Estas actividades buscan generar la cultura del auto cuidado, una cultura en la cual los padres de familia, los adultos responsables del cuidado de los niños y niñas y todos los miembros de la familia y la sociedad reconozcan la vacunación como acciones prioritarias que deben ser compartidas por todos los actores sociales, autoridades de salud, autoridades de gobierno y sociedad civil de todos los entes territoriales.

La evaluación de vacunación contempla diferentes componentes e indicadores, entre ellos se mantiene como indicador principal el porcentaje de coberturas alcanzadas y se mantiene para cada año calendario, la obtención de indicadores, que son monitoreados en todos los países de las Américas por las autoridades de salud y de gobierno local, departamental, nacional e internacionalmente por la Organización Panamericana de la Salud, estos indicadores son los siguientes:

Para el grupo de menores de un año se debe alcanzar el 95% de cobertura con las vacunas BCG, Antipolio, DPT, HB, Hemophilus tipo b y Rotavirus.

Para el grupo de un año, se debe alcanzar el 95% de cobertura de vacunación con FA y con SRP, este último es el indicador monitoreado por el Presidente de la República, en el plan de gobierno departamental y es tomado en cuenta en la metodología de Planeación Nacional para la evaluación de la gestión municipal cada año, que permite establecer una escala de calificación entre los municipios.

En el grupo de mujeres de 10 a 49 años, se busca alcanzar un 95% de cobertura con Td en gestantes y 95% de cobertura con Td en las MEF en municipios de riesgo, por el cambio en el esquema del PAI, específicamente con la vacuna Td, la evaluación debe incluir el porcentaje de cumplimiento de las dosis programadas, más no cobertura, hasta tanto que se defina desde el nivel nacional un lineamiento de evaluación.

Para Colombia en el año 2005, se firmó un crédito del Banco Interamericano de Desarrollo – BID- para el fortalecimiento del PAI el cual incluyó la adquisición de insumos (vacunas y jeringas), el fortalecimiento de la cadena de frío y del sistema de información, este crédito realizó el seguimiento a las coberturas de vacunación en 72 municipios del país con identificación de riesgo, en Antioquia en esta muestra fueron seleccionados ocho municipios: Valparaíso, La Pintada, Titiribí, Pueblorrico,

Alejandría, Concepción, San Vicente y San Rafael, los cuales recibieron asesoría y asistencia técnica por el nivel nacional directamente, además de la asesoría Departamental.

Es importante anotar que estos ocho municipios al igual que otros en Antioquia han reportado dificultades con el denominador poblacional, el cual no corresponde a la población viviente en cada municipio, esta situación se ha corroborado con los resultados de los Monitoreos rápidos de coberturas de vacunación; en estos municipios en los cuales se han encontrado coberturas útiles se encuentra igualmente una modificación en el dato de población DANE asignada.

Para mencionar solo un ejemplo, es el caso del municipio de Alejandría, se modificó la población pasando de 139 menores de un año en el 2006, a 53 en el 2007 y 2008 y a 54 en el 2010; de estos ocho municipios, siete presentan disminución de la población DANE, menos el municipio de Titiribí que su disminución corresponde a solo cinco menores de un año y tres del grupo de un año, cantidad que no es significativa para alcanzar coberturas útiles. En la siguiente tabla se observa el comportamiento de la población PAI en estos ocho municipios priorizados por el MPS, en los últimos seis años.

**Tabla 1.** Población PAI de ocho municipios priorizados por el Ministerio de la protección Social. Antioquia 2005-2010

MUNICIPIO	POBLACIÓN MENOR DE UN AÑO						POBLACIÓN DE UN AÑO					
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Titiribí	213	223	218	218	218	224	214	224	221	220	220	224
Valparaiso	157	160	125	124	123	122	156	160	127	125	123	123
San Vicente	592	607	321	313	307	312	607	624	326	318	311	310
San Rafael	443	462	232	231	232	243	432	451	230	229	227	231
Alejandría	137	139	53	53	51	54	142	145	54	53	51	53
Concepción	124	129	68	67	64	64	124	129	66	65	63	62
La Pintada	243	248	133	131	129	128	220	226	135	132	130	129
Pueblo Rico	239	245	172	168	164	158	222	229	172	168	163	160

Fuente: Población asignada MPS.

La población oficial que se debe utilizar para obtener el indicador de las coberturas de vacunación PAI, es información del DANE, que para cada año es entregado por el Ministerio de la Protección Social y corresponde a la población encontrada en el censo del año 2005 proyectada para los siguientes años. Así como hubo una disminución en la población en algunos municipios, esta disminución se refleja en la población total del Departamento; como puede verse en la siguiente tabla, la población total presenta disminución del año 2006 a 2007 para luego permanecer más o menos constante hasta el año 2010.

**Tabla 2.** Distribución de la población menor de un año y de un año de edad. Antioquia 2005-2010

AÑOS	2005	2006	2007	2008	2009	2010
POBLACION MENORES DE UN AÑO	111211	113033	102541	102748	103161	103154
POBALCIÓN DE UN AÑO	109827	112133	102800	102781	103000	103094

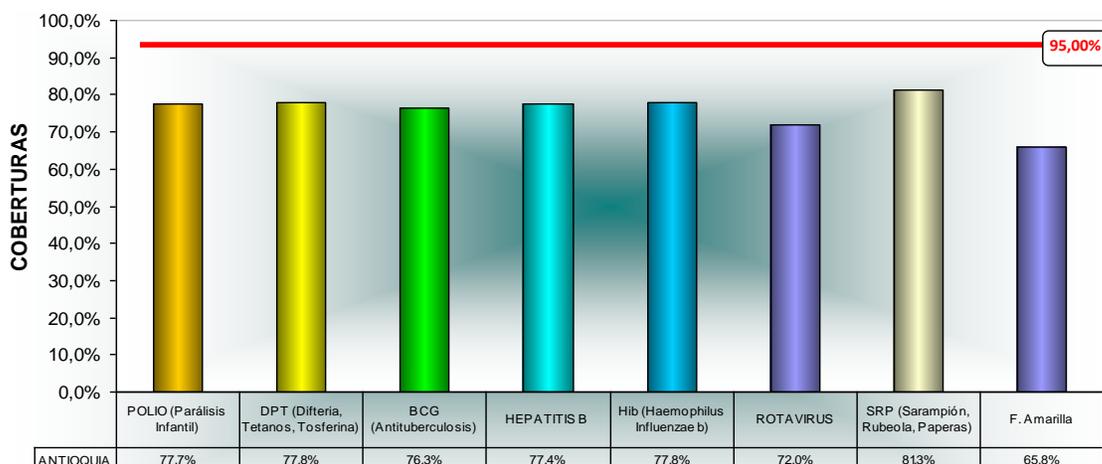
Fuente: Población asignada MPS.

En el año 2010 la Dirección Nacional del PAI, continuó centralizada en el Ministerio de la Protección Social, para mantener el direccionamiento del Programa en el país, se contó con la disponibilidad de las vacunas dentro del esquema PAI, recibidas desde el nivel nacional sin costo, para ser entregadas gratuitamente a la población objeto del PAI a través de los entes territoriales.

## COMPORTAMIENTO DE LOS INDICADORES DE VACUNACIÓN Y ANALISIS.

### Coberturas de vacunación alcanzadas en el Departamento de Antioquia en el año 2010

Teniendo en cuenta la información de los 125 municipios del Departamento de Antioquia, en el programa de vacunación PAI, hasta diciembre de 2010, se lograron las siguientes coberturas:



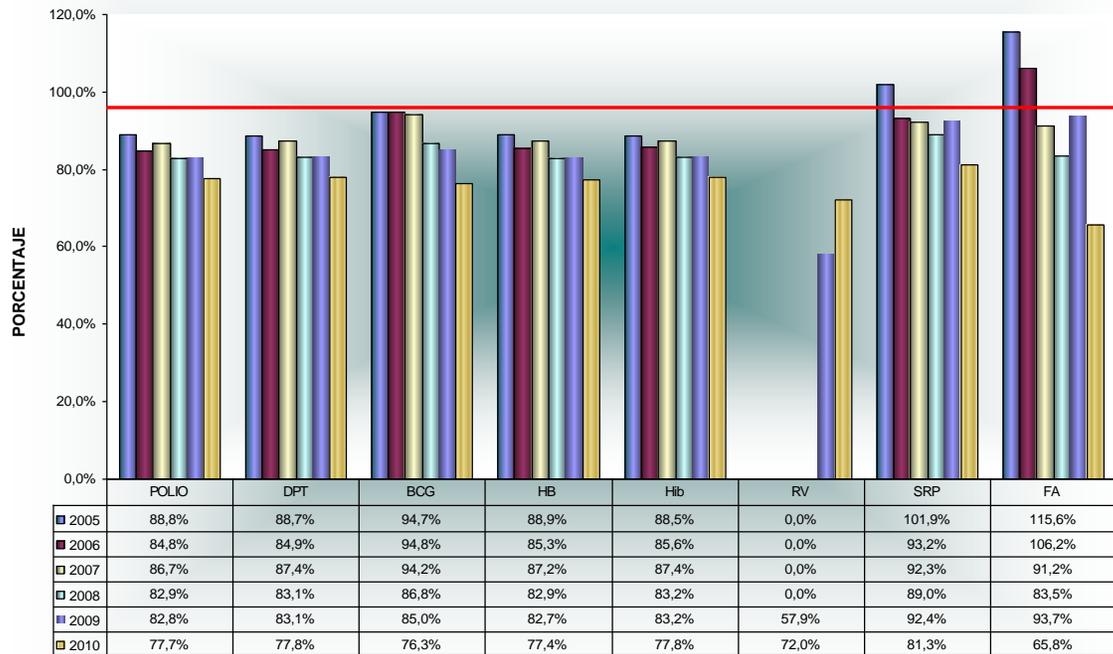
#### BIOLÓGICOS

**Figura 1.** Coberturas de vacunación en menores de un año y de un año de edad. Antioquia 2010  
**Fuente:** PAISOFT SSSA.

Las coberturas obtenidas en este año no se encuentran en nivel de útiles, BCG y Rotavirus son las más bajas en el grupo de menores de un año. Para el grupo de un año de edad la cobertura con SRP es la más cercana al 95% con 80% y en FA se alcanzó un 58%, condicionada por el desabastecimiento de esta vacuna en el país.

Al comparar las coberturas de vacunación, en los últimos 5 años, los porcentajes obtenidos están directamente relacionados con los datos de población dados para estos mismos años, el incremento de coberturas alcanzado en el año 2007 está dado por la disminución de la población que cambió de 113.033 a 102.541 menores de un año y de 112.133 a 102.800 en el grupo de un año de edad. Para los años 2008, 2009 son semejantes estos datos y directamente proporcionales a los denominadores de población utilizados.

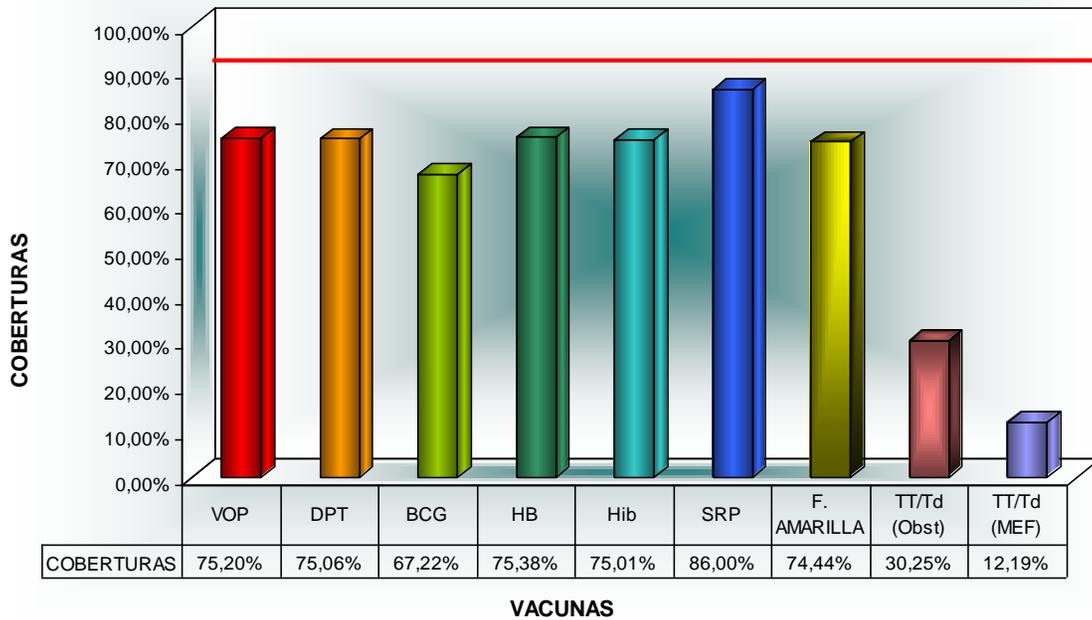
Las coberturas logradas en el año 2006 son las más bajas del período analizado, año en el cual se tuvo la asignación de población más alta para el período analizado 2005 al 2009, este año 2006 también coincide con la realización de la etapa final de la campaña de vacunación con SR que en gran parte afectó el desarrollo del componente de vacunación en ese mismo año, situación semejante sucede con las coberturas logradas en el 2010, que también coincide con la realización de la intensificación de SR.



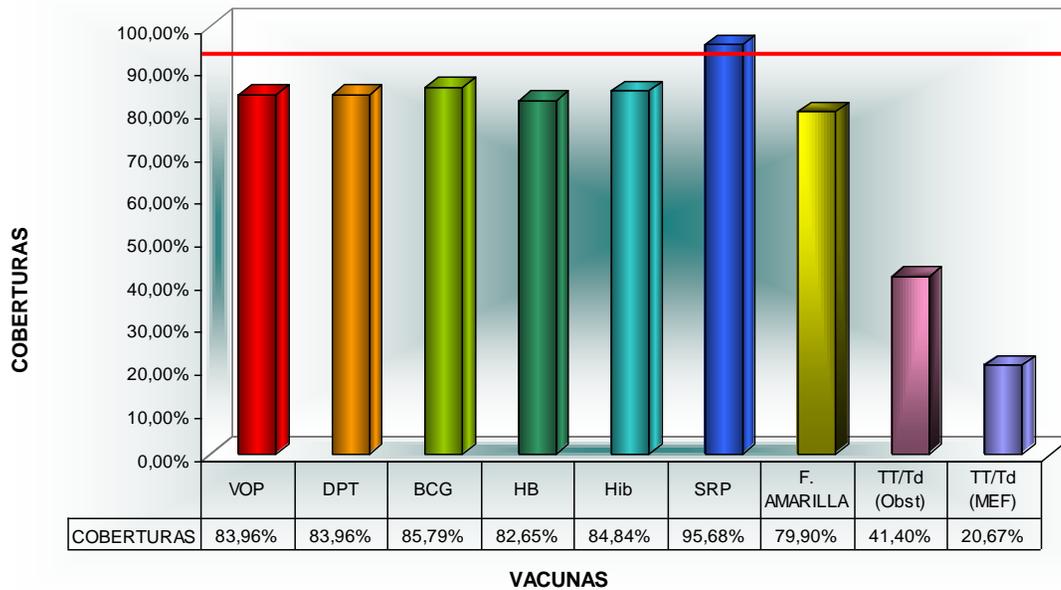
**Figura 2.** Coberturas de vacunación con población DANE. Antioquia 2005-2010

**Fuente:** PAISOFT SSSA.

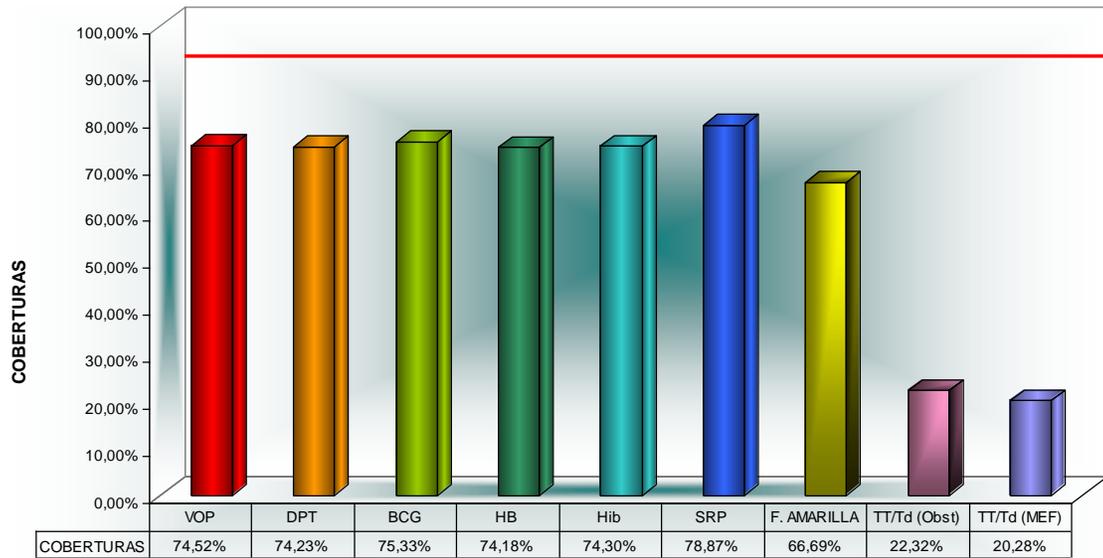
Las coberturas de vacunación por cada vacuna, logradas en las subregiones se pueden visualizar en las siguientes gráficas:



**Figura 3.** Coberturas de vacunación. Subregión Magdalena Medio. Antioquia 2010  
**Fuente:** PAISOFT SSSA.

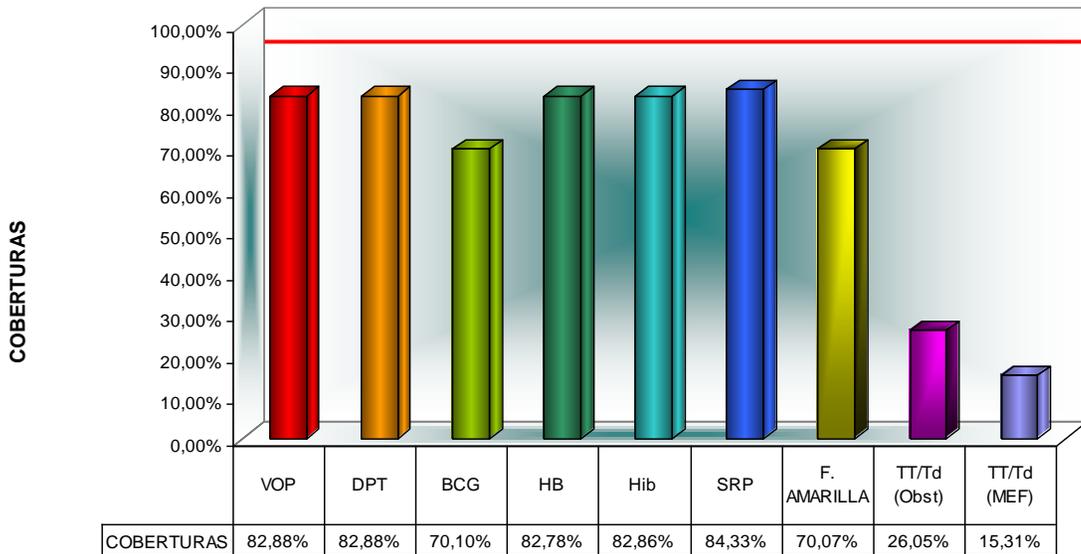


**Figura 4.** Coberturas de vacunación. Subregión Bajo Cauca. Antioquia 2010  
**Fuente:** PAISOFT SSSA.



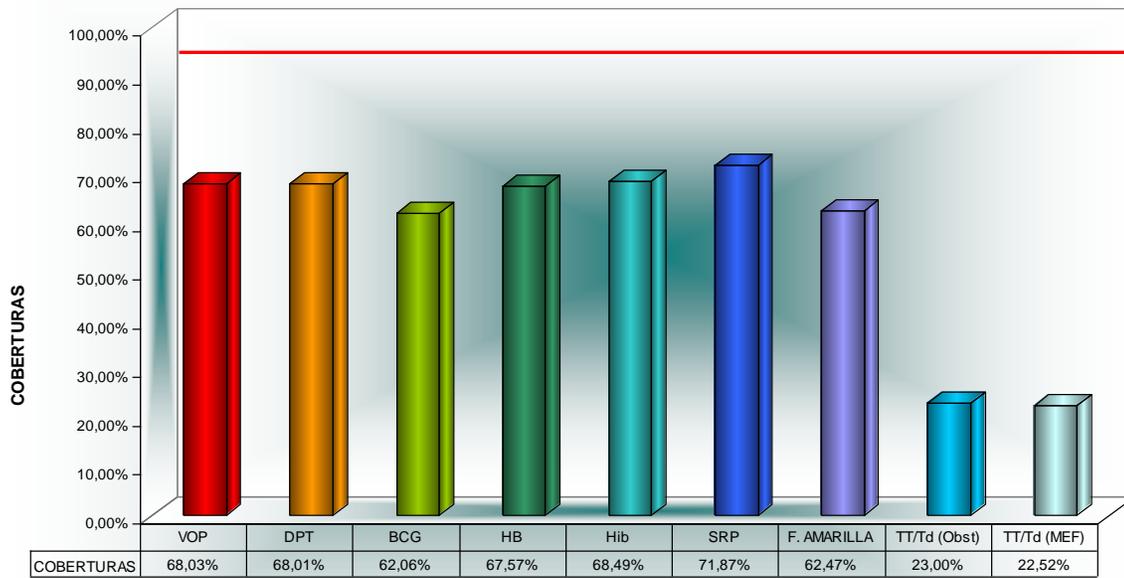
VACUNAS

Figura 5. Coberturas de vacunación. Subregión Urabá. Antioquia 2010  
Fuente: PAISOFT SSSA.



VACUNAS

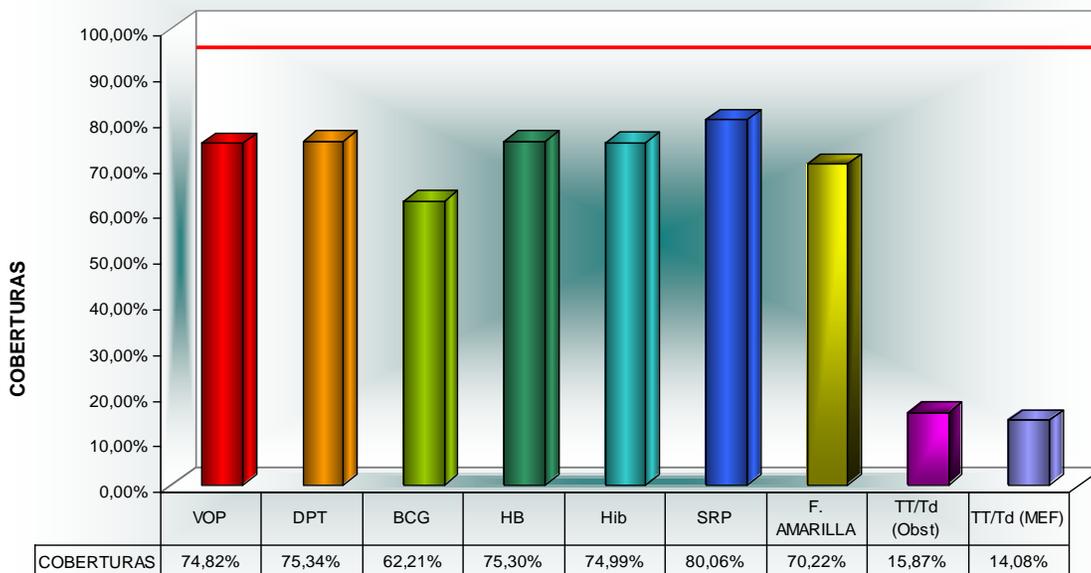
Figura 6. Coberturas de vacunación. Subregión Nordeste. Antioquia 2010  
Fuente: PAISOFT SSSA.



VACUNAS

Figura 7. Coberturas de vacunación, Subregión Occidente. Antioquia 2010

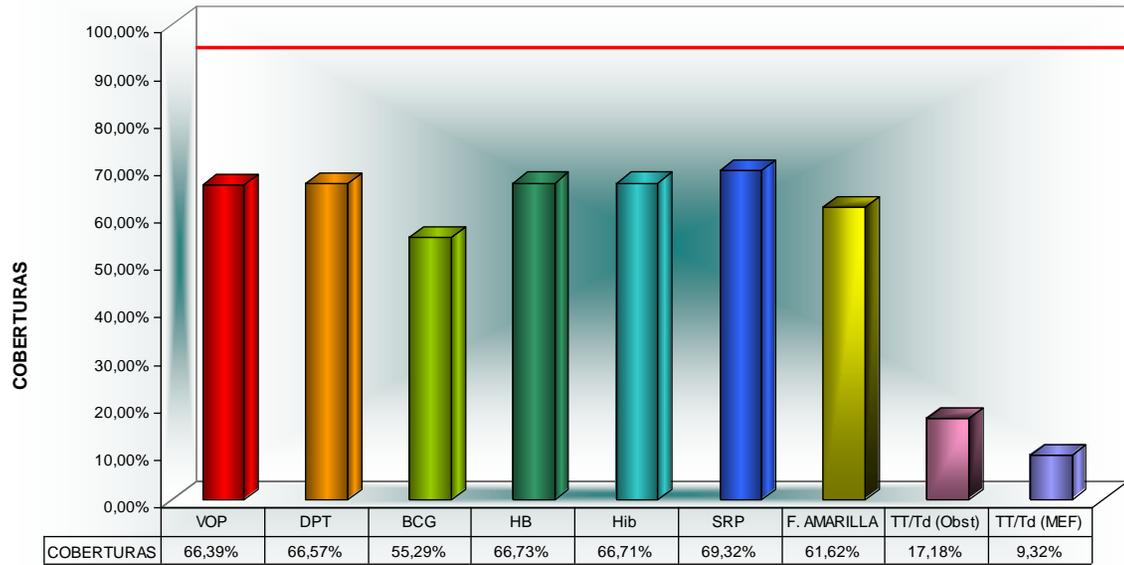
Fuente: PAISOFT SSSA.



VACUNAS

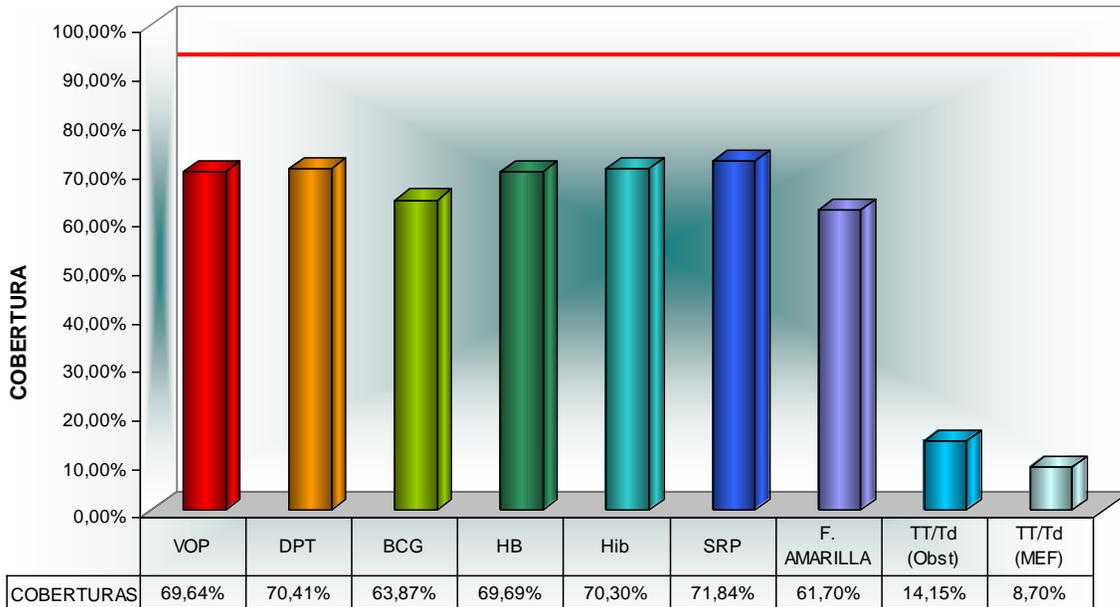
Figura 8. Coberturas de vacunación, Subregión Norte. Antioquia 2010

Fuente: PAISOFT SSSA.



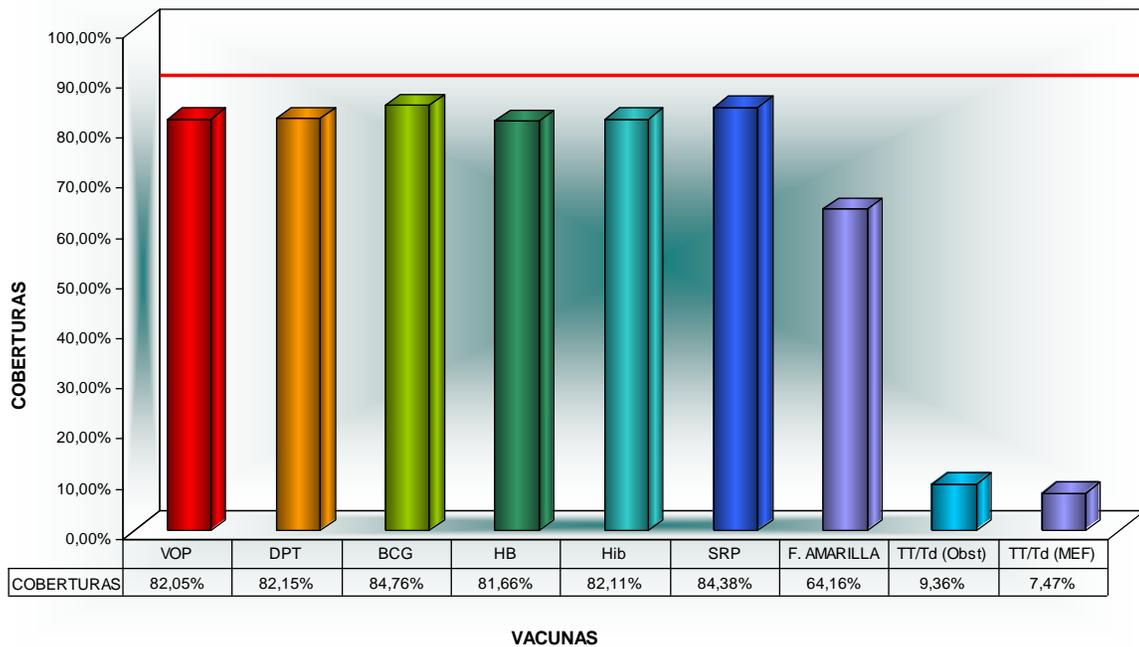
**VACUNAS**

**Figura 9.** Coberturas de vacunación, Subregión Suroeste. Antioquia 2010  
**Fuente:** PAISOFT SSSA.



**VACUNAS**

**Figura 10.** Coberturas de vacunación, Subregión Oriente. Antioquia 2010  
**Fuente:** PAISOFT SSSA



**Figura 11.** Coberturas de vacunación, Subregión Valle de Aburrá Antioquia 2010  
**Fuente:** PAISOFT SSSA.

Los porcentajes de coberturas más altos para las diferentes vacunas se encuentran en las subregiones de Valle de Aburrá, Nordeste y Bajo Cauca, subregiones en las cuales se presume que existe aún más población que la asignada por el DANE, ayudada esta situación por la movilidad poblacional común en estas subregiones.

Es general en todas las subregiones, las coberturas más altas logradas son de SRP, lo cual puede explicarse por ser la dosis única con la cual se finaliza el esquema básico, es la edad de vacunación que más interiorizada está en los responsables del cuidado de los niños, en algunas ocasiones se utiliza esta oportunidad para terminar los esquemas de vacunación cuando no se cumplieron oportunamente en los menores de un año, además esta edad coincide con la revisión al año de edad en los controles de crecimiento y desarrollo, que puede ser la oportunidad para completar las vacunas.

Existe una mayor cobertura con la vacuna de BCG en las subregiones de Valle de Aburrá y Bajo Cauca, pudiendo explicarse por la atención de los partos que se concentran en el área metropolitana por las remisiones de todas las subregiones y en el municipio de Caucaasia que concentra los partos procedentes de esa subregión por las facilidades de transporte; es de anotar que esta vacuna se aplica institucionalmente antes del egreso del recién nacido y que la cobertura se relaciona directamente con la disponibilidad y accesibilidad a la red de prestación del servicio de atención de partos.

Esta concentración de las coberturas de BCG nos muestra que el registro de las dosis de BCG para este caso, no se está realizando por el lugar de residencia de la madre, sino por el lugar de aplicación de la vacuna; en el caso de registrar las dosis por el lugar de residencia de la madre la información de las coberturas se asignaría a cada municipio.

Las gráficas de SRP y FA, no guardan semejanza, a pesar de la coincidencia de aplicación en el grupo de edad por el déficit presentado en el suministro de FA.

Los municipios con coberturas menores del 50% con la vacuna de polio son: Cañasgordas, Envigado, La Estrella, Nariño, Puerto Nare, Retiro, Tarso, Titiribí, Valparaíso y Yalí, también presentan coberturas bajas en los demás biológicos, pero son municipios con buenos porcentajes en el monitoreo rápido de coberturas de vacunación, lo cual debe ser analizado cuidadosamente en relación con los nacimientos, la población DANE y los esquemas adecuados para la edad.

**Tabla 3.** Coberturas de vacunación éticas alcanzadas en el Departamento de Antioquia en el año 2010

GRUPO	VACUNA	2009	2010	COBERTURA ETICA
MENORES DE UN AÑO	Polio 3a dosis	85.444	80.114	93,8
	DPT 3a dosis	85.729	79.490	92,7
	BCG	87.735	78.660	89,7
	HB 3 a dosis	85.312	79.716	93,4
	HIB 3a dosis	85.780	79.528	92,7
	RV	59.757	73.742	123,4
DE UN AÑO	SRP	95.219	82.541	86,7
	FA	96.465	59.458	61,6

Fuente: PAISOFT SSSA.

Al comparar en los años 2009 y 2010 el número de dosis aplicadas en el Departamento, se encuentra una disminución en el número de dosis excepto en rotavirus, esto genera una cobertura ética entre 87% y 123%, lo cual demuestra que el desempeño del Programa permanente del PAI estuvo afectado con la realización de la intensificación de SR, que para lograr la gran meta se invirtió el talento humano disponible para el PAI y otro agregado para la intensificación.

Para BCG se presenta una disminución de 9.075 dosis aplicadas, para lo cual se debe hacer el análisis con el número de nacimientos en el año 2010 en el Departamento, pero aún no se dispone de este dato e incrementar la vigilancia del cumplimiento de la vacunación antes del egreso del recién nacido.

### **Esquemas adecuados para la edad en el Departamento de Antioquia en el año 2010**

La Ley 1098 de 2006, Código de infancia y adolescencia especifica “Son derechos impostergables de la primera infancia, la atención en salud y nutrición, el esquema completo de vacunación, la protección contra los peligros físicos y la educación...”, por lo cual es gran interés evaluar el cumplimiento de los esquemas de vacunación adecuados para la edad.

El documento CONPES 109 del 3 de diciembre de 2007, establece la Política Nacional de primera infancia “Colombia por la primera infancia” Señala que las entidades vinculadas con la primera infancia cumplan con la siguiente meta: “Todos los niños y niñas menores de 5 años deben contar con esquemas de vacunación completos”.

La información se obtiene de las historias de vacunación de los usuarios objeto del PAI, reporte generado del PAISOFT, por los municipios y mensualmente se remiten a la SSSA, pero puede generarse con mayor frecuencia ya que permite a la autoridad de salud y coordinadores del PAI, evaluar su cumplimiento y tomar las decisiones en caso necesario para buscar los susceptibles y completar los esquemas al 100% de la población objeto del PAI.

Teniendo en cuenta los lineamientos para desarrollar el PAI, la trascendencia de los resultados y las facilidades para obtener la información, se han definido los siguientes parámetros de evaluación:

**Tabla 4.** Parámetros de evaluación del PAI. Antioquia 2010

PARÁMETROS DE EVALUACIÓN		
UTIL	Mayor o igual a 95%	COLOR VERDE
RIESGO	Menor de 95% y mayor que 80%	COLOR AMARILLO
CRITICO	Menor o igual que 80%	COLOR ROJO

Fuente: PAI Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

En el año 2010, el porcentaje de esquemas adecuados para la edad, en los diferentes grupos de población evaluados, se encuentra en nivel crítico en el Departamento en los meses de enero y diciembre respectivamente, como se observa en las siguientes tablas y gráficas.

**Tabla 5.** Distribución porcentual de los esquemas de vacunación, según grupos de población evaluados. Antioquia con corte a enero de 2010.

GRUPO EDAD	< 1 AÑO	1 AÑO	0 A 5 AÑOS	GESTANTES	NO GESTANTES	TOTAL MEF
POBLACIÓN	47.631	64.763	387.866	13.291	1.074.728	1.088.019
CON ESQUEMA	36.686	48.956	285.468	5.908	392.875	398.783
COBERTURA	<b>77,0%</b>	<b>75,6%</b>	<b>73,6%</b>	<b>44,5%</b>	<b>36,6%</b>	<b>36,7%</b>
EVALUACIÓN	<b>CRÍTICO</b>	<b>CRÍTICO</b>	<b>CRÍTICO</b>	<b>CRÍTICO</b>	<b>CRÍTICO</b>	<b>CRÍTICO</b>
POR VACUNAR	10.945	15.807	102.398	7.383	681.853	689.236

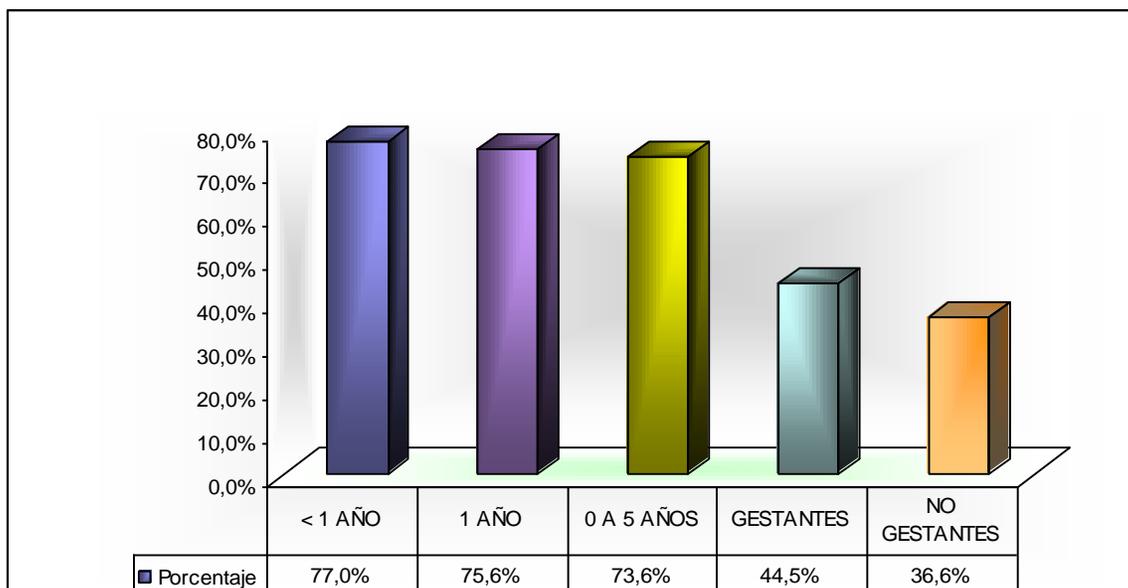
Fuente: PAISOFT SSSA.

**Tabla 6.** Distribución porcentual de los esquemas de vacunación, según grupos de población evaluados. Antioquia con corte a diciembre de 2010.

GRUPO EDAD	< 1 AÑO	1 AÑO	0 A 5 AÑOS	GESTANTES	NO GESTANTES	TOTAL MEF
POBLACIÓN	49.057	70.877	446.031	12.893	1.331.795	1.344.688
CON ESQUEMA	37.526	43.684	311.904	6.197	446.180	452.377
COBERTURA	<b>76,5%</b>	<b>61,6%</b>	<b>69,9%</b>	<b>48,1%</b>	<b>33,5%</b>	<b>33,6%</b>
EVALUACIÓN	<b>CRITICO</b>	<b>CRITICO</b>	<b>CRITICO</b>	<b>CRITICO</b>	<b>CRITICO</b>	<b>CRITICO</b>
POR VACUNAR	11.531	27.193	134.127	6.696	885.615	892.311

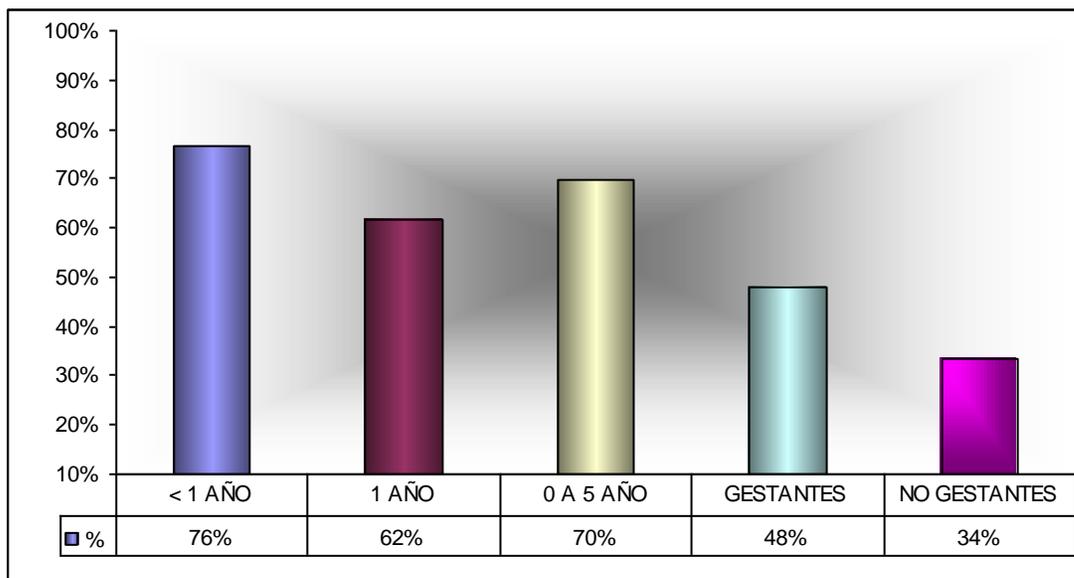
Fuente: PAISOFT SSSA.

Enero de 2010:



**Figura 12.** Porcentaje de población con esquema de vacunación adecuado para la edad. Antioquia con corte a enero de 2010  
**Fuente:** PAISOFT SSSA.

Diciembre de 2010:



**Figura 13.** Porcentaje de población con esquema de vacunación adecuado para la edad. Antioquia 2010  
 Información con corte a diciembre de 2010  
 Fuente: PAISOFT SSSA.

Al mes de diciembre se encuentra 15% de incremento en la población menor de 5 años con historia individual de vacunación, pero existe 4% menos de cobertura con los esquemas completos en igual grupo de población, lo que posiblemente confirma que el programa permanente de vacunación se afectó en un buen porcentaje con la realización de la intensificación de SR.

Al revisar el porcentaje de esquemas adecuados para la edad alcanzado en las diferentes subregiones, para el grupo de población de cero a cinco años se encuentra cumplimiento crítico en las subregiones de Urabá y Valle de Aburrá, esta última con el porcentaje más bajo.

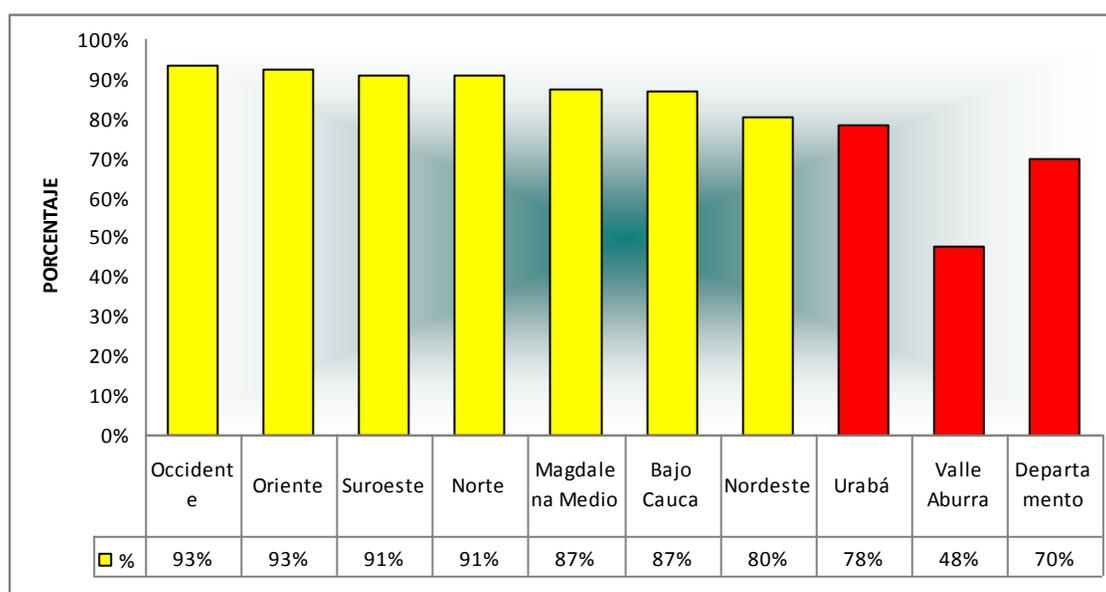
El mayor porcentaje se da en la subregión de Occidente, seguido de Oriente, Suroeste y Norte con cumplimientos superiores al 90%.

Es importante anotar que cada uno de los niños y niñas que aportan al cumplimiento de este indicador tiene historia individual de vacunación, con los datos de identificación y procedencia, lo cual permite hacer el seguimiento a estos esquemas para completarlos; este indicador se relaciona directamente con la gestión del programa que se debe realizar en las IPS vacunadoras, Administradoras y Direcciones Locales de Salud.

**Tabla 7.** Distribución de población con esquema adecuado de vacunación para la edad en población de 1 a 5 años por regiones, Departamento de Antioquia 2010

REGIÓN	NÚMERO	POBLACIÓN DE 0 A 5 AÑOS	VACUNADOS DE 0 A 5 AÑOS	PORCENTAJE	CALIFICACIÓN	POR VACUNAR
Occidente	5	18.554	17.307	0,9	RIESGO	1.247
Oriente	7	45.737	42.317	0,9	RIESGO	3.420
Suroeste	8	31.863	28.996	0,9	RIESGO	2.867
Norte	6	26.919	24.477	0,9	RIESGO	2.442
Magdalena Medio	1	11.617	10.161	0,9	RIESGO	1.456
Bajo Cauca	2	29.581	25.777	0,9	RIESGO	3.804
Nordeste	4	20.989	16.826	0,8	RIESGO	4.163
Urabá	3	71.962	56.357	0,8	CRITICO	15.605
Valle Aburra	9	188.809	89.686	0,5	CRITICO	99.123
<b>DEPARTAMENTO</b>		<b>446.031</b>	<b>311.904</b>	<b>0,7</b>	<b>CRITICO</b>	<b>134.127</b>

Fuente: PAISOFT SSSA.



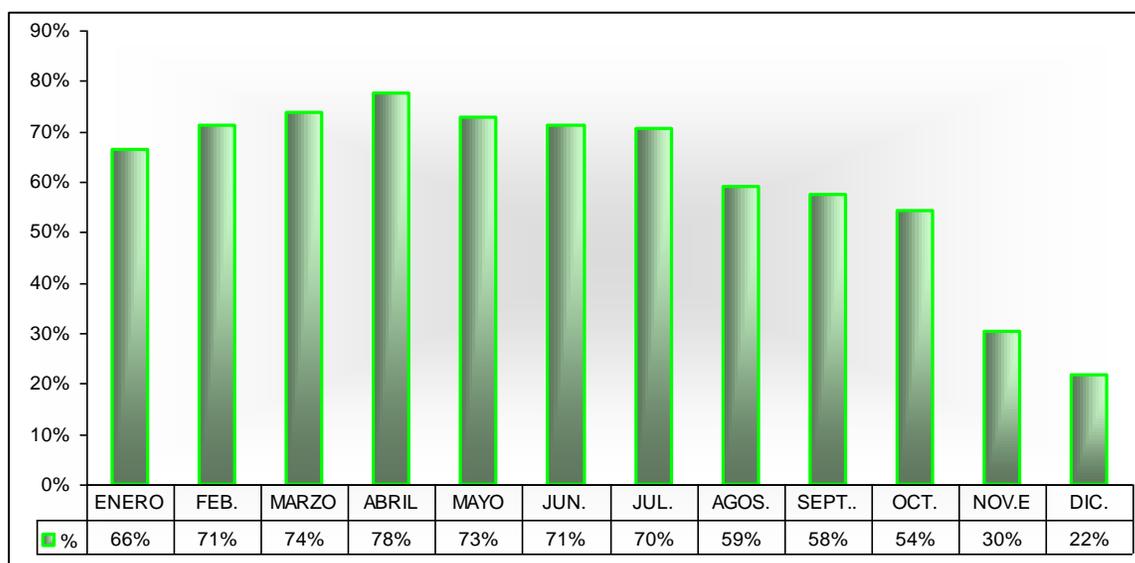
**Figura 14.** Porcentaje de población con esquema adecuado de vacunación para la edad en población de 1 a 5 años por regiones, Departamento de Antioquia 2010

Fuente: PAISOFT SSSA.

Al finalizar el mes de diciembre, en todas las subregiones se encontraron 134.127 niños de cero a cinco años de edad, que tenían alguna de las dosis aún pendientes por aplicar, la mayor cantidad se encontró en la subregión del Valle de Aburrá, seguida de Urabá, situación que puede explicarse por el cambio de residencia de la población, desplazamiento o movilidad que no permite el seguimiento, lo cual puede superarse con una completa historia de vacunación en la cual se consigan los teléfonos de diferentes miembros de la familia para establecer el contacto y completar los esquemas de vacunación oportunamente.

En el transcurso del año 2010, se presentó una disminución en el número de municipios con cumplimiento útil en los esquemas adecuados para la edad, en el

grupo de un año de edad, se pasó de 87 municipios que corresponde a 66% a 27 municipios que son el 22%.

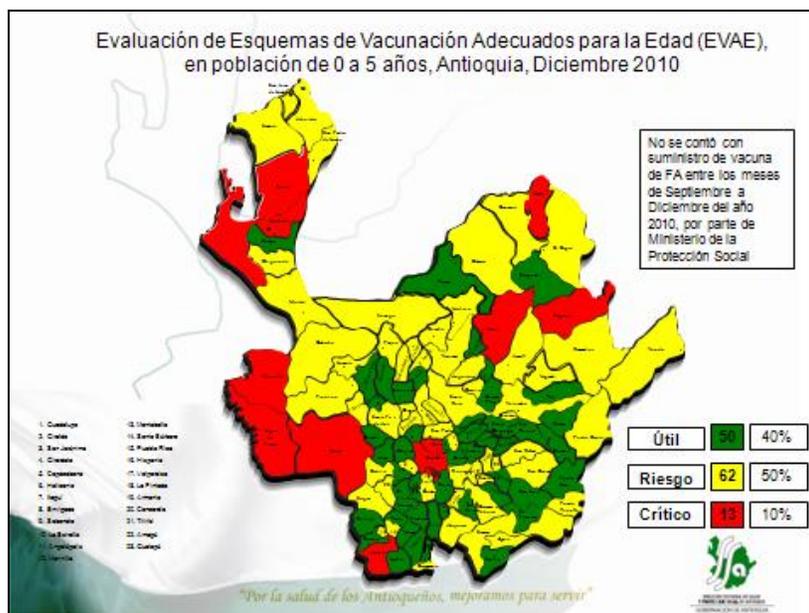


**Figura 15.** Porcentaje de municipios con esquemas adecuados para la edad, en el grupo de un año, según mes. Con calificación útil. Antioquia 2010

**Fuente:** PAISOFT SSSA.

Esta disminución puede ser generada por la afectación en el programa permanente en este año con la intensificación de SR, lo cual se visualiza en la gráfica anterior con el incremento en los cuatro primeros meses y la tendencia a la disminución desde el mes de mayo cuando se inició la intensificación en todo el Departamento, disminución que se acentúa aún más en noviembre y diciembre con el déficit de vacuna de FA.

Los 13 municipios críticos en este indicador en el grupo de cero a cinco años a diciembre de 2010, se muestran en el siguiente mapa y son: Medellín, Andes, Anorí, Apartadó, Bello, Envigado, Itagüí, Murindó, Nechí, Segovia, Turbo, Urrao y Vigía del Fuerte.



**Figura 16.** Evaluación de esquemas de vacunación adecuados para la edad (EVAE) en población de 0 a 5 años. Antioquia con corte a diciembre de 2010

Fuente: PAISOFT SSSA.

## Esquemas adecuados para la edad en el departamento de Antioquia en el año 2010 en población desplazada

Para dar cumplimiento a las Sentencias de la Corte Constitucional relacionadas con la atención en vacunación a la población en situación de desplazamiento, se han divulgado los lineamientos desde octubre de 2008, enfatizando en la gestión para completar los esquemas de vacunación y se ha dado continuidad a los reportes por los municipios.

Teniendo en cuenta los reportes recibidos de los municipios se ha consolidado la información, la cual se presenta en la siguiente tabla y gráfico:

**Tabla 8.** Distribución de población según esquema adecuado para la edad en población de 0 a 7 años por subregiones, Departamento de Antioquia 2010

GRUPO EDAD	<1 AÑO	1 AÑO	2 AÑOS	3 AÑOS	4 AÑOS	5 AÑOS	6 AÑOS	7 AÑOS	TOTAL 0 A 7 AÑOS
POBLACIÓN	486	1.294	1.559	1.476	1.325	1.495	1.616	1.440	10.691
CON ESQUEMA	474	1112	1.513	1.462	1.316	1.392	1.553	1.346	10.168
COBERTURA	97,5%	85,9%	97,0%	99,1%	99,3%	93,1%	96,1%	93,5%	95,1%
POR VACUNAR	12	182	46	14	9	103	63	94	523

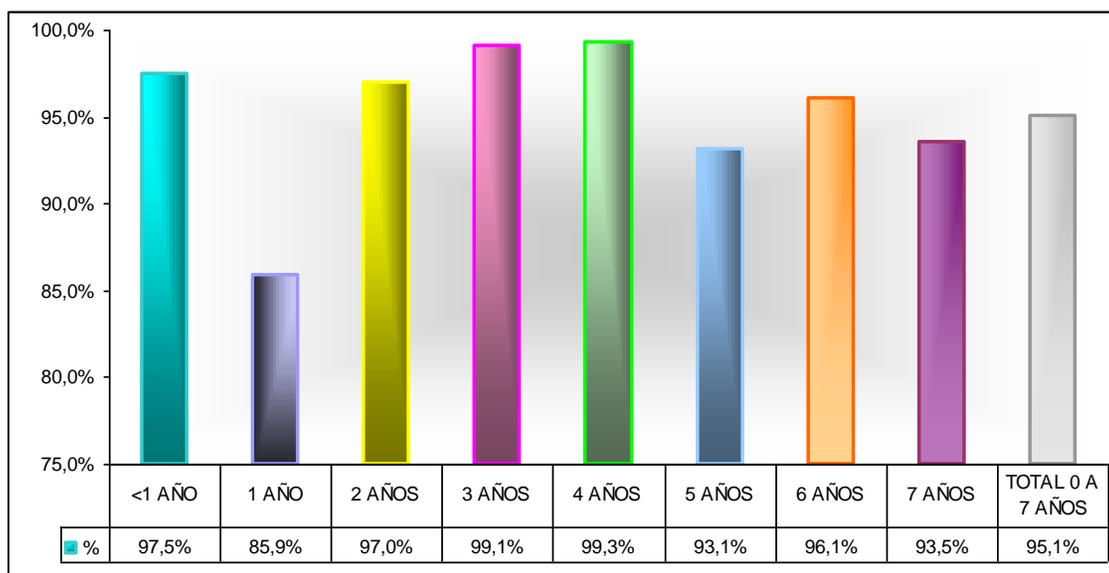


Figura 17. Evaluación de esquemas adecuados para la edad en población desplazada. Antioquia 2010

Fuente: PAISOFT SSSA.

Se encuentra que la población en situación de desplazamiento está recibiendo los servicios de vacunación, da cuenta de estas acciones, los porcentajes de esquemas adecuados para la edad logrados en los diferentes grupos de edad en la población de cero a siete años. El menor cumplimiento se encuentra en el grupo de un año con 86% afectado por la situación ya descrita del déficit de FA. Los demás cumplimientos se encuentran por encima de 93%.

### Dosis aplicadas por vacuna mes a mes en el Departamento de Antioquia en el año 2010

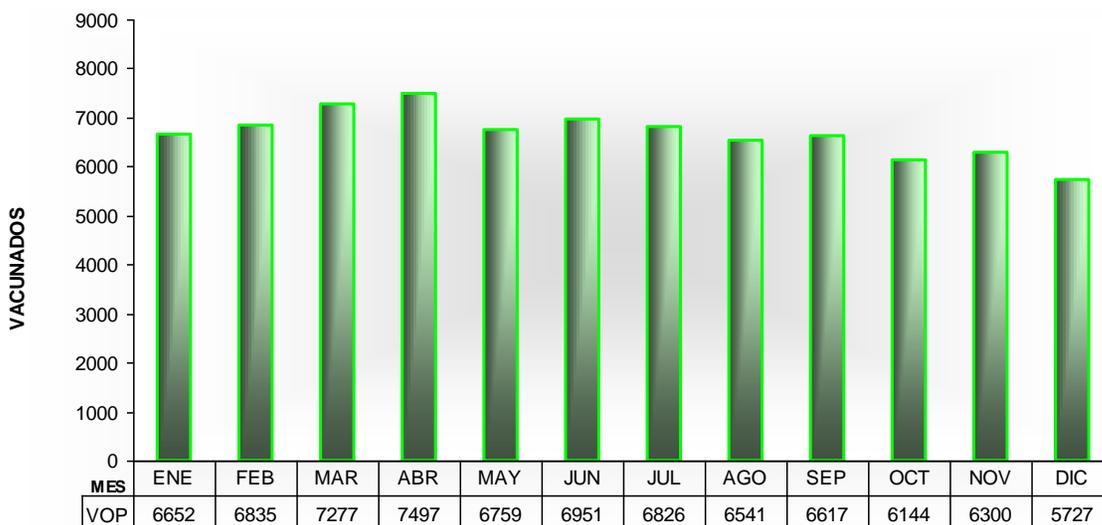
En el año 2010 siguiendo los lineamientos del MPS, se realizaron campañas de vacunación en la mayoría de los meses del año principalmente en abril, julio y septiembre, al analizar las dosis aplicadas de cada vacuna mes a mes, se observa que durante las jornadas de vacunación, hay un leve incremento en el número de dosis aplicadas, pero que no se refleja en un incremento de las coberturas de vacunación, pudiendo deberse a que durante el mes en que se realizan las JNV generalmente se da cumplimiento con las dosis programadas para ese mes, superando levemente o manteniendo el número de dosis aplicadas.

En este año 2010, puede observarse el mayor incremento durante la Semana de Vacunación en las Américas en los meses de marzo durante la pre jornada y en abril en la jornada.

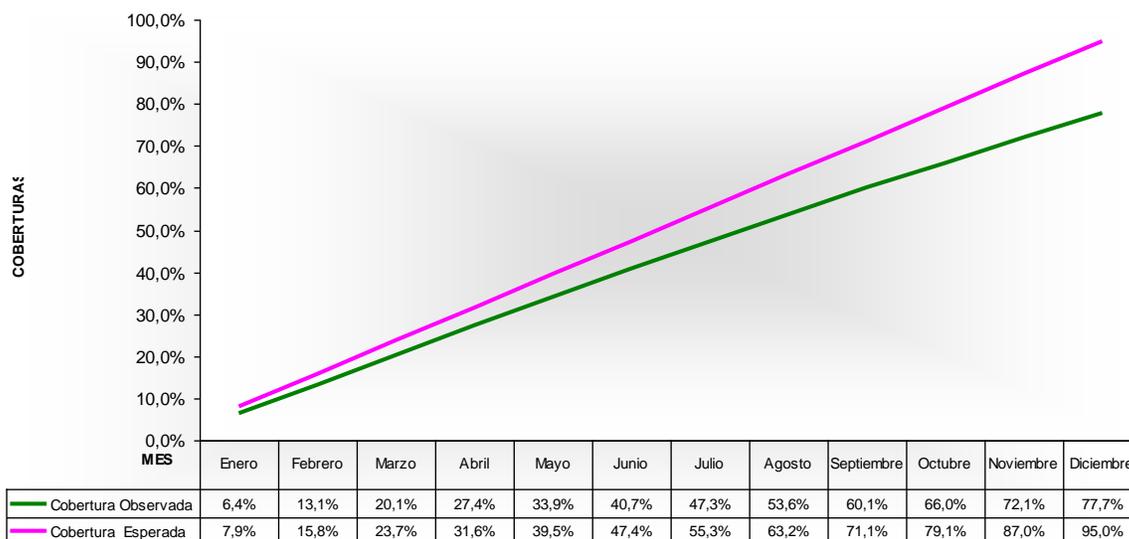
Cuando se revisa el informe gerencial del PAI, se tiene un incremento paulatino mes a mes en las coberturas de cada vacuna, no se evidencian incrementos llamativos en los meses durante los cuales se realizaron las JNV, puede ser debido a la estrategia

de vacunación casa a casa y búsqueda de susceptibles, que se realiza de manera permanente en la mayoría de los municipios, estrategia que facilita la captación oportuna de los usuarios que requieren el servicio de vacunación, sin limitar la oportunidad para vacunarse a la época de las JNV.

Esta situación puede visualizarse en algunas gráficas del gerencial del PAI que se adjuntan a continuación:



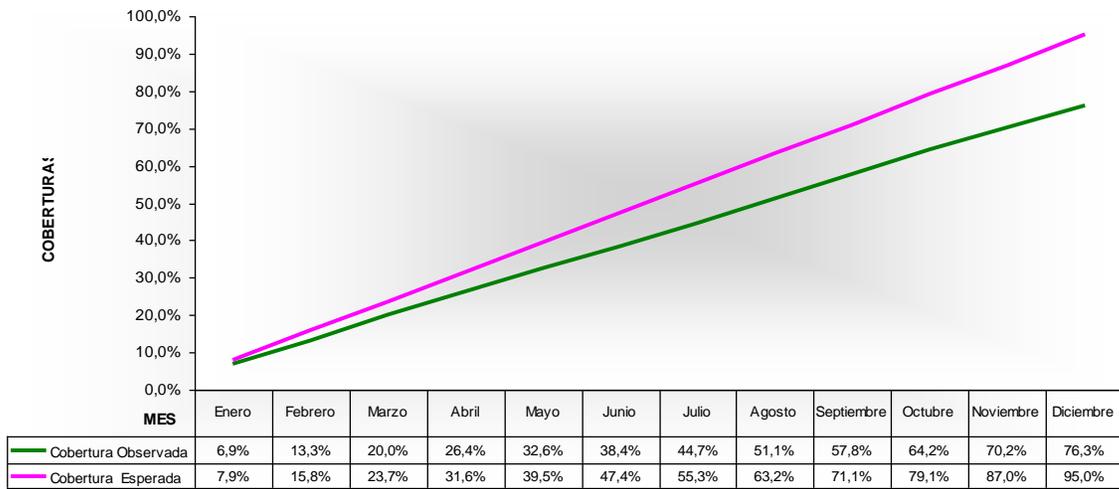
**Figura 18.** Vacunados con Antipolio, por mes. Antioquia 2010  
Fuente: PAISOFT SSSA.



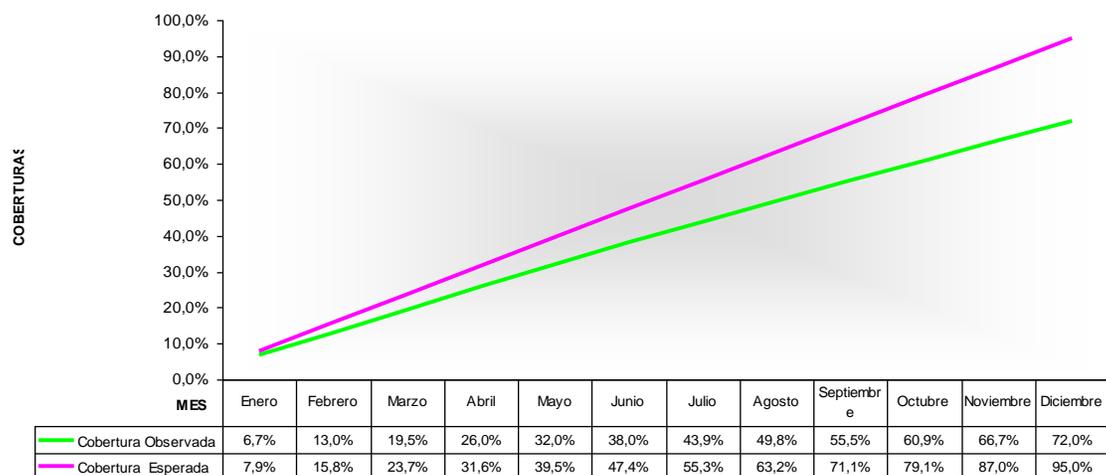
**Figura 19.** Proyección de las coberturas de vacunación con VOP en menores de un año. Antioquia 2010  
Fuente: PAISOFT SSSA.



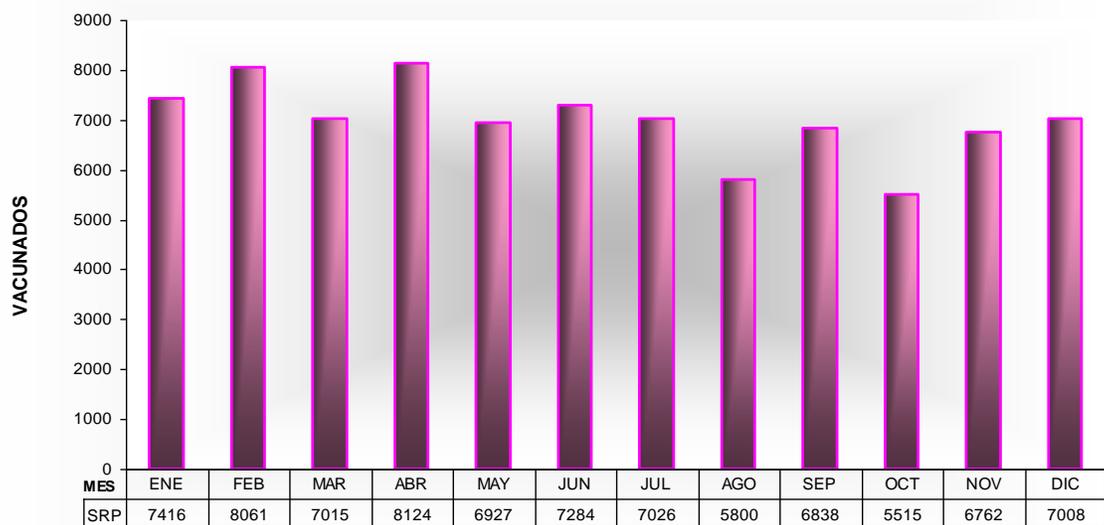
**Figura 20.** Proyección de las coberturas de vacunación con BCG en menores de un año. Antioquia 2010  
**Fuente:** PAISOFT SSSA.



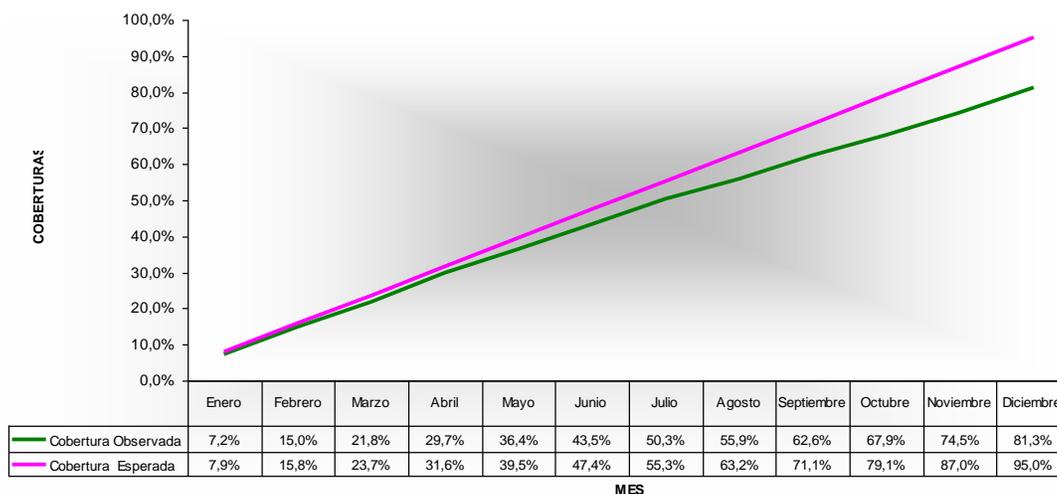
**Figura 21.** Proyección de las coberturas de vacunación con BCG en menores de un año. Antioquia 2010  
**Fuente:** PAISOFT SSSA.



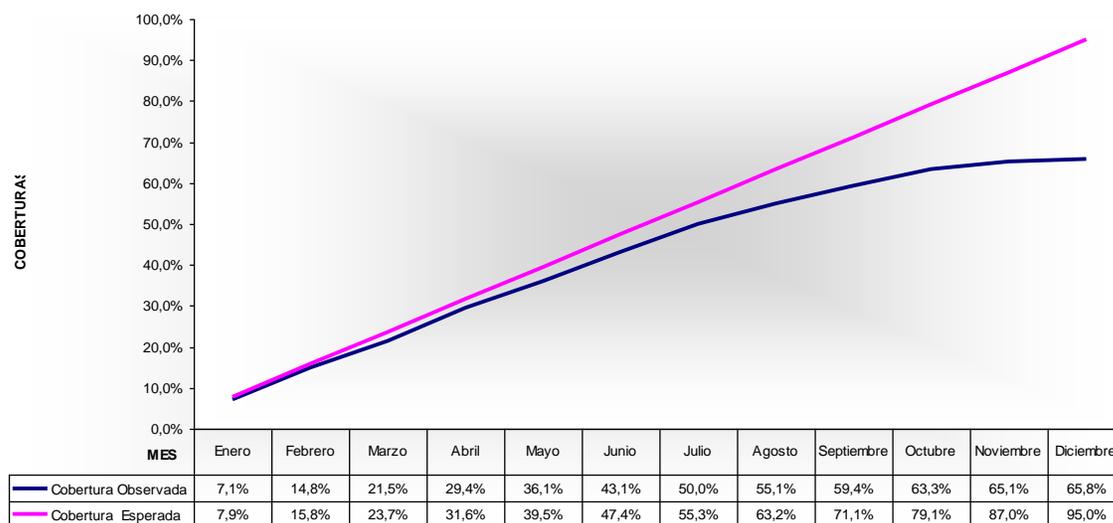
**Figura 22.** Proyección de las coberturas de vacunación con Rotavirus en menores de un año. Antioquia 2010  
**Fuente:** PAISOFT SSSA.



**Figura 23.** Proyección de las coberturas de vacunación con SRP en menores de un año. Antioquia 2010  
**Fuente:** PAISOFT SSSA.



**Figura 24.** Proyección de las coberturas de vacunación con SRP en menores de un año. Antioquia 2010  
**Fuente:** PAISOFT SSSA.



**Figura 25.** Proyección de las coberturas de vacunación con Fiebre Amarilla en menores de un año. Antioquia 2010  
**Fuente:** PAISOFT SSSA.

El incremento en la cantidad de dosis de BCG en los meses de enero, marzo y septiembre no parecen tener relación con las estrategias las JNV, más bien está relacionado con el incremento de los nacimientos, y corresponden a las dosis de BCG de los recién nacidos producto de los períodos vacacionales de semana santa, mitad y fin de año, es una vacuna que se ofrece institucionalmente, por la habilidad y destreza que requiere su aplicación y no se orienta para ser aplicada en los puestos de vacunación extramurales en las JNV.

En la gráfica del gerencial de FA, puede visualizarse la modificación que se presentó en este año en las dosis aplicadas, coberturas de vacunación y esquemas adecuados para la edad, con el déficit en el suministro de vacuna a nivel del país.

Luego de revisar las diferentes gráficas, de proyección de las coberturas de vacunación en los grupos de un año y menores de un año de edad, con cada una de las vacunas, se presume que hasta la fecha, las JNV para poner al día las coberturas de vacunación, no han generado impacto en nuestro Departamento, ya que en los municipios de manera permanente durante el año, se desarrolla la estrategia de búsqueda de la población susceptible, vacunación casa a casa y en establecimientos escolares, para garantizar la captación de la población para las dosis faltantes, buscando alcanzar las coberturas útiles, estas estrategias se vieron afectadas durante la intensificación con SR, porque el talento humano en buena parte es el mismo para todo el servicio de vacunación.

En la búsqueda permanente de la reducción de las enfermedades inmunoprevenibles prevalentes de la infancia y la mortalidad infantil, se ha resaltado la importancia de cumplir con la vacunación del esquema del PAI y garantizar la conservación de la historia y del carné de vacunación, actividades esenciales para el desarrollo adecuado de diferentes estrategias en vacunación como es el caso de la búsqueda de susceptibles, monitoreo rápido de coberturas de vacunación y vacunación casa a casa.

### **Monitoreo rápido de coberturas de vacunación en el departamento de Antioquia en el año 2010**

Una estrategia valiosa para la evaluación de la gestión en vacunación, es el caso de la verificación de las coberturas de vacunación realizada mediante el monitoreo rápido de coberturas de vacunación – MRCV o encuestas de cobertura. Para desarrollar los MRCV se visita un número previamente establecido de viviendas, en las que se realiza revisión, puerta a puerta, de los carné de vacunación de la población objeto del PAI, esto permite evidenciar la cobertura de vacunación en la población que realmente vive y se encuentra en cada municipio. El lineamiento del MPS es realizar cuatro MRCV cada año, de ser posible uno después de cada JNV, con el propósito de evaluar si las metas se han alcanzado.

Los resultados del MRCV, son un aporte importante si se decide que con esta experiencia se pueda evaluar los resultados de cobertura del PAI y de otros programas de promoción y prevención y verificar la atención de la demanda inducida.

Por ello es necesario evidenciar y soportar en forma confiable y con criterios de validez científica, el indicador de coberturas de vacunación en la población menor de seis años y la presencia de casos sospechosos de enfermedades inmunoprevenibles de manera simultánea con los MRCV en los 125 municipios, buscando la evidencia de los esquemas de vacunación directamente en los carné o historias de vacunación de los menores de seis años.

La metodología propuesta y realizada es la de 25 casas efectivas, teniendo en cuenta que una casa efectiva es aquella en donde viven niños y niñas menores de seis años y un adulto responsable que conteste la entrevista y presente el carné de

vacunación, en estas viviendas se realiza revisión, puerta a puerta, de los carné de vacunación de la población objeto del PAI y se evalúa el esquema de vacunación, lo que permite evidenciar la cobertura de vacunación en la población que realmente vive en ese municipio. El tercer y cuarto MRCV se realizó simultáneamente con el MRCV y/o encuesta de cobertura de SR diligenciando la información solicitada en los formatos establecidos.

Con la ejecución de los MRCV se debe realizar simultáneamente la búsqueda activa comunitaria de casos de inmunoprevenibles BAC y puede ser además acompañado de las actividades de vacunación, siempre y cuando se cumpla con el MRCV antes de la vacunación.

La SSSA, durante la reunión realizada en el mes de Febrero con los funcionarios encargados del PAI, dio a conocer las fechas y los lineamientos generales para los MRVC y la ejecución de las jornadas nacionales de vacunación, las cuales, deberían ser evaluadas mediante el MRCV, igualmente durante las reuniones Departamentales con los otros actores del SGSSS.

Durante los cuatro MRCV realizados en este año, se visitaron 51.822 viviendas y se evaluó el esquema de vacunación de 59.810 menores de seis años residentes en los 125 municipios del Departamento de Antioquia.

En la siguiente tabla se presenta el número de MRCV realizados por cada municipio según los trimestres del año.

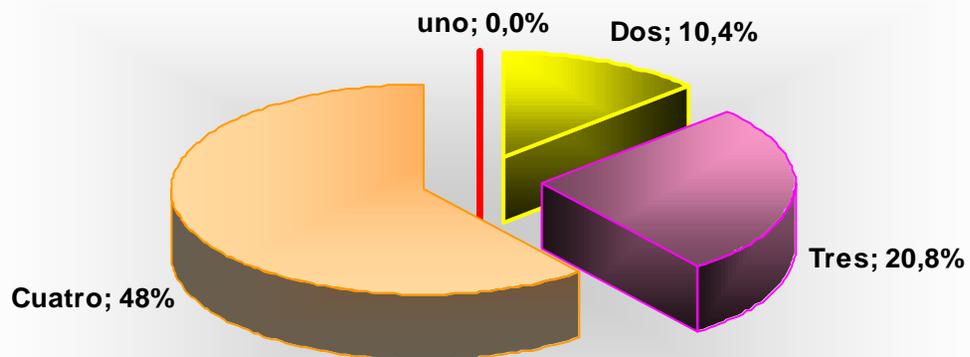
**Tabla 9.** Número de monitoreos realizados por municipio en el año 2010

MUNICIPIO	PRIMERO	SEGUNDO	TERCERO	CUARTO	TOTAL
Medellín	1	1	1	0	3
Abejorral	1	1	1	0	3
Abriaquí	1	0	0	0	1
Alejandro	1	1	1	1	4
Amagá	1	1	0	0	2
Amalfi	1	1	1	1	4
Andes	1	1	1	1	4
Angelópolis	1	1	1	0	3
Angostura	1	1	1	1	4
Anorí	1	1	1	1	4
Santafé de Antioquia	1	0	0	0	1
Anza	1	0	0	0	1
Apartadó	1	1	1	1	4
Arboletes	1	1	1	1	4
Argelia	1	1	1	1	4
Armenia	1	1	1	1	4
Barbosa	1	1	1	0	3
Belmira	1	1	1	0	3
Bello	1	1	1	0	3
Betania	1	1	0	0	2
Betulia	1	1	1	1	4
Ciudad Bolívar	1	1	1	1	4
Briceño	1	1	1	1	4
Buriticá	1	1	1	1	4
Cáceres	1	1	0	0	2
Caicedo	1	1	0	0	2
Caldas	1	1	1	1	4
Campamento	1	1	1	1	4
Cañasgordas	1	1	1	0	3
Caracolí	1	1	1	0	3
Caramanta	1	1	0	0	2
Carepa	1	1	1	0	3
El Carmen de Viboral	1	1	1	1	4
Carolina	1	1	1	1	4
Caucasia	1	1	1	1	4
Chigorodó	1	1	1	1	4
Cisneros	1	1	1	1	4
Cocorná	1	1	1	1	4
Concepción	1	1	1	1	4
Concordia	1	1	1	1	4
Copacabana	1	1	1	1	4
Dabeiba	1	1	1	1	4
Don Matías	1	1	0	0	2
Ebéjico	1	1	1	1	4
El Bagre	1	1	1	0	3
Enterríos	1	1	1	1	4
Envigado	1	1	1	1	4
Fredonia	1	1	1	0	3
Frontino	1	1	1	1	4
Giraldo	1	0	0	0	1
Girardota	1	1	1	0	3
Gómez Plata	1	1	1	0	3
Granada	1	1	0	0	2
Guadalupe	1	1	1	1	4
Guarne	1	1	1	1	4
Guatapé	1	1	1	1	4
Heliconia	1	1	1	1	4
Hispania	1	1	1	0	3
Itagüí	1	1	0	0	2
Ituango	1	1	1	1	4
<b>DEPARTAMENTO</b>	<b>125</b>	<b>112</b>	<b>99</b>	<b>65</b>	<b>401</b>

MUNICIPIO	PRIMERO	SEGUNDO	TERCERO	CUARTO	TOTAL
Jardín	1	1	1	1	4
Jericó	1	1	1	0	3
La Ceja	1	0	0	0	1
La Estrella	1	1	0	0	2
La Pintada	1	1	1	1	4
La Unión	1	1	1	1	4
Liborina	1	1	1	1	4
Maceo	1	1	1	0	3
Marinilla	1	0	0	0	1
Montebello	1	1	1	0	3
Murindó	1	0	0	0	1
Mutatá	1	1	1	0	3
Nariño	1	1	1	1	4
Necoclí	1	1	1	1	4
Nechí	1	1	0	0	2
Olaya	1	1	0	0	2
Peñol	1	0	1	0	2
Peque	1	1	1	1	4
Pueblorrico	1	1	1	0	3
Puerto Berrío	1	0	0	0	1
Puerto Nare	1	1	1	0	3
Puerto Triunfo	1	1	1	0	3
Remedios	1	1	1	1	4
Retiro	1	1	1	0	3
Rionegro	1	1	1	0	3
Sabanalarga	1	1	1	1	4
Sabaneta	1	1	1	1	4
Salgar	1	1	1	1	4
San Andrés de Cuerquia	1	1	1	1	4
San Carlos	1	1	1	1	4
San Francisco	1	1	1	1	4
San Jerónimo	1	1	1	1	4
San José de La Montaña	1	1	1	0	3
San Juan de Urabá	1	0	0	0	1
San Luis	1	1	1	1	4
San Pedro	1	1	1	1	4
San Pedro de Uraba	1	1	1	0	3
San Rafael	1	1	0	0	2
San Roque	1	1	0	0	2
San Vicente	1	1	1	1	4
Santa Bárbara	1	1	0	0	2
Santa Rosa de Osos	1	1	1	1	4
Santo Domingo	1	1	0	0	2
El Santuario	1	1	1	1	4
Segovia	1	1	1	0	3
Sonson	1	1	1	0	3
Sopetrán	1	1	1	1	4
Támesis	1	1	1	1	4
Tarazá	1	1	1	0	3
Tarso	1	1	1	1	4
Titiribí	1	1	1	1	4
Toledo	1	0	0	0	1
Turbo	1	1	1	0	3
Uramita	1	0	1	0	2
Urao	1	1	1	1	4
Valdivia	1	1	1	0	3
Valparaíso	1	1	1	1	4
Vegachí	1	1	1	0	3
Venecia	1	1	1	1	4
Vigía del Fuerte	1	0	1	0	2
Yalí	1	1	1	1	4
Yarumal	1	1	1	1	4
Yolombó	1	1	1	1	4
Yondó	1	1	0	0	2
Zaragoza	1	1	1	1	4
<b>DEPARTAMENTO</b>	<b>125</b>	<b>112</b>	<b>99</b>	<b>65</b>	<b>401</b>

FUENTE: Consolidado Departamental de MRCV. DSSA 2010

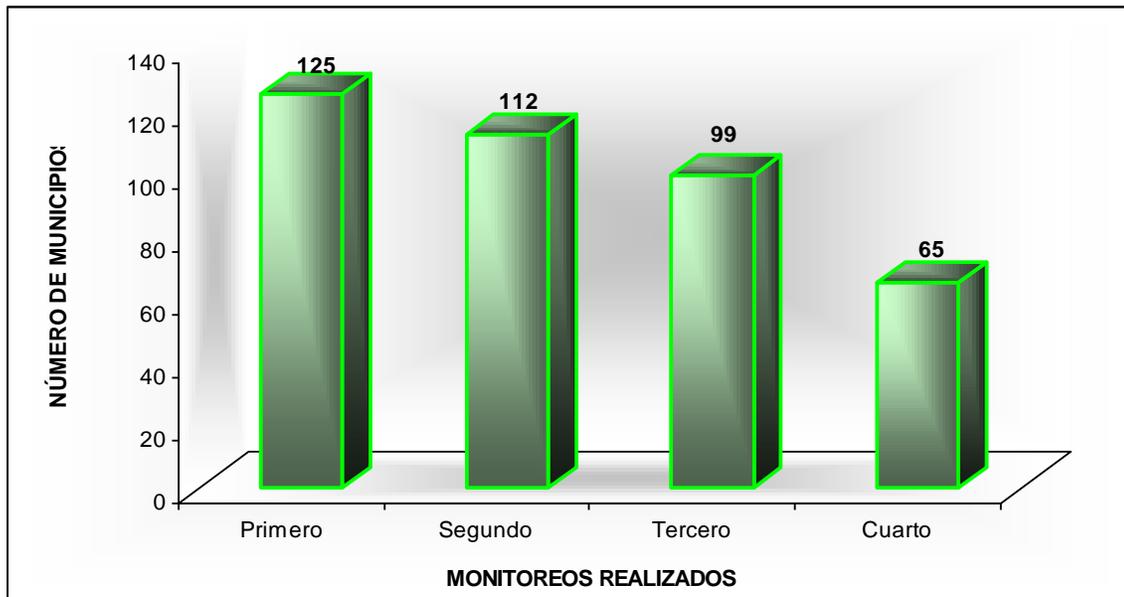
El 52% de los municipios dio cumplimiento a la meta de realizar cuatro MRCV PAI al año, lo cual está contemplado dentro del acta de compromisos 2009 - 2011 firmada por los alcaldes al iniciar su período de gobierno.



**Figura 26.** Distribución porcentual según monitoreos no realizados, municipios de Antioquia 2010  
**FUENTE:** Consolidado Departamental de MRCV. DSSA 2010

23% de los municipios solo realizaron uno o dos MRCV en el año, lo cual no corresponde con el cumplimiento de lineamientos y lo más importante no permite tomar decisiones oportunas en caso de ser necesarias.

En los lineamientos se ha establecido un MRCV después de cada jornada y otro al iniciar el año para lograr realizar uno por trimestre; sin embargo algunos municipios a pesar de haber realizado cuatro MRCV no fueron oportunos.



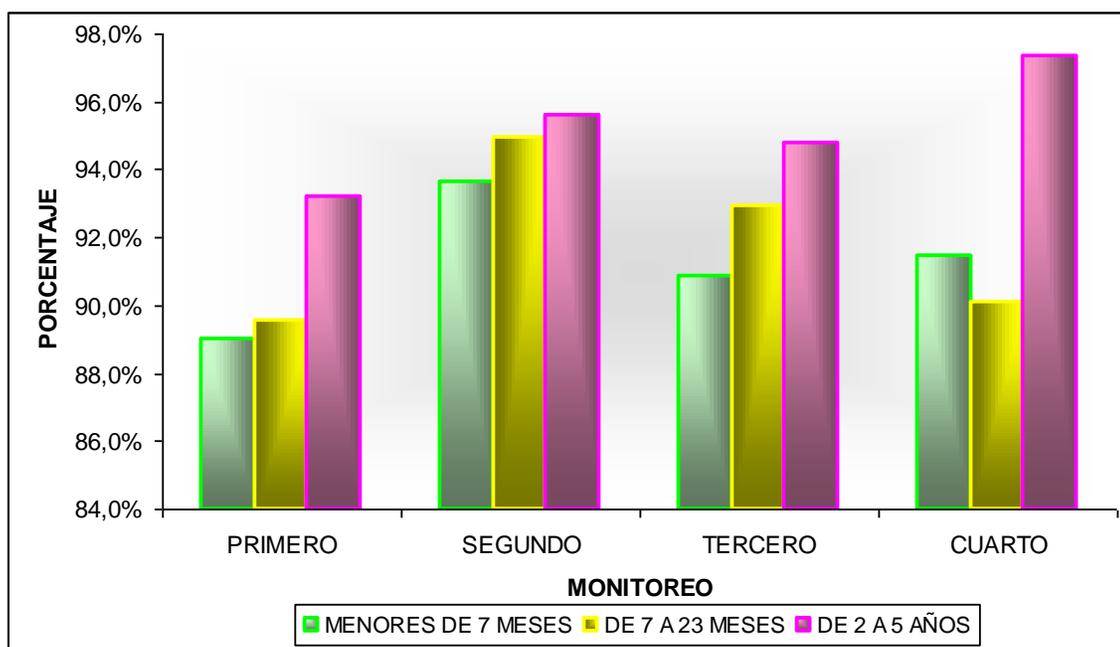
**Figura 27.** Número de municipios con monitoreos realizados. Antioquia 2010  
**FUENTE:** Consolidado Departamental de MRCV. DSSA 2010

Durante el año 2010 los 125 municipios del Departamento de Antioquia, es decir 100% realiza y reporta un primer MRCV del PAI, el cumplimiento del segundo MRCV disminuye a 90% de municipios que corresponde a 112, 80% (99 municipios) realizan el tercer MRCV y disminuye significativamente a 52% (65 municipios) que cumplen con el cuarto MRCV. La disminución en el tercer y cuarto MRCV es debido posiblemente al cumplimiento de los MRCV-SR 2010, ya que es más ágil realizarlo para éste biológico solamente, además había una exigencia grande para garantizar la finalización de la intensificación de SR.

**Tabla 10.** Coberturas de vacunación según MRCV PAI por grupos de edad en el Departamento de Antioquia 2010

	MENORES DE 7 MESES					DE 7 A 23 MESES			DE 2 A 5 AÑOS		
	NÚMERO DE CASAS	NÚMERO DE NIÑOS	POBLACIÓN	CON ESQUEMA	%	POBLACIÓN	CON ESQUEMA	%	POBLACIÓN	CON ESQUEMA	%
PRIMERO	15.189	17.642	1.319	1.174	89,01%	3.419	3.061	89,53%	11.394	10.619	93,20%
SEGUNDO	15.112	16.685	941	881	93,62%	3.126	2.968	94,95%	10.590	10.122	95,58%
TERCERO	15.205	17.639	862	783	90,84%	5.217	4.848	92,93%	11.280	10.690	94,77%
CUARTO	6.316	7.844	328	300	91,46%	990	892	90,10%	4.272	4.158	97,33%

**FUENTE:** Consolidado Departamental de MRCV. DSSA 2010



**Figura 28.** Coberturas de vacunación por monitoreo, según grupos de edad. Antioquia 2010  
**FUENTE:** Consolidado Departamental de MRCV. DSSA 2010

Las coberturas por MRCV están dadas por la relación de la población encontrada por grupo de edad con la población de la misma edad con esquema adecuado por 100. Las coberturas útiles (mayor o igual al 95%) por MRCV muestran como la población objeto del PAI encontrada en el municipio está vacunada independiente de donde haya recibido el biológico.

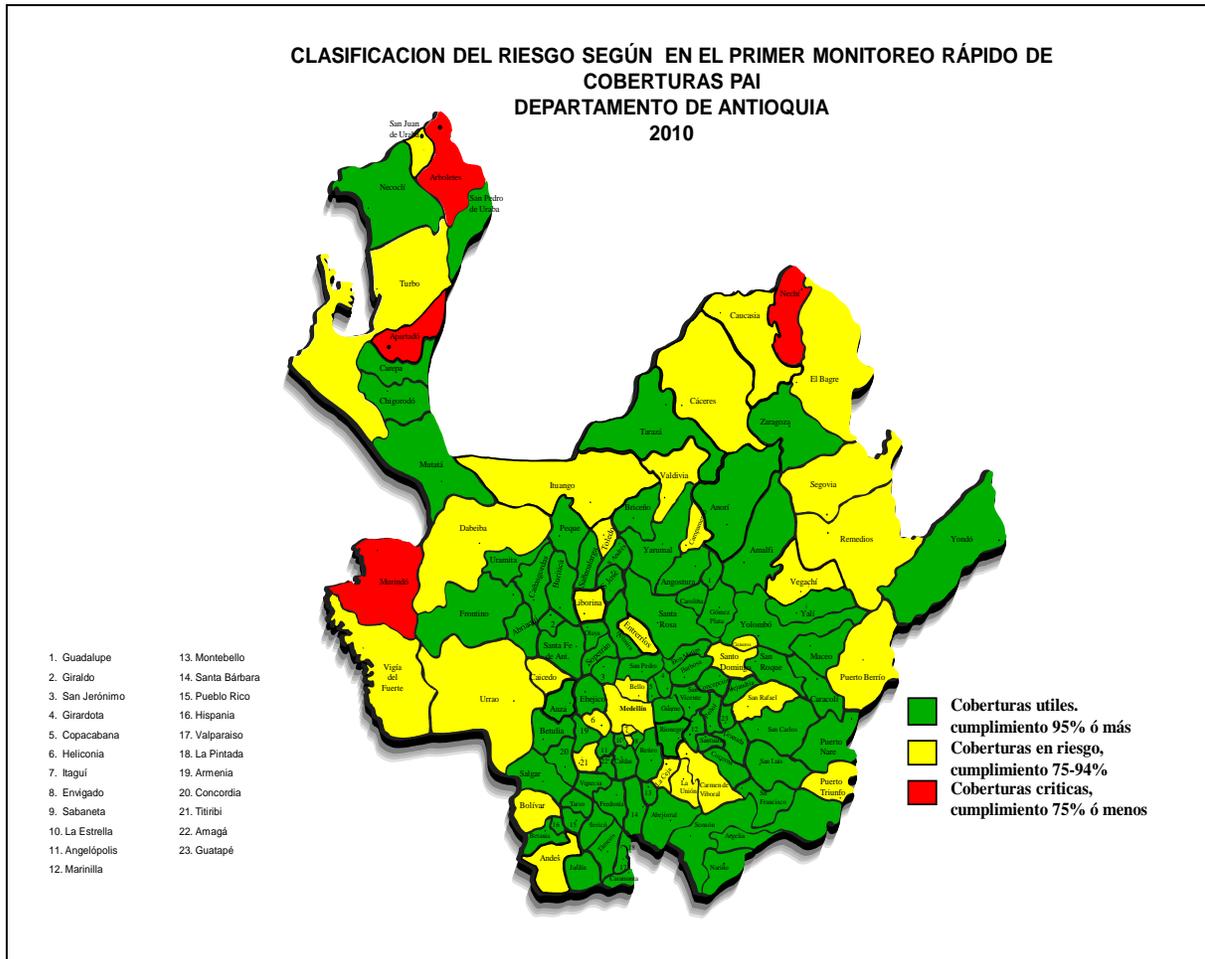
Para los tres grupos de edad y en los cuatro MRCV PAI se encontraron coberturas superiores al 89%. Resaltan coberturas superiores al 93% en el grupo de 2 a 5 en los cuatros MRCV-PAI, puede ser debido a los antecedentes del programa de vacunación y porque en esta edad hay mayor interés por completar esquemas como requisito para ingresar a la etapa escolar, para adquirir beneficios del Programa Familias en Acción y programa MANA, entre otros.

Para los grupos de edad de menores de 23 meses y en los cuatro MRCV PAI se evidencia coberturas entre 89 y 95% lo que califica el Departamento en riesgo para presentar enfermedades inmunoprevenibles.

Las coberturas más bajas se encuentran en el grupo de menores de 7 meses, seguido del grupo de 7 a 23 meses, lo que significa que los esquemas se están iniciando o completando en forma tardía a pesar de la normatividad sobre la obligatoriedad de vacunar los recién nacidos antes del egreso en el lugar de nacimiento y en los primeros seis meses de vida, también a una falta de interés en la inducción de la demanda, captación de los susceptibles y/o revisión del esquema de vacunación en los controles de crecimiento y desarrollo en estas etapas tempranas.

En general el Departamento de Antioquia en el año 2010, no alcanzó coberturas útiles en vacunación según MRCV en menores de 2 años, estando en riesgo de presentar casos de enfermedades inmunoprevenibles; a pesar de las diferentes estrategias de vacunación: jornadas masivas, búsqueda de susceptibles casa a casa, vacunación institucional entre otras; lo que puede significar que se debe fortalecer la búsqueda de susceptibles en los diferentes grupos y mejorar el sistema de información.

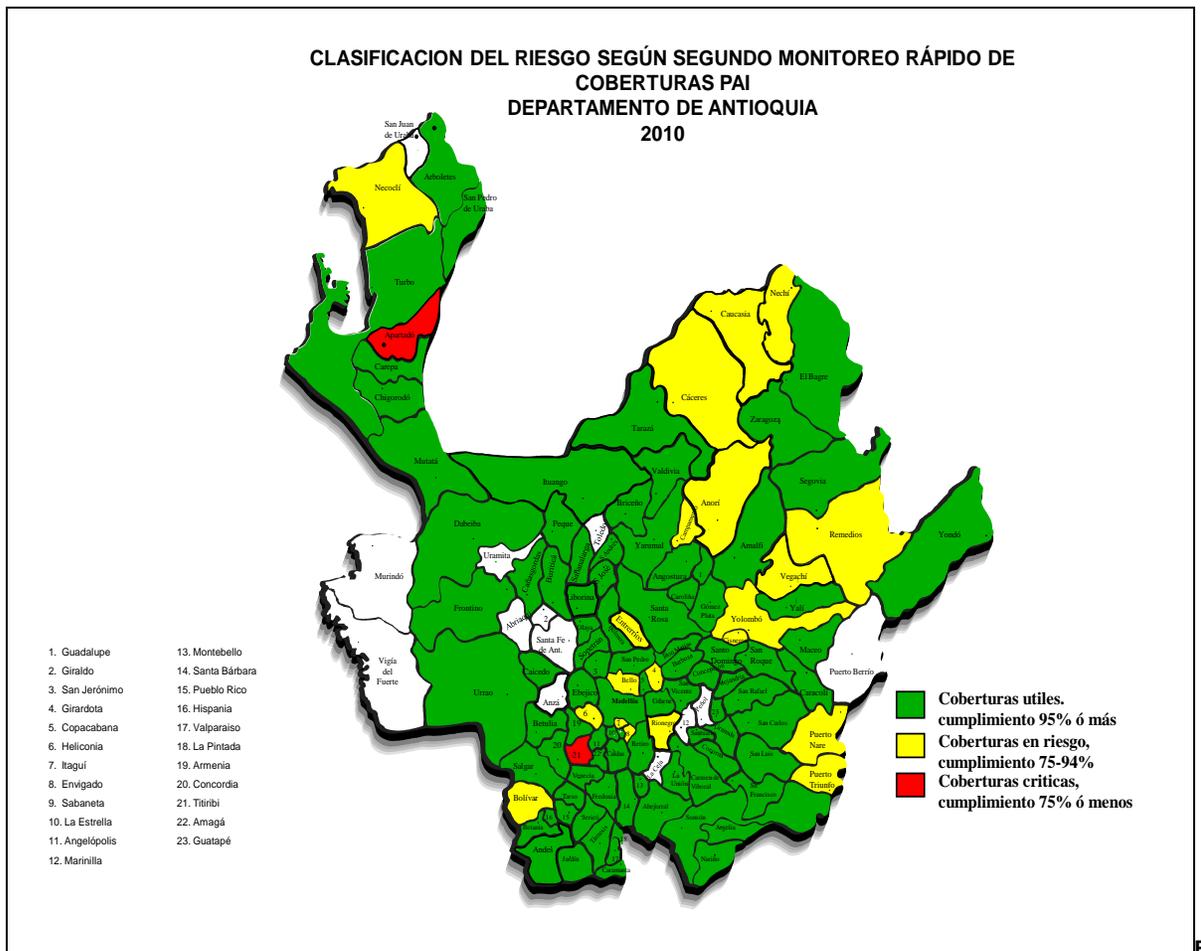
## CLASIFICACIÓN DEL RIESGO SEGÚN COBERTURAS Y MONITOREOS



**Figura 29.** Clasificación del riesgo primer monitoreo, según coberturas. Antioquia 2010

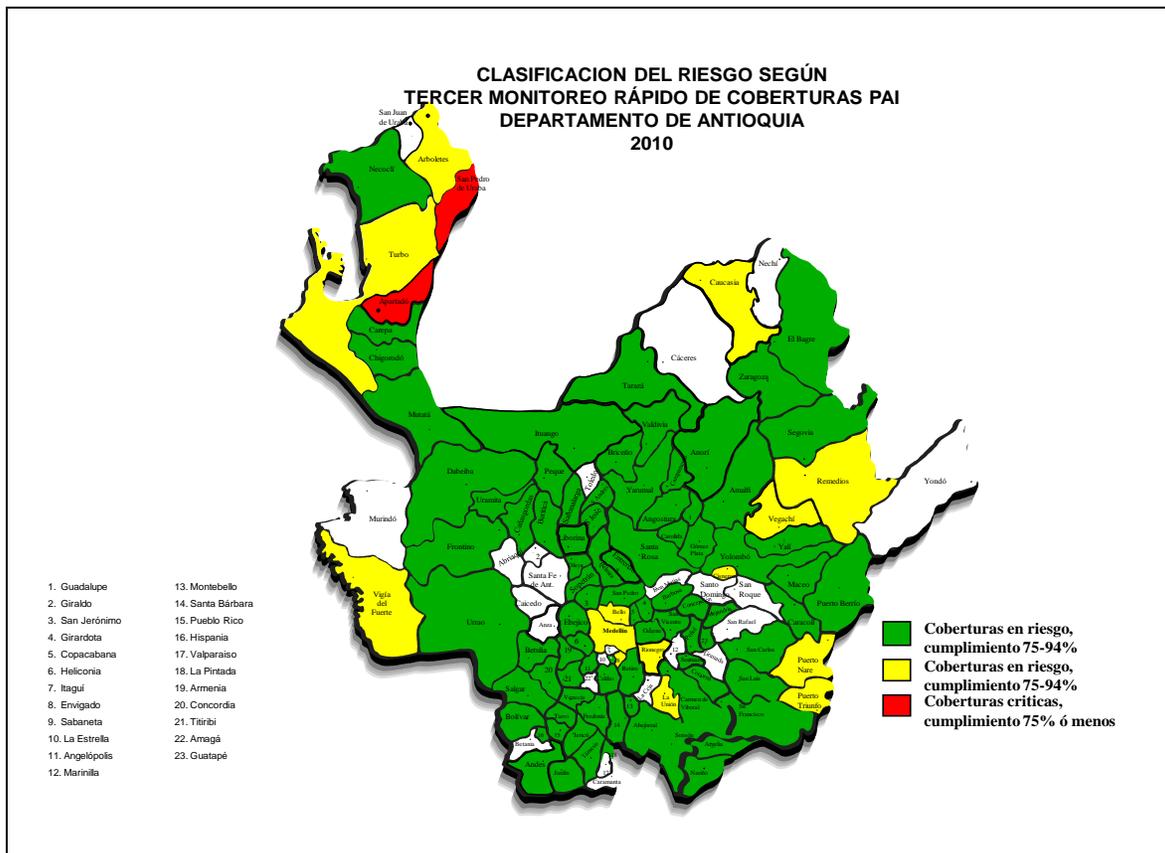
**FUENTE:** Consolidado Departamental de MRCV. DSSA 2010

Los resultados obtenidos en el primer MRCV muestran en situación crítica cuatro municipios del Departamento son ellos: Arboletes, Nechí, Apartadó y Murindó por poseer coberturas iguales o inferiores a 75%.



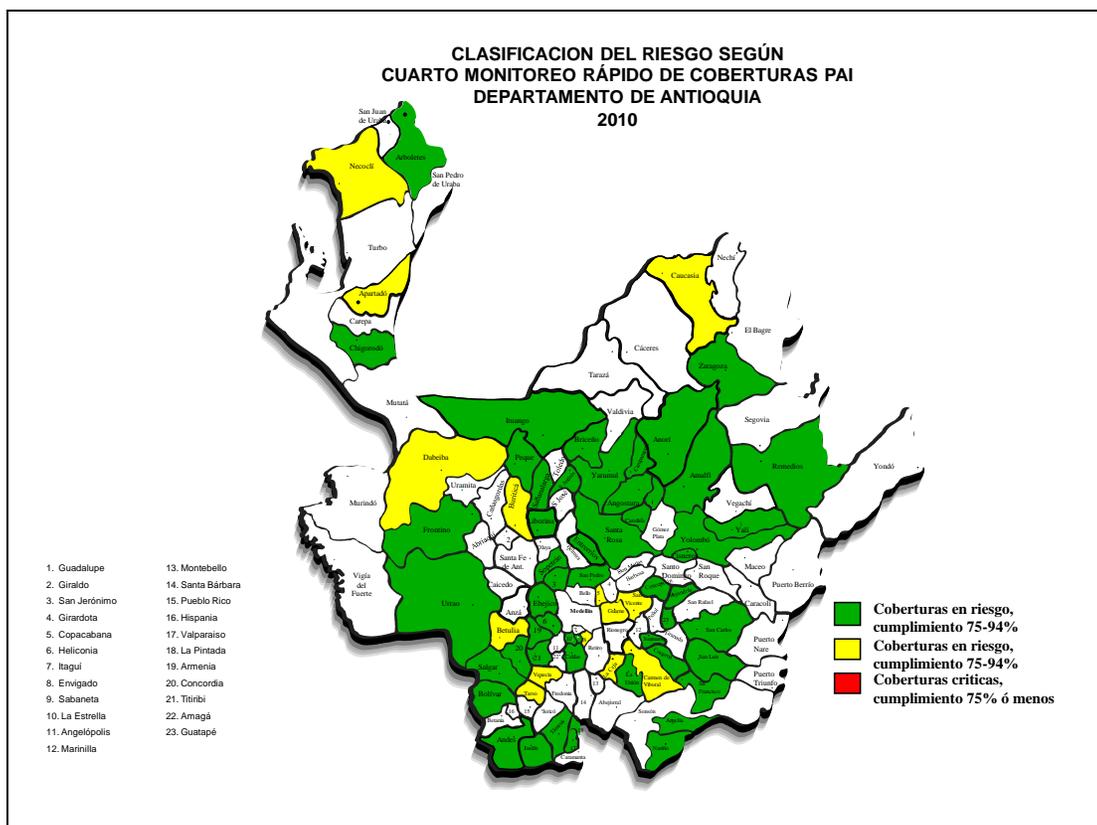
**gura 30.** Clasificación del riesgo, segundo monitoreo según coberturas. Antioquia 2010  
**FUENTE:** Consolidado Departamental de MRCV. DSSA 2010

Los resultados del segundo MRCV muestran nuevamente en riesgo el municipio de Apartadó y ha caído la cobertura en el municipio de Titiribí, de igual manera Arboletes y Nechí han aumentado sus coberturas, en su mayoría los municipios han mejorado o mantenido sus coberturas; es de resaltar que no todos los municipios realizaron o reportaron sus MRCV. En blanco los 13 municipios que no realizaron el segundo MRCV.



**ura 31.** Clasificación del riesgo, tercer monitoreo según coberturas. Antioquia 2010  
**FUENTE:** Consolidado Departamental de MRCV. DSSA 2010

En general para el tercer MRCV observamos un número mayor de municipios con coberturas útiles, continúa Apartadó en situación crítica con el municipio de San Pedro de Urabá. Para este momento no hubo información de 26 municipios que están de blanco en el mapa no realizaron el tercer MRCV.



**Figura 32.** Clasificación del riesgo, cuarto monitoreo según coberturas. Antioquia 2010  
**FUENTE:** Consolidado Departamental de MRCV. DSSA 2010

Para el cuarto MRCV aumentó a 60 el número de municipios que no lo realizaron; Es importante resaltar el aumento en coberturas del municipio de Apartadó y Arboletes. La situación anterior está dada por el compromiso de lograr cumplir la jornada de intensificación con SR donde algunos municipios realizaron el MRCV solo para éste biológico. En blanco los 60 municipios que no realizaron el cuarto MRCV.

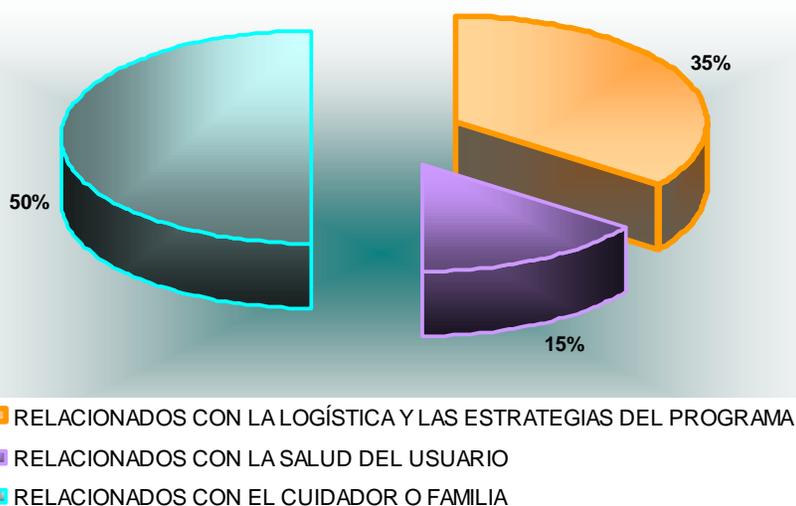
### **Causas de no poseer esquema adecuado de vacunación según monitoreo rápido de coberturas de vacunación PAI**

Durante la encuesta del MRCV se interroga por las siguientes opciones de oportunidades perdidas o causas de no poseer esquema adecuado de vacunación:

- ✓ Lugar de vacunación lejano o cerrado.
- ✓ Horario de vacunación restringido.
- ✓ Largos tiempos de espera.
- ✓ No había vacunas o insumos.
- ✓ Falta o pérdida de carné de vacunas.
- ✓ No afiliado.
- ✓ Ausencia del vacunador.
- ✓ Desconocimiento de la jornada.

- ✓ Desconocimiento que las vacunas son gratis.
- ✓ Niño enfermo.
- ✓ Orden médica.
- ✓ Reacción adversa o grave a dosis previas.
- ✓ Falta de tiempo del cuidador.
- ✓ Rechazo a la vacunación.

Para el análisis se agruparon de la siguiente manera:



**Figura 33.** Distribución porcentual de causas de no poseer esquema de vacunación completo  
**FUENTE:** Consolidado Departamental de MRCV. DSSA 2010

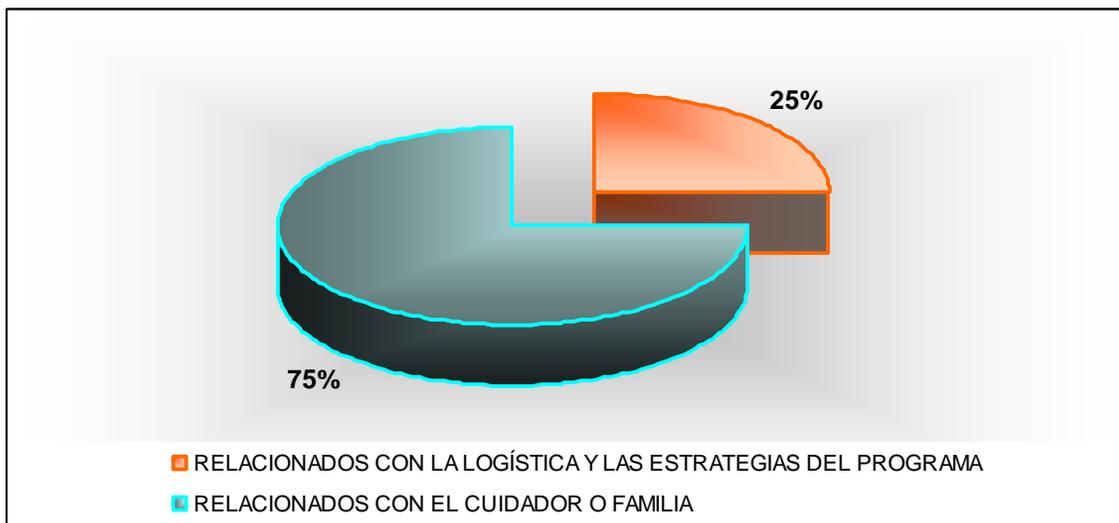
El mayor porcentaje de causas de oportunidades perdidas son las relacionadas con el cuidador o familia con un 50%, seguida de las relacionadas con la logística y estrategias del programa en 35%.

### **Causas de no poseer carné de vacunación**

Las opciones de no poseer carné de vacunación, incluidas durante el interrogatorio son:

- ✓ No se lo entregaron.
- ✓ Lo perdió.
- ✓ Está en el establecimiento educativo, en el hogar comunitario o en el trabajo.
- ✓ No lo encuentra.
- ✓ Lo guarda otra persona.

Para su análisis se agruparon en dos grupos, así:



**Figura 34.** Distribución porcentual de causas de no poseer carné de vacunas. Antioquia 2010

**FUENTE:** Consolidado Departamental de MRCV. DSSA 2010

El mayor porcentaje como causa de no poseer el carné de vacunación en la información recolectada durante los MRCV se presentó en las relacionadas con el cuidador o familia con un 75%.

## Conclusiones

Las coberturas programáticas con población DANE, el resultado de los MRCV y el cumplimiento de los esquemas adecuados para la edad por historia individual de vacunación, se deben utilizar en cada ente territorial para realizar un análisis detallado de la situación particular de vacunación, de tal manera que le permita tomar decisiones y establecer planes de mejoramiento que fortalezcan el PAI.

La situación de coberturas del PAI con la población DANE muestra una situación de riesgo en los municipios que tienen coberturas menos del 50% con los diferentes biológicos, en los mismos municipios los esquemas adecuados para la edad y los MRCV presentan buenos resultados, se debe evaluar esta situación particular para demostrar en qué situación de protección de inmunoprevenibles se encuentra su población y justificar la no existencia de población asignada por el DANE, incluir en este análisis los datos de nacimientos por lugar de residencia de la madre.

Los Monitoreos Rápidos de Coberturas de Vacunación deber utilizarse en cada municipio para la evaluación del servicio de vacunación y facilitar la retroalimentación para el seguimiento de los esquemas en cada IPS vacunadora y en las Administradoras.

Cada actor del SGSSS debe asumir las competencias y responsabilidades en el PAI, de acuerdo al marco legal vigente pero también como un compromiso social, para mejorar la calidad de vida de la población.

El PAI continúa con el desarrollo de diferentes estrategias para lograr la vacunación universal y encuentra dificultades relacionadas con las condiciones geográficas, culturales y sociales de las comunidades, en este año en mayor magnitud las ocasionadas por el déficit de vías de comunicación por las dificultades del invierno.

En las IPS vacunadoras continúan en este servicio algunas barreras administrativas relacionadas con los horarios, déficit y/o rotación del talento humano, que trae como consecuencia las deficiencias en la atención, presencia de errores administrativos, incumplimiento a las normas técnicas y administrativas y a los esquemas de vacunación, lo cual requiere un análisis en cada ente municipal e IPS para establecer los correctivos necesarios. Se espera que con el proceso de evaluación en competencias laborales de la norma técnica de aplicación de inmuno biológicos, se logren modificar estas dificultades.

Algunas Administradoras cumplen la vacunación de su población afiliada y beneficiaria, mediante la estrategia de vacunación institucional y en algunas IPS con horarios restringidos, permitiendo que la población aproveche las JNV, para iniciar, continuar o completar los esquemas de vacunación, estas situaciones no garantizan la atención de la población susceptible de vacunar oportunamente y se incrementa el riesgo de presentarse enfermedades inmunoprevenibles no solo en quien no se vacuna sino en toda la población, además del no cumplimiento de los derechos en la población.

El Departamento sigue enfrentándose a numerosas situaciones: conflicto armado, desplazamientos, incumplimiento en las responsabilidades y competencias en el PAI por diferentes actores del SGSSS, reestructuración de los servicios de salud, de las ESE Hospitales, rotación de personal del servicio de vacunación, contratación del talento humano a través de cooperativas, lo cual afecta el adecuado desempeño en los servicios de vacunación y el logro de las metas e indicadores, el análisis debe realizarse en cada municipio para tomar las decisiones oportunamente.

Por parte de algunos directivos se da mayor importancia a los aspectos económicos de las acciones de salud pública y no a la rentabilidad social que generan las acciones del PAI, con la consecuente modificación en las coberturas de vacunación y otros indicadores, aplazamiento en la continuidad de los esquemas, por los costos que genera el desplazamiento a lejanos lugares donde son pocos los usuarios a atender y no se garantiza el derecho a la vacunación.

Se cuenta con un paquete computacional unificado, PAISOFT para manejar la información de vacunación, que permite conocer la historia de vacunación de cada usuario, buscar los susceptibles y gerenciar administrativa y operativamente el PAI en cada IPS y municipio.

Aún continúan las diferencias en las coberturas de DPT, HB y Hib las cuales deben ser objeto de revisión en cada IPS, ya que existe coincidencia en el momento de la aplicación y en el grupo de edad objeto, porque la presentación de las dosis de DPT, HB y Hib están contenidas en la vacuna Pentavalente.

Se debe monitorear la información de vacunación y la calidad de los registros en los diferentes municipios para garantizar historias de vacunación de cada usuario muy específicamente en los municipios de las subregiones que presentan las coberturas más altas con la población DANE y bajos cumplimientos en los esquemas adecuados para la edad.

La disminución de las coberturas de BCG que se presenta en los años 2008, 2009 y para este año 2010, puede estar relacionada con los nacimientos, debe ser objeto de otro análisis, cuando se disponga de los datos oficiales de nacimientos por lugar de residencia.

La rotación del personal en las administraciones municipales dificulta el empoderamiento y la adquisición de los conocimientos necesarios para el desarrollo y gestión de los Proceso de Salud Pública en lo concerniente a la evaluación de las coberturas y otros indicadores de vacunación, para cumplir con la información requerida ante la SSSA y el MPS de tal manera que permita tomar decisiones oportunamente.

Existe un Proyecto para el fortalecimiento del PAI, formulado y liderado desde la SSSA, con un equipo de trabajo estable, comprometido, con experiencia y disponibilidad para fortalecer la gestión del PAI.

Existe compromiso político de los gobernantes y directivos de la SSSA, para mantener en la agenda política el tema del PAI.

El sistema de información constituye una herramienta básica para cualquier proceso de verificación de la población vacunada, se requiere unificación en los formatos a utilizar durante todo el proceso y no modificarlos durante el año para permitir la comparación de los resultados. Es el caso de los formatos utilizados para los MRCV debido a los ajustes a éstos durante el año.

Las principales causas de oportunidades perdidas de vacunación y de no poseer carné de vacunas son las relacionadas con el cuidador o la familia, lo cual debe orientar un proceso de información, educación y comunicación para fortalecer la cultura de la vacunación en la población en general, especialmente en padres de familia y adultos responsables del cuidado de los niños.

## **Recomendaciones**

Continuar con el seguimiento de los resultados de vacunación con las autoridades de salud y de gobierno de los municipios, entrevistas con Alcaldes, Directores Locales de Salud y Gerentes de ESE por parte de las directivas de la SSSA y funcionarios del PAI, evaluando las coberturas de vacunación y los esquemas adecuados para la edad, para orientar la búsqueda de la población susceptible de vacunar y la gestión del PAI.

Mantener la información del servicio de vacunación actualizada en cada IPS y DLS de tal manera que se facilite la gestión administrativa y operativa del PAI y se logre utilizar los gerenciales e indicadores entregados en los procesos de asesoría y asistencia técnica.

Cumplir los lineamientos establecidos en el PAI para cada año, con el fin de alcanzar las metas e indicadores contemplados en los POAI en cada municipio.

Establecer la coordinación del PAI con los diferentes servicios de salud y los programas sociales que tienen los municipios e IPS, para lograr la unificación en la exigencia del esquema de vacunación completo para la edad, como requisito para acceder a los diferentes servicios y programas.

Fortalecer la coordinación con las Administradoras para garantizar el cumplimiento de los lineamientos del PAI y la asunción de competencias y responsabilidades.

Fortalecer el proceso de inspección y vigilancia a los servicios de vacunación, a las acciones relacionadas en el Plan de intervenciones colectivas, en el Plan obligatorio de Salud para fortalecer el cumplimiento de las metas.

Realizar los cuatro MRCV oportunamente, en los momentos establecidos según lineamientos PAI, como una herramienta clave para la evaluación y seguimiento de las coberturas en vacunación en cada municipio, analizar la información generada de los MRCV de viviendas, afiliación, causas de no poseer carné de vacunación y causas de no tener esquema adecuado de vacunación para definir estrategias para fortalecer el PAI.

Incluir en el proyecto de Información, Educación y Comunicación (IEC) de la SSSA y de los municipios el cumplimiento de los esquemas adecuados, inducción a la demanda, promoción de las jornadas, divulgación de deberes y derechos en vacunación, gratuidad del servicio y conservación del carne de vacunas, para apoyar la prevención de enfermedades inmunoprevenibles y el logro de coberturas útiles de vacunación.

Mantener el espacio para presentar y analizar las coberturas de vacunación mensualmente durante las reuniones del COVE tanto municipal como institucional analizando la problemática y planteando intervenciones oportunas, definir estrategias o correctivos.

Garantizar que cada niño cuente con el carné de vacunas retomando la norma de la presentación del carné como requisito para cualquier tipo de demanda de servicios, manteniendo actualizada la base de datos y/o registros de vacunación a nivel municipal.

## **INFORME DE POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO FORZADO. ANTIOQUIA 2008-A-2010.**

### **Introducción**

Los desplazados son personas o grupos de personas que han sido forzadas u obligadas a abandonar sus hogares o lugares de residencia habitual, para evitar los efectos de conflictos armados, situaciones de violencia generalizada, violaciones de derechos humanos o desastres naturales o causados por la acción humana, y que no han cruzado fronteras reconocidas internacionalmente.

Se ha podido establecer que más de la mitad de los desplazados internos del mundo son de origen africano, unos cinco millones en Asia, y otro tanto en algunos países del este europeo.

En América se cuentan unos dos millones, de los cuales Colombia se lleva la mayor parte. La situación de desplazamiento interno que afecta recientemente a este país se debe a la violencia generada por el conflicto entre el Estado, los grupos guerrilleros y los paramilitares, que comenzó hace algunas décadas.

Desde hace unos quince años aproximadamente, con el fin de la guerra de los carteles de la droga, cuando la guerrilla colombiana empezó a ser perseguida por los grupos paramilitares, la población rural, aprisionada entre un fuego cruzado, empezó a abandonar sus tierras y a emigrar masivamente a las grandes ciudades. Sobre todo, después de que fue declarado el estado de conmoción interior en el gobierno de César Gaviria, cuando se suspenden de forma indefinida los diálogos con la Coordinadora Guerrillera Simón Bolívar, dándole un tratamiento de “enemigos militares” a quienes no estuvieran en favor del Estado. Se comienza entonces con una escalada beligerante que agrava la situación de derechos humanos en el país, lo que prende las alarmas internacionales en cuanto a la eminente violación del derecho internacional humanitario.<sup>1</sup>

Se estima que hay entre 2,5 y 3 millones de Desplazados Internos en el país, siendo 2.169.874 los inscritos en el Registro Único de Población Desplazada (RUPD) hasta el 3 de septiembre de 2007, de los cuales 1.040.365 son mujeres. En el Departamento de Antioquia de acuerdo al Sistema de Información de Población Desplazada – SIPOD –a diciembre 31 de 2010, se encuentran registradas 629.773 personas en situación de desplazamiento.

Este total corresponde a personas que después de ser valoradas por Acción Social fueron efectivamente ‘incluidas’ en esta base de datos oficial. Si consideramos que

---

<sup>1</sup> Población desplazada en Colombia, [www.acnur.org/index.php?id\\_pag=169](http://www.acnur.org/index.php?id_pag=169).

en Antioquia habitan según indicadores del Departamento Administrativo de Planeación, un total de 6'065.846 habitantes, el 10.38% de esta población corresponde a personas en situación de desplazamiento, este porcentaje ha convertido al Departamento en la región con mayor nivel de expulsión y recepción de población desplazada en el país.<sup>2</sup>

Otro tema preocupante es que muchas familias se han convertido en monoparentales al haber perdido a la mujer o, en la mayor parte de los casos, al hombre. Este cambio produce una fractura en la unidad familiar y genera efectos negativos tanto sobre la parte superviviente de la pareja como sobre los hijos y otros familiares que residan con ellos.

Las relaciones intrafamiliares cambian, y se hacen en muchas ocasiones más violentas, generando situaciones de maltrato hacia los menores, que buscan un referente en sus pares o en otro familiar. La forma que estos chicos y chicas se relacionan con los demás, se torna también violenta, además de generarles estrés, debido a un agotamiento físico y mental, y puede conllevar un retraso en el aprendizaje o el abandono definitivo de los estudios. Esta situación es una de las razones que incitan a los menores en situación de desplazamiento a abandonar a sus familiares para ingresar en las filas de alguna de las organizaciones ilegales que operan en el país, donde obtienen reconocimiento, sensación de ser aceptados y valorados, e inspiran respeto y miedo. Por ello son tan importantes los programas de apoyo familiar del Estado y de organizaciones locales e internacionales.<sup>3</sup>

Con relación a lo expuesto en 2004, la Corte Constitucional de Colombia dictaminó que en materia de asistencia a desplazados y del cumplimiento de la Ley 387, se había llegado a un “estado de las cosas inconstitucionales”. En vista de ello, ordena al Consejo Nacional, órgano encargado de todos los asuntos referentes a los desplazados, y al propio Gobierno colombiano, que estudie el problema y adopte las medidas necesarias para garantizar una respuesta adecuada por parte del Estado, designando la ayuda humanitaria como área prioritaria.

Esta sentencia afirma que el Estado no había destinado recursos económicos, logísticos y humanos suficientes para desarrollar la ley rectora de los desplazamientos. Del mismo modo, puso en evidencia la inoperancia de los funcionarios en este aspecto (alcaldes y gobernadores), tanto por la falta de recursos antes mencionada como por la falta de sensibilidad hacia el problema del

---

<sup>2</sup> Caracterización de la población en situación de desplazamiento en Antioquia 2010.

1. <sup>3</sup> Alteraciones en las estructuras familiares, [www.oim.org.co/Sobremigración/.../Datosycifras/.../Default.aspx](http://www.oim.org.co/Sobremigración/.../Datosycifras/.../Default.aspx)

desplazamiento forzado, en conjunción con la carencia o ausencia de los canales internos de control y supervisión a esos mismos funcionarios.

En cumplimiento a desarrollar los programas orientados a promover y garantizar el acceso de las mujeres en situación de desplazamiento y su grupo familiar, a los programas estructurados por el Ministerio de la Protección Social, en cumplimiento de las órdenes impartidas por la Corte Constitucional y en particular, a las contenidas en los Autos 092, 237 y 251 de 2008, emitidos en el marco de la Sentencia T-025 de 2004. La Secretaría Seccional de Salud y Protección Social ha venido realizando trabajo para dicha población con el fin de permitir el goce efectivo de los derechos de esta población.

Para identificar esta población, se han tenido que fortalecer los diferentes sistemas de información, e iniciar y continuar con la caracterización de la población en situación de desplazamiento forzado con el enfoque diferencial y sub- diferencial.

Nuestras diferentes fuentes de información son quienes nos permiten evidenciar lo que hacemos, pero dependemos de la buena calidad del registro de las personas que realizan el registro primario, por tal motivo se ha venido trabajando con los diferentes actores (médicos, personal de enfermería, psicólogos, trabajadores sociales, gerentes en sistemas de información, comisarios de familia, entre otros) con el objetivo de tener una información veraz y oportuna como herramienta para el trabajo de la población en situación de desplazamiento.

Como primera fuente tenemos los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), los cuales nos permiten ver las atenciones en consulta médica, hospitalización y demás, que se le ha brindado a la Población en Situación de Desplazamiento Forzado, además los procedimientos que se les ha realizado y los medicamentos brindados.

Tenemos además el Sivigila (Sistema de Información de Vigilancia epidemiológica de los eventos en salud pública)) donde podemos mostrar qué eventos fueron presentados en dicha población y qué acciones se hicieron para dichos eventos.

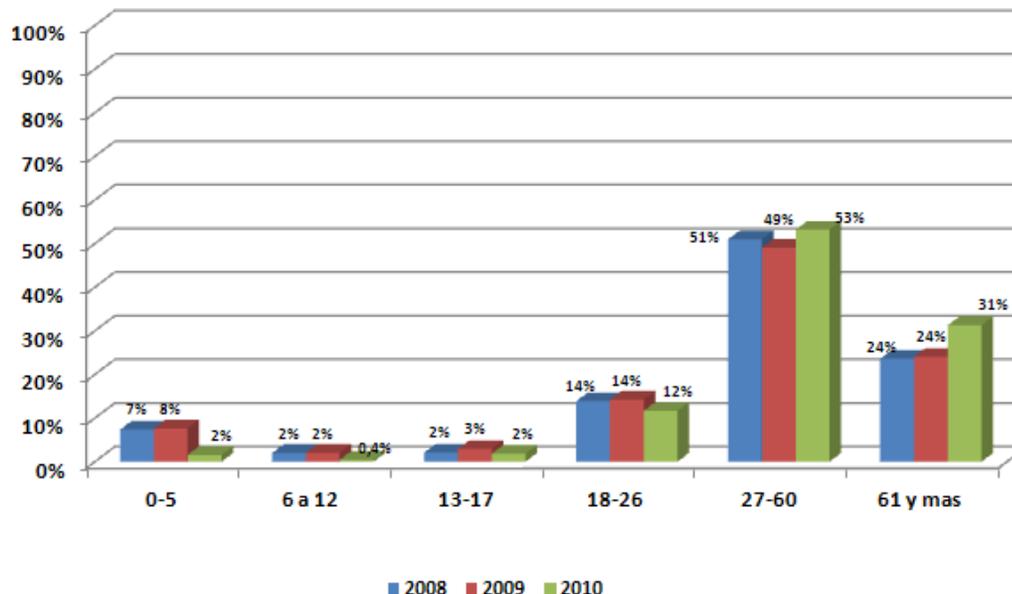
Otra fuente de información es el PAISOFT, que nos permite identificar qué población en situación de desplazamiento forzado cuenta con los esquemas de vacunación por edad. También contamos con el cruce de las diferentes dependencias de la Gobernación de Antioquia como trabajo articulado con el Dapard, en el fortalecimiento de los sistemas de información y apoyando el Auto 011del 2009 en las falencias del registro y caracterización de la Población en situación de Desplazamiento. (RUPD).

También trabajamos con la base de datos del programa Familia con Trato Digno de Salud Mental, para evidenciar las acciones colectivas a la población víctima del desplazamiento forzado.

## Población desplazada identificada por Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) de segundo y tercer nivel de atención. 2008 – 2009 - 2010.

En los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud se observa un total de 561.042 atenciones, en los años 2008-2009-2010, mostrando un incremento de atenciones en cada año. De 124.265 atenciones en el año 2008 a 153.637 para el año 2009 y 283.140 para el año 2010.

El mayor número de atenciones se dieron en los adultos con un 52% del total de atenciones, le siguen los adultos mayores con un 28% y los jóvenes con un 13%. Figura 35.

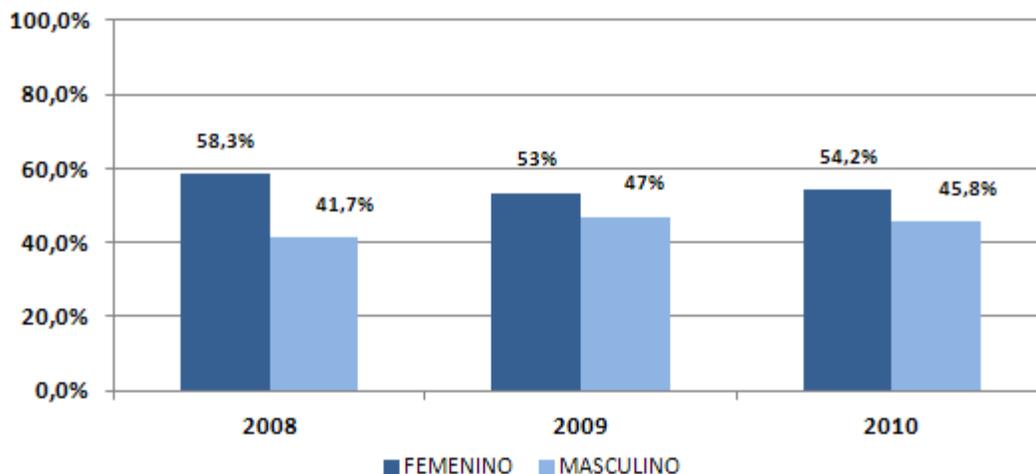


**Figura 35.** Distribución Porcentual por grupo de edad de la Población Desplazada identificada por RIPS. Antioquia 2008, 2009, 2010.

**Fuente:** Registros individuales de prestación de servicios RIPS.

De las 561.042 atenciones participaron los 125 Municipios, con un total de 25.735 personas atendidas en situación de desplazamiento; en promedio, cada persona fue atendida 5 veces en estos últimos 3 años, si lo relacionamos con las principales patologías, se puede observar continuidad en las intervenciones.

Para los años 2008, 2009 y 2010 se registraron mayor número de atenciones en el sexo femenino con un 58%, 53% y 54.2% respectivamente; en el año 2009 se presentó un mayor número de atenciones en el sexo masculino con respecto a los otros años. Si miramos un acumulado a tres años, el 54,8% de las atenciones fueron en el sexo femenino y el 45,2% en el sexo masculino. Figura 36

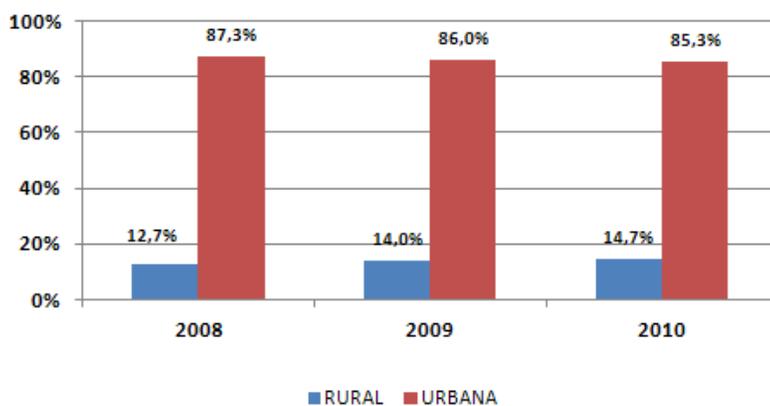


**Figura 36.** Distribución Porcentual por sexo de la Población Desplazada atendida en segundo y tercer nivel, identificada por RIPS. Antioquia 2008, 2009, 2010.

**Fuente:** Registro Individuales de Prestación de Servicios RIPS.

Los niños en su primera infancia tuvieron mayor número de atenciones que las niñas para los tres años, pero no sucedió lo mismo para las mujeres adultas con respecto a los hombres adultos, siendo mayor el número de atenciones para éstas, sin embargo en los adultos mayores los hombres fueron los que tuvieron mayor número de atenciones.

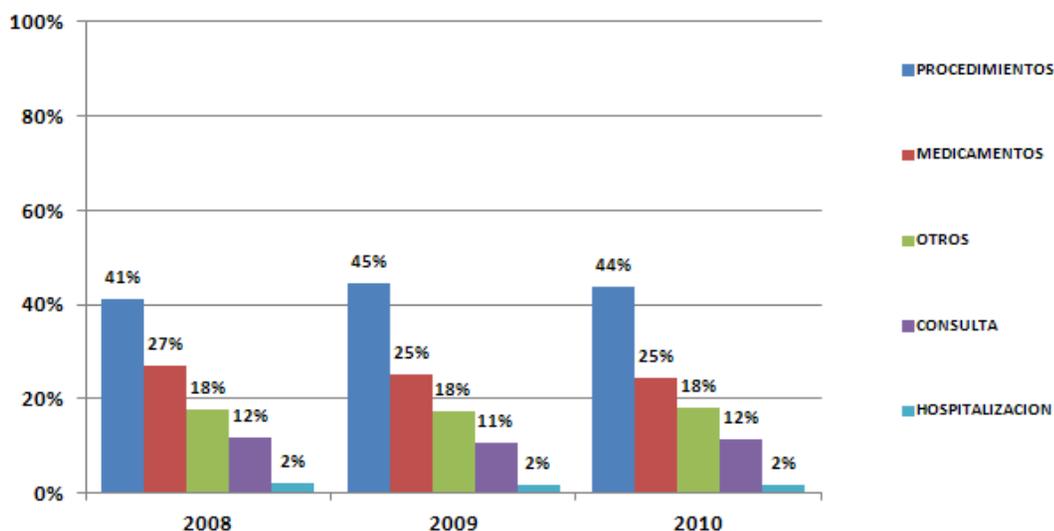
En la figura 3 Podemos observar que en estos tres años se presentaron mayor número de atenciones en Salud de la población víctima del desplazamiento forzado, ubicada en la zona urbana con un acumulado para los tres años de un 86% y acumulado para la zona Rural de un 14%. Figura 37.



**Figura 37.** Distribución Porcentual por zona de residencia de la Población Desplazada atendida en segundo y tercer nivel, identificada por RIPS. Antioquia 2008, 2009, 2010.

**Fuente:** Registro individuales de prestación de servicios RIPS.

La figura 4 nos muestra los tipos de atención que recibieron las personas víctimas del desplazamiento forzado; para los 3 años analizados 2008, 2009 y 2010, el mayor número de atenciones se dieron por la realización de procedimientos con un acumulado total del 43%, seguidamente por el suministro de medicamentos con un 25%; luego, por otro tipo de acciones con 18%. Las atenciones que se realizaron por consulta tuvieron un peso porcentual del 11% y por el servicio de hospitalización un 2%; los servicios que presentaron menos atenciones fueron el servicio de urgencias y de pediatría con un acumulado menor al 1%.



**Figura 38.** Distribución Porcentual según tipo de atención de la Población Desplazada atendida en segundo y tercer nivel, identificada por RIPS. Antioquia 2008, 2009, 2010.

**Fuente:** Registro individuales de prestación de servicios RIPS.

Los Diagnósticos más usuales en la Población en Situación de Desplazamiento forzado, de las 63.672 atenciones realizadas por consulta médica durante los años 2008, 2009, 2010, el 27% (16612) se presentaron en los primeros 20 Diagnósticos más frecuentes.

Los Diagnósticos que presentaron mayor frecuencia de los 16.612 atenciones en la población víctima del desplazamiento son: Displasia Cervical Leve con un peso porcentual del 12% con respecto a las 20 primeras causas y con un peso porcentual del 3.2% del total de diagnóstico presentados.

En segundo lugar están los Trastornos Bipolares actualmente en revisión con un 9.8% con respecto a las 20 primeras causas y con un peso porcentual del 2.7% del total de diagnóstico presentados. El tercer lugar lo ocupa los otros dolores abdominales y los no especificados con un 9.3% con respecto a las 20 primeras causas y con un peso porcentual del 2.7% del total de diagnóstico presentados.

Con respecto al peso porcentual de las 20 primeras causas y al peso porcentual con respecto al total de diagnóstico presentados, le siguen en su orden la hemorragia vaginal y uterina anormal y la no especificada con un 8.8% y un 2.4 %, dolor pélvico y perineal con un 6% y 1.6%. La hiperplasia de la próstata y masa no especificada

en la mama con un 5.6% y un 1.5%, respectivamente, las Infecciones de vías urinarias sitio no especificado con un peso porcentual de 5.2% y 1.4%.

Se observa que entre los 50 primeros diagnósticos en estos tres años, de 24.422 diagnósticos, el 12 % pertenecen a enfermedades de Trastornos Mentales y del Comportamiento (Trastorno Afectivo Bipolar, Esquizofrenia Paranoide, Episodio Maniático presente con síntomas psicóticos, Episodio Depresivo Moderado.) El Departamento de Antioquia cuenta con psicólogos en los Municipios donde hay Población Desplazada y un grupo especial de Psicólogos para reforzar acciones a dicha población. Tabla 11.

**Tabla 11.** Principales Diagnósticos presentados en las atenciones brindadas a la Población en Situación de Desplazamiento forzado por el servicio de Consulta Externa, Antioquia 2008,2009, 2010.

PRINCIPALES DIAGNOSTICOS POR CONSULTA EXTERNA	2008	2009	2010	TOTAL
DISPLASIA CERVICAL LEVE	756	679	564	1999
OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	417	387	742	1546
TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR ACTUALMENTE EN REMISION	304	509	819	1632
HEMORRAGIA VAGINAL Y UTERINA ANORMAL NO ESPECIFICADA	282	276	908	1466
INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO	219	251	398	868
HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	213	185	528	926
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	210	113	366	689
DOLOR PELVICO Y PERINEAL	199	221	585	1005
PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSIS	185	85	101	371
MASA NO ESPECIFICADA EN LA MAMA	146	258	518	922
HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL NO ESPECIFICADA	125	38	252	415
EXAMEN MEDICO GENERAL	124	308	343	775
PTERIGION	124	140	336	600
HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA SIN OBSTRUCCION	112	108	300	520
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA NO ESPECIFICADA	109	161	318	588
CAUSAS DE MORBILIDAD DESCONOCIDAS Y NO ESPECIFICADAS	106	127	81	314
INCONTINENCIA URINARIA POR TENSION	88	43	177	308
TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EPISODIO MANIACO PRESENTE CON S	85	106	214	405
CEFALEA	83	53	148	284
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	80	69	77	226
DISPLASIA CERVICAL MODERADA	79	41	55	175
LEIOMIOMA DEL UTERO SIN OTRA ESPECIFICACION	79	84	277	440
DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR	78	70	132	280
ASMA NO ESPECIFICADA	76	52	61	189
NEUMONIA NO ESPECIFICADA	76	55	116	247
BRONCONEUMONIA NO ESPECIFICADA	73	30	59	162
HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO	72	45	237	354
CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS	71	69	181	321
OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO	69			69
VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES SIN ULCERA NI INFL	66	64	222	352
SEPTICEMIA NO ESPECIFICADA	65	78	135	278
<b>SUBTOTAL</b>	<b>4771</b>	<b>4705</b>	<b>9250</b>	<b>18726</b>
OTROS	9889	11561	23496	44946
<b>TOTAL</b>	<b>14660</b>	<b>16266</b>	<b>32746</b>	<b>63672</b>

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios RIPS 2008 a 2010.

En los anexos podemos observar los principales procedimientos realizados, los principales medicamentos suministrados, los principales diagnósticos por consultas de urgencias y las principales causas de hospitalización de la población víctima de desplazamiento forzado en los años 2008, 2009 y 2010.

El 42% de las personas desplazadas atendidas en salud en los años 2008, 2009 y 2010 pertenecían al nivel 1 del SISBEN. Tabla 12.

**Tabla 12.** Niveles de SISBEN de la Población atendida en salud. Antioquia 2008 a 2010.

NIVEL SISBEN	2008		2009		2010		TOTAL	
	N <sup>a</sup>	%	N <sup>a</sup>	%	N <sup>a</sup>	%	N <sup>a</sup>	%
0	40.205	32%	52.364	34%	117.584	42%	210.153	38%
1	60.718	49%	71.321	46%	103.578	37%	235.617	42%
2	22.047	18%	28.005	18%	46.508	17%	96.560	17%
3	1.295	1%	1.947	1%	12.193	4%	15.435	3%
<b>TOTAL</b>	<b>124.265</b>	<b>10%</b>	<b>153.637</b>	<b>100%</b>	<b>279.863</b>	<b>100%</b>	<b>557.765</b>	<b>100%</b>

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios RIPS 2008 a 2010.

### **Población desplazada identificada por el sistema de vigilancia epidemiológica de los eventos en salud pública. 2008 - 2010.**

La Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, tiene como directrices aquellos eventos considerados como importantes o trascendentales para la salud colectiva por parte del Ministerio de la Protección Social, teniendo en cuenta criterios de frecuencia, gravedad, comportamiento epidemiológico, posibilidades de prevención, costo–efectividad de las intervenciones, e interés público; que además requieren ser enfrentados con medidas de salud pública.

Dentro de la Vigilancia y control en salud pública se basa en la función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, consistente en el proceso sistemático y constante de inspección, vigilancia y control del cumplimiento de normas y procesos para asegurar una adecuada situación sanitaria y de seguridad de todas las actividades que tienen relación con la salud humana. Tabla 13

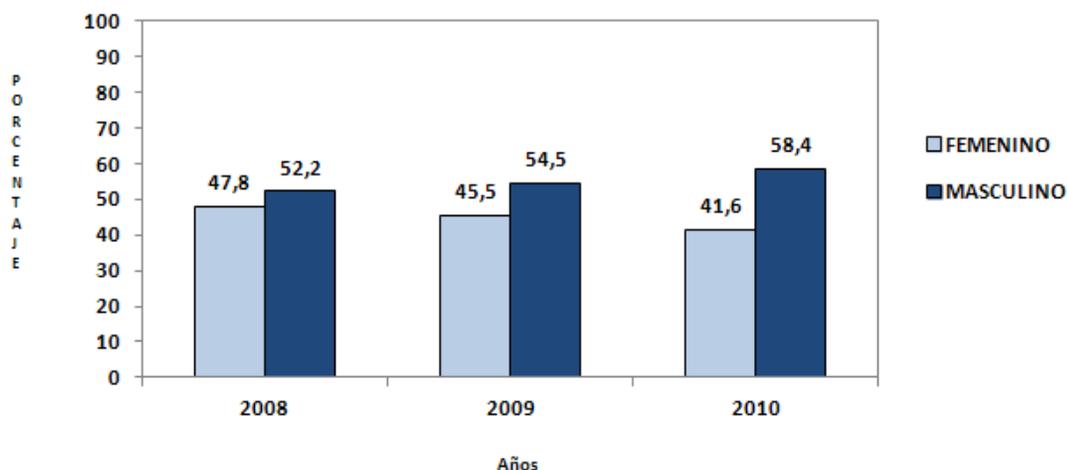
**Tabla 13.** Población Desplazada notificada por Sivigila. Antioquia 2008, 2009, 2010.

AÑOS	TOTAL CASOS NOTIFICADOS DE EVENTOS EN SALUD PÚBLICA	CASOS NOTIFICADOS EN POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO	% DE CASOS DE POBLACIÓN DESPLAZADA
2008	66,619	184	3%
2009	83,167	387	5%
2010	121,548	423	3%
<b>TOTAL</b>	<b>271,334</b>	<b>994</b>	<b>4%</b>

Fuente: Sistema de Información para la Vigilancia Epidemiológica de los Eventos de interés en Salud Pública SIVIGILA, 2008, 2009, 2010.

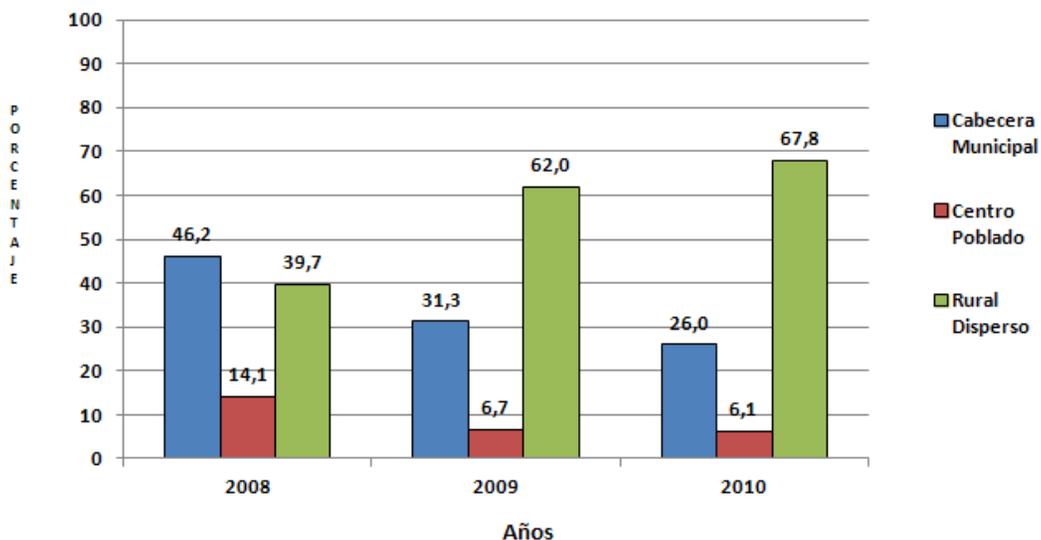
Podemos decir que de cada mil casos notificados en eventos de Salud Pública en el año 2008 en población en situación de desplazamiento forzado, se presentaron 184 casos, en el año 2009 de cada mil casos notificados en eventos en salud pública, se presentaron 387 casos y para el año 2010 de cada mil casos notificados, se presentaron 423 casos.

Durante los años 2008, 2009 y 2010 se notificaron un total de 994 casos de eventos en Salud Pública en población en situación de desplazamiento forzado, de los cuales 3% corresponden al año 2008, el 5% al año 2009 y el 3% a los eventos notificados en el 2010. Tabla 13.



**Figura 39.** Distribución Porcentual por sexo de la Población Desplazada notificada por Sivigila. Antioquia 2008, 2009, 2010.  
**Fuente:** Sistema de Información para la Vigilancia Epidemiológica de los Eventos de interés en Salud Pública SIVIGILA, 2008, 2009, 2010. Actualizado a marzo del 2011.

Durante los tres años se presentaron en mayor porcentaje eventos en el sexo masculino con respecto a eventos notificados en el sexo femenino siendo el año 2010 de los 423 casos notificados 247 casos fueron en el sexo masculino. En los años 2009 y 2010 se presentó el mismo número de eventos notificados en el sexo femenino (176 casos) que corresponden para el año 2009 al 45,5% y en el 2010 al 41.6% del total de casos por año. Figura 39.



**Figura 40.** Distribución Porcentual por área de residencia de la Población Desplazada notificada por Sivigila. Antioquia 2008, 2009, 2010.

**Fuente:** Sistema de Información para la Vigilancia Epidemiológica de los Eventos de interés en Salud Pública SIVIGILA, 2008, 2009, 2010. Actualizado a marzo del 2011.

Para el año 2008, el mayor porcentaje de población desplazada notificada con eventos en salud pública estaban ubicados en la cabecera Municipal a diferencia del año 2009 y al año 2010, donde el mayor porcentaje de esta población está ubicada en el Área Rural Disperso con un 62.0% y 67.8% respectivamente.

Podemos decir que la notificación de eventos en salud pública ha venido aumentando en estos tres años en la Población Desplazada Rural Disperso y disminuyendo en la población de la Cabecera Municipal; de igual forma ha venido disminuyendo la población desplazada ubicada en el centro poblado. Figura 6.

Cuando hablamos de población en situación de desplazamiento forzado, automáticamente nos referimos a caracterizar esta población de acuerdo al grupo poblacional con enfoque diferencial. La caracterización es identificar esta población según grupo poblacional (población general, indígena, negro-afrocolombiano- mulato, raizal, gitano); según su condición especial como Discapacidad, Mujer cabeza de familia, Mujer gestante, Víctima de Mina Antipersonal, entre otros. Figura 40.

**Indígenas:** se entiende por indígena todas aquellas personas pertenecientes a etnias o tribus precolombinas que aun mantienen sus costumbres y usos de forma manifiesta.

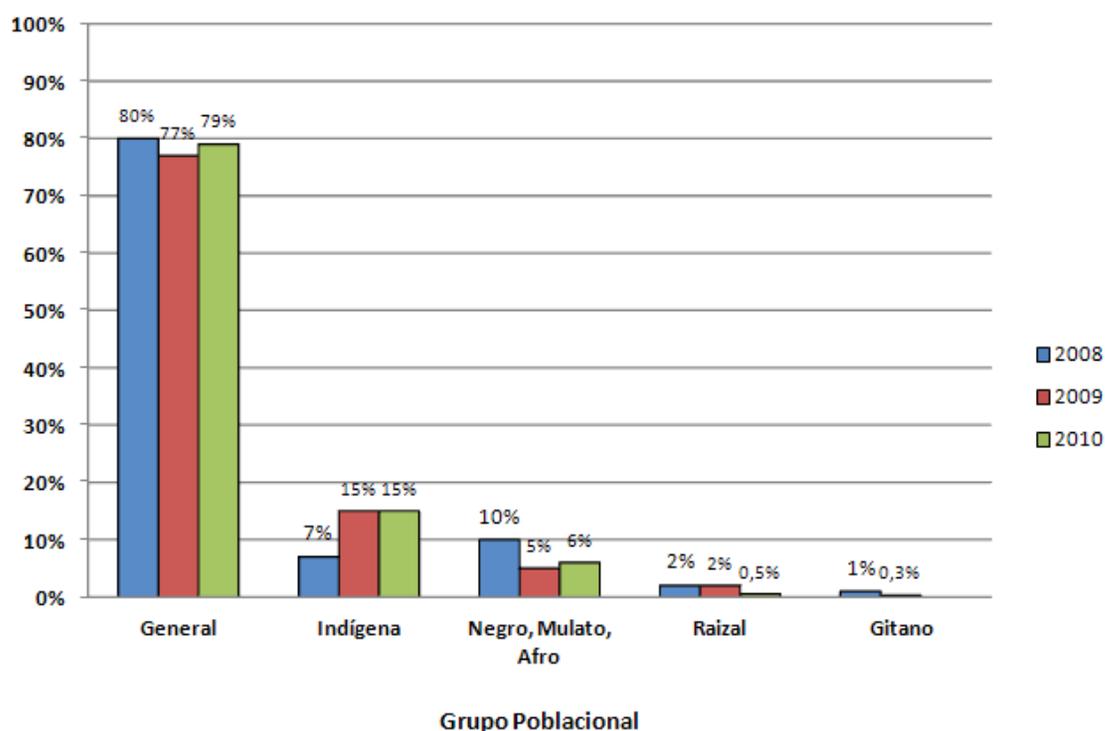
Afrocolombianos: son aquellas personas de raza africana, algunas de las cuales a un conservan usos y costumbres de su tierra natal, así como características relacionales y alimenticias.

Raizales: son las personas pertenecientes a las etnias originarias de San Andrés y Providencia.

Room (Gitanos): son aquellas personas pertenecientes al grupo gitano, caracterizado por ser nómada y conservar gran parte de sus costumbres y usos.

Población General: es la población que no está ubicada en ninguna de las categorías anteriores.

En la Figura 41, de acuerdo al grupo poblacional, de los 994 casos notificados en población en situación de desplazamiento forzado, el mayor porcentaje está en la población general con el 78.5% y el 13.5% en la población indígena, en menor proporción está la población afrocolombiana con 6,3%. Podemos observar que la incidencia de eventos en salud pública ha aumentado en la población indígena para los años 2009 y 2010. Teniendo en cuenta que hay que trabajar más en dicha variable ya que puede haber una mala interpretación de la etnia.



**Figura 41.** Distribución Porcentual por grupo poblacional de la Población Desplazada notificada por Sivigila. Antioquia 2008, 2009, 2010.

**Fuente:** Sistema de Información para la Vigilancia Epidemiológica de los Eventos de interés en Salud Pública SIVIGILA, 2008, 2009, 2010. Actualizado a marzo del 2011.

Es primordial fortalecer la captura de esta información para poder obtener el dato lo más específico posible, ya que una persona fuera de ser población desplazada puede ser discapacitada, cabeza de hogar o mujer gestante, entre otros.

**Tabla 14.** Distribución Porcentual por grupos de edad de la Población Desplazada notificada por Sivigila. Antioquia 2008, 2009, 2010.

GRUPOS DE EDAD	AÑOS						TOTAL GENERAL	%
	2008	%	2009	%	2010	%		
0-5	34	18%	54	14%	55	13%	143	14.4%
6-12	39	21%	71	18%	105	25%	215	21.6%
13-17	31	17%	59	15%	62	15%	152	15.3%
18-26	32	17%	85	22%	69	16%	186	18.7%
27-60	45	24%	109	28%	128	30%	282	28.4%
61+	3	2%	9	2%	4	1%	16	1.6%
<b>TOTAL</b>	<b>184</b>	<b>100%</b>	<b>387</b>	<b>100%</b>	<b>423</b>	<b>100%</b>	<b>994</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Sistema de Información para la Vigilancia Epidemiológica de los Eventos de interés en Salud Pública SIVIGILA, 2008, 2009, 2010. Actualizado a marzo del 2011.

Del total de eventos de notificación obligatoria en salud pública (994 casos), el grupo de población más afectado ha sido los adultos (27-60) con 282 casos, le sigue la población de infantes (6 -12) con 215 casos, luego los jóvenes (18-26) con 186 casos.

Similar comportamiento se han dado por año exceptuando en el año 2009 donde el grupo de jóvenes tuvo mayor número de casos que los demás años. Podemos observar que el número de casos en la primera Infancia ha disminuido y en los adultos a aumentado en estos años. Tabla 14.

Los principales eventos notificados en Salud Pública fueron Malaria por Vivax con un 38.5% del total de casos notificados en los tres años( 2008-2009-2010 ) teniendo en cuenta que en Antioquia el comportamiento de la Malaria por Plasmodium Vivax en los últimos 10 años tiene fluctuaciones que tiene un ascenso hasta el año 2007 en unos niveles que pueden considerarse endémicos. En segundo lugar se encuentran la Malaria por Falciparum con un 17.4%; hay que tener en cuenta que estos dos eventos representan el 55.9 % de los casos informados por Sivigila en estos tres años; que en los últimos 12 años ha tenido un ascenso en el número de casos y en el año 2002 inicia un descenso hasta el año 2008.

Para estos dos eventos anteriores debemos tener en cuenta que de las 4 especies de Plasmodium que afectan al hombre, solo el Plasmodium Vivax y Plasmodium Falciparum se han encontrado en el Departamento de Antioquia, siendo predominante el Plasmodium Vivax como muestran el comportamiento en estos últimos años. También es importante destacar que el sistema de captación de estos eventos obedece a un sistema de alerta en acción al que solo ingresan los casos que son notificados, lo cual deja por fuera muchos casos captados en los puestos de lectura, los cuales en su gran mayoría están ubicados en zonas de difícil acceso. Tabla 15.

El Departamento desde la Secretaría Seccional de salud articula con los diferentes Municipios acciones mediante la Red de Microscopia de Malaria conformada por 171

puestos de lectura ubicados en los Municipios de zona endémica de Malaria. Además, el Departamento apoya con un grupo de trabajo a los municipios donde hay población en situación de desplazamiento para realizar la búsqueda activa de estos eventos y proseguir con su diagnóstico y tratamiento.

Las enfermedades que le siguen son: varicela individual con un 11.0% y la Leishmaniasis Cutánea con un 4.4% del total de casos en estos últimos tres años.

Las acciones de estas principales causas de notificación han sido el diagnóstico y el 100% del tratamiento. Adicionalmente se han realizado estudios del foco en las localidades y la intervención del foco de infección, lo que incluye además estudio entomológico para la Leishmaniasis, entrega de toldillos y fumigación si es requerido. Tabla 15.

También encontramos la Violencia Física como una de las cinco primeras causas de notificación en Población en Situación de desplazamiento forzado, aumentando en estos últimos 3 años de 3, 14 y 24 casos respectivamente.

Del total de casos en estos últimos tres, se notificaron eventos que tienen que ver con la Salud Mental en esta población; entre estos están: el Intento de Suicidio con 11 casos, el Abuso Sexual con 10 casos, la Violencia Psicológica con 10 casos, la violencia sexual con 5 casos, el suicidio con 3 casos. La negligencia con 2 casos y el Abandono con 1 caso. Tabla 15.

Es importante resaltar el aumento de la notificación de estos eventos ya que se ha estado reforzando la importancia de éstos en las diferentes Unidades Primarias Generadoras del Dato (UPGD), en especial con las Comisarías de Familia.

**Tabla 15.** Distribución Porcentual de la Población Desplazada por evento, notificados por Sivigila. Antioquia 2008, 2009, 2010.

NOMBRE DEL EVENTO	2008	2009	2010	TOTAL	%
MALARIA VIVAX	56	177	150	383	38,5
MALARIA FALCIPARUM	6	63	104	173	17,4
VARICELA INDIVIDUAL	38	34	37	109	11,0
LEISHMANIASIS CUTANEA	17	12	15	44	4,4
VIOLENCIA FISICA	3	14	24	41	4,1
EXPOSICION RABICA	12	8	8	28	2,8
MALNUTRICION	2	1	21	24	2,4
DENGUE	5	2	14	21	2,1
TUBERCULOSIS PULMONAR	5	9	7	21	2,1
ACCIDENTE OFIDICO	5	5	4	14	1,4
HEPATITIS A	6	4	3	13	1,3
INTENTO DE SUICIDIO	2	6	3	11	1,1
ABUSO SEXUAL	3	4	3	10	1,0
SIFILIS GESTACIONAL	3	3	4	10	1,0
VIOLENCIA PSICOLOGICA		3	7	10	1,0
INTOXICACION POR PLAGUICIDAS	1	4	3	8	0,8
MORTALIDAD PERINATAL	3	4	1	8	0,8
MALARIA ASOCIADA (FORMAS MIXTAS)		6	1	7	0,7
PAROTIDITIS	1	3	3	7	0,7
ENFERMEDAD SIMILAR A LA INFLUENZA (VIGILANCIA CENTINELA) ESI		5		5	0,5
HEPATITIS B	3	1	1	5	0,5
VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	3	2		5	0,5
VIOLENCIA SEXUAL		3	2	5	0,5
TUBERCULOSIS EXTRA PULMONAR	1	2	1	4	0,4
ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS O AGUA (ETA)			3	3	0,3
INTOXICACION POR SUSTANCIAS OTRAS QUIMICAS	2	1		3	0,3
LESIONES POR POLVORA	3			3	0,3
MALARIA COMPLICADA		3		3	0,3
SUICIDIO	2		1	3	0,3
ACCIDENTE POR MINA ANTIPERSONAL		1	1	2	0,2
NEGLIGENCIA		1	1	2	0,2
SIFILIS CONGENITA		2		2	0,2
ABANDONO		1		1	0,1
DENGUE GRAVE		1		1	0,1
HIPOTIROIDISMO CONGENITO	1			1	0,1
INTOXICACION POR FARMACOS		1		1	0,1
MENINGITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE			1	1	0,1
MORTALIDAD MATERNA	1			1	0,1
TOS FERINA		1		1	0,1
<b>TOTAL</b>	<b>184</b>	<b>387</b>	<b>423</b>	<b>994</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Sistema de Información para la Vigilancia Epidemiológica de los Eventos de interés en Salud Pública SIVIGILA, 2008, 2009, 2010. Actualizado a marzo del 2011.

De los 994 casos en los últimos 3 años, se confirmaron 672 eventos por laboratorio (67.6% del total de casos), 288 casos por clínica, se tenían hasta Febrero del 2011 16 casos probables, 13 casos confirmados por nexos Epidemiológicos y cinco casos sospechosos. Tabla 16.

**Tabla 16.** Población Desplazada Notificada por Sivigila según tipo de caso. Antioquia 2008, 2009, 2010.

TIPO DE CASO	2008	2009	2010	TOTAL	%
Confirmado por Laboratorio	100	282	290	672	67,6
Confirmado por Clínica	77	90	121	288	29,0
Probable	3	4	9	16	1,6
Confirmador por Nexos Epidemiológicos	4	7	2	13	1,3
Sospechoso		4	1	5	0,5
<b>TOTAL</b>	<b>84</b>	<b>387</b>	<b>423</b>	<b>994</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Sistema de Información para la Vigilancia Epidemiológica de los Eventos de interés en Salud Pública SIVIGILA, 2008, 2009, 2010

De los 994 casos notificados en estos últimos años, las subregiones que han presentado mayor participación en eventos de notificación Obligatoria en Salud Pública están Urabá Antioqueño con 6 municipios, obteniendo una participación en mayor número de casos, equivalente a un 39.1% del total; 5 municipios de Bajo Cauca con un 11.2% del total de casos. Valle de Aburrá tiene una participación con Medellín de un 15,75 del total de casos y Bello con 1,7% de total de casos. Tabla 17.

**Tabla 17.** Población Desplazada Notificada por SIVIGILA según Municipio de residencia Antioquia 2008, 2009, 2010

MUNICIPIO RESIDENCIA	NÚMERO CASOS	%
TURBO	199	20,0
MEDELLIN	156	15,7
NECOCLI	117	11,8
APARTADO	48	4,8
TARAZA	46	4,6
GRANADA	40	4,0
CACERES	33	3,3
ABEJORRAL	26	2,6
URRAO	25	2,5
ITUANGO	24	2,4
BELLO	17	1,7
SAN LUIS	17	1,7
ARGELIA	16	1,6
VIGIA DEL FUERTE	16	1,6
SAN CARLOS	13	1,3
ZARAGOZA	13	1,3
EL BAGRE	10	1,0
MUTATA	9	0,9
NECHI	8	0,8
RIONEGRO	8	0,8
AMALFI	7	0,7
SAN FRANCISCO	7	0,7
ARBOLETES	6	0,6
CAREPA	6	0,6
CHIGORODO	6	0,6
PUERTO NARE (LA MAGDALEN)	6	0,6
ANTIOQUIA	5	0,5
ARMENIA	5	0,5
SAN PEDRO DE URABA	5	0,5
VALDIVIA	5	0,5
<b>TOTAL</b>	<b>899</b>	<b>90,4</b>
Otros Municipios	95	9,6
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>994</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Sistema de Información para la Vigilancia Epidemiológica de los Eventos de interés en Salud Pública SIVIGILA, 2008, 2009, 2010

De los 994 eventos notificados por SIVIGILA en estos últimos tres años, el 1,3% del total (13 casos) terminaron en Muerte. El año que presentó mayor número de

muerres fue en el 2008 con 7 casos, le sigue el año 2009 con 4 casos y el año 2010 con 2 casos. Tabla 18.

**Tabla 18.** Población Desplazada Notificada por SIVIGILA según Estado Final del Paciente. Antioquia 2008, 2009, 2010.

ESTADO FINAL DEL PACIENTE	2008	2009	2010	TOTAL
VIVO	177	383	420	980
MUERTO	7	4	2	13
<b>TOTAL</b>	<b>184</b>	<b>387</b>	<b>423</b>	<b>994</b>

**Fuente:** Sistema de Información para la Vigilancia Epidemiológica de los Eventos de interés en Salud Pública SIVIGILA, 2008, 2009, 2010.

De los 13 eventos con estado final de muerte, 8 fueron en el sexo masculino y 5 en el sexo femenino, el grupo de edad más afectado fue el de la primera infancia (0 - 5 años) con 6 casos del total.

**Tabla 19.** Población Desplazada Notificada por SIVIGILA que presentó defunción Antioquia 2008, 2009, 2010.

GRUPO DE EDAD	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
0 - 5	2	40	4	50	6	46,2
6 - 12		0	2	25	2	15,4
13 - 17		0	1	12,5	1	7,7
18 - 26	2	40		0	2	15,4
27 - 60	1	20	1	12,5	2	15,4
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Sistema de Información para la Vigilancia Epidemiológica de los Eventos de interés en Salud Pública SIVIGILA, 2008, 2009, 2010.

De los 6 casos reportados en la primera Infancia, 5 de estos fueron en población ubicada en la cabecera Municipal y un caso ubicado en el área rural disperso. Tabla 9.

Si miramos las causas de defunción de los 13 eventos, 8 fueron por Muerte Perinatal que equivalen al 62% del total, 3 fueron por suicidio. La Mortalidad Materna e Intoxicaciones por sustancias químicas un caso respectivamente.

Los suicidios se presentaron en varios grupos de edad, uno evento en adolescentes, uno en jóvenes y otro en un adulto.

## **Mujeres víctimas del desplazamiento forzado. Auto 092/ 2008.**

El auto 092 de 2008 de la Corte Constitucional exige al Estado Colombiano la adopción de medidas de protección de los derechos fundamentales de las mujeres víctimas del desplazamiento forzado por causa del conflicto armado.

Los principales riesgos a los que se ven sometidas estas mujeres se derivan del impacto de género desproporcionado del conflicto armado y del fenómeno del desplazamiento, siendo víctimas potenciales de la violencia y el abuso sexual, de la explotación para ejercer labores domésticas, de los roles considerados como exclusivos de la mujer y el riesgo del reclutamiento forzado de sus hijos e hijas.

La Secretaría Seccional de Salud y Protección Social mediante resolución 5424 y 5425 de 2009, cuenta con unos recursos del Fosyga para la elaboración de unos proyectos regionales para focalizar acciones para la promoción del trato digno, la prevención del maltrato infantil y abuso sexual en la primera infancia.

Para la implementación de este Auto se desarrolló la estrategia (IEC) Información, Educación y Comunicación, buscando promover el Trato Digno, Prevenir la Violencia Intrafamiliar y el Abuso Sexual ejercidos contra las Mujeres, Niños, Niñas, Personas con discapacidad y Adultos Mayores en situación de desplazamiento forzado a causa del conflicto armado.

A través de los diferentes proyectos, se da cumplimiento a las políticas públicas en salud en el Departamento de Antioquia, gestionando recursos humanos y técnicos, además de asesoría y asistencia técnica a los actores municipales, buscando que las acciones sean implementadas y así contribuir a mejorar la calidad de vida de quienes han estado sometidos al desplazamiento forzado por la violencia del Departamento de Antioquia.

A continuación, se mostrará las mujeres desplazadas en el Departamento de Antioquia, y la caracterización de éstas, teniendo en cuenta los diferentes cruces realizados de base de datos, la información del Subsistema de Información para la Vigilancia Epidemiológica de los Eventos de interés en Salud Pública SIVIGILA; los registros individuales de Prestación de servicios RIPS.

El Ministerio de Protección Social tiene como prioridad la atención de las Mujeres víctimas por el desplazamiento forzado y su grupo familiar, observamos en la base de datos enviada al Departamento de Antioquia que se cuenta con 100 mujeres focalizadas en nuestro Departamento, de las cuales según dicha base de datos, 90 mujeres se encuentran en el Municipio de Medellín, 8 en el Municipio de Bello; y en el Municipio de Guarne e Itagüí con una mujer desplazada cada uno. Tabla 20.

**Tabla 20.** Mujeres desplazadas en Antioquia según base de datos del Ministerio de Protección Social. Antioquia 2010.

MUNICIPIOS DE ANTIOQUIA	TOTAL
BELLO	8
GUARNE	1
ITAGUÍ	1
MEDELLÍN	90
<b>TOTAL ANTIOQUIA</b>	<b>100</b>
OTROS DEPARTAMENTOS	500
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>600</b>

Fuente: Base de datos Ministerio de Protección Social.

La Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, con referencia a esta base de datos focaliza las mujeres en situación de desplazamiento forzado, y para ello se debe tener en cuenta que esta población es muy flotante. La base de datos inicial la cruzamos con la base de datos de Secretaría Seccional de Salud y Protección Social. A continuación mostraremos el resultado de este cruce de información.

Del cruce obtuvimos que se han focalizado 30 Mujeres desplazadas en situación de desplazamiento forzado, de las cuales, 26 están ubicadas en el Municipio de Medellín, 3 en el Municipio de Bello y 1 en el Municipio de Itagüí. Tabla 21.

**Tabla 21.** Mujeres desplazadas identificadas en Antioquia según cruce de base de datos Ministerio de Protección Social.

MUNICIPIO	NÚMERO	%
BELLO	3	10
ITAGUÍ	1	3
MEDELLÍN	26	87
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos Ministerio de Protección Social y base de datos DSSA.

De las 30 Mujeres en situación de desplazamiento forzado que se focalizaron, el 36.7% son solteras, el 23.3% están en unión libre. El 13.3% de las mujeres son casadas y también el 13.3% se identificaron como viudas, el 6.7% son separadas / divorciadas y el 6.7% no respondieron. Tabla 22.

**Tabla 22.** Mujeres Desplazadas identificadas en Antioquia según estado civil. Antioquia 2010.

ESTADO CIVIL	NÚMERO	%
SOLTERO (a)	11	36.7%
UNIÓN LIBRE	7	23.3%
CASADO (a)	4	13.3%
VIUDO (a)	4	13.3%
SEPARADO (a) DIVORDIADO (a)	2	6.7%
NO RESPONDE	2	6.7%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Base de datos Ministerio de Protección Social y base de datos DSSA.

El 46.7% de las mujeres no cuenta con nivel escolar, el 40. % no responde, el 10 % estudio primaria y el 3.3% secundaria. Tabla 23.

**Tabla 23.** Mujeres desplazadas identificadas en Antioquia según nivel escolar. Antioquia 2010.

NIVEL ESCOLAR	NÚMERO	%
NINGUNO	14	46.7%
NO RESPONDE	12	40.0%
PRIMARIA	3	10.0%
SECUNDARIA	1	3.3%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de datos Ministerio de Protección Social y base de datos DSSA.

Solo 20 de las mujeres se registran con solicitud de asignación de recursos de subsidio del 100%, el 85% tienen asignación de recursos, una tiene subsidio vencido, otra con rechazo al subsidio y otra pendiente de subsidio. Tabla 24.

**Tabla 24.** Mujeres desplazadas identificadas en Antioquia según asignación de recursos. Antioquia 2010.

CONVOCATORIA DE ASIGNACIÓN DE RECURSOS	NÚMERO	%
APARTAMENTO CON SUBSIDIO VENCIDO	1	5.0%
ASIGNADOS	17	85.0%
PRE-VERIFICADO (SIN RECURSO O SOLUCIONES DISPONIBLES)	1	5.0%
RECHAZADO Y/O CRUZADO	1	5.0%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de datos Ministerio de Protección Social y base de datos DSSA.

Solo dos mujeres tienen registros de etnia, las cuales están identificadas como afro colombianas, también podemos observar que el 90% de las mujeres son jefe de hogar, lo que nos da pie para impulsar todas las acciones a esta población.

**Mujeres víctimas del desplazamiento forzado. Auto 092/ 2008. Cruce base de datos 600 mujeres priorizadas en el país con registros individuales de atención en salud. (RIPS) de segundo y tercer nivel de atención. 2008 a 2010.**

De las mujeres priorizadas por la Corte Constitucional en el Departamento de Antioquia se realizaron 372 atenciones de segundo y tercer nivel de atención en los años 2008 a 2010.

Estas atenciones se realizaron en 28 mujeres priorizadas, en promedio cada mujer recibió 8 atenciones para este período.

Del total de atenciones en los tres años, el 83.1% de las mujeres eran del Municipio de Medellín, el 7.7% del Municipio de Itagüí, el 5.1% fueron en Mujeres que residen en el municipio de Cartagena Departamento de Bolívar que corresponden a 3 mujeres, y en promedio cada mujer se atendió 6 veces. Por último, el 4.2% de las atenciones se realizaron en mujeres del municipio de Marinilla. Tabla 25.

**Tabla 25.** Mujeres desplazadas identificadas en Antioquia en atenciones de segundo y tercer nivel según sitio de residencia Antioquia 2008 a 2010.

MUNICIPIO	NÚMERO	%
MEDELLÍN	309	83.1%
ITAGÜÍ	29	7.8%
CARTAGENA	19	5.1%
MARINILLA	15	4.0%
<b>TOTAL</b>	<b>372</b>	<b>100.0%</b>

**Fuente:** Base de datos Ministerio de Protección Social y base de datos SSSA.

Del total de atenciones de segundo y tercer nivel a mujeres priorizadas por la corte en los tres años (372) se realizaron 141 procedimientos, se formularon 130 medicamentos, se atendieron 50 consultas, y se realizaron 7 hospitalizaciones. Las hospitalizaciones corresponden a 3 mujeres para los años 2009 y 2010. Una de estas mujeres se hospitalizó en cinco ocasiones, tenía 28 años de edad, fue atendida en la Clínica Medellín por causa de Apendicitis y por Hipertensión Esencial. Tabla 26.

**Tabla 26.** Mujeres desplazadas priorizadas identificadas en Antioquia en atenciones de segundo y tercer nivel según tipo de atención. Antioquia 2008 a 2010.

TIPOS DE ATENCIÓN	2008	2009	2010	TOTAL	%
PROCEDIMIENTO	36	59	46	141	37.9%
MEDICAMENTOS	32	51	47	130	34.9%
CONSULTAS	19	7	24	50	13.4%
OTROS	5	27	12	44	11.8%
HOSPITALIZACIÓN	0	5	2	7	1.9%
<b>TOTAL</b>	<b>92</b>	<b>149</b>	<b>131</b>	<b>372</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Base de datos Ministerio de protección Social y base de datos SSSA.

**Tabla 27.** Principales Diagnósticos en Mujeres desplazadas priorizadas identificadas en Antioquia en atenciones de segundo y tercer nivel. Antioquia 2008 a 2010.

<b>PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS POR CONSULTA EXTERNA</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Trastorno mixto de ansiedad y depresión	3	6,0
Venas varicosas de los miembros inferiores sin úlcera ni	3	6,0
Causas de morbilidad desconocidas y no especificadas	2	4,0
Dolor en miembro	2	4,0
Episodio depresivo moderado	2	4,0
Exámen del estado de desarrollo del adolescente	2	4,0
Hipertensión esencial (primaria)	2	4,0
Insuficiencia venosa (crónica) (periférica)	2	4,0
Otros trastornos depresivos recurrentes	2	4,0
Persona que teme estar enferma a quien no se hace diagnóstico	2	4,0
Síndrome nefrótico no especificada	2	4,0
Tumor benigno de la piel. Sitio no especificado	2	4,0
Adherencias (Bridas) intestinales con obstrucción	1	2,0
Bocio difuso no tóxico	1	2,0
Desviación del tabique nasal	1	2,0
Dolor pélvico y perineal	1	2,0
Endometriosis no especificada	1	2,0
Enfermedad inflamatoria pélvica femenina no especificada	1	2,0
Fibroadenosis de la mama	1	2,0
Fibromatosis de la aponeurosis plantar	1	2,0
<b>Subtotal</b>	<b>34</b>	<b>68,0</b>
Otros	16	32,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Base de datos Ministerio de Protección Social y base de datos SSSA.

La principal causa por la cual fueron atendidas las mujeres priorizadas en situación de Desplazamiento por Consulta Externa fueron los Trastornos Mixto de Ansiedad y Depresión, correspondiente al 6% del total de atenciones en los tres años, podemos observar que se presentaron otras patologías relacionadas con la salud mental de esta población tan vulnerable como fue episodios depresivos y trastornos depresivos recurrentes. Tabla 27.

Se observó que el mayor número de atenciones se dieron en mujeres adultas. Tabla 28.

**Tabla 28.** Mujeres desplazadas priorizadas identificadas en Antioquia en atenciones de segundo y tercer por grupo de edad. Antioquia 2008 a 2010.

GRUPO EDAD	N <sup>º</sup>	% MUJERES
27-60	341	91.7%
18-26	16	4.3%
61+	13	3.5%
13-15	2	0.5%
<b>TOTAL</b>	<b>372</b>	<b>100%</b>

Fuente: RIPS (Registro individual de prestación de servicios) y base de datos DSSA.

**Mujeres víctimas del desplazamiento forzado. Auto 092/ 2008. Cruce base de datos 600 mujeres priorizadas en el país con información del sistema de vigilancia epidemiológica de los eventos en salud pública. (sivigila).2010.**

De los 312 casos notificados por SIVIGILA en población en situación de Desplazamiento, 123 se registraron en mujeres desplazadas y de éstas, 59 se notificaron en Mujeres de los grupos de edad de jóvenes, adultas y adultas mayores. Tabla 29.

**Tabla 29.** Mujeres Desplazadas por SIVIGILA Antioquia 2010.

GRUPO DE EDAD	NÚMERO	%
18-26 (Adolescentes)	15	25.4%
27-60 (Adultos)	43	72.9%
61+ (Adulto Mayor)	1	1.7%
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100%</b>

Fuente: Subsistema de Información para la Vigilancia Epidemiológica de los Eventos de interés en Salud Pública SIVIGILA.

Observamos que del total de las 59 mujeres notificadas por sivigila, el mayor número de eventos (28.8%) fueron por Violencia Física, teniendo en cuenta que este evento ha tenido un incremento en los años 2008 y 2009 y en especial en las mujeres. El comportamiento de las Violencias Físicas para el año 2008 fueron 1.396 casos en Mujeres y en el año 2009 se notificaron 1.854, podemos decir que este evento siempre ha estado en nuestra sociedad lo que pasa es que ahora es donde se está evidenciando, por medio de notificaciones, que se ha estado trabajando en el incremento y fortalecimiento del compromiso de las unidades notificadoras, en especial en las comisarías de familia de los 125 municipios de nuestro Departamento. No obstante, las violencias físicas no han estado ausentes en el grupo de población de Mujeres en situación de desplazamiento forzado. Tabla 30.

**Tabla 30.** Mujeres en situación de Desplazamiento Forzado, por evento notificado. Antioquia 2010.

NOMBRE DEL EVENTO	NÚMERO	%
DENGUE	3	5.1%
ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS O AGUA (ETA)	1	1.7%
EXPOSICIÓN RÁBICA	1	1.7%
INTENTO DE SUICIDIO	1	1.7%
LEISHMANIASIS CUTÁNEA	1	1.7%
MALARIA ASOCIADA (FORMAS MIXTAS)	1	1.7%
MALARIA FALCIPARUM	10	16.9%
MALARIA VIVAX	9	15.3%
SIFILIS GESTACIONAL	2	3.4%
TUBERCULOSIS PULMONAR	4	6.8%
VARICELA INDIVIDUAL	4	6.8%
VIOLENCIA FÍSICA	17	28.8%
VIOLENCIA PSICOLÓGICA	5	8.5%
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Subsistema de Información para la Vigilancia Epidemiológica de los Eventos de interés en Salud Pública.

Es importante resaltar que la notificación de los casos de Violencia Intrafamiliar, la Violencia Física es la más alta en los últimos años con respecto a la Violencia Sexual, Psicológica, el Abuso Sexual, el Abandono y la Negligencia como causas que evidencia el problema de Salud Mental que tiene nuestro Departamento, por lo cual se está trabajando con profesionales del área de la psicología en todos los Municipios, e incluso en aquellos donde estos eventos son más marcados, se cuenta con dos o tres profesionales, que realizan actividades grupales e individuales a la población en general y en especial a la población desplazada.

Los eventos siguientes que tienen mayor incidencia en las Mujeres en situación de desplazamiento forzado fueron la Malaria por Falciparum y la Malaria por Vivax, teniendo en cuenta que estas patologías tienen un comportamiento similar en toda la población desplazada, en especial en la población notificada como indígena. Para estos eventos, todos los casos han recibido tratamiento. Tabla 30.

De los 59 casos notificados en población de mujeres desplazadas, la Tabla 31 nos muestra los Municipios de residencia de estas mujeres. Solo se identificaron 2 de los Municipios priorizados en el Auto 092 que fueron el municipio de Andes con un caso y el municipio de Medellín con 8 casos.

Los tres municipios que han presentado el mayor número de eventos en salud pública notificados son: Urrao con 15 casos, Turbo 9 casos y Medellín con 8 casos. Tabla 31.

**Tabla 31.** Mujeres en situación de Desplazamiento Forzado, por Municipio. Antioquia 2010.

MUNICIPIO DE RESIDENCIA	NÚMERO	%
ABEJORRAL	1	1.7%
AMAGÁ	1	1.7%
AMALFI	2	3.4%
ANDES	1	1.7%
ARGELIA	1	1.7%
CÁCERES	2	3.4%
CAREPA	1	1.7%
CHIGORODÓ	1	1.7%
DABEIBA	1	1.7%
GRANADA	6	10.2%
ITUANGO	1	1.7%
MEDELLÍN	8	13.6%
NECHÍ	2	3.4%
SAN FRANCISCO	1	1.7%
SANTA ROSA DE OSOS	1	1.7%
SONSÓN	1	1.7%
TARAZÁ	4	6.8%
TURBO	9	15.3%
URRAO	15	25.4%
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Subsistema de Información para la Vigilancia Epidemiológica de los Eventos de interés en Salud Pública SIVIGILA.

### **Cruce Base De Datos, Observatorio De Población En Situación De Desplazamiento Forzado (Dapard).**

A continuación, mostraremos según cruce de base de datos del Sistema de Información para Población Desplazada –SIPOD-, SISBEN, FONVIVIENDA, Sistema Integrado de Minas Anti persona –SIMAT-, Secretaría Seccional de Salud de Antioquia –SSSA- CATRASTO, Y OBSERVATORIO se mostrará la caracterización de las mujeres en situación de desplazamiento forzado.

Lo que se está haciendo, es la articulación de los diferentes actores que tienen que ver con la población desplazada y el cumplimiento del Auto 092 en el goce efectivo de los derechos de esta población.

Se encontraron 102 mujeres en situación de desplazamiento forzado, los municipios con mayor número de mujeres en desplazamiento son: Medellín con el 78.4% del total, Belmira con un 4.9%, y Marinilla con un 3.9%. Tabla 32.

**Tabla 32.** Ubicación de las Mujeres en Situación de Desplazamiento forzado, por Municipio. Antioquia 2010.

MUNICIPIO DE UBICACIÓN	NÚMERO	%
ANDES	3	2.9
APARTADÓ	1	1.0
BELLO	1	1.0
BELMIRA	5	4.9
DABEIBA	1	1.0
ITUANGO	1	1.0
MARINILLA	4	3.9
MEDELLÍN	80	78.4
MUTATÁ	1	1.0
TURBO	3	2.9
URRAO	1	1.0
VEGACHÍ	1	1.0
<b>TOTAL</b>	<b>102</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Observatorio de Población en Situación de Desplazamiento Forzado.

El 39.2% de las mujeres realizaron la primaria, el 7.8% realizaron la secundaria, el 4.9% no han estudiado y el 48.0% no respondieron, hay un alto porcentaje de información faltante, lo cual nos lleva a reforzar la importancia del dato. Tabla 33.

**Tabla 33.** Nivel Escolar de las Mujeres en Situación de Desplazamiento forzado, Antioquia 2010.

NIVEL ESCOLAR	NÚMERO	%
NO RESPONDE	49	48.0
PRIMARIA	40	39.2
SECUNDARIA	8	7.8
NINGUNO	5	4.9
<b>TOTAL</b>	<b>102</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Observatorio de Población en Situación de Desplazamiento Forzado.

El 25.5% de las mujeres son solteras y en Unión Libre respectivamente. El 13.7 % son Casadas, El 15.7% no responden en qué estado civil se encuentran, el 12.7% son Viudas y el 6.9% son separadas. Tabla 34.

**Tabla 34.** Estado Civil de las Mujeres en situación de desplazamiento forzado, Antioquia 2010.

ESTADO CIVIL	NÚMERO	%
CASADO (A)	14	13.7
NO RESPONDE	16	15.7
SEPARADO (A)	7	6.9
DIVORCIADO (A)		
SOLTERO (A)	26	25.5
UNIÓN LIBRE	26	25.5
VIUDO (A)	13	12.7
<b>TOTAL</b>	<b>102</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Observatorio de Población en Situación de Desplazamiento Forzado.

El 26.5% de las mujeres han recibido subsidio en adquisición de vivienda usada, el 14,7% han recibido subsidio en adquisición de vivienda nueva, el 2.9% son propietarias de vivienda (Urbana) para hogares no propietarios, y el 1% tiene arrendamiento de vivienda (urbana) para hogares propietarios y no propietarios. Tabla 35.

**Tabla 35.** Modos de subsidio adjudicado a Mujeres en Situación de Desplazamiento forzado. Antioquia 2010.

MODOS DE SUBSIDIO	NÚMERO	%
ADQUISICIÓN DE VIVIENDA NUEVA O USADA PARA HOGARES NO PROPIETARIOS	27	26.5
ADQUISICIÓN DE VIVIENDA NUEVA O USADA PARA HOGARES PROPIETARIOS	15	14.7
ARRENDAMIENTOS DE VIVIENDA (URBANA) PARA HOGARES NO PROPIETARIOS	3	2.9
ARRENDAMIENTOS DE VIVIENDA (URBANA) PARA HOGARES PROPIETARIOS Y NO PROPIETARIOS	1	1.0
SIN DATO	56	54.9
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>102</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Observatorio de Población en Situación de Desplazamiento Forzado.

**Tabla 36.** Mujeres afiliadas al régimen contributivo y al régimen Subsidiado. Antioquia 2010.

MUNICIPIO DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	NÚMERO	%
BARBOSA	1	1.0
BELLO	1	1.0
MARINILLA	1	1.0
MEDELLÍN	12	11.8
SONSÓN	1	1.0
<b>TOTAL AFILIADAS A CONTRIBUTIVO</b>	<b>16</b>	<b>15.7</b>
MUNICIPIO DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN SUBSIDIADO	NÚMERO	%
BELLO	4	3.9
MARINILLA	1	1.0
MEDELLÍN	57	55.9
<b>TOTAL AFILIADAS A SUBSIDIADO</b>	<b>62</b>	<b>60.8</b>
NO AFILIADA	10	9.8
SIN DATO	14	13.7
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>102</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Observatorio de Población en Situación de Desplazamiento Forzado.

Dieciséis mujeres se encuentran afiliadas al régimen Contributivo, 62 al régimen subsidiado, 10 no están afiliadas y 14 no tiene dato al respecto. Tabla 36.

**Auto 004/2009, personas y pueblos indígenas desplazadas por el conflicto armado. 2008 a 2010.**

Tal vez la mayoría de los colombianos no lo sepan, pero es tal la situación de desamparo y vulnerabilidad en que se encuentran muchos de los 102 pueblos indígenas con que cuenta el país, que 34 de ellos están en vías de extinción. Son comunidades que se han visto reducidas a menos de 500 integrantes. Son tantas las causas para que esto esté ocurriendo que la Corte Constitucional se ha visto en la necesidad de proferir el Auto 004 de 2009, el cual considera que se trata de una emergencia tan grave como invisible y menciona dentro de los fundamentos de la decisión que "algunos pueblos indígenas de Colombia están en peligro de ser exterminados -cultural o físicamente- por el conflicto armado interno, y han sido víctimas de gravísimas violaciones de sus derechos fundamentales individuales y colectivos y del Derecho Internacional Humanitario".

Los menores de edad indígena y afro descendientes desplazados son víctimas mucho más frecuentes de explotación laboral, trata y mendicidad. 308, entre ellos los problemas de hambre y desnutrición son usualmente más altos que entre los demás menores de edad desplazados, y su exposición a enfermedades prevenibles es tan alta que se han registrado casos como el episodio reciente de dos niños Embera-

Katío que habían sido desplazados de sus territorios hacia Bogotá y luego retornaron para morir de cólera en su comunidad.

Desde la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia y Protección Social, se viene trabajando la implementación del auto 004 del 2009, una de las dificultades ha sido los sistemas de información donde se ha estado fortaleciendo en todos los ámbitos con el inicio del enfoque diferencial en todos los municipios del Departamento, en los cuales hemos estado trabajando, con los diferentes profesionales del área de la salud para el adecuado registro, y evitar el subregistro para la diferenciación de las heterogéneas poblaciones y sus características.

La Secretaría Seccional de Salud de Antioquia y Protección Social, cuenta con el subsistema de Información para la Vigilancia Epidemiológica de los Eventos de interés en Salud Pública SIVIGILA; este sistema es una buena herramienta que nos ha permitido apoyar nuestro sistema de Información.

Por esta fuente de información se notificaron 134 casos de Eventos en Salud Pública para la Población Indígena víctima del desplazamiento forzado durante los años 2008 a 2010, este grupo poblacional es afectado por variables como la presencia de grupos armados, el incremento de cultivos ilícitos; la posibilidad al no acceso inmediato a los servicios de diagnóstico y tratamiento, son otros factores que están afectando la Salud Pública en nuestro Departamento especialmente este grupo de población que están vulnerable.

A continuación se muestra cuales son las enfermedades registradas en la población indígena, cabe anotar que no se han presentado para estos años defunciones por el Sivigila.

La Población Indígena notificada por Sivigila durante los años 2008 a 2010 muestra que el 33% de los casos se dieron en las mujeres y el 67% en el sexo masculino. El 27% de los casos notificados están en los adultos, le sigue los jóvenes con un 22%, luego los infantes con un 21%, luego los adolescentes con un 17%, le sigue el 11% están en la primera infancia y por último el 1% está en adulto mayor. Tabla 37.

**Tabla 37.** Población indígena notificada por Sivigila por grupos de edad y sexo. Antioquia 2008 a 2010.

GRUPO EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	TOTAL
	N <sup>a</sup>	%	N <sup>a</sup>	%	N <sup>a</sup>	%
0-5	7	16%	8	9%	15	11%
6-12	11	25%	17	19%	28	21%
13-17	5	11%	18	20%	23	17%
18-26	7	16%	23	26%	30	22%
27-60	13	30%	23	26%	36	27%
61+	1	2%	1	1%	2	1%
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100%</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>	<b>134</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Subsistema de Información para la Vigilancia Epidemiológica de los Eventos de interés en Salud Pública

Las enfermedades registradas en esta población fueron en primer lugar la Malaria Vivax con un 63%, teniendo en cuenta que en Antioquia el comportamiento de la Malaria por plasmodium Vivax en los últimos 10 años tiene fluctuaciones que tiene un ascenso hasta el año 2007 en unos niveles que pueden considerarse endémicos.

Le sigue la Malaria Falciparum con 27% que en los últimos 12 años ha tenido un ascenso en el número de casos y en el año 2002 inicia un descenso hasta el año 2008. Para estos dos eventos anteriores debemos tener en cuenta que de las 4 especies de Plasmodium que afectan al hombre, sólo el plasmodium vivax y plasmodium falciparum se han encontrado en el Departamento de Antioquia siendo predominante el plasmodium vivax como muestra el comportamiento en este grupo de población.

También es importante destacar que el sistema de captación de estos eventos, obedece a un sistema de alerta en acción al que solo ingresan los casos que son notificados, lo cual deja por fuera muchos casos captados en los puestos de lectura, los cuales en su gran mayoría están ubicados en zonas de difícil acceso, donde se localiza este grupo poblacional.

El Departamento, desde la Secretaría Seccional de salud, articula con los diferentes municipios acciones mediante la Red de Microscopia de Malaria conformada por 171 puestos de lectura ubicados en los Municipios de zona endémica de Malaria.

Además, el Departamento apoya con un grupo de trabajo a los municipios donde hay población en situación de desplazamiento para realizar la búsqueda activa de estos eventos y proseguir con su diagnóstico y tratamiento como ya se ha dicho anteriormente.

Las enfermedades que le siguen en frecuencia a las anteriores en este grupo de población están la Varicela Individual con un 3% del total de casos en los tres años, le sigue la Tuberculosis Pulmonar con un 2%.

Continúa en su orden, la Malnutrición, la Sífilis Estacional, la Tosferina, el VIH- Sida y la Violencia Física con un aporte porcentual 1% respectivamente. Tabla 38.

**Tabla 38.** Población indígena notificada por SIVIGILA por grupos de edad y patología. Antioquia 2008 a 2010.

GRUPO EDAD	MALARIA FALCIPARUM	MALARIA VIVAX	MALNUTRICIÓN	SÍFILIS GESTACIONAL	TOSFERINA	TB PULMONAR	VARICELA INDIVIDUAL	VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	VIOLENCIA FÍSICA	TOTAL
0-5	2	10	1		1		1			15
6-12	10	18								28
13-17	1	19				1	2			23
18-26	11	17		1			1			30
27-60	13	19				2		1	1	36
61+		2								2
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>85</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>134</b>

**Fuente:** Subsistema de Información para la Vigilancia Epidemiológica de los Eventos de interés en Salud Pública.

De los casos notificados, el 78% se encuentra en el área Rural Disperso, el 21% en la Cabecera Municipal y el 1% en el Centro Poblado. Para tener en cuenta, de los 28 casos presentados en la Cabecera Municipal, 19 (68%) fueron por Malaria (Vivas + Falciparum), Tabla 39.

**Tabla 39.** Población indígena notificada por SIVIGILA por área de residencia. Antioquia 2008 a 2010

AREA DE RESIDENCIA	2008	2009	2010	TOTAL	%
CABECERA	8	18	2	28	21%
CENTRO POBLADO	1		1	2	1%
RURAL DISPERSO	4	40	60	104	78%
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>58</b>	<b>63</b>	<b>134</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Subsistema de Información para la Vigilancia Epidemiológica de los Eventos de interés en Salud Pública.

De los Municipios que reportaron casos de eventos de interés en Salud Pública en la población indígena, el mayor número de casos lo presentó el municipio de Turbo con 25 casos, Tarazá con 19 casos, Cáceres con 18 casos, Vigía del Fuerte con 16 casos, Necoclí con 15 casos, Anorí con 11 casos Mutatá con 4 casos, El Bagre, San Pedro de Urabá, Zaragoza con 3 casos respectivamente. Tabla 40.

**Tabla 40.** Población indígena notificada por SIVIGILA por Municipio y evento. Antioquia 2008 a 2010

MUNICIPIO DE RESIDENCIA	NÚMERO	%
TURBO	25	19%
TARAZÁ	19	14%
CÁCERES	18	13%
VIGÍA DEL FUERTE	16	12%
NECOCLÍ	15	11%
ANORÍ	11	8%
MUTATÁ	4	3%
EL BAGRE	3	2%
SAN PEDRO DE URABÁ	3	2%
ZARAGOZA	3	2%
BELLO	2	1%
RIONEGRO	2	1%
ANTIOQUIA MUN DESCONOCIDO	2	1%
ANDES	1	1%
APARTADÓ	1	1%
ARMENIA	1	1%
CAREPA	1	1%
CHIGORODÓ	1	1%
FRONTINO	1	1%
MEDELLÍN	1	1%
MONTEBELLO	1	1%
MONTENEGRO	1	1%
QUIBDÓ	1	1%
VALDIVIA	1	1%
<b>TOTAL</b>	<b>134</b>	<b>100%</b>

Fuente: Subsistema de Información para la Vigilancia Epidemiológica de los Eventos de interés en Salud Pública.

### **Atención a población desplazada en instituciones privadas y públicas con interventoría y validación de derechos.**

La Secretaría Seccional de Salud y Protección Social, realiza la interventoría a las Instituciones Prestadoras de Salud tanto públicas como privadas para la validación efectiva de la atención a la población desplazada. A continuación mostramos en los años 2008 a 2010 la atención de segundo y tercer nivel brindada a población en situación de desplazamiento forzado, la resolución, el valor de cada una, el número de contratos y el valor ejecutado de dichas atenciones. Tabla 41.

**Tabla 41.** Instituciones privadas y públicas con interventoría y validación de derechos. Antioquia 2008 a 2010.

PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCION CON RECURSOS ASIGNADOS POR EL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL 2008-2011							
AÑO	RESOLUCION	VALOR	No. DE CONTRATOS	VALOR CONTRATOS	VALOR AVALADO CONTRATOS	VALOR AVALADO URGENCIAS	TOTAL AVALADO
2008	897	3.676.606.811,00	13	2050000000	1588264284	1312259778	2900524062
2009	900	4.602.013.300,00	7	1918046961	1679401794	2922611506	4602013300
2010	1155	7.819.418.500,00	7	3500000000	2641513220	5177905280	7819418500
<b>TOTAL</b>		<b>16098038611,00</b>	<b>27</b>	<b>5418046961</b>	<b>5909179298</b>	<b>8100516786</b>	<b>15321955862</b>

**Fuente:** Registros Individuales de prestación de Servicios, en instituciones Públicas y Privadas, de segundo y tercer nivel de atención.

**Tabla 42.** Instituciones privadas y públicas con interventoría y validación de derechos. Antioquia 2009 a 2010

<b>SERVICIOS FACTURADOS</b>		
<b>INSTITUCIONES 2010</b>	<b>TOTAL FACTURADO</b>	<b>USUARIOS</b>
<b>PRIVADAS</b>	<b>5.958.230.886</b>	<b>1.338</b>
CENTRO CARDIOVASCULAR SOMER INCARE S	77.112.312	20
CLINICA ANTIOQUIA	4.040.164	1
CLINICA MEDELLIN	37.447.983	4
CLINICA OFTALMOLOGICA LAURELES	11.570.654	12
CLINICA SAN JUAN DE DIOS LA CEJA	95.738.497	24
COMITÉ REGIONAL DE REHABILITACION DE AN	476.032	3
EMMSA CLINICA ESPECIALIZADA	165.068.526	51
FUNDACION CLINICA NOEL	26.544.439	64
FUNDACION UNIVERSITARIA SAN VICENTE DE I	3.763.633.782	625
HOSPITAL PABLO TOBON URIBE	742.895.984	123
INSTITUTO DE CANCEROLOGIA S.A	27.377.932	4
INSTITUTO NEUROLOGICO DE ANTIOQUIA	186.275.812	224
IPS UNIVERSITARIA CLINICA LEON XIII	350.469.096	73
IPS UNIVERSITARIA UNIVERSIDAD DE ANTIOQU	1.121.342	35
LABORATOTIO CLINICO CONGREGACION MARI	22.000	1
MEDICOS ASOCIADOS SA CLINICA EL SAGRAD	1.065.489	1
RTS MEDELLIN	68.114.650	24
RTS VALLE DE ABURRA	38.769.250	14
SERVIUCIS SA APARTADO	153.902.159	12
SERVIUCIS SA RIONEGRO	192.395.402	21
SOCIEDAD MEDICA ANTIOQUEÑA CLINICA SA S	14.189.381	2
<b>INSTITUCIONES 2010</b>	<b>TOTAL FACTURADO</b>	<b>USUARIOS</b>
<b>PUBLICAS</b>	<b>8.426.316.035</b>	<b>23.893</b>
E.S.E CARISMA	142.978.343	229
HOSPITAL ANTONIO ROLDAN BETANCUR APAF	784.687.748	2.943
HOSPITAL CESAR URIBE PIEDRAHITA CAUCAS	26.482.405	1.933
HOSPITAL DE LA CEJA	25.461.865	4
HOSPITAL FRANCISCO VALDERRAMA TURBO	53.318.875	153
HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN	3.423.864.148	1.739
HOSPITAL LA CRUZ PUERTO BERRIO	10.402.496	7
HOSPITAL LA MARIA	391.425.859	527
HOSPITAL LA MERCED CIUDAD BOLIVAR	12.155.429	14
HOSPITAL MANUEL URIBE ANGEL ENVIGADO	16.458.164	29
HOSPITAL MARCO FIDEL SUAREZ	243.473.894	336
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA	1.423.682.720	5.460
HOSPITAL SAN ANTONIO TARAZA	35.717.316	451
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS RIONEGRO	1.501.503.929	7.539
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS STA FE DE ANTIC	62.719.630	159
HOSPITAL SAN RAFAEL DE ITAGUI	160.431.763	527
HOSPITAL SAN RAFAEL DE YOLOMBO	10.122.583	28
HOSPITAL SAN ROQUE LA UNION	332.863	4
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL CALDAS	40.570.856	1.692
HOSPITAL VENANCIO DIAZ DIAZ SABANETA	184.600	5
METROSALUD BELEN	11.021.210	19
METROSALUD BUENOS AIRES	51.510	2
METROSALUD FLORENCIA	4.186	3
METROSALUD MANRRIQUE	22.047.019	42
METROSALUD SAN JAVIER	27.151.250	45
METROSALUD SANTA CRUZ	57.708	2
METROSALUD SANTO DOMINGO	7.666	1
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>14.384.546.921</b>	<b>25.231</b>

**Fuente:** Población desplazada afiliada al régimen subsidiado por municipio y subregión. Años 2008-2009-2010.

**Tabla 43.** Población desplazada según tipo de afiliación por Municipio y subregión.

MUNICIPIO	DESPLAZADOS 2008			DESPLAZADOS 2009			DESPLAZADOS 2010		
	AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO	AFILIADOS AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	NO REPORTA AFILIACIÓN	AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO	AFILIADOS AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	NO REPORTA AFILIACIÓN	AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO	AFILIADOS AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	NO REPORTA AFILIACIÓN
<b>TOTAL ANTIOQUIA</b>	248.060	64.506	429.175	317.134	83.204	473.122	396.743	103.659	515.604
Cáceres	767	19	1.081	1.236	36	1.267	1.882	47	1.381
Caucasia	1.893	286	4.510	2.333	342	4.793	3.081	453	5.036
El Bagre	1.387	114	3.811	1.679	137	4.053	1.983	156	4.182
Nechí	353	26	611	419	29	704	1.117	65	1.055
Tarazá	1.003	75	1.593	1.990	101	1.996	2.918	137	2.242
Zaragoza	712	80	1.442	894	89	1.555	1.100	103	1.614
<b>Total Bajo Cauca</b>	<b>6.115</b>	<b>600</b>	<b>13.048</b>	<b>8.551</b>	<b>734</b>	<b>14.368</b>	<b>12.081</b>	<b>961</b>	<b>15.510</b>
Caracolí	26	2	19	55	4	30	69	16	38
Maceo	105	27	91	132	36	114	164	39	138
Puerto Berrío	300	102	309	407	144	401	598	185	460
Puerto Nare	207	21	738	253	24	753	285	30	763
Puerto Triunfo	535	17	1.393	633	18	1.510	802	20	1.628
Yondó	820	34	2.127	909	36	2.278	959	37	2.350
<b>Total Magdalena Medio</b>	<b>1.993</b>	<b>203</b>	<b>4.677</b>	<b>2.389</b>	<b>262</b>	<b>5.086</b>	<b>2.877</b>	<b>327</b>	<b>5.377</b>
Cisneros	71	16	49	92	17	63	130	20	74
Amalfi	314	59	354	387	69	413	573	99	562
Anorí	251	24	186	294	28	206	338	35	214
Remedios	708	55	632	842	65	720	940	79	772
San Roque	537	56	405	587	63	431	879	85	487
Santo Domingo	311	43	198	440	59	251	571	73	292
Segovia	881	250	913	1.169	320	1.047	1.330	364	1.128
Vegachí	166	32	64	321	49	130	470	68	161
Yalí	104	5	35	121	8	48	146	9	56
Yolombó	261	24	127	445	32	217	555	44	257
<b>Total Nordeste</b>	<b>3.604</b>	<b>564</b>	<b>2.963</b>	<b>4.698</b>	<b>710</b>	<b>3.526</b>	<b>5.932</b>	<b>876</b>	<b>4.003</b>
Briceño	290	20	540	487	30	582	554	33	583
Campamento	56	6	144	76	6	156	103	7	163
Carolina	23	15	41	25	19	42	28	19	42
Don Matías	65	72	177	114	98	233	147	124	270
Entreríos	20	30	4	25	35	15	29	40	24
Gómez Plata	34	12	4	68	18	15	88	22	25
Guadalupe	33	4	31	37	7	33	50	13	40
Ituango	1.883	62	4.480	2.741	83	4.728	4.043	124	5.340
Angostura	195	13	244	210	13	253	225	14	254
San Andrés de Cuerquia	94	22	137	123	29	156	136	34	167
San José de la Montaña	11	10	4	27	15	14	41	20	14
San Pedro de los Milagros	56	106	35	99	155	100	138	182	132
Santa Rosa de Osos	106	55	63	142	88	90	178	118	127
Toledo	220	12	108	273	18	152	333	25	183
Valdivia	783	9	2.192	1.125	19	2.294	1.544	20	2.364
Belmira	17	9	1	24	17	16	37	24	25
Yarumal	416	71	361	639	104	459	956	133	579
<b>Total Norte</b>	<b>4.302</b>	<b>528</b>	<b>8.566</b>	<b>6.235</b>	<b>754</b>	<b>9.338</b>	<b>8.630</b>	<b>952</b>	<b>10.332</b>

Buriticá	681	56	1.323	771	71	1.368	896	78	1.411
Caicedo	19	2	48	31	4	72	50	5	79
Cañas Gordas	613	19	108	839	27	176	1.042	40	221
Dabeiba	2.458	79	2.389	3.043	128	2.619	4.715	205	3.120
Ebéjico	30	11	12	35	11	20	41	12	20
Frontino	950	58	851	1.793	128	1.178	2.874	197	1.501
Giraldo	27	2	11	36	3	25	45	3	31
Heliconia	96	10	49	115	11	55	212	19	85
Liborina	427	15	388	477	23	452	533	25	483
Santafé de Antioquia	239	46	256	288	73	303	336	91	345
Anzá	394	34	865	431	39	867	499	51	896
Abriaquí	22	0	29	65	12	70	123	25	83
Olaya	7	2	0	13	3	0	24	3	0
Peque	2.181	87	2.626	2.283	93	2.652	2.351	93	2.654
Armenia	22	7	13	24	9	22	33	12	22
Sabanalarga	120	15	243	313	20	378	403	24	403
San Jerónimo	28	28	26	58	43	35	85	49	49
Sopetrán	95	12	85	110	15	97	157	19	105
Uramita	543	20	513	804	42	586	1.264	71	660
<b>Total Occidente</b>	<b>8.952</b>	<b>503</b>	<b>9.835</b>	<b>11.529</b>	<b>755</b>	<b>10.975</b>	<b>15.683</b>	<b>1.022</b>	<b>12.168</b>
El Carmen de Viboral	1.146	318	1.157	1.385	401	1.249	1.646	468	1.373
Cocomá	3.905	423	3.889	4.996	645	4.378	5.624	739	4.568
Concepción	362	22	282	385	22	298	397	22	302
Alejandro	654	41	589	980	70	702	1.044	76	725
Abejorral	812	101	413	995	122	462	1.121	127	495
Granada	3.341	321	2.529	3.955	451	2.664	4.130	473	2.728
Guarne	182	135	342	312	227	479	391	284	569
Guatapé	67	25	39	81	37	53	105	41	75
La Ceja	460	687	972	499	813	1.043	588	952	1.093
La Unión	726	309	905	1.096	468	1.134	1.701	791	1.421
Marinilla	781	438	1.578	1.101	613	1.887	1.306	732	2.074
Nariño	1.298	52	1.059	1.749	81	1.202	2.297	109	1.291
El Peñol	658	86	308	854	124	388	973	164	433
Argelia	3.647	257	3.663	4.188	320	4.062	4.317	330	4.117
El Retiro	126	80	151	163	126	177	214	173	220
Rionegro	1.300	1.347	2.714	1.512	1.664	2.976	1.707	2.027	3.148
San Carlos	3.249	521	2.056	3.736	624	2.275	4.424	841	2.937
San Francisco	2.383	113	2.046	2.900	153	2.150	3.135	197	2.199
San Luis	2.900	534	5.351	3.698	694	5.773	4.455	844	6.050
San Rafael	2.308	372	2.565	2.720	451	2.722	3.698	641	2.929
San Vicente	396	45	239	467	51	253	642	58	289
El Santuario	915	225	1.371	1.467	347	1.614	1.717	418	1.727
Sonsón	2.148	176	1.720	3.486	238	2.304	4.569	334	2.622
<b>Total Oriente</b>	<b>33.764</b>	<b>6.628</b>	<b>35.938</b>	<b>42.725</b>	<b>8.742</b>	<b>40.245</b>	<b>50.201</b>	<b>10.841</b>	<b>43.385</b>
Ciudad Bolívar	194	47	95	269	65	134	384	86	177
Caramanta	34	14	12	43	19	15	52	19	33
Concordia	169	11	48	234	21	61	288	31	76
Fredonia	55	37	23	71	50	36	94	67	75
Amagá	76	45	95	94	65	115	113	81	141
Andes	181	21	106	295	33	164	350	42	196
Hispania	20	4	3	33	7	8	39	11	14
Jardín	64	8	32	84	10	38	111	10	52
Jericó	18	9	10	33	20	12	56	25	19
Angelópolis	93	12	100	115	15	139	135	22	157
La Pintada	27	15	11	37	15	15	50	23	21
Montebello	128	7	101	170	9	117	380	35	157
Pueblorico	37	1	32	51	6	35	63	8	42
Salgar	150	11	66	261	17	106	376	29	134
Santa Bárbara	364	69	393	502	85	445	613	106	492
Támesis	33	14	32	61	19	32	82	19	47
Tarso	9	6	0	14	9	1	20	10	4
Titiribí	9	13	11	15	14	19	17	14	21
Urrao	3.466	183	2.954	5.481	282	3.419	8.207	449	3.915
Valparaiso	6	3	24	7	10	30	10	11	34
Venecia	40	23	16	50	28	26	70	41	47
Betania	127	5	57	221	15	100	345	39	176
Betulia	1.977	73	1.113	3.968	192	1.786	4.427	255	1.995
<b>Total Suroeste</b>	<b>7.277</b>	<b>631</b>	<b>5.334</b>	<b>12.109</b>	<b>1.006</b>	<b>6.853</b>	<b>16.282</b>	<b>1.433</b>	<b>8.025</b>

Carepa	4.295	1.615	5.901	4.965	2.059	6.550	5.726	2.557	7.001
Chigorodó	3.153	1.172	4.943	4.360	1.737	5.841	6.510	2.620	7.059
Apartadó	7.570	5.069	22.972	8.861	6.207	24.034	10.279	7.658	25.161
Murindó	426	10	2.986	440	10	3.000	456	10	3.010
Mutató	3.156	169	9.799	3.532	202	9.975	4.094	259	10.254
Necoclí	4.375	179	3.264	4.668	204	3.444	6.216	309	4.552
Arboletes	308	27	1.392	1.000	107	1.801	1.845	170	2.135
San Juan de Urabá	362	20	284	883	42	582	1.932	85	989
San Pedro de Urabá	1.226	137	2.462	1.682	178	2.735	2.908	217	3.212
Turbo	12.927	1.703	32.534	14.715	2.107	34.109	16.917	2.510	35.677
Vigía del Fuerte	374	19	637	442	20	680	531	22	751
<b>Total Urabá</b>	<b>38.172</b>	<b>10.120</b>	<b>87.174</b>	<b>45.548</b>	<b>12.873</b>	<b>92.751</b>	<b>57.414</b>	<b>16.417</b>	<b>99.801</b>
Caldas	213	261	585	257	311	632	322	410	677
Medellín	32.090	19.292	81.532	39.800	24.264	91.656	46.674	29.089	101.367
Copacabana	297	154	444	395	206	570	505	253	655
Envigado	226	447	440	313	590	538	365	722	614
Girardota	212	147	278	244	178	314	307	210	344
Itagüí	1.163	1.500	2.393	1.533	1.906	3.033	1.920	2.367	3.436
La Estrella	205	61	339	292	71	450	330	84	499
Sabaneta	72	90	235	93	119	294	107	155	334
Barbosa	519	216	587	653	260	674	794	317	732
Bello	4.705	2.784	7.272	5.986	3.627	8.677	7.219	4.394	9.744
<b>Total Valle de Aburrá</b>	<b>39.702</b>	<b>24.952</b>	<b>94.105</b>	<b>49.566</b>	<b>31.532</b>	<b>106.838</b>	<b>58.543</b>	<b>38.001</b>	<b>118.402</b>

### **Auto 251 del 2008. Protección de los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes frente al desplazamiento forzado.**

El auto 251 hace referencia a la Protección de los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes desplazados por el conflicto armado, en el marco de la superación del estado de cosas inconstitucionales declarado en la sentencia T-025 de 2004.

El Programa Mis Derechos Primero, en cumplimiento del Auto 251 de 2008, tiene por objetivo general: Garantizar protección integral a los niños, niñas y adolescentes en situación de desplazamiento a través del goce efectivo de sus derechos, y tiene como objetivos específicos los siguientes:



#### **b) Objetivos específicos:**

- Fortalecer y empoderar al Sistema Nacional de Atención Integral a Población Desplazada –SNAIPD- de la ruta de atención integral diseñada para los niños, niñas y adolescentes –NNA- y sus familias.
- Construir y evaluar estrategias que permitan ajustar el programa de manera permanente de acuerdo con las necesidades específicas.

- Articular y concretar las acciones complementarias entre Departamento – Municipios.
- Sensibilizar en las prácticas de Responsabilidad Social del sector privado en la temática niñez, adolescencia y desplazamiento.

Este programa está organizado en cuatro (4) categorías de derechos, pero nosotros trabajaremos la categoría vida y supervivencia que se fundamenta en las áreas de la salud, saneamiento básico y agua potable, estos derechos exigen no solamente que existan los medios para lograr que se cumplan sino también acceso a ellos.

El Ministerio de la Protección Social para garantizar la atención diferencial de niños, niñas y adolescentes en situación de desplazamiento, planteó desde la categoría Vida y Supervivencia, nueve (9) estrategias, las cuales son:

1. Monitoreo Rápido de Coberturas de vacunación
2. Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMI)
3. Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia -AIEPI
4. Promoción de la Salud Mental
5. Abordaje Psicosocial
6. Abordaje intersectorial en salud sexual y reproductiva y prevención de violencias
7. Estrategia Entornos Saludables
8. Estrategia nacional para prevenir y erradicar las peores formas de trabajo infantil y proteger al joven trabajador y erradicación del trabajo infantil y la explotación laboral
9. Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes

Adicionalmente se plantean siete (7) componentes transversales, los cuales corresponden a acciones generales inmersas en cada una de las estrategias presentadas previamente por ámbito crítico, que son fundamentales para la implementación de estas últimas en cada municipio. Estos son: Focalización y caracterización, Fortalecimiento Institucional, Promoción del aseguramiento en salud, Articulación a los programas de generación de ingresos por los grupos familiares, Estrategias de Información Educación y Capacitación -IEC-, Seguimiento y monitoreo, y Gestión de sistema de información.

Para lograr la plena implementación de las nueve (9) estrategias descritas en los 19 municipios priorizados y en cumplimiento de las órdenes proferidas por la Honorable Corte Constitucional al SNAIPD en los Autos 007 y 266, ambos de 2009, el Ministerio realizó mediante la Resolución 5069 de diciembre de 2009 asignación de recursos de concurrencia que permiten la implementación, seguimiento, monitoreo y gestión de la información de cada estrategia del Programa de protección diferencial de niños, niñas y adolescentes frente al desplazamiento, “Mis Derechos Primero”, y los respectivos Componentes Transversales, en lo pertinente a la Protección Social.

En cumplimiento a esto, la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia ha estado realizando acciones para articular y evaluar las estrategias con los municipios priorizados, se está implementando el programa Mis Derechos Primero, trabajando en los siguientes temas:

1. Diagnóstico Preliminar por Municipio priorizado y Estrategia.
2. Directorio de Referentes Departamentales y Municipales programa Mis Derechos Primero – Categoría Vida y Supervivencia.
3. Registro niños, niñas y adolescentes en situación de desplazamiento atendidos.
4. Registro dificultades identificadas para el logro de las actividades por municipio y estrategia.
5. Registro lesiones aprendidas de las actividades por municipio y estrategia.
6. Plan de sostenibilidad por municipio.<sup>4</sup>

Para el Año 2010 se realizaron capacitaciones con los municipios priorizados para la implementación del programa Mis derechos primero, encontrando gran dificultad en los entes territoriales para su implementación. Entre las dificultades más relevantes se tuvieron:

- No conocimiento de la política pública con respecto a desplazados.
- Falta de un doliente para este tema en los entes Territoriales.
- Falta de Articulación de las diferentes estancias municipales involucradas al tema de Desplazados.
- No se tenía identificada municipalmente la población desplazada.
- Retrocesos en las capacitaciones por movilidad de los funcionarios.

A nivel Departamental las principales barreras o dificultades fueron:

- La falta de oportunidad de los dineros provenientes del nivel nacional.
- Igual que el nivel municipal, desconocimiento de muchos funcionarios de la política pública.
- La no integración en los diferentes programas y proyectos, acciones específicas para esta población.
- El no registro de enfoque diferencial, en las diferentes actividades a realizar.
- Ausencia de un Sistema de información articulado tanto a nivel Nacional, Departamental y Municipal con enfoque diferencial.

Se espera que para el año 2011 se trabaje en las diferentes falencias encontradas y reanudar esfuerzos para cumplir con los objetivos.

---

<sup>4</sup> Programas Mis derechos Primero, Ministerio de protección Social.

## Niños, niñas y adolescentes en situación de desplazamiento forzado notificados por sivigila. Antioquia. 2008 a 2010.

El sistema de vigilancia epidemiológica de eventos de notificación obligatoria SIVIGILA nos muestra que de los Municipios PRIORIZADOS por el Auto 251 de la corte constitucional, del total de eventos notificados en los años 2008 a 2010 en población de niños, niñas y Adolescentes en situación de desplazamiento forzado, los municipios priorizados tuvieron un aporte del 71% de notificaciones de casos de interés en salud pública, el otro 29% de los casos notificados en esta población lo aportaron los otros municipios del Departamento.

Para los años 2008 a 2010 se realizaron 509 atenciones a niños, niñas y adolescentes víctimas del desplazamiento forzado, donde los infantes tuvieron mayor incidencia de casos para estos tres años. Tabla. 44.

**Tabla 44.** Distribución Porcentual por edad y año de los Niños, Niñas y Adolescentes en situación de desplazamiento identificada por Sivigila. Antioquia 2008, 2009, 2010.

GRUPO EDAD	2008		2009		2010		TOTAL	
	N <sup>a</sup>	%						
0-5	34	32%	54	29%	55	25%	143	28%
6-12	39	38%	71	39%	105	47%	215	42%
13-17	31	30%	59	32%	62	28%	152	30%
<b>TOTAL</b>	<b>104</b>	<b>100%</b>	<b>184</b>	<b>100%</b>	<b>222</b>	<b>100%</b>	<b>510</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Sistema de Información para la Vigilancia Epidemiológica de los Eventos de interés en Salud Pública SIVIGILA, 2008, 2009, 2010.

Observamos que la variable Grupo Étnico se debe trabajar más y tener un seguimiento en el diligenciamiento de los RIPS ya que se ha encontrado un subregistro en esta variable que es de gran importancia ya que nos permite trabajar con el enfoque diferencial. Tabla 45.

**Tabla 45.** Distribución Porcentual por Etnia y año de los Niños, Niñas y Adolescentes en situación de desplazamiento identificada por Sivigila. Antioquia 2008, 2009, 2010.

PERTENENCIA ÉTNICA	2008		2009		2010		TOTAL	
	N <sup>a</sup>	%						
INDÍGENA	7	6.7	25	13.7	34	15.3	66	13.0
ROM, GITANO	2	1.9		0.0		0.0	2	0.4
RAIZAL	1	1.0	1	0.5	1	0.5	3	0.6
NEGRO, MULATO, AFRO	10	9.6	13	7.1	12	5.4	35	6.9
NINGUNO DE LOS ANTERIORES	84	80.8	144	78.7	175	78.8	403	79.2
<b>TOTAL</b>	<b>104</b>	<b>100.0</b>	<b>183</b>	<b>100.0</b>	<b>222</b>	<b>100.0</b>	<b>509</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Sistema de Información para la Vigilancia Epidemiológica de los Eventos de interés en Salud Pública SIVIGILA, 2008, 2009, 2010

En la tabla 46 se observó que el 79.2% de Niños, Niñas y Adolescentes en situación de desplazamiento se registró como otra población, sólo el 20.8% se identificó en otras etnias.

**Tabla 46.** Distribución Porcentual por Etnia y zona de residencia de los Niños, Niñas y Adolescentes en situación de desplazamiento identificados por SIVIGILA. Antioquia 2008, 2009, 2010.

PERTENENCIA ÉTNICA	AREA			TOTAL GENERAL	%
	CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO		
INDÍGENA	9	2	55	66	13.0
ROM, GITANO	2			2	0.4
RAIZAL	2		1	3	0.6
NEGRO, MULATO, AFRO	22	4	9	35	6.9
NINGUNO DE LOS ANTERIORES	132	31	240	403	79.2
<b>TOTAL</b>	<b>167</b>	<b>37</b>	<b>305</b>	<b>509</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Sistema de Información para la Vigilancia Epidemiológica de los Eventos de interés en Salud Pública SIVIGILA, 2008, 2009, 2010.

Así mismo, en la Tabla 46 se observó que los Niños, Niñas y Adolescentes de la población indígena en situación de desplazamiento, se encontró localizada en el área Rural Disperso, mientras que los niños Negros, Mulatos o Afroamericanos se encontraron localizados en las cabeceras municipales.

Es importante mirar cómo los eventos en Salud Pública en esta población son bien preocupantes, los eventos en salud mental como el Abuso Sexual y la violencia física; esta última aumentando en el último año (2010), se encuentran entre los diez primeros eventos más frecuente en este grupo poblacional. En el año 2009 se presentó intento de suicidio, negligencia, violencia sexual, abandono, y un caso de accidente por mina antipersonal en un adolescente. En el Año 2008 se presentó un caso de suicidio en un Adolescente de 16 años.

Es de anotar que estos eventos de salud mental se trabajan con el grupo familiar para tener una atención más integral. Desde este programa de salud mental se ha trabajado en una forma fuerte, el aspecto de notificación de estos eventos que para muchos profesionales de la salud no los identificaban como eventos de notificación obligatoria tales como la negligencia y el abandono que se han empezado a notificar.

Entre los primeros eventos que se presentaron en estos tres años, fue la Malaria por Vivax y Falciparum la cual tiene un peso porcentual de 54.6% del total de eventos en este grupo poblacional. La varicela individual, la malnutrición y la exposición rábica ocuparon el segundo, cuarto y quinto lugar respectivamente.

**Tabla 47.** Distribución Porcentual de los principales eventos de notificación en los Niños, Niñas y Adolescentes en situación de desplazamiento identificados por SIVIGILA. Antioquia 2008, 2009, 2010.

PRINCIPALES EVENTOS DE NOTIFICACION	2008	2009	2010	TOTAL	%
MALARIA VIVAX	27	92	87	206	40.5
VARICELA INDIVIDUAL	31	30	26	87	17.1
MALARIA FALCIPARUM	3	18	51	72	14.1
MALNUTRICION	2	1	21	24	4.7
EXPOSICION RABICA	10	7	5	22	4.3
LEISHMANIASIS CUTANEA	3	5	7	15	2.9
ABUSO SEXUAL	3	4	3	10	2.0
HEPATITIS A	3	3	2	8	1.6
VIOLENCIA FISICA	2	2	4	8	1.6
DENGUE	1	1	5	7	1.4
MORTALIDAD PERINATAL	3	3	1	7	1.4
ACCIDENTE OFIDICO	2	1	1	4	0.8
INTOXICACION POR PLAGUICIDAS	1	1	2	4	0.8
TUBERCULOSIS PULMONAR	3	1		4	0.8
ENFERMEDAD SIMILAR A LA INFLUENZA (VIGILANCIA CENTINELA) ESI		3		3	0.6
PAROTIDITIS		1	2	3	0.6
SIFILIS GESTACIONAL	3			3	0.6
ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS O AGUA (ETA)			2	2	0.4
INTENTO DE SUICIDIO	1	1		2	0.4
LESIONES POR POLVORA	2			2	0.4
NEGLIGENCIA		1	1	2	0.4
SIFILIS CONGENITA		2		2	0.4
VIOLENCIA SEXUAL		1	1	2	0.4
ABANDONO		1		1	0.2
ACCIDENTE POR MINA ANTIPERSONAL		1		1	0.2
HIPOTIROIDISMO CONGENITO	1			1	0.2
INTOXICACION POR SUSTANCIAS OTRAS QUIMICAS		1		1	0.2
MALARIA ASOCIADA (FORMAS MIXTAS)		1		1	0.2
MENINGITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE			1	1	0.2
SUICIDIO	1			1	0.2
TOS FERINA		1		1	0.2
TUBERCULOSIS EXTRA PULMONAR	1			1	0.2
VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	1			1	0.2
<b>TOTAL</b>	<b>104</b>	<b>183</b>	<b>222</b>	<b>509</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Sistema de Información para la Vigilancia Epidemiológica de los Eventos de interés en Salud Pública SIVIGILA, 2008, 2009, 2010

Los niños, niñas y adolescentes colombianos son víctimas demasiado frecuentes de minas antipersonal (MAP) y de municiones abandonadas sin explotar (MUSE) a lo largo del territorio nacional, principalmente en las áreas rurales del país. A su turno, la victimización desproporcionada de niños, niñas y adolescentes por minas antipersonal y municiones abandonadas sin explotar genera directamente, en forma comprobada, el desplazamiento de sus familias y sus comunidades. También opera

como una causa indirecta de desplazamiento, ya que situaciones de esta índole generan en muchos casos el confinamiento de familias y comunidades enteras, lo cual a su turno opera como causa de desplazamiento forzado a corto plazo.<sup>5</sup>

Teniendo en cuenta lo anterior, recordemos que el año 2009 se presentó un caso de accidente por mina antipersonal en un adolescente en situación de desplazamiento forzado.

### **Atenciones en salud. Mental de niños, niñas y adolescentes en situación de desplazamiento forzado antioquia 2010.**

Los Problemas graves de índole psicosocial –quinto problema transversal diferenciado que afecta a la niñez y adolescencia en situación de desplazamiento-

### **Respuesta estatal a la situación psicosocial de los menores de edad desplazados.**

La respuesta de las autoridades competentes a la preocupante situación psicosocial de los niños, niñas y adolescentes en situación de desplazamiento ha sido débil y mayormente ineficaz. Según expresó el Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas en su informe reciente sobre Colombia, “preocupa al Comité que se preste una atención insuficiente a (...) su necesidad de asistencia psicosocial para superar el trauma del desplazamiento”. La respuesta de las autoridades se ha provisto exclusivamente a través del ICBF, por medio de sus programas ordinarios o de Las Unidades Móviles de Atención.<sup>6</sup>

Con respecto a lo anterior, la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia ha venido trabajando en esta población y brindando asesoría y asistencia técnica para la implementación del programa mis derechos primero.

Dentro del programa Mis Derechos Primero, la atención Psicosocial a esta población es de gran importancia, a continuación mostramos las atenciones colectivas que se realizó a los niños, niñas y adolescentes.

Para el año 2010, desde el programa de Salud Mental se realizó 8.900 atenciones a niños, niñas y adolescentes donde los infantes fueron los que más aportaron a estas atenciones, con un 47% del total de éstas. Tabla 48.

---

<sup>5</sup> Auto 251 de 2009.

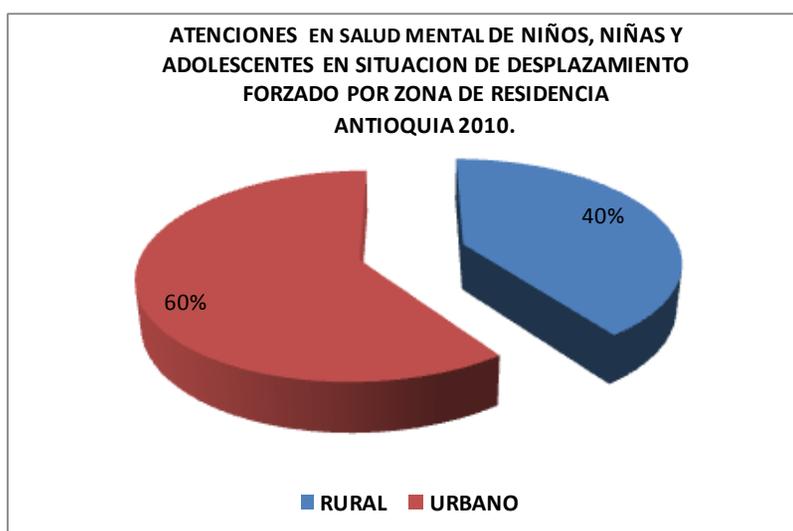
<sup>6</sup> Auto 251 de 2009.

**Tabla 48.** Población de niños, niñas y adolescentes en situación de desplazamiento forzado atendida en salud mental por grupo de edad y sexo, Antioquia 2010.

GRUPO DE EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
0-5 INFANCIA	348	7	359	9	707	8
6-12 INFANCIA	2249	47	1965	48	4214	47
13-17 ADOLESCENCIA	2183	46	1796	44	3979	45
<b>TOTAL</b>	<b>4780</b>	<b>100</b>	<b>4120</b>	<b>100</b>	<b>8900</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos programa salud mental.

Observamos que el 60% los niños, niñas y adolescentes atendidos fueron de la zona Urbana y el 40% de la Zona Rural. Figura 42.



**Figura 42.** Distribución porcentual por zona de residencia de la población de niños, niñas y adolescentes en situación de desplazamiento atendidas en salud mental. Antioquia 2010.

Fuente: Fuente: Base de datos programa salud mental.

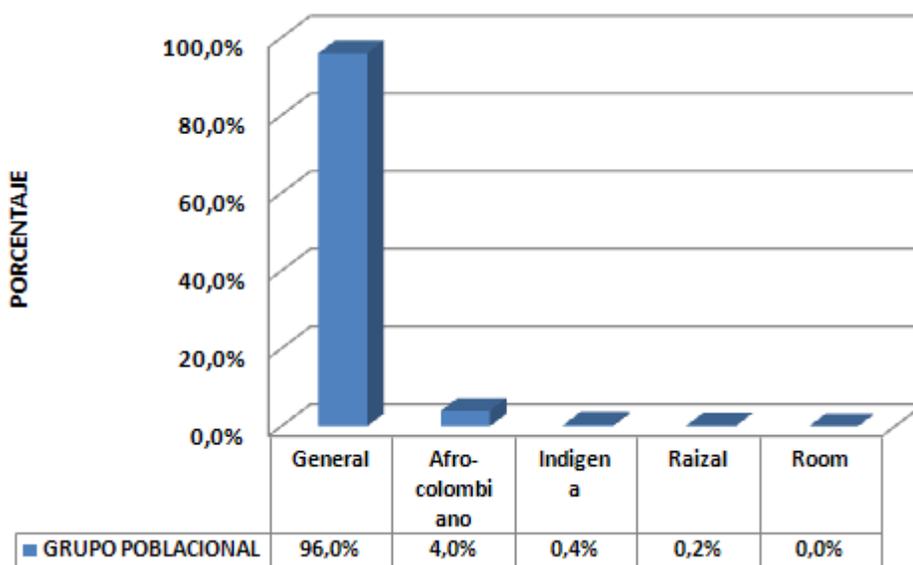
Las subregiones que más aportaron en estas atenciones fueron las subregiones de Oriente, Urabá, Occidente y Suroeste con un 48%, 27%, 7%, 7%, respectivamente. Tabla 49.

**Tabla 49.** Población de niños, niñas y adolescentes en situación de desplazamiento forzado atendida en salud mental por región de atención., Antioquia 2010.

SUBREGIÓN	Nº	%
ORIENTE	4296	48
URABÁ	2414	27
OCCIDENTE	658	7
SUROESTE	597	7
NORTE	269	3
BAJO CAUCA	255	3
NORDESTE	241	3
VALLE DE ABURRÁ	162	2
MAGDALENA MEDIO	8	0
<b>TOTAL</b>	<b>8900</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos programa salud mental.

Con respecto a la variable de grupo étnico, podemos observar que esta variable no se especifica en la mayoría de la población de niños, niñas y adolescentes atendidos en el programa de salud mental ya que se observa que el 96% de este grupo fue registrado como población general, solamente un 4% de la población fue registrado como Afrocolombiano. Figura 43.



**Figura 43.** Distribución porcentual grupo étnico de la población de niños, niñas y adolescentes en situación de desplazamiento atendidas en salud mental. Antioquia 2010.

Fuente: Base de datos programa salud mental.

De las 9.800 atenciones colectivas a niños, niñas y adolescentes, los tres primeros temas que se trataron fueron: el 21.8% el tema del desplazamiento, el 19.3% en el

tema de habilidades para la vida, (proyecto de vida) y el 14.8% el tema de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía. Tabla 50.

**Tabla 50.** Población de niños, niñas y adolescentes en situación de desplazamiento forzado atendida en salud mental por temas de intervención Antioquia 2010.

TEMAS INTERVENIDOS EN LAS ATENCIONES A NNA	N	%
Desplazamiento	1941	21,81%
Habilidades para la vida (proyecto de vida)	1718	19,30%
Educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía	1320	14,83%
Otros	1023	11,49%
Estilos de vida saludable	740	8,31%
Violencia intrafamiliar y/o sexual	598	6,72%
Prevención de consumo de Sustancias Psico Activas	328	3,69%
Trato digno	279	3,13%
Servicios Amigables	235	2,64%
Prevención de violencia intrafamiliar	239	2,71%
Pactos por la vida	91	1,02%
Restablecimiento de derechos	75	0,84%
Suicidio e intento de suicidio	65	0,73%
Equidad de género	61	0,69%
Centros de escucha	48	0,54%
Espacios e instituciones libres de humo	41	0,46%
Trastorno mental y del comportamiento	29	0,33%
Problemáticas municipales y POA	28	0,31%
Minas	23	0,26%
Discapacidad	14	0,16%
Retornos Acompañados	3	0,03%
Proyectos productivos (Generación de ingresos)	1	0,01%
<b>TOTAL</b>	<b>8900</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Base de datos programa salud mental, 2010.

Niños, niñas y adolescentes en situación de desplazamiento forzado atendidos en salud por vacunación. Antioquia 2010.

### **Monitoreo Rápido De Cobertura De Vacunación.**

Con el fin de dar cumplimiento a la Ley 1190 de 2008 y Auto 116 de la Corte Constitucional, se muestra cuadro con informe de las acciones de vacunación realizadas en los diferentes municipios del Departamento de Antioquia en la población en condición de desplazamiento con esquemas de vacunación adecuados para la edad, según las historias de vacunación del PAI. Tabla 51.

**Tabla 51.** Niños y Niñas de cero a siete años en Situación de Desplazamiento con esquema de vacunación adecuado para la edad. Antioquia 2009-2010

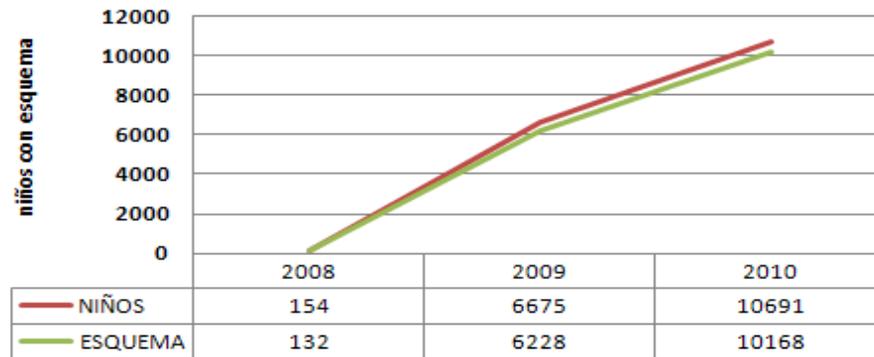
AÑOS		2009	2010
<b>ENERO</b>	<b>GRUPO DE EDAD</b>	<b>TOTAL 0-7 AÑOS</b>	<b>TOTAL 0-7 AÑOS</b>
	POBLACIÓN		11.308
	CON ESQUEMA		10.168
	COBERTURA		89.9%
	POR VACUNAR		11.140
<b>FEBRERO</b>	<b>GRUPO DE EDAD</b>	<b>TOTAL 0-7 AÑOS</b>	<b>TOTAL 0-7 AÑOS</b>
	POBLACIÓN		8.774
	CON ESQUEMA		8.076
	COBERTURA		92.0%
	POR VACUNAR		698
<b>MARZO</b>	<b>GRUPO DE EDAD</b>	<b>TOTAL 0-7 AÑOS</b>	<b>TOTAL 0-7 AÑOS</b>
	POBLACIÓN		9.221
	CON ESQUEMA		8.602
	COBERTURA		93.3%
	POR VACUNAR		619
<b>ABRIL</b>	<b>GRUPO DE EDAD</b>	<b>TOTAL 0-7 AÑOS</b>	<b>TOTAL 0-7 AÑOS</b>
	POBLACIÓN	5.805	12.423
	CON ESQUEMA	5.081	10.032
	COBERTURA	87.5%	80.8%
	POR VACUNAR	724	2.391
<b>MAYO</b>	<b>GRUPO DE EDAD</b>	<b>TOTAL 0-7 AÑOS</b>	<b>TOTAL 0-7 AÑOS</b>
	POBLACIÓN	4.226	9.102
	CON ESQUEMA	3.868	8.516
	COBERTURA	91.5%	93.6%
	POR VACUNAR	358	586
<b>JUNIO</b>	<b>GRUPO DE EDAD</b>	<b>TOTAL 0-7 AÑOS</b>	<b>TOTAL 0-7 AÑOS</b>
	POBLACIÓN	4.586	9.102
	CON ESQUEMA	4.036	8.516
	COBERTURA	88.0%	93.6%
	POR VACUNAR	550	586

Fuente: Software PaiSoft 2.7.2

	GRUPO DE EDAD	TOTAL 0-7 AÑOS	TOTAL 0-7 AÑOS
	<b>JULIO</b>	POBLACIÓN	11.682
CON ESQUEMA		10.062	2.784
COBERTURA		86.1%	95.1%
POR VACUNAR		1.620	143
	GRUPO DE EDAD	TOTAL 0-7 AÑOS	TOTAL 0-7 AÑOS
	<b>AGOSTO</b>	POBLACIÓN	5.672
CON ESQUEMA		4.982	5.065
COBERTURA		87.8%	93.1%
POR VACUNAR		690	374
	GRUPO DE EDAD	TOTAL 0-7 AÑOS	TOTAL 0-7 AÑOS
	<b>SEPTIEMBRE</b>	POBLACIÓN	6.278
CON ESQUEMA		5.624	6.174
COBERTURA		89.6%	94.3%
POR VACUNAR		654	370
	GRUPO DE EDAD	TOTAL 0-7 AÑOS	TOTAL 0-7 AÑOS
	<b>OCTUBRE</b>	POBLACIÓN	5.724
CON ESQUEMA		5.344	10.492
COBERTURA		93.4%	95.7%
POR VACUNAR		380	466
	GRUPO DE EDAD	TOTAL 0-7 AÑOS	TOTAL 0-7 AÑOS
	<b>NOVIEMBRE</b>	POBLACIÓN	11.495
CON ESQUEMA		9.853	459
COBERTURA		85.7%	98.1%
POR VACUNAR		1.642	9
	GRUPO DE EDAD	TOTAL 0-7 AÑOS	TOTAL 0-7 AÑOS
	<b>DICIEMBRE</b>	POBLACIÓN	6.675
CON ESQUEMA		6.228	10.168
COBERTURA		93.3%	95.1%
POR VACUNAR		447	523

Fuente: Software PaiSoft 2.7.2

Desde los 2 meses hasta los 7 años, incluye número de población desplazada con historia de vacunación, población vacunada y el porcentaje de población con el esquema adecuado para la edad, generada en cada municipio a través del software PaiSoft 2.7.2.



**Figura 44.** Niños niñas y adolescentes de cero a siete años con esquema de vacunación adecuado para la edad. Antioquia 2008-2010.

Fuente: Software PaiSoft 2.7.2

### **Atención psicosocial a población en situación de desplazamiento forzado. Antioquia 2010.**

El Ministerio de Salud y Protección Social, ha creído necesario elevar el tema de Salud Mental y Cultura de Paz como una Estrategia Sanitaria Nacional, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud e incorporando sus componentes en las actividades de la atención de las personas, de la familia y de la comunidad, en los aspectos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, de acuerdo a los Lineamientos de Política Sectorial 2002-2012.

La Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia ha venido trabajando con la comunidad desplazada a nivel de actividades grupales y familiares en diferentes líneas de trabajo como es la Educación con procesos formativos educativos, orientación y sensibilización en diferentes temas de salud mental, asesoría de emergencia, además con énfasis en temas de desplazamiento, discapacidad, educación para la Sexualidad, construcción ciudadana y equidad de género entre otras.

Actualmente se está fortaleciendo el subsistema de Información en salud mental donde se está trabajando continuamente en la calidad, oportunidad de la información, con asesores departamentales que hace interventoría a las diferentes actividades que se realizan a la población desplazada.

Para el año 2010 se trabajó los 3 primeros meses y nuevamente a partir de septiembre se retoma los contratos de los profesionales psicosociales.

A continuación se muestra el producto de este grupo de trabajo dirigido a la población desplazada.

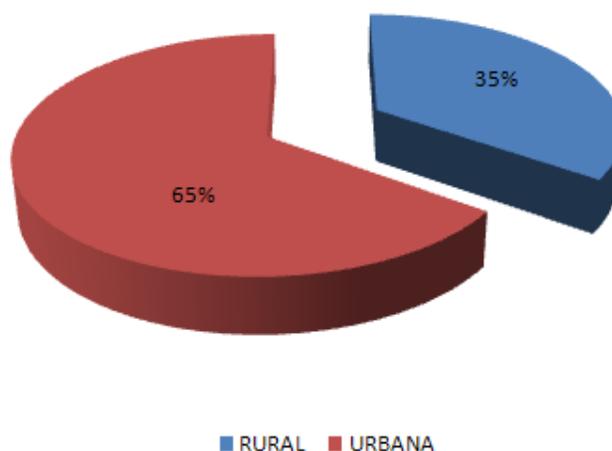
El proyecto Familia con Trato Digno, realizó 23.008 atenciones a la población desplazada, de la cual, a 12.905 atenciones se les trabajó en la línea de trabajo de Procesos Psicoeducativos y de Apoyo con población en riesgo, 6,920 atenciones en Educación con procesos formativos educativos, y 3.024 atenciones se dio en Orientación y Sensibilización en Diferentes temas de Salud Mental y 159 atenciones en temas de Asesoría de Emergencia Tabla 52.

**Tabla 52.** Líneas de trabajo trabajadas a población desplazada atendida por salud mental. Antioquia 2010.

LÍNEAS DE TRABAJO	Nº	%
PROCESOS PSICOEDUCATIVOS Y DE APOYO CON POBLACIONES EN RIESGO	12.905	56%
EDUCACIÓN CON PROCESOS FORMATIVOS EDUCATIVOS	6.920	30%
ORIENTACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN EN DIFERENTES TEMAS DE SALUD MENT.	3.024	13%
ASESORÍA DE EMERGENCIA	159	1%
<b>TOTAL</b>	<b>23.008</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de datos programa salud mental.

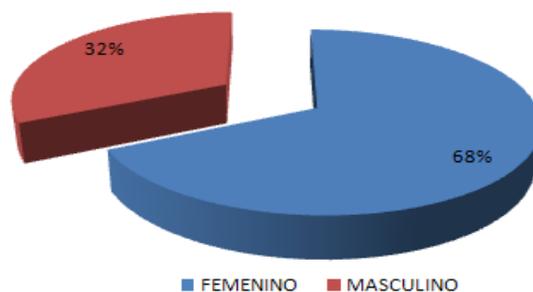
De las atenciones realizadas a población desplazada, el 65% fueron brindadas a la población de zona Urbana, y el 35% a la población de la zona Rural, se sigue observando que la población desplazada en la zona urbana ha tenido mayor cobertura que la población desplazada que se encuentra en la zona Rural, en esta última población se está trabajando para fortalecer continuidad en las atenciones. Figura 45



**Figura 45.** Distribución porcentual por zona de residencia de la población desplazada atendida en salud mental. Fuente: Base de datos programa salud mental.

En la zona rural como en la zona urbana, los adultos, adolescentes e infantes fueron los grupos poblacionales con mayor número de atenciones.

De las atenciones realizadas a la población en situación de desplazamiento forzado, atendidas en los temas psicosociales, se observó que el 68% de estas atenciones colectivas fueron brindadas al sexo femenino y el 32% al sexo masculino. Figura 46.



**Figura 46.** Distribución porcentual por sexo de la población desplazada atendida en salud mental.

**Fuente:** Base de datos programa salud mental

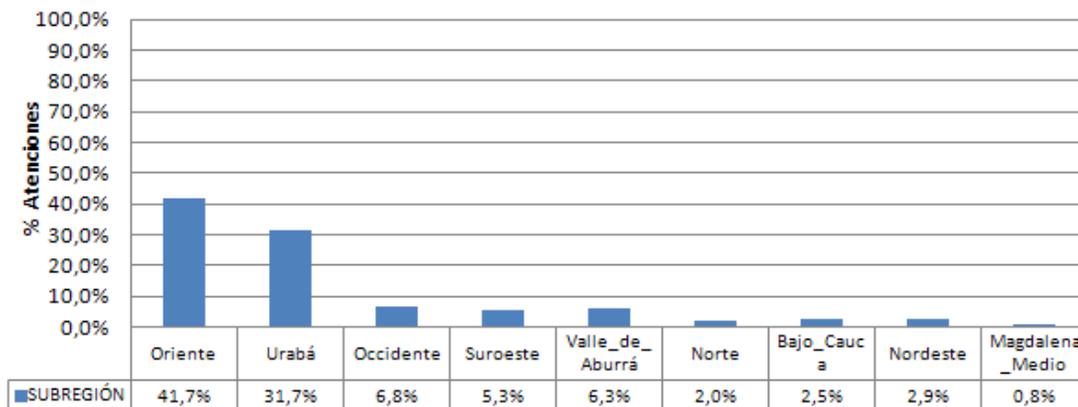
El grupo poblacional que tuvo mayor número de atenciones, fue los adultos con un peso porcentual del 38% del total de las atenciones, le sigue el Grupo de Infantes con un aporte del 18%, seguidamente los Adolescentes y Jóvenes con un peso porcentual de 17% y 13% respectivamente. El grupo poblacional de Primera Infancia fue el que tuvo el menor número de atenciones con un 3% del total. Tabla 53.

**Tabla 53.** Población desplazada atendida en salud mental por sexo y grupo de edad. Antioquia 2010.

GRUPO DE EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N <sup>a</sup>	%	N <sup>a</sup>	%	N <sup>a</sup>	%
0-5	348	2%	359	5%	707	3%
6-12	2249	14%	1965	27%	4214	18%
13-17	2183	14%	1796	24%	3979	17%
18-26	2276	15%	649	9%	2925	13%
27-60	6976	45%	1666	23%	8642	38%
61+	1585	10%	956	13%	2541	11%
<b>TOTAL</b>	<b>15.617</b>	<b>100%</b>	<b>7391</b>	<b>100%</b>	<b>23008</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de datos programa salud mental

Las Regiones del Oriente y Urabá Antioqueño fueron las regiones con más atenciones a la población en situación de desplazamiento desde los temas Psicosociales, con un aporte porcentual del total de las atenciones en el Departamento de Antioquia del 41.7% y el 31.7% respectivamente. Figura 47.

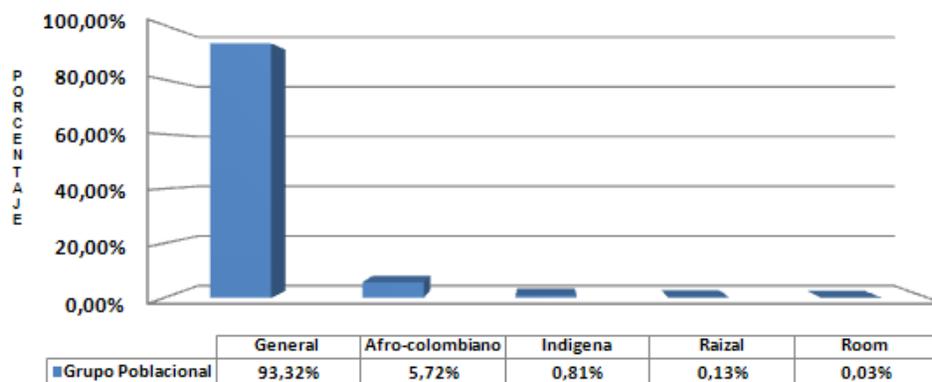


**Figura 47.** Distribución porcentual por Subregión de la población desplazada atendida en salud mental.

Fuente: Base de datos programa salud mental

Cuando miramos las atenciones brindadas a la población en situación de desplazamiento forzado por grupo poblacional, observamos que a pesar que se está trabajando con enfoque diferencial, esta variable debe ser más detenidamente identificada. Del total de atenciones se observó que el 93.3% fue realizado a la población general, solamente el 6.7% de estas atenciones se identificó que el

5.724% fue a la población Afrocolombiana, el 0.808% a la población Indígena, el 0.126% a la población raizal y el 0.026% a la población ROM ( gitanos). Figura 48.



**Figura 48.** Distribución porcentual por Grupo Población de las atenciones en salud mental.  
**Fuente:** Base de datos programa salud mental

Continuando con el registro del enfoque diferencial, se encontró que del 100% de las atenciones realizadas en temas psicosociales el 14,6% de las atenciones se identificó con enfoque diferencial que corresponden a 3.365 atenciones.

De las 23.008 atenciones, el 10,7% de las atenciones fueron identificadas como mujeres cabeza de familia, el 1,9% como mujeres Gestantes, el 1.4% como discapacitados y el 0.6% como víctimas de minas antipersonal.

Los temas en Salud Mental Trabajados fue el 27.39% de Desplazamiento, el 13,79% habilidades para la vida, el 9.61% estilos de vida saludable, el 8.5% educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía Tabla 54.

**Tabla 54.** Población desplazada atendida por salud mental. Según tema de intervención. Antioquia 2010.

TEMAS INTERVENIDOS	2010	
	Nº	%
Habilidades para la vida (proyecto de vida)	3172	13,79%
Desplazamiento	6303	27,39%
Otros	2211	9,61%
Estilos de vida saludable	1867	8,11%
Educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía	1972	8,57%
Trato digno	1045	4,54%
Prevención de violencia intrafamiliar	2037	3,40%
Violencia intrafamiliar y/o sexual	1275	5,54%
Reestablecimiento de derechos	294	1,28%
Espacios e instituciones libres de humo	110	0,00%
Prevención de consumo de Sustancias Psico Activ	502	2,18%
Pactos por la vida	299	1,30%
Equidad de género	366	1,59%
Suicidio e intento de suicidio	295	1,28%
Trastorno mental y del comportamiento	285	1,24%
Problemáticas municipales y POA	253	1,10%
Minas	63	0,27%
Centros de escucha	249	1,08%
Servicios Amigables	241	1,05%
Discapacidad	102	0,44%
Proyectos productivos (Generación de ingresos)	31	0,13%
Retornos Acompañados	36	0,16%
<b>TOTAL</b>	<b>23008</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Base de datos programa salud mental

"Salud mental es la capacidad de las personas y de los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente; un medio de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, ya sea cognitivas, afectivas, o relacionales. Asimismo el logro de metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común." *Ministerio de Salud y Bienestar de Canadá. Mental Health for Canadians. 1988*

## Comentarios

Se puede observar que desde la sentencia T-025 del 2004, la Corte Constitucional evidencia la falta de cumplimiento de algunas instituciones a las exigencias dadas para el goce efectivo de los derechos de la población desplazada.

Es importante resaltar el gran esfuerzo que se ha tenido desde el sistema de información de la SSSA para suplir las deficiencias de información que se tienen con respecto a esta población.

Se puede evidenciar que la población víctima del desplazamiento forzado es muy vulnerable a las patologías relacionadas con la salud pública. Además las relacionadas con la Salud Mental.

Desde la Secretaría Seccional de Salud, se debe fortalecer un grupo de trabajo con representantes de cada área para mejorar todo lo referente a las acciones que se realizan a la población víctima del desplazamiento forzado.

Se requieren profesionales en Gerencia en Sistemas de Información para apoyar todos los procesos y procedimientos referentes al subsistema de información de población víctima del desplazamiento forzado.

Hay que comprender que la información de la población víctima del desplazamiento forzado es transversal a todas las acciones que desde el área de la Salud se realizan.

El desconocimiento de la política pública de muchos funcionarios desde el nivel Municipal y Departamental ha sido un cuello de botella para implementar las diferentes acciones.

La no implementación desde los diferentes programas y proyectos de la captura de la información con el enfoque diferencial y por ende de su atención diferencial tanto del nivel Municipal como Departamental también ha sido un aspecto relevante para la obtención veraz y oportuna de las acciones realizadas a la población víctima del desplazamiento forzado.

La falta de recurso Humano tanto Municipal como Departamental y su inestabilidad laboral han sido uno de los grandes tropiezos para el seguimiento continuo de los diferentes procesos con referencia a la población víctima del desplazamiento forzado.

Se debe seguir trabajando la calidad y oportunidad de la información con referencia a la población víctima del desplazamiento forzado ya que la información de la población desplazada tiene un seguimiento continuo por los diferentes entes de control y los requerimientos exigidos son muy específicos.

## Anexos

PRINCIPALES PROCEDIMIENTOS REALIZADOS	2008	2009	2010	TOTAL	%
Atención diaria intrahospitalaria, por el especialista tratante, del paciente no quirúrgico u obstétrico	1500	3209	4562	9271	3,8
Potasio	1450	2396	4219	8065	3,3
Sodio	1358	2231	4000	7589	3,1
Cuadro hemático o hemograma hematocrito y leucograma	3037	2726	3116	8879	3,6
Glucosa (en suero, LCR, otros fluidos)	1111	1909	2974	5994	2,5
Hemograma IV (Hemoglobina, hematocrito, recuento de eritrocitos, índices eritrocitarios, leucograma, recuento de plaquetas,, índices plaquetarios y morfología electrónica e histograma) método automático.	96	752	2621	3469	1,4
Creatinina en suero u otros	83	698	2229	3010	1,2
suero, orina y otros	1953	1893	2151	5997	2,5
Tiempo de Protombina PT	38	334	2003	2375	1,0
Proteína C Reactiva cuantitativo de alta precisión	42	447	1981	2470	1,0
Glucosa en suero LCR u otro fluido diferente a orina	157	566	1937	2660	1,1
Cloro (Cloruro)	63	411	1738	2212	0,9
Cloruro	1091	1514	1651	4256	1,7
Tiempo de Tromboplastina Parcial PTT	45	287	1637	1969	0,8
Proteína C reactiva PCR, prueba cuantitativa de alta precisión	1394	1762	1623	4779	2,0
Nitrógeno Uréico BUN*	62	305	1520	1887	0,8
Plaquetas, recuento	1096	1108	1445	3649	1,5
Nitrógeno uréico	1020	1351	1421	3792	1,6
Estudio de coloración básica en biopsia	57	246	1328	1631	0,7
Ultrasonografía pélvica ginecológica Transvaginal	103	303	1241	1647	0,7
Protrombina, tiempo PT	1195	1242	1206	3643	1,5
Magnesio colorimétrico	639	981	1136	2756	1,1
Nebulización	66	154	1083	1303	0,5
Fosfatasa Alcalina	377	587	988	1952	0,8
Uroanálisis con sedimento y densidad urinaria	29	241	976	1246	0,5
Creatinina	46	106	961	1113	0,5
Calcio colorimétrico	537	742	928	2207	0,9
Oximetría de pulso	621	972	926	2519	1,0
Transaminasa oxalacética / ASA	612	650	921	2183	0,9
Tromboplastina, tiempo parcial (PTT)	1078	1053	907	3038	1,2
Subtotal	20956	31176	55429	107561	44,2
Otros	30088	37530	68272	135890	55,8
<b>TOTAL</b>	<b>51044</b>	<b>68706</b>	<b>123701</b>	<b>243451</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Registro individual de prestación de servicios RIPS.

PRINCIPALES MEDICAMENTOS	2008	2009	2010	TOTAL	%
SODIO CLORURO	2541	2734	4551	9826	6,94
DIPIRONA	1469	1299	2373	5141	3,63
LACTATO RINGER (SOLUCIÓN HARTMAN)	1160	999	1442	3601	2,54
RANITIDINA (CLORHIDRATO)	1077	1186	2081	4344	3,07
VALPROICO ÁCIDO	1069	1201	2909	5179	3,66
HALOPERIDOL	1052	1107	2628	4787	3,38
ACETAMINOFÉN	881	1097	1198	3176	2,24
TRAMADOL CLORHIDRATO	860	1029	1698	3587	2,53
OMEPRAZOL	797	1059	1963	3819	2,70
METOCLOPRAMIDA	703	991	1669	3363	2,38
BIPERIDENO LACTATO	682	831	1957	3470	2,45
LITIO CARBONATO	665	626	1341	2632	1,86
DEXTROSA EN AGUA DESTILADA	663	868	1071	2602	1,84
FLUOXETINA	645	681	1373	2699	1,91
HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR	588	813	1628	3029	2,14
CLOZAPINA	516	551	1539	2606	1,84
POTASIO CLORURO	515	623	765	1903	1,34
DICLOFENACO SÓDICO	509	409	731	1649	1,16
FUROSEMIDA	458	518	1096	2072	1,46
HEPARINA SÓDICA	427	697	657	1781	1,26
<b>SUBTOTAL</b>	<b>17277</b>	<b>19319</b>	<b>34670</b>	<b>71266</b>	<b>50,35</b>
OTROS	16439	19135	34710	70284	49,65
<b>TOTAL</b>	<b>33716</b>	<b>38454</b>	<b>69380</b>	<b>141550</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Registro individuales de prestación de servicios RIPS.

PRINCIPALES DIAGNOSTICOS POR URGENCIAS	2008	2009	2010	TOTAL	%
INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO	3	13	31	47	2,9
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA NO ESPECIFICADA	6	11	17	34	2,1
TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO	3	8	16	27	1,7
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	4	4	15	23	1,4
INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA		4	15	19	1,2
OTROS SINTOMAS Y SIGNOS GENERALES ESPECIFICADOS			15	15	0,9
OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	5	10	14	29	1,8
ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO AGUDO NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO	1	5	13	19	1,2
NEUMONIA NO ESPECIFICADA		6	13	19	1,2
CEFALEA	3	7	10	20	1,3
DOLOR PRECORDIAL		2	10	12	0,8
CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS	3	3	9	15	0,9
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	6	7	9	22	1,4
DOLOR EN EL PECHO NO ESPECIFICADO	2	1	9	12	0,8
HEMORRAGIA VAGINAL Y UTERINA ANORMAL NO ESPECIFICADA	1	9	9	19	1,2
SINCOPE Y COLAPSO			9	9	0,6
CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON COLECISTITIS AGUDA		6	8	14	0,9
HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL NO ESPECIFICADA	2	2	8	12	0,8
OSTEOMIELITIS NO ESPECIFICADA		1	8	9	0,6
SEPTICEMIA NO ESPECIFICADA	2	3	8	13	0,8
INSUFICIENCIA CARDIACA NO ESPECIFICADA		3	7	10	0,6
CALCULO DEL RIÑON		4	6	10	0,6
FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LA 37 Y MAS SEMANAS COMPLETAS DE GESTACION		3	6	9	0,6
FIEBRE NO ESPECIFICADA		7	6	13	0,8
HERIDA DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX	1	3	6	10	0,6
POLIPO DEL CUELLO DEL UTERO			6	6	0,4
ANGINA INESTABLE	3	2	5	10	0,6
CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS		1	5	6	0,4
ENFERMEDAD DE PARKINSON			5	5	0,3
EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO		7	5	12	0,8
HEMORRAGIA DEL ANO Y DEL RECTO		3	5	8	0,5
INFECCION CONSECUTIVA A PROCEDIMIENTO NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	1	2	5	8	0,5
LEIOMIOMA DEL UTERO SIN OTRA ESPECIFICACION	3		5	8	0,5
RADICULOPATIA		2	5	7	0,4
<b>SUBTOTAL</b>	<b>49</b>	<b>139</b>	<b>323</b>	<b>511</b>	<b>32,1</b>
OTROS	125	401	557	1083	67,9
<b>TOTAL</b>	<b>174</b>	<b>540</b>	<b>880</b>	<b>1594</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Registro individuales de prestación de servicios RIPS.

PRINCIPALES DIAGNOSTICOS POR HOSPITALIZACION	2008	2009	2010	TOTAL
OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	84	58	109	251
TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EPISODIO MANIACO PRESENTE CON SINTOMAS PSICOTICOS	84	59	215	358
INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO	61	70	118	249
BRONCONEUMONIA NO ESPECIFICADA	47	27	33	107
HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	40	36	108	184
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	39	25	32	96
HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL NO ESPECIFICADA	38	16	86	140
PARTO POR CESAREA SIN OTRA ESPECIFICACION	34	14	16	64
PARTO UNICO ESPONTANEO PRESENTACION CEFALICA DE VERTICE	34	31	49	114
ASMA NO ESPECIFICADA	33	35	8	76
NEUMONIA NO ESPECIFICADA	33	32	65	130
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA NO ESPECIFICADA	30	25	103	158
HEMORRAGIA VAGINAL Y UTERINA ANORMAL NO ESPECIFICADA	28	53	79	160
ABORTO ESPONTANEO: INCOMPLETO SIN COMPLICACION	27	8	15	50
APENDICITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	27	22	35	84
INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	27	28	101	156
PARTO UNICO ESPONTANEO SIN OTRA ESPECIFICACION	27	5	3	35
TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EPISODIO MIXTO PRESENTE	24	23	23	70
RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS SIN OTRA ESPECIFICACION	23	8	7	38
CISTOCELE	21	14	30	65
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	21	9	43	73
COLECISTITIS AGUDA	20	13	30	63
CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON OTRA COLECISTITIS	16	7	4	27
CELULITIS DE SITIO NO ESPECIFICADO	16	10	13	39
FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LA 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACION	15	20	11	46
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO SIN OTRA ESPECIFICACION	15	9	16	40
LEIOMIOMA DEL UTERO SIN OTRA ESPECIFICACION	15	13	19	47
TUMOR BENIGNO DEL OVARIO	15	13	18	46
ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA	14	5	6	25
PANCREATITIS AGUDA	14	21	30	65
TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO	14	22	19	55
<b>SUBTOTAL</b>	<b>936</b>	<b>731</b>	<b>1444</b>	<b>3111</b>
OTROS	1718	1904	3597	7219
<b>TOTAL</b>	<b>2654</b>	<b>2635</b>	<b>5041</b>	<b>10330</b>

Fuente: Registro individuales de prestación de servicios RIPS.

## COMPONENTE DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

### DISTRIBUCION POBLACIÓN EN EL SGSSS EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA 2010

La población del Departamento de Antioquia según DANE (Ajuste de proyección) por régimen de afiliación al SGSSS presentó el siguiente comportamiento:

Población General a 2010: 6.066.317. Para el régimen contributivo a junio de 2010 se tenían proyectados 2.963.239 usuarios (esta base de datos incluye los suspendidos, retirados, des-afiliados) representando el 48.8% de la población del Departamento de Antioquia. Para el régimen subsidiado se proyectaron 2.337.500 afiliados representando un 38.5% del total de la población. La población no afiliada al SGSSS fue de 765.638 habitantes correspondiente a un 12.6% de la población del Departamento de Antioquia.

En la tabla 55 se relacionan las EPS Subsidiadas, de las cuales la SSSA recibió y analizó información para el período de Abril 2010 a Marzo de 2011 tomando en cuenta la población consignada en matrices ajustadas de programación.

**Tabla 55.** Empresas Promotoras de Salud (EPS) Subsidiadas

EPS	Código- EPS-S	Sede	Población 2010	Total de municipios donde opera	Promedio de afiliados por municipio	% Población
EPS COMFENALCO ANTIOQUIA	EPS009	Medellín	344.929	52	6.633	14,77%
CAJA COMFAMA	CCF002	Medellín	482.567	45	10.724	20,67%
CAFESALUD	EPSS03	Medellín	398.992	1	398.992	17,09%
EMP MUTUAL ARBOLETES ESS EMDISALUD	ESS002	Montería	318.209	20	15.910	13,63%
COOSALUD	ESS024	Cartagena	230.976	29	7.965	9,89%
ENTIDAD COOPERATIVA ECOOPSOS	ESS091	Rionegro	113.474	26	4.364	4,86%
EPS CAPRECOM	EPS020	Medellín	224.327	86	2.608	9,61%
EPS CONDOR SA	EPS030	Pasto	36.028	5	7.206	1,54%
SALUD VIDA EPS	EPS033	Bogotá	43.297	9	4.811	1,85%
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAMACOL	CCF001	Bogotá	94.600	26	3.638	4,05%
SELVASALUD EPS SA	EPS031	Mocoa	10.734	3	3.578	0,46%
ASO MUT LA ESPERANZA EL TAMBO "ASMET ESS" ASMETSALUD	ESS062	Popayan	15.210	5	3.042	0,65%
ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	EPS103	Popayan	21.486	19	1.131	0,92%
<b>TOTAL</b>			<b>2.334.829</b>	<b>326</b>	<b>470.603</b>	<b>1</b>

Fuente: Matrices de programación remitidas a la SSSA

Se presenta el listado de las entidades analizadas durante el 2010 de la vigencia Abril 01 2010 a 31 Marzo de 2011 con su ubicación de sede principal y número total de entidades territoriales donde cuenta con población afiliada. Hay 13 entidades con presencia en el Departamento de Antioquia (2 CCF y 11 EPS); se agrega la información de población aproximada afiliada a cada una, con un comparativo del promedio de afiliados por entidad territorial, a fin de ilustrar de forma indirecta la dispersión del aseguramiento. Las EPS-S Caprecom, Comfenalco, Comfama, Coosalud y Ecoopsos son las que tienen afiliados en el mayor número de municipios, con presencia en 86, 52, 45, 29 y 26 municipios Antioqueños respectivamente. Los promedios varían entre 1131 para la EPS-S AIC y 15910 afiliados para la EPS-S Emdisalud. Para el caso de la EPS-S AIC con 21.486 afiliados y con presencia en 19 municipios presenta una situación particular que implica una mayor adecuación en la organización administrativa necesaria para brindar una adecuada prestación de servicios a la totalidad de personas a cargo.

Según el número de afiliados, se puede observar que COMFAMA tiene la mayor proporción de población afiliada (20.67%) seguida de CAFESALUD (17.09%), COMFENALCO tiene un 14.77% de la población, EMDISALUD con un 13.63 %, le siguen COOSALUD con un 9.89% Y CAPRECOM con un 9.61% de la población.

Teniendo en cuenta lo anterior se concluye que estas seis EPS-S tienen afiliada el 85.66% de la población Antioqueña.

En términos territoriales y para el conjunto de las EPS-S en el área metropolitana se encuentran localizados 888.961 afiliados que constituyen un 38% de la población. Medellín tiene 649.426 afiliados representando un porcentaje poblacional de 27 %.

### **1. Condiciones de gestión para las actividades procedimientos e intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en Salud Pública en el régimen subsidiado (acuerdo 117, Resolución 412 y 3384 de 2000)**

El Acuerdo 117 de 1998 y sus resoluciones reglamentarias<sup>7</sup> vigentes desarrollaron el Sistema de Fortalecimiento de la Gestión de las Entidades Promotoras de Salud correspondiente a las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública, tanto del régimen contributivo como subsidiado, a fin de realizar un monitoreo permanente de indicadores trazadores en salud con instrumentos y períodos unificados que permitieran acciones de control y mejoramiento continuo buscando siempre la adecuada atención de la población asegurada y el logro de óptimas condiciones de salud.

---

<sup>7</sup> Resoluciones 412 y 3384 de 2000

Esta normatividad definió el papel de las administradoras del Plan Obligatorio de Salud en el desarrollo de las políticas de salud pública constituyéndose en el mecanismo de complementariedad requerido entre los planes de atención existentes en el régimen de beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En términos de vigencia, se valida y consolida la información enviada a la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia durante el período comprendido entre el 1 de Abril de 2010 hasta el 31 de marzo de 2011, por lo que el análisis presentado en este documento recoge la gestión adelantada por las EPS-S durante este período.

El Sistema de Fortalecimiento de la Gestión se estructuró según lo establecido en las resoluciones reglamentarias a partir de los siguientes elementos:

- Marco normativo del modelo establecido en el Acuerdo 117 de 1998 y la normatividad relacionada con el Sistema Integral de Información en Salud
- Indicadores trazadores
- Programación de actividades con base en la población afiliada
- Captura y acumulación trimestral de datos
- Comparación de actividades estimadas, las metas de cobertura definidas y las actividades realizadas por las EPS en el mismo período.
- Evaluación de los indicadores orientada a la definición de medidas de intervención, pertinentes para el fortalecimiento de la gestión de las EPS.
- Desagregación de la información por entidad territorial del orden Departamental, con el fin de monitorear la gestión en el ámbito territorial específico, estimulando la equidad entre subregiones a través de intervenciones oportunas.

De acuerdo con lo anterior, se estableció según lineamientos técnicos del Régimen Subsidiado del Ministerio de la Protección Social ( radicado 135405 con fecha del 20 mayo de 2008) la herramienta (matrices de programación) del sistema de fortalecimiento de la gestión para planeación seguimiento y evaluación de las intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública, que ha sido diseñada y estandarizada en estructura y formato (Excel) para toda las entidades territoriales y entidades promotoras de salud del régimen subsidiado (EPS-S).

Las matrices deben ser diligenciadas para calcular el número de actividades de protección específica y detección temprana a cargo del régimen subsidiado en la población carnetizada por cada municipio del Departamento. La presentación de estas matrices se hará por tanto a escala municipal en el formato 2009 por entidad aseguradora y por contrato suscrito, en las fechas establecidas en la resolución 3384 de 2000.

Con respecto a la ejecución de las acciones y partiendo de la programación aprobada para cada entidad, se determinó la presentación de reportes trimestrales de ejecución vigencia 2010 de actividades realizadas y casos detectados para los indicadores definidos (tanto de cumplimiento como de calidad también llamados Centinelas), treinta (30) días calendario después de finalizado el trimestre en cuestión.

Todos estos reportes deben ser remitidos en medio magnético al municipio, copia a la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

Este flujo de información debe permitir una intervención en primera instancia de la EPS sobre sus propios resultados, identificando las causas y procesos involucrados en el déficit o logros obtenidos. En segundo lugar, es la entidad territorial quien debe analizar las programaciones presentadas y garantizar su ajuste, calificar los resultados trimestrales de cada entidad promoviendo de acuerdo con ellos procesos de mejoramiento mediante planes concertados conjuntamente y en tercer lugar por el Ministerio de Salud, en términos de retroalimentar la gestión desde una visión cruzada de lo ocurrido en el ámbito nacional y adelantar los procesos necesarios para ajustes técnicos y de reglamentación.

Para el proceso de Inspección Vigilancia y Seguimiento a las acciones de Salud Pública Individuales por proceso de contratación aún no se cuenta con un grupo interdisciplinario estructurado y para la vigencia 2010 solo contó con una persona responsable del mismo durante todo el año, por lo que se realizó el proceso en lo referente a la recepción, remisión, validación, consolidación, análisis y retroalimentación de la información enviada por las 12 EPS-S que reportan información y tienen afiliados en el Departamento de Antioquia.

La información analizada en este documento se tomó de la Base de Datos de Actividades de Detección Temprana y Protección Específica Régimen Subsidiado año 2010 diligenciada por la misma funcionaria.

Para los procesos de asesoría y asistencia técnica a las EPS-S y seguimiento a la gestión de las EPS-S para la vigencia 2010 se han realizado a demanda por la misma razón anteriormente expuesta.

Sin embargo, es importante anotar que para la vigencia 2011 se inició un plan de visitas que incluye actividades de Inspección y Vigilancia y Asesoría y asistencia Técnica a las EPS tanto del régimen contributivo y subsidiado evaluando principalmente la gestión realizada por la EPS frente al cumplimiento de los indicadores.

Como objeto de análisis se cuenta con:

- 12 normas técnicas de protección específica y detección temprana

- 4 guías de atención de obligatorio cumplimiento, las cuales son monitoreadas a través de 25 indicadores de cumplimiento.
- 7 indicadores centinela de calidad, eje del análisis presentado en este documento.

## **ANÁLISIS CONSOLIDADO DE RESULTADOS 2010**

### **INDICADORES ANALIZADOS:**

Las matrices de programación incluyen las actividades, procedimientos e intervenciones contemplados en cada norma técnica, sin embargo para efectos del seguimiento trimestral de las EPS se definió conforme a la resolución 3384 de 2000 un cuadro de las acciones programadas soporte de cada indicador trazador definido, obteniendo la siguiente información, por aseguradora y entidad territorial:

- VACUNACIÓN PAI: Dosis a aplicar de vacuna antihepatitis B y vacuna DPT
- ATENCIÓN EN SALUD BUCAL: Aplicación de sellantes a realizar y número de controles de placa.
- ATENCIÓN DEL PARTO: Atenciones institucionales de parto a realizar, serología y dosis de triple viral a aplicar a mujeres en posparto y posaborto.
- ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO: Número de exámenes de TSH y consultas médicas del recién nacido a realizar.
- ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR: Número de consultas de primera vez y control de planificación familiar, esterilizaciones femeninas y consulta de planificación hombres.
- DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN MENORES DE 10 AÑOS: Número de consultas de primera vez y control a realizar.
- DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES DEL JOVEN: Número de consultas a realizar.
- DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES DEL EMBARAZO: Número de consultas primera vez por médico, serología gestante, consulta médica de control prenatal, consulta de control prenatal por enfermería.
- DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES DEL ADULTO: Número de consultas a realizar.

- DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO: Número de citologías cervicouterinas (toma), Número de citologías cervicouterinas (lectura).
- DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL: Número de mediciones de agudeza visual y consultas oftalmológicas a realizar.

## **INDICADORES DE CUMPLIMIENTO**

Estos indicadores se caracterizan por expresar el número de actividades realizadas durante un período de tiempo establecido, en relación con el número de actividades programadas en el mismo período.

Los numeradores de los indicadores en cuestión, se refieren al número de actividades efectivamente realizadas por la entidad, en cada territorio y en los servicios evaluados para el período de interés.

Las entidades responsables del reporte de ejecución debían garantizar la óptima captura de información de los eventos, evitando el riesgo de ser asociados con otras actividades similares que no correspondan a las descritas en las normas técnicas.

El denominador de estos indicadores corresponde a la estimación del número de actividades a ser desarrolladas en un período de tiempo determinado. El resultado obtenido de la relación numerador – denominador (ejecución / programación), se analiza de acuerdo con las metas de cumplimiento establecidas, para cada uno de forma específica.

El porcentaje obtenido para cada indicador trazador es contrastado con la meta de cumplimiento establecida para cada uno y los parámetros de comparación normados en cada caso en particular, calificando el logro de gestión como MUY DEFICIENTE, DEFICIENTE, ADECUADO y ÓPTIMO, incluyendo todas las posibilidades entre 0 y 100%.

En la tabla 56 se ilustra la organización de los parámetros de comparación en función de la meta esperada.

**Tabla 56.** Rango de calificación de las EPS-S en el régimen subsidiado

Rango de Calificación	Calificación
Mayor a 87 Puntos	Optimo
Entre 76 y 86 Puntos	Aceptable
Entre 54 y 75 Puntos	Deficiente
Menor a 54 Puntos	Muy Deficiente

Fuente: Formulario de seguimiento y evaluación a la gestión territorial sobre las acciones de salud pública individual

En el caso de indicadores con porcentajes de cumplimiento por encima del 200% con respecto a lo programado según la matriz enviada por el Ministerio de la Protección Social, se define como mal programados y por ende quedará ubicada en el logro de gestión muy deficiente.

**Tabla 57.** Indicadores frecuentemente mal programados EPS – Régimen Subsidiado

INDICADOR	MAL PROGRAMADO	
No. DOSIS DE VACUNA CONJUGADA CONTRA H INFLUENZA	N° INDICADOR	8
	%	12,70%
No. DOSIS PROGRAMADAS BCG	N° INDICADOR	7
	%	11,11%
No. DOSIS ANTIHEPATITIS B EN MENORES DE 1 AÑO	N° INDICADOR	7
	%	11,11%
NUMERO DE CONSULTAS PLANIFICACION HOMBRES	N° INDICADOR	5
	%	7,94%
SUMINISTRO ANTICONCEPCIÓN HORMONAL ORAL - CICLO	N° INDICADOR	5
	%	7,94%
No. DOSIS DE ANTIPOLIO	N° INDICADOR	4
	%	6,35%
APLICACIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO	N° INDICADOR	4
	%	6,35%
MUJERES CON ANTICONCEPCIÓN HORMONAL METODOS MODERNOS EXCEPTO HORMONAL ORAL	N° INDICADOR	4
	%	6,35%
NUMERO DE CONSULTA CONTROL PLANIFICACION HOMBRES	N° INDICADOR	4
	%	6,35%

Fuente: Matrices de programación y ejecución remitidas a la SSSA

Como se ilustra en la tabla 3, los indicadores que más frecuentemente dan como resultado mal programado son en su orden:

Número de dosis de vacuna conjugada contra h influenza en ocho oportunidades, No. dosis programadas BCG en siete oportunidades, No. dosis antihepatitis b en menores de 1 año en siete oportunidades.

**Tabla 58.** Consolidado de calificación de cumplimiento de indicadores trazadores sobre las acciones de detección temprana y protección específica a cargo de las EPS-S para el Departamento de Antioquia – año 2010

INDICADOR		OPTIMO	ACEPTABLE	DEFICIENTE	MUY DEFICIENTE	TENDENCIA ANTIOQUIA
DOSIS ANTIHEPATITIS B APLICADAS EN MENORES DE 1 AÑO	%	16,95%	0%	0%	83,05%	MUY DEFICIENTE (83,05%)
	N° EPS	4	0	0	9	
DOSIS DPT APLICADAS EN MENORES DE 5 AÑOS	%	21,02%	34,30%	0%	44,68%	DEFICIENTE (44,68%)- ACEPTABLE (34,30 %)
	N° EPS	4	2	0	7	
NUMERO DE SELLANTES APLICADOS EN PERSONAS DE 3 A 15 AÑOS	%	28,43%	17,74%	0,92%	52,91%	MUY DEFICIENTE (52,91%)
	N° EPS	3	2	1	7	
NUMERO DE CONTROLES DE PLACA BACTERIANA	%	0%	0%	25%	75%	MUY DEFICIENTE (75%)
	N° EPS	0	0	3	10	
NUMERO DE ATENCIONES INSTITUCIONALES DEL PARTO (PARTO Y CESAREA)	%	1,54%	37,76%	13,66%	47,04%	DEFICIENTE- MUY DEFICIENTE (60,70%)
	N° EPS	1	2	2	8	
SEROLOGÍA (VDRL-RPR)	%	22,21%	17,09%	4,05%	56,65%	MUY DEFICIENTE (56,65%)
	N° EPS	2	1	1	9	
APLICACIÓN TV-DV (SR) POST PARTO O POST ABORTO (DOSIS)	%	10,81%	0%	18,63%	70,56%	MUY DEFICIENTE (70,56%)
	N° EPS	2	0	2	9	
EXAMENES DE TSH REALIZADOS A RECIEN NACIDOS (TOMA Y ANÁLISIS)	%	0%	17,09%	13,66%	69,25%	MUY DEFICIENTE (69,25%)
	N° EPS	0	1	2	10	
NUMERO DE CONSULTAS DE CONTROL DEL RECIEN NACIDO	%	0%	17,09%	13,66%	69,25%	MUY DEFICIENTE (69,25%)
	N° EPS	0	1	2	10	
NUMERO DE CONSULTAS DE PLANIFICACION FAMILIAR DE PRIMERA VEZ REALIZADAS A MUJERES (POR MEDICO O ENFERMERA)	%	59,70%	0%	14,09%	26,21%	OPTIMO (59,70%)
	N° EPS	7	0	2	4	
NUMERO DE CONSULTAS DE PLANIFICACION FAMILIAR DE CONTROL REALIZADAS A MUJERES (POR MEDICO O ENFERMERA)	%	25,95%	17,09%	24,72%	32,24%	DEFICIENTE- MUY DEFICIENTE (56,96%)
	N° EPS	4	1	2	6	
NUMERO DE ESTERILIZACIONES FEMENINAS REALIZADAS	%	24,54%	0,00%	20,67%	54,79%	DEFICIENTE- MUY DEFICIENTE (75,46%)
	N° EPS	4	0	1	8	
NUMERO DE CONSULTAS DE PLANIFICACIÓN HOMBRES	%	21,59%	10,07%	0,00%	68,34%	MUY DEFICIENTE (68,34%)
	N° EPS	2	2	0	9	
NUMERO DE CONSULTAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE PRIMERA VEZ POR MÉDICO	%	27,29%	0,00%	38,41%	34,30%	DEFICIENTE- MUY DEFICIENTE (72,71%)
	N° EPS	3	0	3	7	
NUMERO DE CONSULTAS DE CONTROL DE	%	0,92%	14,77%	52,07%	32,24%	DEFICIENTE - MUY

<b>CRECIMIENTO Y DESARROLLO</b>	N° EPS	1	1	5	6	<b>DEFICIENTE (84,31%)</b>
<b>NUMERO DE CONSULTAS DEL DESARROLLO DEL JOVEN POR MÉDICO</b>	%	28,43%	0,65%	17,09%	53,83%	<b>MUY DEFICIENTE (53,83%)</b>
	N° EPS	3	1	1	8	
<b>NUMERO DE CONSULTAS PRENATALES DE PRIMERA VEZ POR MÉDICO</b>	%	10,26%	20,67%	22,06%	47,01%	<b>DEFICIENTE- MUY DEFICIENTE (69,07%)</b>
	N° EPS	2	1	3	7	
<b>SEROLOGÍA (VDRL-RPR)</b>	%	58,15%	0,00%	15,63%	26,21%	<b>OPTIMO (58,15%)</b>
	N° EPS	6	0	3	4	
<b>NUMERO DE CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL REALIZADAS POR MEDICO</b>	%	55,78%	4,86%	9,89%	29,47%	<b>OPTIMO (55,78%)</b>
	N° EPS	7	1	1	4	
<b>NUMERO DE CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL REALIZADAS POR ENFERMERA</b>	%	9,61%	0,00%	0,92%	89,47%	<b>MUY DEFICIENTE (89,47%)</b>
	N° EPS	1	0	1	11	
<b>NUMERO DE CONSULTAS DE DETECCION DE ALTERACIONES DEL ADULTO POR MÉDICO</b>	%	24,38%	0,00%	0,65%	74,97%	<b>MUY DEFICIENTE (74,97%)</b>
	N° EPS	2	0	1	10	
<b>NUMERO DE CITOLOGIAS CERVICOUTERINAS (TOMA)</b>	%	25,03%	25,64%	17,09%	32,24%	<b>MUY DEFICIENTE (32,24%)</b>
	N° EPS	3	3	1	6	
<b>NUMERO DE CITOLOGIAS CERVICOUTERINAS (LECTURA)</b>	%	25,03%	4,97%	17,09%	52,91%	<b>DEFICIENTE - MUY DEFICIENTE (70%)</b>
	N° EPS	3	2	1	7	
<b>NUMERO DE MAMOGRAFIAS (TOMA)</b>	%	0%	0%	0%	0%	<b>N.A</b>
	N° EPS	0	0	0	0	
<b>NUMERO DE MAMOGRAFIAS (LECTURA)</b>	%	0%	0%	0%	0%	<b>N.A</b>
	N° EPS	0	0	0	0	
<b>NUMERO DE MEDICIONES DE AGUDEZA VISUAL REALIZADAS A LOS 4 ,11, 16 Y 45 AÑOS</b>	%	0%	0%	14,77%	85,23%	<b>MUY DEFICIENTE (85,23%)</b>
	N° EPS	0	0	1	12	
<b>NUMERO DE CONSULTAS DE OFTALMOLOGIA PARA DETECCION DE LAS ALTERACIONES DE AGUDEZA VISUAL A LOS 55, 65, 70, 75, 80 Y MAS AÑOS</b>	%	0%	0%	20,67%	79,33%	<b>MUY DEFICIENTE (79,33%)</b>
	N° EPS	0	0	1	12	

Fuente: Matrices de programación y ejecución remitidas a la DSSA

La calificación global en Antioquia se hizo haciendo una ponderación de acuerdo al peso porcentual poblacional de las diferentes EPS-S y no por el resultado individual de cada EPS-S, pues éste varía mucho de una EPS a otra como se observa en la tabla 4.

## **HALLAZGOS:**

### **Vacunación pai:**

Para la norma técnica de vacunación PAI, se obtienen dos resultados: Para el indicador Dosis Antihepatitis B en menores de un año con un resultado de muy deficiente en 9 EPS-S que corresponde a un 83.05% de la población.

Para el indicador Dosis DPT en menores de 5 años, se obtiene resultados que oscilan entre muy deficiente en 7 EPS-S que corresponde a un 44.68% de la población, y aceptable en 2 EPS-S para 34.30% de la población.

### **Atención en salud bucal:**

Para la norma de atención en salud bucal, se obtienen dos resultados: Para el indicador N° sellantes Aplicados presenta un resultado óptimo en 7 EPS-S que corresponden a un 52.91% de la población.

Para el indicador N° controles de placa bacteriana se obtiene un resultado muy deficiente en 10 EPS-S que corresponden a un 75% de la población.

### **Atención del parto:**

Para la norma de atención del parto en el primer indicador N° atenciones institucionales de parto se obtiene como resultado global muy deficiente en 8 EPS-S que corresponden a un 47.04% de la población, seguido de un resultado deficiente en 2 EPS-S para un 13.66% de la población.

Para el segundo indicador N° serología parto, se obtiene un resultado muy deficiente en 9 EPS-S que corresponde al 56.65% de la población.

Para el indicador Dosis de triple viral post parto o post aborto, se obtiene un resultado muy deficiente en 9 EPS-S que corresponde a un 70.56% de la población, seguido de un resultado deficiente en 2 EPS-S para un 18.63% de la población, resultado coherente con la realidad, dado que en el esquema actual no se incluye esta vacuna.

### **Atención Del Recién Nacido:**

Para la norma de **ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO** en el indicador Exámenes TSH del recién nacido, se obtiene un resultado **MUY DEFICIENTE** en 10 EPS-S que corresponden al **69.25%** de la población, seguido de un resultado **DEFICIENTE** en 2 EPS-S que corresponde al **13.66 %** de la población.

Para el indicador consultas médicas de control del recién nacido se encuentra un resultado muy deficiente en 10 EPS-S que corresponden a un 69.25% de la población, seguido de un resultado deficiente en 2 EPS-S que corresponde al 13.66% de la población.

### **Atención en planificación familiar:**

Para la norma técnica de atención en planificación familiar en el indicador consulta primera vez planificación familiar, presenta como resultado ÓPTIMO en 7 EPS-S que corresponden al 59.70% de la población.

Para el indicador consulta de control de planificación familiar, se obtiene un resultado de muy deficiente en 6 EPS-S que corresponden a un 32.24% de la población seguido de un resultado deficiente en 2 de las EPS-S analizadas que corresponden a un 24.72% de la población.

Para el indicador Número Esterilizaciones Femeninas, se obtiene una calificación de muy deficiente en 8 de las EPS-S analizadas que corresponden al en un 54.79% de la población y un resultado deficiente en 1 EPS-S analizada que corresponden a un 20.67% de la población.

Para el indicador Número consultas planificación hombres se obtiene como resultado muy deficiente en 9 de las EPS-S analizadas para un 68.34% de la población.

### **Detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo en menores de 10 años:**

En cuanto a la detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo en menores de 10 años en el indicador Consultas de crecimiento y desarrollo de primera vez presenta como resultado deficiente en 3 EPS-S que corresponden a un 38.41% de la población, seguido de un resultado muy deficiente en 7 de las EPS-S analizadas que corresponden a un 34.30% de la población.

Para el Indicador Consultas de control de crecimiento y desarrollo, se obtiene un resultado deficiente en 5 EPS-S que corresponden a un 52.07% de la población,

seguido de un resultado muy deficiente en 6 de las EPS-S analizadas que corresponden a un 32.24% de la población.

### **Detección temprana de alteraciones del desarrollo del joven:**

Para la norma Técnica de detección temprana de alteraciones del desarrollo del joven con su indicador Consultas desarrollo joven por médico, se obtiene un resultado muy deficiente en 8 de las EPS-S analizadas que corresponden a un 53.83% de la población y un resultado deficiente en 1 EPS-S que corresponden a un 17.09% de la población.

### **Detección Temprana De Alteraciones Del Embarazo:**

En la norma técnica de detección temprana de alteraciones del embarazo, el indicador Consultas prenatales de primera vez por médico, presenta como resultado muy deficiente en 7 de las EPS-S analizadas que corresponden a un 47.01% de la población seguido de un resultado deficiente en 3 EPS-S que corresponden a un **22.06%** de la población.

Para el indicador Serología (VDRL-RPR) se obtiene un resultado óptimo en 6 de las EPS-S analizadas para un 58.15 % de la población.

Para el indicador Consultas de control prenatal por médico, se obtuvo un resultado que oscila entre óptimo en 7 de las EPS-C analizadas para un 55.78% de la población y muy deficiente en 4 EPS-S que corresponden a un 29.47% de la población.

En el Indicador control prenatal por la enfermera, se obtiene un resultado muy deficiente en 11 de las EPS-S analizadas para un 89,47% de la población, seguido de un resultado óptimo en 1 EPS-S que corresponden a un 9.61% de la población.

### **Detección Temprana De Las Alteraciones Del Adulto:**

El comportamiento del indicador consulta médica para la Detección temprana para las alteraciones del adulto muestra un resultado que oscila entre muy deficiente en 10 de las EPS-S analizadas que corresponde a un 74.97% de la población.

### **Detección Temprana De Cáncer De Cuello Uterino:**

Con respecto a la detección temprana de cáncer de cuello uterino con su indicador número de citologías tomadas, presenta un resultado que oscila entre muy deficiente en 6 de las EPS-S analizadas que representa un 32.2% de la población, y un resultado óptimo en 3 de las EPS-S analizadas que corresponden a un 25.03% de la población.

Para el indicador Número de citologías leídas, se obtiene un resultado que oscila entre muy deficiente en 7 de las EPS-S analizadas para un 52.91% de la población, y un resultado óptimo en 3 de las EPS-S analizadas que corresponden a un 25.03% de la población.

### **Detección Temprana De Cáncer De Seno:**

Es importante recordar que para la norma técnica detección temprana de cáncer de seno con sus indicadores toma y lectura de mamografías, aún no aplican para la evaluación en el régimen subsidiado.

### **Detección Temprana De Las Alteraciones Visuales:**

Finalmente en la norma de detección temprana de las alteraciones visuales en su indicador N° de mediciones de agudeza visual, presenta un resultado muy deficiente en 12 de las EPS-S analizadas para un 85.23% de la población, seguido de un resultado muy deficiente en 1 EPS-S que corresponden a un 14.77% de la población.

En el indicador N° de consultas de oftalmología para detección temprana, presenta un resultado muy deficiente en 12 de las EPS-S analizadas para un 79.33% de la población, seguido de un resultado muy deficiente en 1 EPS-S que corresponden a un 20.67% de la población.

## **INDICADORES CENTINELA DE CALIDAD**

Los indicadores centinela de calidad corresponden a condiciones o padecimientos cuya ocurrencia o presencia sirve de alarma y refleja la necesidad de mejorar la calidad de la atención. Se comportan como índices negativos de la misma y parten del supuesto de que si el sistema de atención estuviera funcionando satisfactoriamente podrían haberse evitado o controlado.

Muestran tres tipos de condiciones básicas: enfermedad innecesaria, incapacidad innecesaria y muerte prematura. La aparición de casos en la entidad debía desencadenar un estudio a profundidad de los mismos a fin de establecer las medidas correctivas y preventivas necesarias para controlar su aparición. Se parte de concebir que el análisis integral de la atención permita mejorar las condiciones de calidad en la prestación de servicios, disminuir costos innecesarios y mejorar el desempeño e imagen de la EPS, IPS y usuarios.

## INDICADORES CENTINELAS DE CALIDAD

- 1 Bajo Peso al Nacer
- 2 Otitis Media Supurativa
- 3 Hospitalización por neumonía en niños menores de 3 a 5 años
- 4 Hospitalización por EDA en niños menores de 3 a 5 años
- 5 Muerte Materna
- 6 Muerte por Malaria
- 7 Muerte por Dengue

Tabla 59. Consolidado Departamental de casos centinela de calidad

EPS-S ANALIZADAS	BAJO PESO AL NACER (<2500 gm)	NIÑOS CON OTITIS MEDIA SUPURATIVA (<5 AÑOS)	HOSPITALIZACIONES POR NEUMONIA EN NIÑOS DE 3-5 AÑOS	HOSPITALIZACIONES POR EDA EN NIÑOS DE 3-5 AÑOS	MUERTES MATERNAS	MUERTES POR MALARIA	MUERTES POR DENGUE
<b>TOTAL</b>	332	334	199	93	11	0	0

Fuente: Matrices de programación y ejecución remitidas a la DSSA

## DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA A NIVEL MUNICIPAL:

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, se obtiene una calificación por cada uno de los municipios del Departamento y una consolidación de resultados por subregión que da cuenta de la gestión desarrollada durante el año 2010 por los entes municipales en lo que se refiere al cumplimiento de las acciones de protección específica y detección temprana.

En los 125 municipios, los resultados oscilan entre deficiente en 28 municipios y muy deficiente en 97 municipios.

En cuanto al comportamiento por subregiones, los resultados son muy deficientes para las 9 subregiones del Departamento de Antioquia.

## CONCLUSIONES

- El universo de análisis de este gerencial lo constituyeron 13 EPS-S que durante la iniciación de la vigencia de contratación realizaron el reporte a la SSSA hasta el 31 de marzo de 2011.
- El fortalecimiento de la gestión de las EPS además del seguimiento a estas acciones se logra con mecanismos de ajuste y consolidación de los procesos necesarios para un monitoreo cercano y oportuno, de tal manera que en caso de niveles de cumplimiento deficientes se implante un mecanismo de asistencia técnica con el fin de revisar la ruta crítica de atención en cada área y hacer un plan de mejoramiento sobre los aspectos que se requieran.
- En la evaluación individual por EPS-S se observa un pobre resultado en la gestión de las EPS-S lo que conlleva a que las calificaciones globales oscilen entre deficiente y muy deficiente en la mayoría de los indicadores de cumplimiento, lo que obliga a implementar medidas que apunten a mejorar coberturas de las intervenciones y la calidad de las mismas, esperando una intervención en primera instancia de las EPS sobre sus propios resultados, identificando las causas y procesos involucrados en los logros obtenidos.
- En cuanto a los resultados globales por indicador se obtienen resultados óptimo en indicadores como: Consultas de Planificación Familiar de primera vez realizadas a mujeres, número de serología gestante y Número de consultas de control prenatal realizadas por médico. El resto de indicadores presentan resultados que oscilan entre deficiente y muy deficiente.
- A través de este proceso, se detectan dificultades en la gestión de las bases de datos de aseguramiento, organización y dinámica poblacional de las entidades, en los sistemas de información, calidad del dato ingresado en los RIPS y desarrollos técnicos gerenciales de muchas EPS-S.
- Dificultades técnicas en los modelos de atención, procesos de planificación, monitoreo y evaluación de aseguradores y prestadores.
- En el proceso de contratación se presentan dificultades, roces y vacíos jurídicos entre los acuerdos de voluntades pactados entre las EPS y las IPS.
- La organización del aseguramiento en algunos EPS-S del departamento genera vacíos en la real disposición de servicios para poblaciones afiliadas de bajo peso porcentual en el total de afiliados de las EPS.

- La oportunidad de entrega de la información de programación y ejecución en algunos casos se realizó en tiempos fuera de los estipulados por el Ministerio de Protección Social.
- Los resultados obtenidos a nivel municipal en mi concepto apuntan más a un desempeño de las EPS y/o de las ESE que a la Gestión dada por la DLS, pues hasta la fecha se observa que este es un proceso muy incipiente en la gran mayoría de ellas, sin embargo es un punto de partida muy importante para iniciar este seguimiento por lo que los municipios que tienen mejores resultados deberán mantenerlos y los que lo no tienen deberán apuntar a lograrlos.

## **RECOMENDACIONES**

Como se expresa claramente en el acuerdo del Sistema de fortalecimiento de la gestión de las EPS frente a las intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública: “Ante el cambio normativo en materia de protección específica y detección temprana, es preciso que se adelanten acciones encaminadas a desarrollar en todas las EPS, para garantizar que los beneficios incluidos en el POS se brinden a todos los afiliados.

Los procesos de capacitación y asistencia técnica no deben limitarse a lograr el cumplimiento de las obligaciones que en materia administrativa se establecen en las actuales normas, se trata además de impulsar el mejoramiento continuo de la gestión y la prestación de servicios de tal manera que se traduzca en mejoría de la situación de salud de la población en el Departamento. Por lo anterior, el fortalecimiento de la capacidad no se logra con intervenciones aisladas, es necesario incluir los mecanismos necesarios para un monitoreo cercano y oportuno y en caso de niveles de cumplimiento deficientes deberá implantarse un mecanismo de asistencia técnica con el fin de revisar la ruta crítica de atención en cada área y hacer un plan de mejoramiento sobre los aspectos que se requieran.”

- Posicionamiento de la Dirección General de Salud Pública en términos del papel regulador y técnico en materia de salud pública y la articulación de la misma con la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Conformar un grupo interdisciplinario en la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social que pueda ejercer labores de validación de base de datos, consolidación y análisis de la información por un lado, y por otro, que pueda ejercer labores de asesoría, monitoreo y seguimiento a todos los actores que participan en el proceso, desarrollando un trabajo técnico articulado que de continuidad a los logros de la gestión obtenidos que para este período no son alentadores en lo que respecta al Régimen Subsidiado.

- Modificación y ajustes a las matrices para lograr una evaluación más objetiva de los indicadores acorde al comportamiento de la población especialmente en indicadores relacionados con la tasa general de fecundidad y vacunación.
- Ajuste de las metas normadas en la 3384 de 2000 homologando las metas del contributivo con las del subsidiado.
- Aseguradoras y entes territoriales asesorados y asistidos técnicamente por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia en el mejoramiento continuo de su gestión en materia administrativa para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana de las actividades de Protección específica y detección temprana.
- Desarrollo de metodologías que orienten y faciliten el abordaje de los casos centinela de calidad al interior de las EPS.
- Disponer de una base de datos actualizada que dé cuenta de estas acciones y contar con un acompañamiento continuo para el manejo de la información contenida en las matrices que son la base del sistema de fortalecimiento.
- Desarrollo de propuestas innovadoras que potencialicen los roles asegurador y prestador para mejorar coberturas, cumplimientos y metas en salud pública.

## ANEXOS

### % Mínimo Meta Régimen Subsidiado

Programa	Procedimiento	% Mínimo Meta Régimen Subsidiado - R 3384/00
Vacunación	Aplicación de vacuna antihepatitis B (dosis)	95%
	Aplicación de la vacuna contra Difteria, Tétanos, Tos ferina - DPT - o triple bacteriana (en menores de 5 años) (dosis)	95%
Salud Oral	Aplicación de Sellantes a personas entre 3 a 15 años (número)	80%
	Controles de Placa Bacteriana (número)	50%
Atención al Parto y Cesárea	Atención Institucional de Parto - Parto y Cesárea - (número)	95%
	Serología (VDRL-RPR)	95%
	Aplicación TV - DV (SR) post parto o post aborto (dosis)	95%
Atención al Recién Nacido	Realización del Examen TSH (toma y análisis)	95%
	Consulta Médica de control al Recién Nacido	95%
Planificación familiar	Consulta de primera vez en planificación familiar por medicina general para mujeres - médico o enfermera -	80%
	Consulta de control de seguimiento de programa de planificación familiar para mujeres - médico o enfermera -	80%
	Esterilización Femenina - Oclusión Tubárica Bilateral	80%
	Número de consultas planificación hombres	80%
Crecimiento y Desarrollo	Consulta médica de 1ª vez en el programa de crecimiento y desarrollo a niños y niñas entre 0 a 9 años	90%
	Consulta de Control de seguimiento de programa de crecimiento y desarrollo a niños y niñas entre 0 a 9 años	90%
Detección Temprana de Alteraciones en el Joven	Consulta médica de 1ª vez en el programa del joven entre 10 a 29 años	70%
Atención al Embarazo	Consulta médica prenatal de 1ª vez	90%
	Serología (VDRL-RPR)	90%
	Consulta médica de control prenatal	90%
	Consulta de control prenatal por enfermería	90%
Detección Temprana de Alteraciones en el Adulto mayor de 45 años	Número de Consultas médicas de 1ª vez para la Detección Temprana de Alteraciones en el Adulto	50%
Cáncer de cérvix	Número de citologías cérvico uterina (toma)	80%
	Número de citologías cérvico uterina (lectura)	80%
Cáncer de mama	Número de Mamografías en 4 proyecciones o Xeromamografía o Mamografía Bilateral (toma)	NA
	Número de Mamografías en 4 proyecciones o Xeromamografía o Mamografía Bilateral (lectura)	NA
Agudeza Visual	Medición Agudeza Visual (4, 11, 16, 44 años)	80%
	Consulta Oftalmología 1ª Vez (60, 65, 70, 75, 80 y más años)	50%

### GRÁFICAS RÉGIMEN SUBSIDIADO 2010

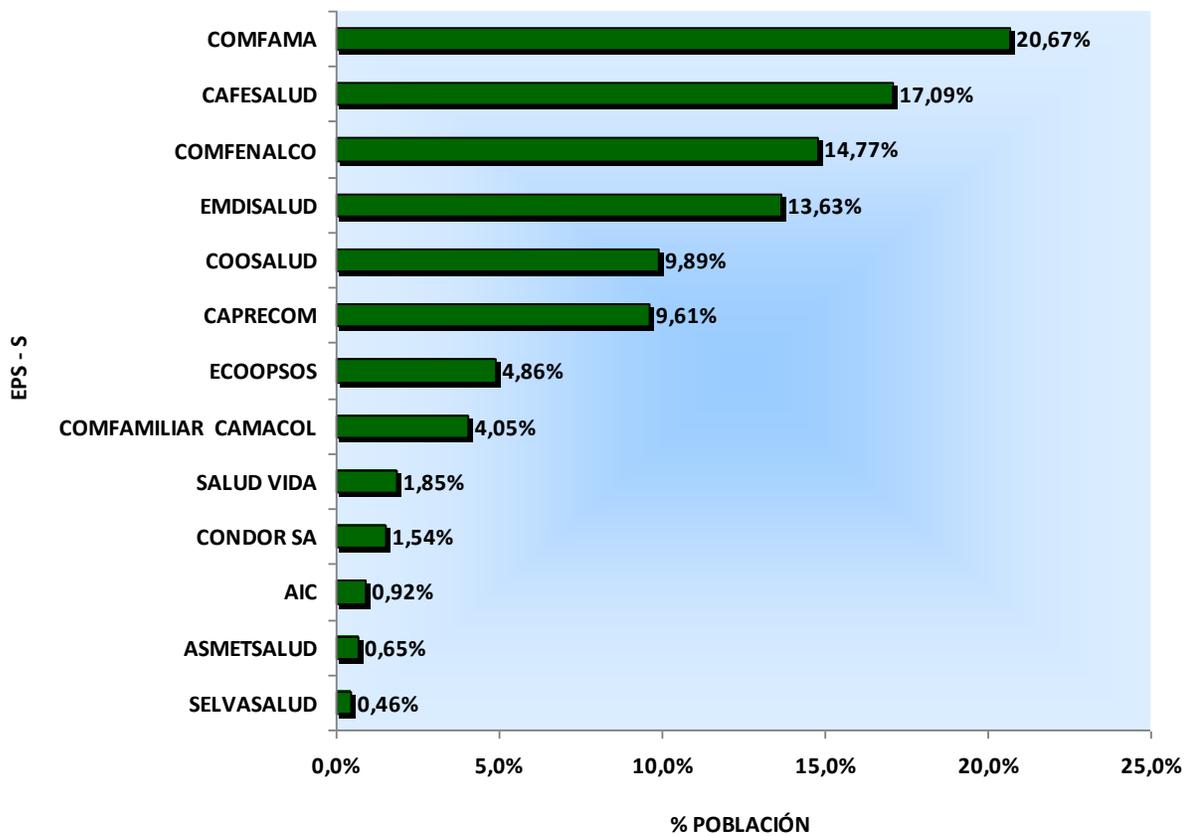
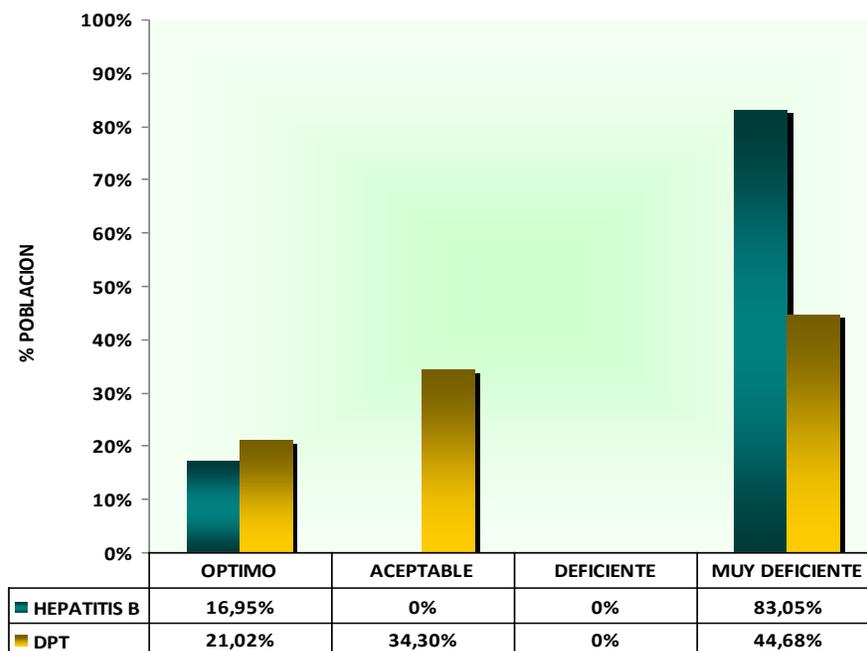
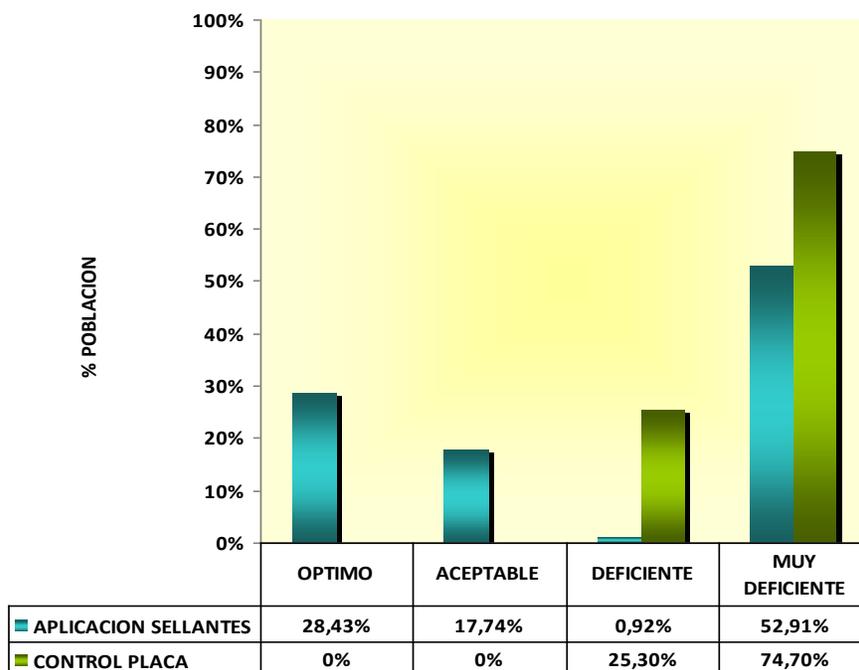


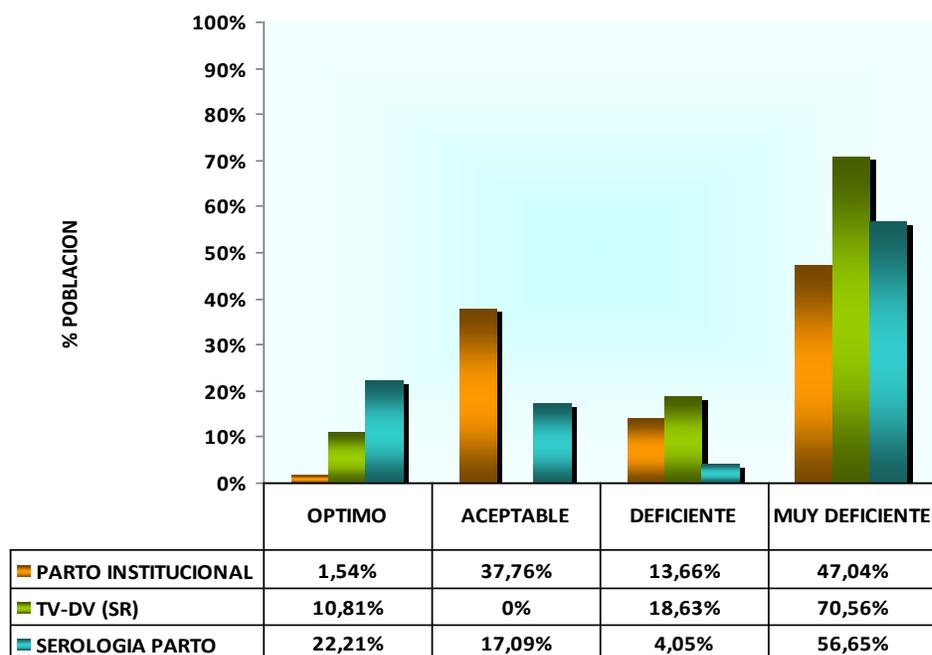
Figura 49. Distribución porcentual de población por EPS Régimen Subsidiado. Antioquia 2010  
Fuente: Matrices de programación remitidas a la SSSA



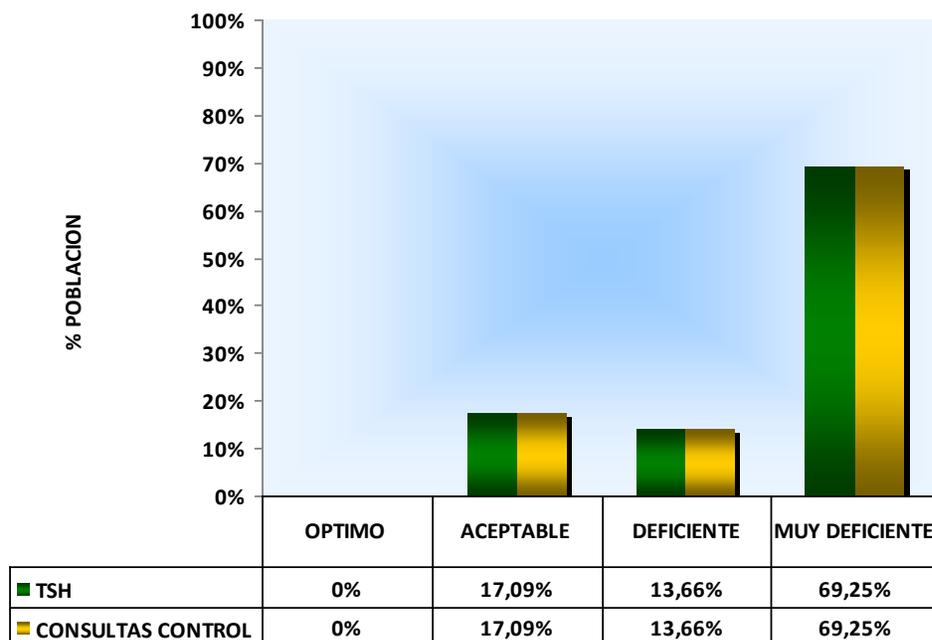
**Figura 50.** Vacunación – PAI. Actividades ejecutadas Régimen Subsidiado. Antioquia 2010  
**Fuente:** Matrices de programación y ejecución remitidas a la SSSA



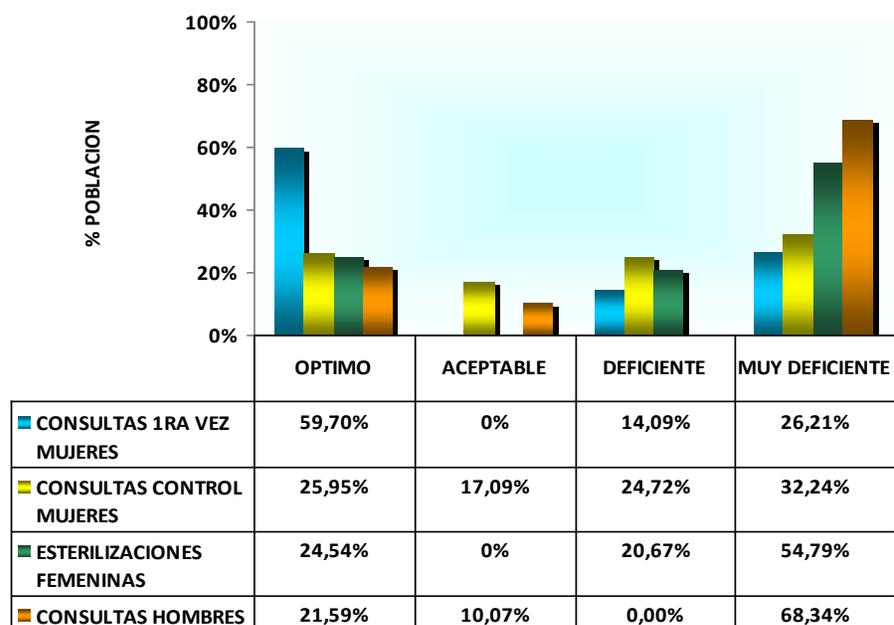
**Figura 51.** Atención en Salud Bucal. Actividades ejecutadas Régimen Subsidiado. Antioquia 2010  
**Fuente:** Matrices de programación y ejecución remitidas a la SSSA



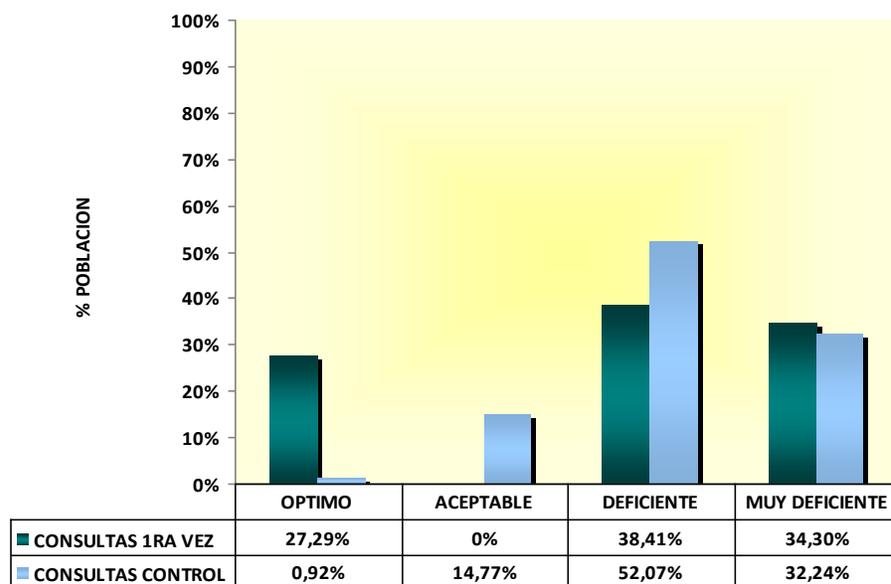
**Figura 52.** Atención del parto. Actividades ejecutadas Régimen Subsidiado. Antioquia 2010  
**Fuente:** Matrices de programación y ejecución remitidas a la SSSA



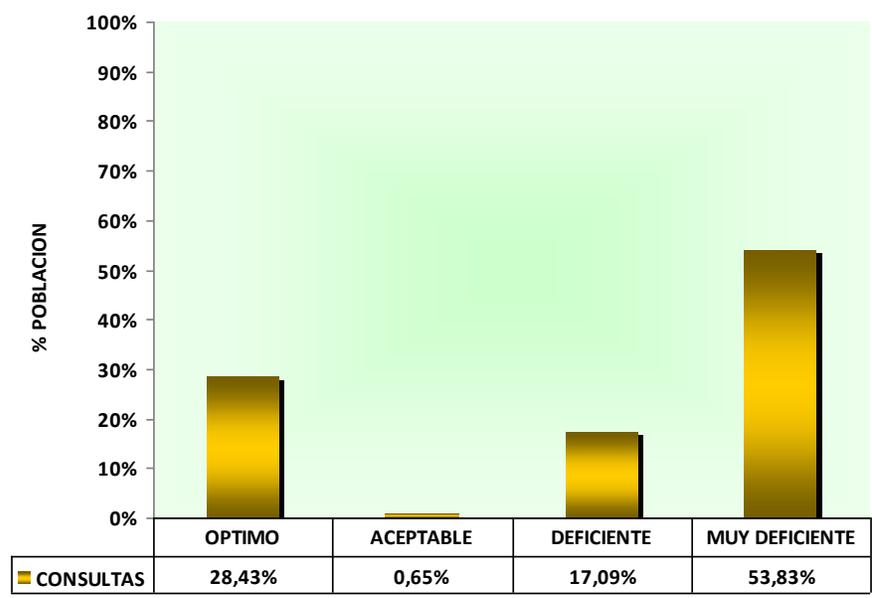
**Figura 53.** Atención del recién nacido. Actividades ejecutadas Régimen Subsidiado. Antioquia 2010  
**Fuente:** Matrices de programación y ejecución remitidas a la SSSA



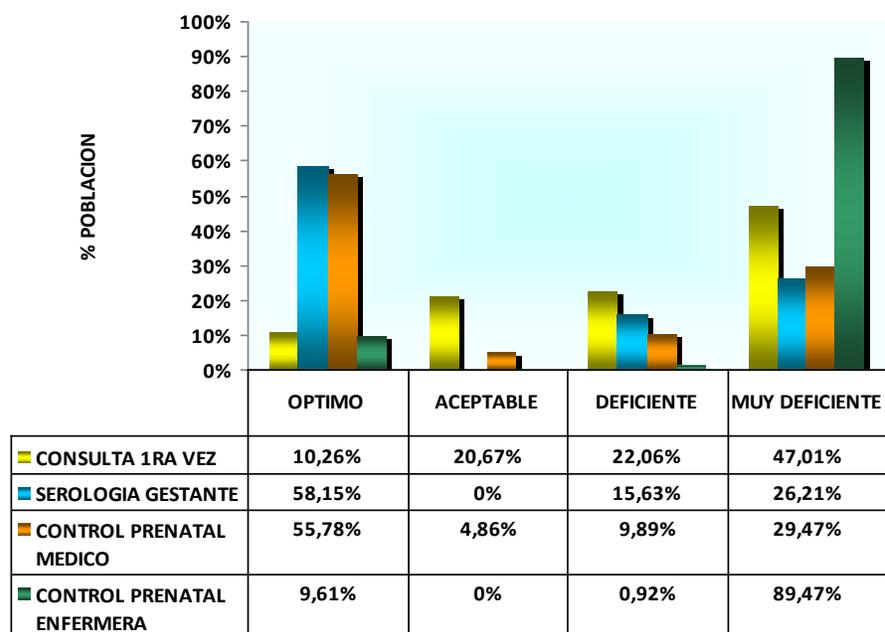
**Figura 54.** Atención en planificación familiar. Actividades ejecutadas Régimen Subsidiado. Antioquia 2010  
**Fuente:** Matrices de programación y ejecución remitidas a la SSSA



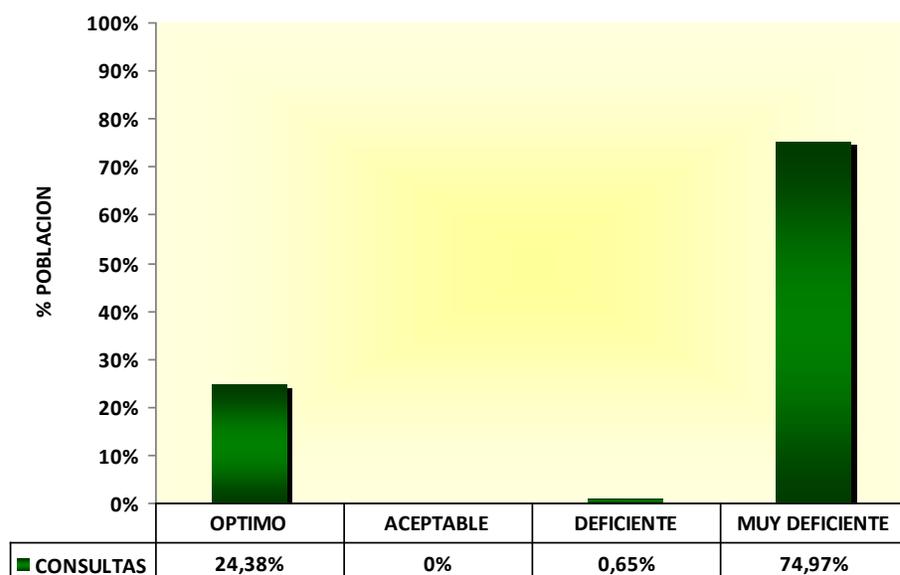
**Figura 55.** Crecimiento y desarrollo en menores de 10 años. Actividades ejecutadas Régimen Subsidiado. Antioquia 2010  
**Fuente:** Matrices de programación y ejecución remitidas a la SSSA



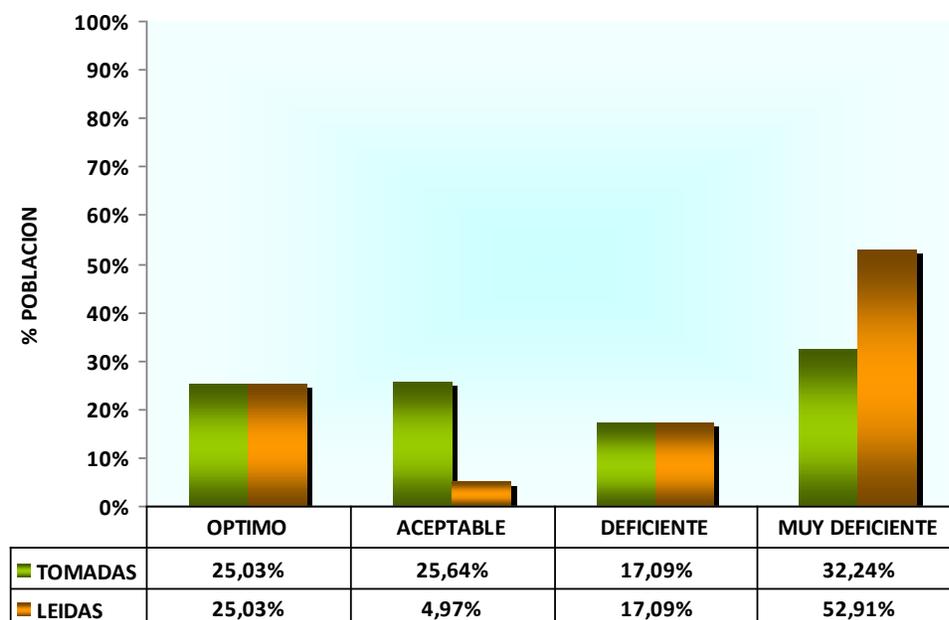
**Figura 56.** Detección temprana de alteraciones del joven. Actividades ejecutadas Régimen Subsidiado. Antioquia 2010  
**Fuente:** Matrices de programación y ejecución remitidas a la SSSA



**Figura 57.** Detección temprana de alteraciones del embarazo. Actividades ejecutadas Régimen Subsidiado. Antioquia 2010  
**Fuente:** Matrices de programación y ejecución remitidas a la SSSA



**Figura 58.** Detección temprana y alteraciones del adulto. Actividades ejecutadas Régimen Subsidiado. Antioquia 2010  
**Fuente:** Matrices de programación y ejecución remitidas a la SSSA



**Figura 59.** Detección temprana de Cáncer Cuello Uterino. Actividades ejecutadas Régimen Subsidiado. Antioquia 2010  
**Fuente:** Matrices de programación y ejecución remitidas a la SSSA

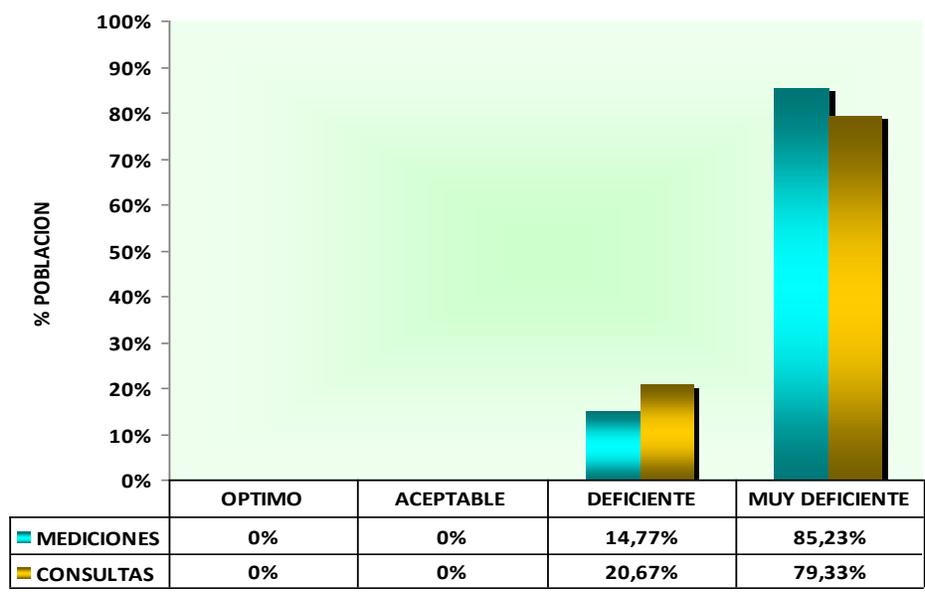


Figura 60. Detección temprana de alteraciones de la agudeza visual. Actividades ejecutadas Régimen Subsidiado. Antioquia 2010

Fuente: Matrices de programación y ejecución remitidas a la SSSA

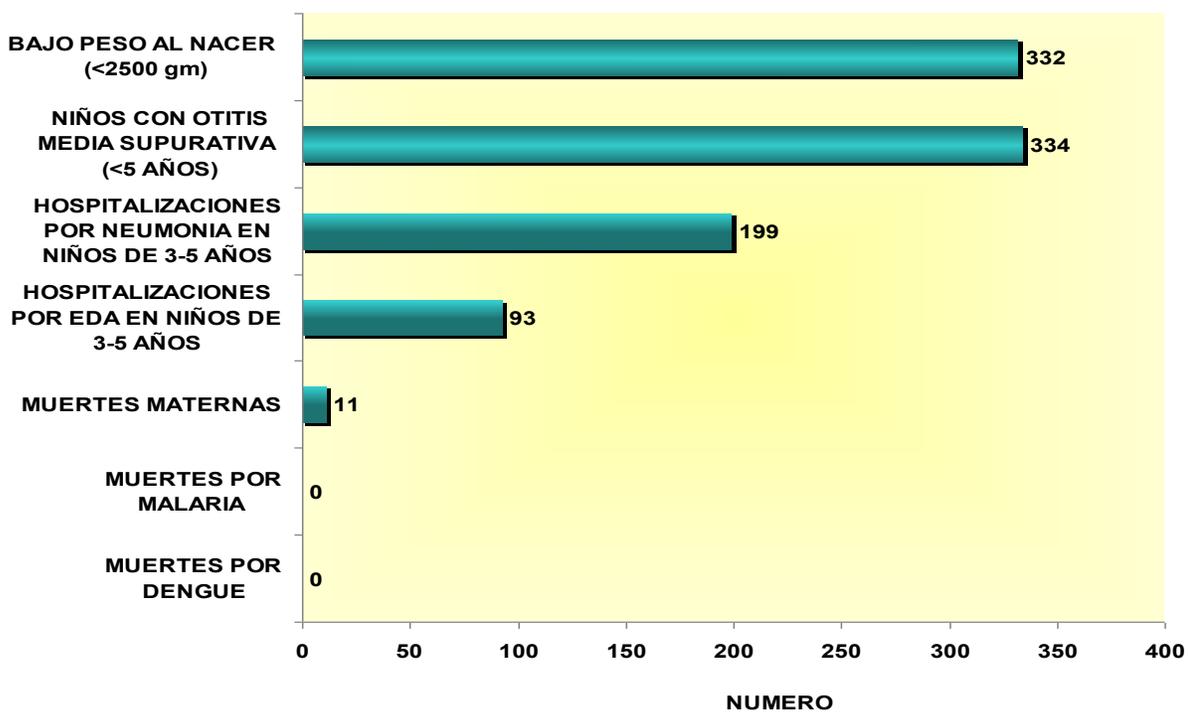
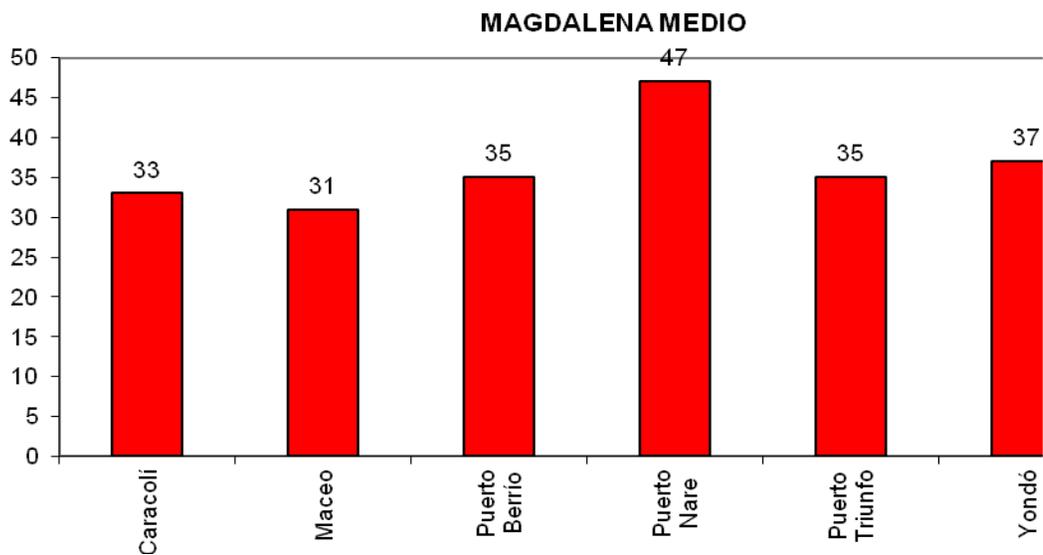


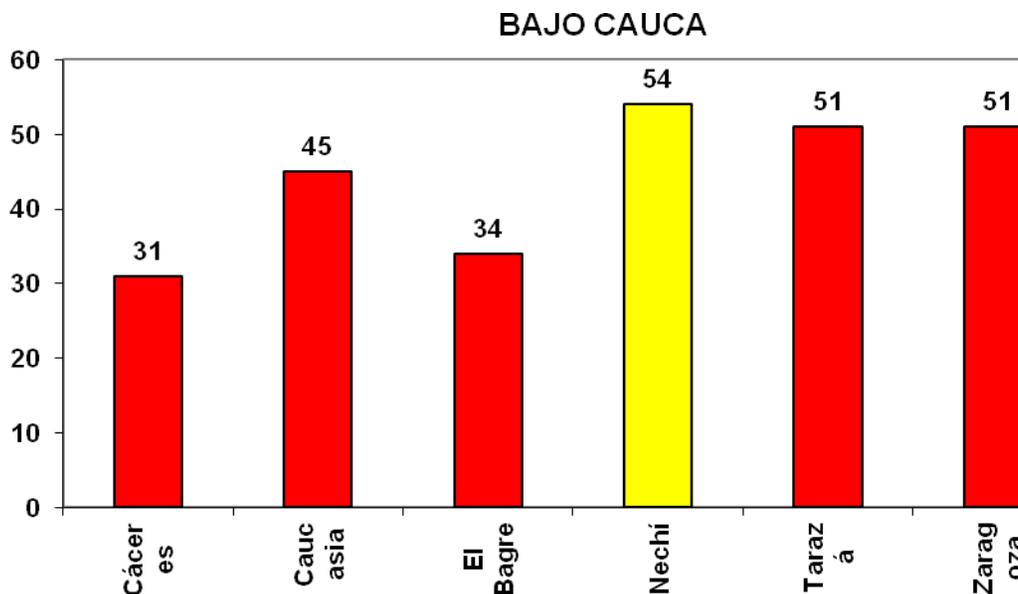
Figura 61. Indicadores Centinela. Régimen Subsidiado. Antioquia 2010

Fuente: Matrices de programación y ejecución remitidas a la SSSA

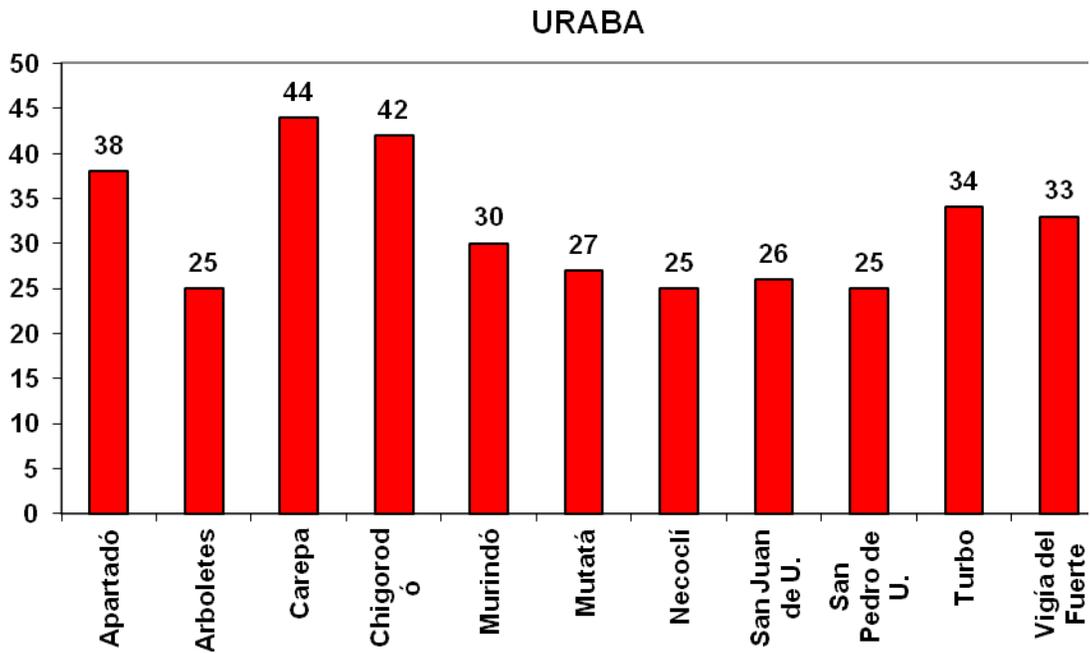
**RESULTADO GESTIÓN MUNICIPAL RÉGIMEN SUBSIDIADO POR REGIÓN  
FRENTE A LAS ACCIONES PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN  
TEMPRANA AÑO 2010**



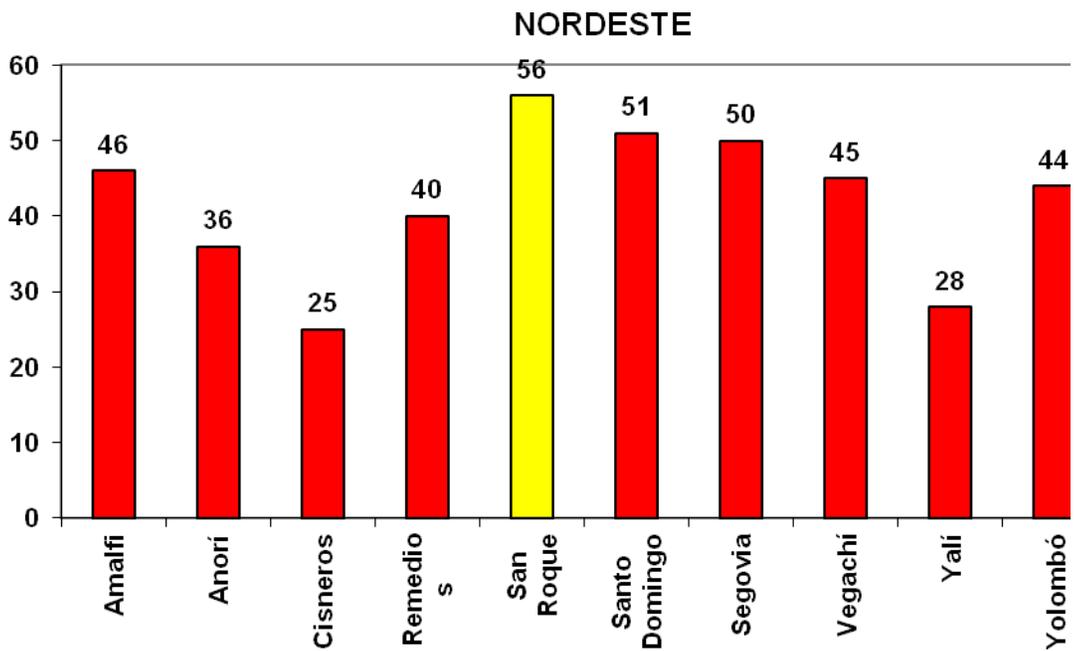
**Figura 62.** Resultado gestión municipal. Régimen Subsidiado. Subregión Magdalena Medio. Antioquia 2010.  
**Fuente:** Matrices de programación y ejecución remitidas a la SSSA



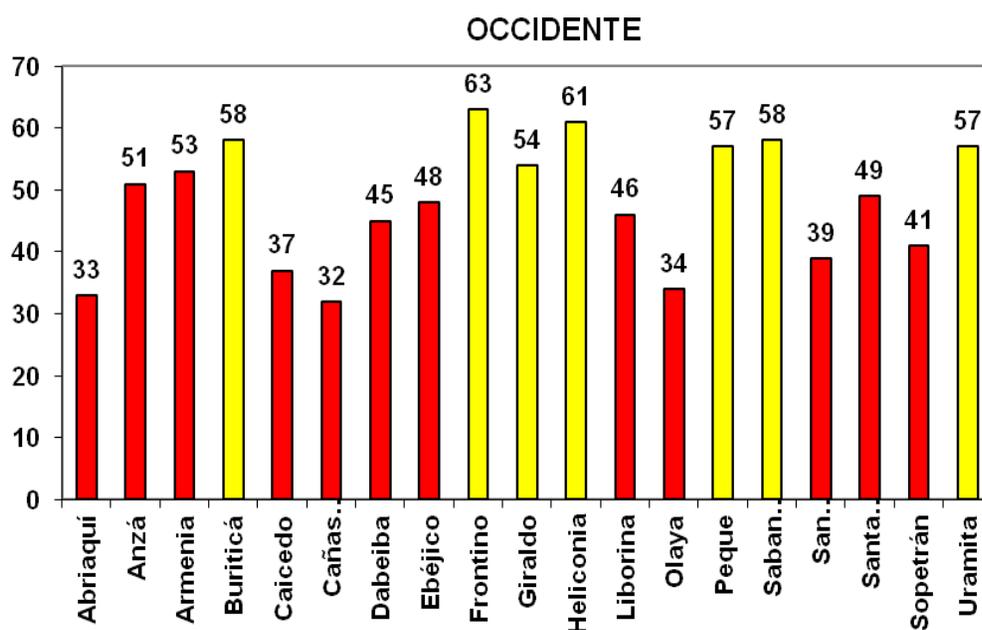
**Figura 63.** Resultado gestión municipal. Régimen Subsidiado. Subregión Bajo Cauca. Antioquia 2010  
**Fuente:** Matrices de programación y ejecución remitidas a la SSSA



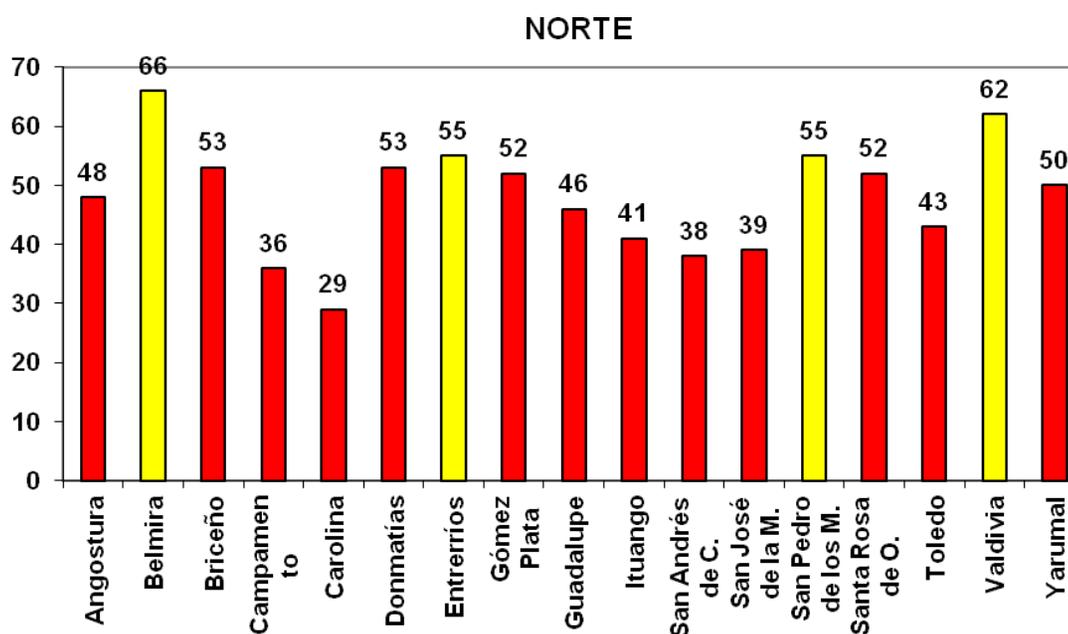
**Figura 64.** Resultado gestión municipal. Régimen Subsidiado. Subregión Urabá. Antioquia 2010  
**Fuente:** Matrices de programación y ejecución remitidas a la SSSA



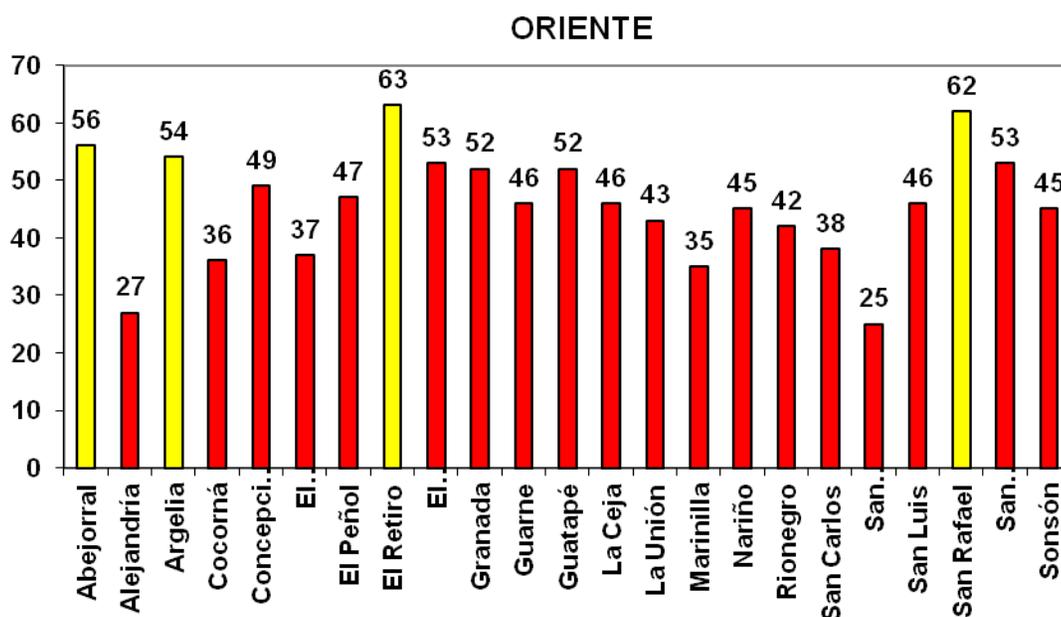
**Figura 65.** Resultado gestión municipal. Régimen Subsidiado. Subregión Nordeste. Antioquia 2010  
**Fuente:** Matrices de programación y ejecución remitidas a la SSSA



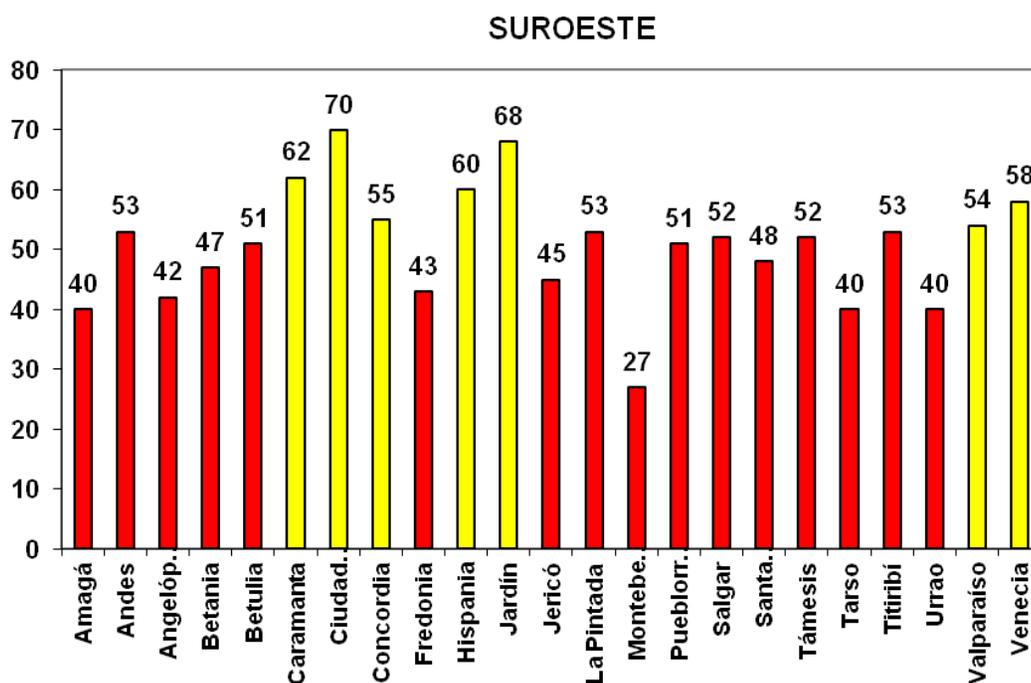
**Figura 66.** Resultado gestión municipal. Régimen Subsidiado. Subregión Occidente. Antioquia 2010  
**Fuente:** Matrices de programación y ejecución remitidas a la SSSA



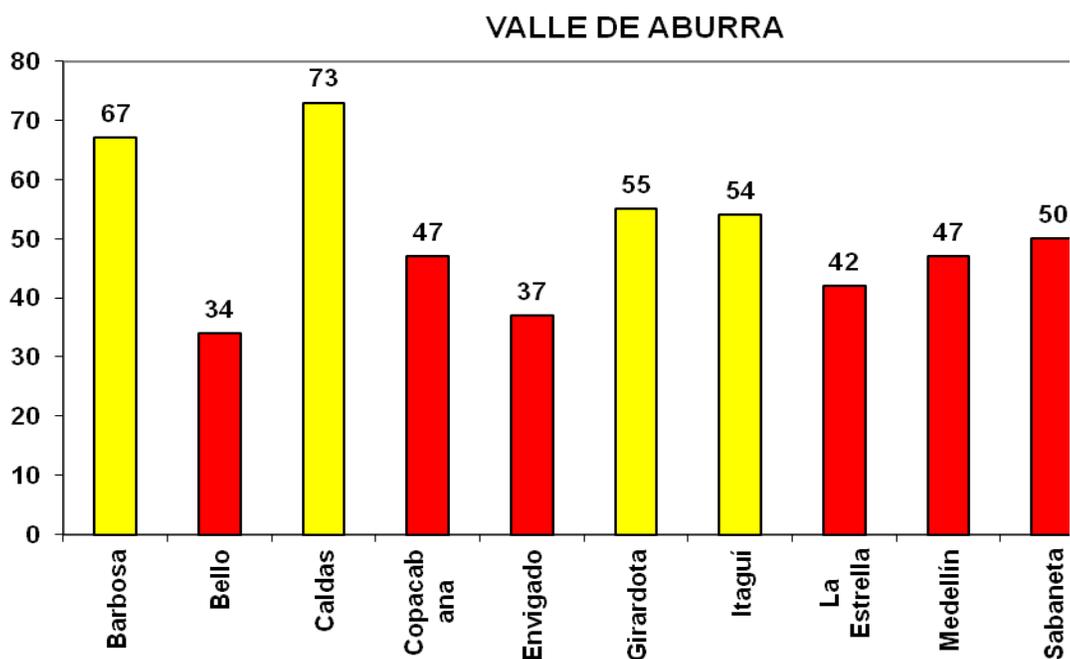
**Figura 67.** Resultado gestión municipal. Régimen Subsidiado. Subregión Norte. Antioquia 2010  
**Fuente:** Matrices de programación y ejecución remitidas a la SSSA



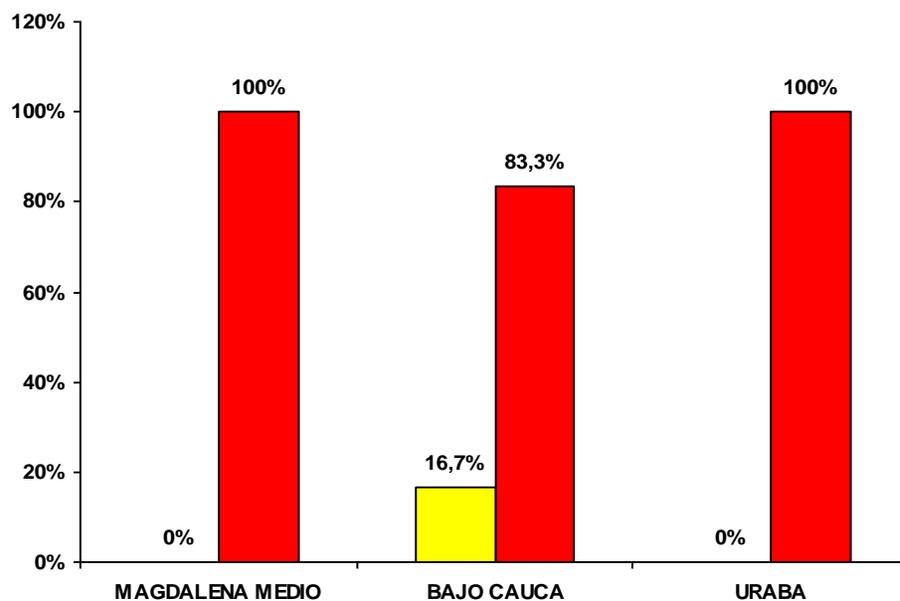
**Figura 68.** Resultado gestión municipal. Régimen Subsidiado. Subregión Oriente. Antioquia 2010  
**Fuente:** Matrices de programación y ejecución remitidas a la SSSA



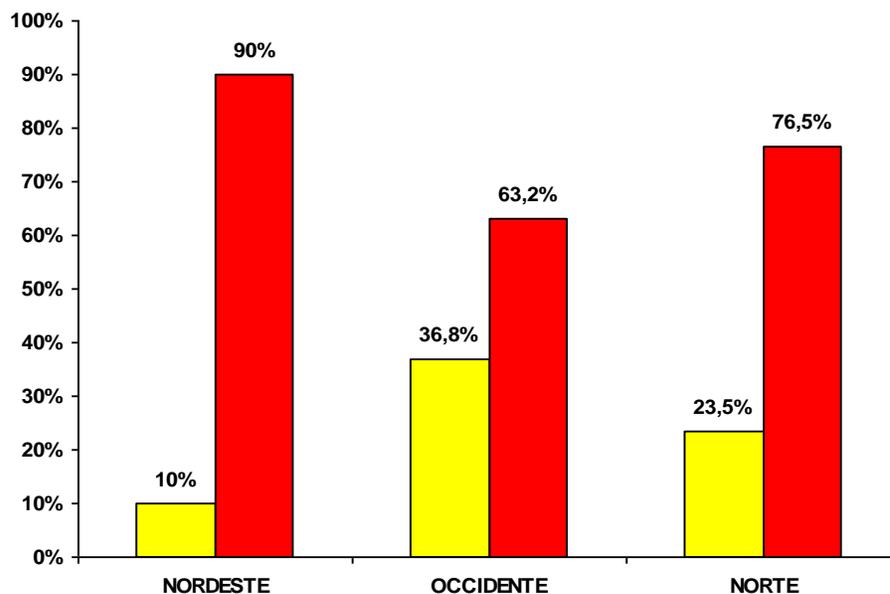
**Figura 69.** Resultado gestión municipal. Régimen Subsidiado. Subregión Suroeste. Antioquia 2010  
**Fuente:** Matrices de programación y ejecución remitidas a la SSSA



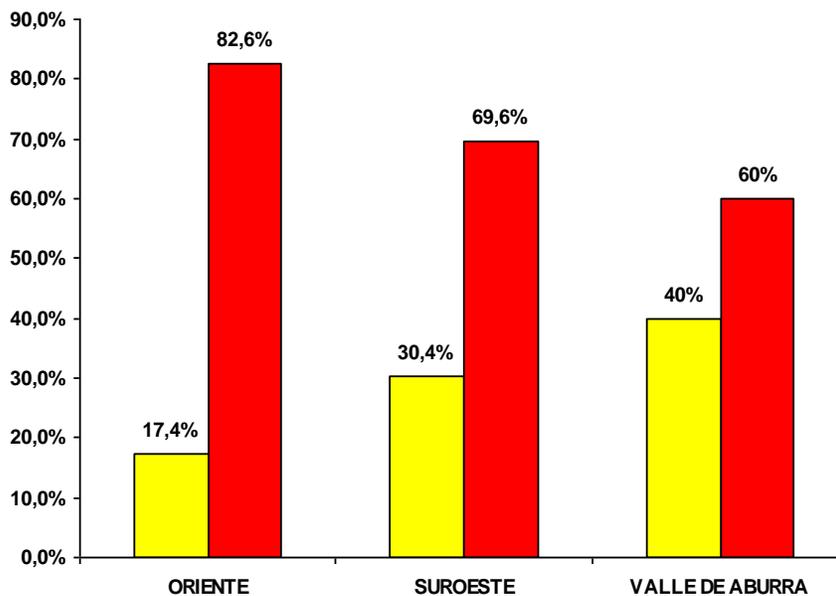
**Figura 70.** Resultado gestión municipal. Régimen Subsidiado. Subregión Valle de Aburrá. Antioquia 2010  
**Fuente:** Matrices de programación y ejecución remitidas a la SSSA



**Figura 71.** Distribución porcentual de los municipios según calificación por subregión de Magdalena Medio, Bajo Cauca y Urabá. Régimen Subsidiado. Antioquia 2010  
**Fuente:** Matrices de programación y ejecución remitidas a la SSSA



**Figura 72.** Distribución porcentual de los municipios según calificación por subregión de Nordeste, Occidente y Norte. Régimen Subsidiado. Antioquia 2010  
**Fuente:** Matrices de programación y ejecución remitidas a la SSSA



**Figura 73.** Distribución porcentual de los municipios según calificación por subregión de Oriente, Suroeste y Valle de Aburrá. Régimen Subsidiado. Antioquia 2010  
**Fuente:** Matrices de programación y ejecución remitidas a la SSSA

## DISTRIBUCIÓN POBLACIÓN EN EL SGSSS EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA 2010

La población del Departamento de Antioquia según DANE (Ajuste de proyección) por régimen de afiliación al SGSSS presentó el siguiente comportamiento:

Población General al año 2010: 6.066.317 habitantes. Para el régimen contributivo a junio de 2010 se tenían proyectados 2.963.239 usuarios (esta base de datos incluye los suspendidos, retirados, des-afiliados) representando el 48.8% de la población del Departamento de Antioquia. Para el régimen subsidiado se proyectaron 2.337.500 afiliados representando un 38.5%. La población no afiliada al SGSSS fue de 765.638 habitantes correspondiente un 12.6%.

En la tabla 60 se relacionan las EPS Contributivas, de las cuales la SSSA recibió y analizó información para el período de Enero a Diciembre de 2010 tomando la población ajustada consignada en matrices de programación.

**Tabla 60.** Empresas Promotoras de Salud (EPS) Contributivas

NUMERO	CODIGO EPS-C	NOMBRE EPS-C	SEDE PRINCIPAL	POBLACION	PESO PORCENTUAL DE LA POBLACION AFILIADA
1	EPS 003	CAFESALUD	BOGOTA D.C.	88561	3,14%
2	EPS 001	COLMEDICA	BOGOTA D.C.	18088	0,64%
3	EPS 015	COLPATRIA	BOGOTA D.C.	3206	0,11%
4	EPS 009	COMFENALCO	MEDELLÍN	255821	9,07%
5	EPS 008	COMPENSAR	BOGOTÁ D.C.	4	0,00%
6	EPS 016	COOMEVA	CALI	551153	19,55%
7	EPS 023	CRUZ BLANCA	BOGOTA D.C.	81475	2,89%
8	RES 002	ECOPETROL	BOGOTA D.C.	2233	0,08%
9	EAS 016	EPM	MEDELLÍN	13521	0,48%
10	EPS 017	FAMISANAR	BOGOTA D.C.	1138	0,04%
11	EAS 027	FONDO PASIVO SOCIAL	BOGOTA D.C.	3445	0,12%
12	EPS 037	NUEVA-EPS	BOGOTA D.C.	292282	10,37%
13	EPS 035	RED SALUD	BOGOTA D.C.	207	0,01%
14	EPS 002	SALUD TOTAL	BOGOTA D.C.	167800	5,95%
15	EPS 033	SALUD VIDA	BOGOTA D.C.	1698	0,06%
16	EPS 013	SALUDCOOP	BOGOTA D.C.	369831	13,12%
17	EPS 005	SANITAS	BOGOTA D.C.	38969	1,38%
18	EPS 026	SOLSALUD	BUCARAMANGA	25974	0,92%
19	EPS 018	SOS	CALI	929	0,03%
20	EPS 010	SURA EPS	MEDELLÍN	898930	31,89%
21	EAS 021	UNISALUD	BOGOTÁ D.C.	3856	0,14%
<b>TOTAL POBLACIÓN</b>				<b>2819121</b>	<b>100%</b>

Fuente: Matrices de programación remitidas a la SSSA

Se observa como la afiliación se concentra en seis EPS-C, así:

SURA EPS tiene la mayor proporción de población con un 32%, COOMEVA con un 20%, SALUDCOOP con 13% y NUEVA EPS con 10% de la población, COMFENALCO con 9% y SALUD TOTAL con 6%.

De lo que se puede concluir que en estas seis EPS-C está incluida el 90% de la población afiliada en el Departamento de Antioquia y las 15 EPS-C restantes manejan el 10% de la población.

## **2. CONDICIONES DE GESTIÓN PARA LAS ACTIVIDADES PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA, DETECCIÓN TEMPRANA Y ATENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO (Acuerdo 117, Resolución 412 y 3384 de 2000)**

El Acuerdo 117 de 1998 y sus resoluciones reglamentarias<sup>8</sup> vigentes, desarrollaron el Sistema de Fortalecimiento de la Gestión de las Entidades Promotoras de Salud correspondiente a las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública tanto del régimen contributivo como subsidiado, a fin de realizar un monitoreo permanente de indicadores trazadores en salud con instrumentos y períodos unificados que permitan acciones de control y mejoramiento continuo buscando siempre la adecuada atención de la población asegurada y el logro de óptimas condiciones de salud.

El análisis se hace teniendo en cuenta el Sistema de Fortalecimiento de la Gestión el cual se estructuró según lo establecido en las resoluciones reglamentarias a partir de los siguientes elementos:

- Marco normativo del modelo establecido en el Acuerdo 117 de 1998 y la normatividad relacionada con el Sistema Integral de Información en Salud
- Indicadores trazadores
- Programación de actividades con base en la población afiliada
- Captura y acumulación trimestral de datos
- Comparación de actividades estimadas, las metas de cobertura definidas y las actividades realizadas por las EPS en el mismo período.
- Evaluación de los indicadores orientada a la definición de medidas de intervención, pertinentes para el fortalecimiento de la gestión de las EPS.
- Desagregación de la información por entidad territorial, con el fin de monitorear la gestión en el ámbito departamental específico, estimulando la equidad entre subregiones a través de intervenciones oportunas.

---

<sup>8</sup> Resoluciones 412 y 3384 de 2000

De acuerdo con lo anterior, se estableció la presentación de una programación anual de actividades por entidad aseguradora del régimen contributivo por componente municipal (basada en la población afiliada a 31 de diciembre de 2009), la cual fue ajustada con los datos de población a junio 30 de 2010, para compararla con las ejecuciones reportadas durante la vigencia; hacer el seguimiento al cumplimiento de los indicadores trazadores comparándolos con las metas establecidas por el Ministerio de la Protección Social según Resolución 3384 de 2000.

Se espera que el flujo de la información haya permitido una intervención en primera instancia de las EPS sobre sus propios resultados, identificando las causas y procesos involucrados en el déficit o logros obtenidos. En segundo lugar, se espera que en el año 2010 las entidades territoriales analicen las programaciones y ejecuciones enviadas por la SSSA para calificar los resultados trimestrales de cada Municipio promoviendo de acuerdo con ello el proceso de mejoramiento mediante la vigilancia de planes concertados por las IPS Y EPS-C.

En el año 2010, la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia adelantó el proceso de contratación mediante la modalidad de concurso de méritos del proyecto de Inspección, Vigilancia y control a las acciones de Salud Pública Individuales a cargo de las EPS-C y EPS-S y entes territoriales para la población pobre no afiliada al SGSSS sin poder concluir dicho proceso de contratación.

Los datos procesados en este documento se tomaron del consolidado de Actividades de Detección Temprana y Protección Específica del Régimen Contributivo año 2010 enviados y radicados por las EPS-C a la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

Como objeto de análisis, se cuenta con 12 normas técnicas de protección específica y detección temprana y 4 guías de atención de obligatorio cumplimiento, las cuales son monitoreadas a través de 27 indicadores de cumplimiento y 7 indicadores centinela de calidad, eje del análisis presentado en este documento.

### **3. ANÁLISIS CONSOLIDADO DE RESULTADOS 2010**

#### **3.1. INDICADORES ANALIZADOS:**

Las matrices de programación incluyen las actividades, procedimientos e intervenciones contemplados en cada norma técnica, sin embargo para efectos del seguimiento trimestral de las EPS se definió conforme a la resolución 3384 de 2000, un cuadro de las acciones programadas, soporte de cada indicador trazador definido, obteniendo la siguiente información por aseguradora y entidad territorial:

- VACUNACIÓN PAI: Dosis a aplicar de vacuna antihepatitis B y vacuna DPT

- ATENCIÓN EN SALUD BUCAL: Número de controles de placa y aplicación de sellantes a realizar.
- ATENCIÓN DEL PARTO: Atenciones institucionales de parto a realizar, serología y dosis de triple viral a aplicar a mujeres en postparto y post aborto.
- ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO: Número de exámenes de TSH y consultas médicas del recién nacido a realizar.
- ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR: Número de consultas de primera vez y control de planificación familiar por médico o enfermera, esterilizaciones totales, femeninas a realizar, número de consultas planificación hombres.
- DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN MENORES DE 10 AÑOS: Número de consultas de primera vez y control a realizar.
- DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES DEL JOVEN: Número de consultas a realizar.
- DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES DEL EMBARAZO: Consulta médica prenatal de primera vez, serología en gestantes, consulta médica de control prenatal, consulta de control prenatal por enfermería.
- DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES DEL ADULTO: Número de consultas a realizar.
- DETECCIÓN TEMPRANA DEL CANCER DE CUELLO UTERINO: Número de citologías cérvico uterinas (toma), Número de citologías cérvico uterinas (lectura)
- DETECCIÓN TEMPRANA DEL CANCER DE SENO: Número de mamografías a realizar (toma), Número de mamografías (lectura).
- DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL: Número de mediciones de agudeza visual y consultas oftalmológicas a realizar.

### **3.2. INDICADORES DE CUMPLIMIENTO**

Estos indicadores se caracterizan por expresar el número de actividades realizadas durante un período de tiempo establecido, en relación con el número de actividades programadas en el mismo período.

Los numeradores de los indicadores en cuestión, se refieren al número de actividades efectivamente realizadas por la entidad, en cada territorio y en los servicios evaluados para el período de interés.

El denominador de estos indicadores corresponde a la estimación del número de actividades a ser desarrolladas en un período de tiempo determinado. El resultado obtenido de la relación numerador – denominador (ejecución / programación), se

analiza de acuerdo con las metas de cumplimiento establecidas, para cada uno, de forma específica.

El porcentaje obtenido para cada indicador trazador es contrastado con la meta de cumplimiento establecida para cada uno y los parámetros de comparación normados en cada caso en particular, calificando el logro de gestión como muy deficiente, deficiente, adecuado y óptimo, incluyendo todas las posibilidades entre 0 y 100%.

En la tabla 61, se ilustra la organización de los parámetros de comparación en función de la meta esperada.

**Tabla 61.** Rango de calificación de las EPS-S en el régimen contributivo

Rango de Calificación (Puntaje)	Calificación
Mayor a 94 Puntos	Optimo
Entre 82 y 93 Puntos	Aceptable
Entre 58 y 81 Puntos	Deficiente
Menor a 58 Puntos	Muy Deficiente

**Fuente:** Formulario de seguimiento y evaluación a la gestión territorial sobre las acciones de salud pública individual

**Tabla 62.** Indicadores frecuentemente mal programados EPS – Régimen Contributivo

INDICADOR		MAL PROGRAMADO
NUMERO DE CONSULTAS PLANIFICACION HOMBRES	N° EPS	16
	%	76%
No. DOSIS VACUNAS TV (SRP)	N° EPS	15
	%	71%
No. DOSIS ANTIHEPATITIS B EN MENORES DE 1 AÑO	N° EPS	4
	%	19%
No. DOSIS DPT MENORES 5AÑOS	N° EPS	3
	%	14%
No. SEROLOGIA GESTANTE	N° EPS	3
	%	14%
NUMERO DE CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL POR MEDICO	N° EPS	3
	%	14%

**Fuente:** Matrices de programación y ejecución remitidas a la DSSA

Como se ilustra en la tabla 3, los indicadores que más frecuentemente dan como resultado mal programado son en su orden:

- Número de consultas planificación hombres.
- Numero de Dosis Vacunas TV (SRP), resultado que llama la atención porque a pesar de que está por fuera del esquema de vacunación, se encuentran resultados muy por encima de lo programado.
- Numero de Dosis Hepatitis B en menores de un año.
- No. Dosis DPT menores 5 años.
- No. Serología Gestante.
- Número de consultas de control prenatal por médico: Explicable por la política que tienen algunas EPS de realizar las consultas prenatales solo por médico, sin embargo estas acciones estarán sobredimensionadas en el registro y por ende a las matrices de programación por no ajustarse a la norma técnica que dice que las consultas de seguimiento y control por médico en la gestante de bajo riesgo deben ser a partir de la semana 36 cada 15 días hasta el parto.

**Tabla 63.** Consolidado de calificación de cumplimiento de indicadores trazadores sobre las acciones de detección temprana y protección específica a cargo de las EPS-C para el Departamento de Antioquia – año 2010

INDICADOR		OPTIMO	ACEPTABLE	DEFICIENTE	MUY DEFICIENTE	TENDENCIA ANTIOQUIA
DOSIS ANTIHEPATITIS B APLICADAS EN MENORES DE 1 AÑO	%	89,08 %	0,00%	0,20%	10,72%	ÓPTIMO (89,08%)
	N° EPS	13	0	2	6	
DOSIS DPT APLICADAS EN MENORES DE 5 AÑOS	%	78,4%	10,5%	1,6%	9,5%	OPTIMO-ACEPTABLE (88,9%)
	N° EPS	9	2	2	8	
NUMERO DE SELLANTES APLICADOS EN PERSONAS DE 3 A 15 AÑOS	%	99,90 %	0,00%	0,04%	0,06%	ÓPTIMO (99,42%)
	N° EPS	19	0	1	1	
NUMERO DE CONTROLES DE PLACA BACTERIANA	%	97,75 %	0,48%	0,15%	1,62%	ÓPTIMO (97,75%)
	N° EPS	15	4	0	3	
NUMERO DE ATENCIONES	%	0,04%	26,45%	42,99%	12,23%	DEFICIENTE -

INDICADOR		OPTIMO	ACEPTABLE	DEFICIENTE	MUY DEFICIENTE	TENDENCIA ANTIOQUIA
INSTITUCIONALES DEL PARTO (PARTO Y CESAREA)	N° EPS	2	5	6	7	MUY DEFICIENTE (55,22%)
SEROLOGÍA (VDRL-RPR)	%	0,04%	16,01%	38,42%	45,53%	DEFICIENTE - MUY DEFICIENTE (83,95%)
	N° EPS	2	2	6	11	
APLICACIÓN TV-DV (SR) POST PARTO O POST ABORTO (DOSIS)	%	0,22%	0,00%	0,00%	99,78%	MUY DEFICIENTE (99,78%)
	N° EPS	3	0	0	18	
EXAMENES DE TSH REALIZADOS A RECIEN NACIDOS (TOMA Y ANÁLISIS)	%	0,04%	16,01%	38,53%	45,42%	DEFICIENTE - MUY DEFICIENTE (83,95%)
	N° EPS	2	2	7	10	
NUMERO DE CONSULTAS DE CONTROL DEL RECIEN NACIDO	%	0,00%	25,12%	29,46%	45,42%	DEFICIENTE - MUY DEFICIENTE (74,88%)
	N° EPS	1	4	6	10	
NUMERO DE CONSULTAS DE PLANIFICACION FAMILIAR DE PRIMERA VEZ REALIZADAS A MUJERES (POR MEDICO O ENFERMERA)	%	99,83 %	0,06%	0,00%	0,11%	ÓPTIMO (99,83%)
	N° EPS	18	1	0	2	
NUMERO DE CONSULTAS DE PLANIFICACION FAMILIAR DE CONTROL REALIZADAS A MUJERES (POR MEDICO O ENFERMERA)	%	88,34 %	9,07%	1,07%	1,52%	OPTIMO-ACEPTABLE (97,41%)
	N° EPS	15	1	3	2	
NUMERO DE ESTERILIZACIONES FEMENINAS REALIZADAS	%	85,30 %	0,06%	10,37%	4,27%	OPTIMO (85%)
	N° EPS	12	1	1	7	
NUMERO DE CONSULTAS DE PLANIFICACIÓN HOMBRES	%	1,08%	0,00%	0,00%	98,92%	MUY DEFICIENTE (98,92%)
	N° EPS	5	0	0	16	
NUMERO DE CONSULTAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE PRIMERA VEZ POR MÉDICO	%	78,12 %	0,64%	11,43%	9,81%	ÓPTIMO (78,12%)
	N° EPS	11	1	3	6	
NUMERO DE CONSULTAS DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	%	97,34 %	0,12%	2,36%	0,17%	ÓPTIMO (97,34%)
	N° EPS	15	1	3	2	

INDICADOR		OPTIMO	ACEPTABLE	DEFICIENTE	MUY DEFICIENTE	TENDENCIA ANTIOQUIA
NUMERO DE CONSULTAS DEL DESARROLLO DEL JOVEN POR MÉDICO	%	99,00 %	0,00%	0,92%	0,08%	ÓPTIMO (98,52%)
	N° EPS	19	0	1	1	
NUMERO DE CONSULTAS PRENATALES DE PRIMERA VEZ POR MÉDICO	%	48,71 %	19,55%	19,16%	12,58%	OPTIMO-ACEPTABLE (68,26%)
	N° EPS	8	1	4	8	
SEROLOGÍA (VDRL-RPR)	%	79,70 %	8,09%	10,51%	1,70%	ÓPTIMO (79,70%)
	N° EPS	7	4	3	7	
NUMERO DE CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL REALIZADAS POR MEDICO	%	64,80 %	0,11%	0,86%	34,23%	ÓPTIMO (64,80%)
	N° EPS	9	1	3	8	
NUMERO DE CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL REALIZADAS POR ENFERMERA	%	22,47 %	51,00%	13,62%	12,91%	OPTIMO-ACEPTABLE (73,47%)
	N° EPS	3	4	3	11	
NUMERO DE CONSULTAS DE DETECCION DE ALTERACIONES DEL ADULTO POR MÉDICO	%	72,96 %	19,44%	0,92%	6,67%	OPTIMO-ACEPTABLE (91,93%)
	N° EPS	14	2	1	4	
NUMERO DE CITOLOGIAS CERVICOUTERINAS (TOMA)	%	45,52 %	44,28%	9,25%	0,95%	OPTIMO-ACEPTABLE (89,32%)
	N° EPS	11	4	3	3	
NUMERO DE CITOLOGIAS CERVICOUTERINAS (LECTURA)	%	45,40 %	44,28%	9,07%	1,25%	OPTIMO-ACEPTABLE (89,20%)
	N° EPS	10	4	1	6	
NUMERO DE MAMOGRAFIAS (TOMA)	%	99,08 %	0,00%	0,00%	0,92%	ÓPTIMO (99,08%)
	N° EPS	19	0	0	2	
NUMERO DE MAMOGRAFIAS (LECTURA)	%	98,90 %	0,00%	0,06%	1,04%	ÓPTIMO (98,9%)
	N°	17	0	1	3	

INDICADOR		OPTIMO	ACEPTABLE	DEFICIENTE	MUY DEFICIENTE	TENDENCIA ANTIOQUIA
	<b>EPS</b>					
NUMERO DE MEDICIONES DE AGUDEZA VISUAL REALIZADAS A LOS 4 ,11, 16 Y 45 AÑOS	%	68,05 %	10,48%	13,21%	8,26%	OPTIMO-ACEPTABLE (78,53%)
	<b>N° EPS</b>	13	2	3	3	
NUMERO DE CONSULTAS DE OFTALMOLOGIA PARA DETECCION DE LAS ALTERACIONES DE AGUDEZA VISUAL A LOS 55, 65, 70, 75, 80 Y MAS AÑOS	%	88,02 %	10,85%	0,12%	1,01%	OPTIMO-ACEPTABLE (98,38%)
	<b>N° EPS</b>	14	2	1	4	

Fuente: Matrices de programación y ejecución remitidas a la DSSA

La calificación global en Antioquia se hizo haciendo una ponderación de acuerdo al peso porcentual poblacional de las diferentes EPS-C y no por el resultado individual de cada EPS-C, pues éste varía mucho de una EPS a otra como se observa en la tabla 63.

## HALLAZGOS:

### Vacunación PAI:

Para el indicador Dosis Antihepatitis B en menores de un año, se obtienen valores con un resultado óptimo en 13 EPS-C que corresponde a un 89% de la población.

Para el otro indicador analizado Dosis DPT en menores de 5 años se obtiene un resultado de ÓPTIMO en 9 EPS-C que corresponde a un 78.4% de la población, seguido de un resultado ACEPTABLE en 2 EPS-C para 10.49% de la población.

### Atención En Salud Bucal:

Para el indicador N° sellantes Aplicados se obtiene un resultado **ÓPTIMO** en 19 EPS-C que corresponden a un **99.9 %** de la población.

Para el indicador N° controles de placa bacteriana se obtiene un resultado **ÓPTIMO** en 15 EPS-C que corresponden a un **97.75%** de la población.

### **Atención Del Parto:**

Para el indicador N° atenciones institucionales de parto, se obtiene como resultado global deficiente en 6 EPS-C que corresponden a un 42.99% de la población, seguido de un resultado aceptable en 5 EPS-C que corresponden a un 26.45% de la población.

Este resultado está muy relacionado con las diferencias existentes con las tasas de fecundidad reales y las que se aplican en las matrices de programación.

Para el segundo indicador N° serología parto, se obtienen resultados que oscilan entre deficiente en 6 EPS-C que corresponde al 38.42% de la población y un resultado muy deficiente en 11 EPS-C para un 45.53% de la población.

Este indicador está muy relacionado también con el número de partos y está acorde con la observación anterior.

Para el indicador Dosis de triple viral post parto o post aborto, se obtienen resultados muy deficiente en 18 EPS-C que corresponde al 99.78% de la población.

Este resultado puede explicarse por varias razones: Se espera que con el cumplimiento hecho en la jornada de vacunación en el 2005-2006 no haya población disponible para esta vacuna, además por estar fuera de esquema de vacunación no hay vacuna SR disponible por parte del Ministerio, sin embargo llama la atención resultados como Mal Programados en este indicador en 15 EPS: CAFESALUD, COLMEDICA, COLPATRIA, COOMEVA, CRUZ BLANCA, FAMISANAR, FONDO PASIVO SOCIAL, NUEVA-EPS, RED SALUD, SALUD TOTAL, SALUD VIDA, SALUDCOOP, SANITAS, SOLSALUD, SURA EPS Estándar que obtiene calificaciones de 1 por lo que explica el resultado global del indicador.

### **Atención Del Recién Nacido:**

Para el indicador Exámenes TSH del recién nacido se obtienen resultados que oscilan entre deficiente en 7 EPS-C que corresponde al 38.53% de la población y un resultado muy deficiente en 10 EPS-C para un 45.42 % de la población.

Para el Indicador Consultas Médicas de control del Recién Nacido se obtienen resultados que oscilan entre deficiente en 6 EPS-C que corresponde al 29.46% de la población y un resultado muy deficiente en 10 EPS-C para un 45.42% de la población.

### **Atención en planificación familiar:**

Para el indicador consulta primera vez planificación familiar, presenta como resultado óptimo en 18 EPS-C que corresponden al 99.83% de la población.

Para el indicador consulta de control de planificación familiar, se obtiene un resultado de óptimo en 15 EPS-C que corresponden a un 88.34% de la población seguido de un resultado aceptable en 1 de las EPS-C analizadas que corresponden a un 9.07% de la población.

Para el indicador Número Esterilizaciones Femeninas, se obtiene una calificación de óptimo en 12 de las EPS-C analizadas que corresponden al en un 85.30% de la población.

Para el indicador Número consultas planificación hombres, se obtiene como resultado muy deficiente en 16 de las EPS-C analizadas para un 98.92% de la población.

### **Detección Temprana De Alteraciones Del Crecimiento Y Desarrollo En Menores De 10 Años:**

En el indicador Consultas de crecimiento y desarrollo de primera vez, presenta como resultado óptimo en 11 de las EPS-C analizadas que corresponden a un 78.12 % de la población.

Para el Indicador Consultas de control de crecimiento y desarrollo, se obtiene un resultado óptimo en 15 de las EPS-C analizadas que corresponden a un 97.34 % de la población.

### **Detección Temprana De Alteraciones Del Desarrollo Del Joven:**

Para el indicador Consultas desarrollo joven por médico, se obtiene un resultado óptimo en 19 de las EPS-C analizadas que corresponden a un 98.52% de la población.

### **Detección Temprana De Alteraciones Del Embarazo:**

El indicador Consultas prenatales de primera vez por médico, presenta como resultado óptimo en 8 de las EPS-C analizadas que corresponden a un 48.71% de la

población, seguido de un resultado Aceptable en 1 de las EPS-C analizadas que corresponden al 19.55% de la población.

Para el indicador Serología (VDRL-RPR) se obtiene un resultado óptimo en 7 de las EPS-C analizadas para un 79.70 % de la población.

Para el indicador Consultas de control prenatal por médico, se obtuvo un resultado óptimo en 9 de las EPS-C analizadas para un 64.80% de la población, seguido de un resultado muy deficiente en 8 de las EPS-C analizadas que corresponden al 34.23% de la población.

En el Indicador control prenatal por la enfermera, se obtiene un resultado óptimo en 3 de las EPS-C analizadas para un 22.47% de la población, seguido de un resultado aceptable en 4 de las EPS-C analizadas que corresponden al 51% de la población.

### **Detección temprana de las alteraciones del adulto:**

El comportamiento del indicador consulta médica para la Detección temprana para las alteraciones del adulto, muestra un resultado óptimo en 14 de las EPS-C analizadas que corresponde a un 72.96% de la población, seguido de un resultado aceptable en 2 de las EPS-C analizadas que corresponden al 19.44% de la población.

### **DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO:**

Para el indicador Número de citologías tomadas, presenta como resultado óptimo en 11 de las EPS-C analizadas que representa un 45.5% de la población, seguido de un resultado aceptable en 4 de las EPS-C analizadas que corresponden al 44.28% de la población.

Para el indicador Número de citologías leídas se obtiene un resultado óptimo en 10 de las EPS-C analizadas que representa un 45.4% de la población, seguido de un resultado aceptable en 4 de las EPS-C analizadas que corresponden al 44.28% de la población.

### **Detección Temprana De Cáncer De Seno:**

Para el Indicador N° de mamografías tomadas presenta un resultado global óptimo en 19 de las EPS-C analizadas que representan un 99.08% de la población.

Para el indicador N° de mamografías leídas presenta un resultado global óptimo en 17 de las EPS-C analizadas que representan un 98.90% de la población.

### **Detección temprana de las alteraciones visuales:**

Para el indicador N° de mediciones de agudeza visual, presenta un resultado global óptimo en 13 de las EPS-C analizadas en un 68.05% de la población seguido de un resultado muy deficiente en 2 de las EPS-C analizadas que representan el 10.48% de la población.

El indicador N° de consultas de oftalmología para detección temprana, presenta un resultado óptimo en 14 de las EPS-C analizadas que representan un 88.02% de la población, seguido de un resultado aceptable en 2 de las EPS-C analizadas que representan el 10.85% de la población.

## **INDICADORES CENTINELA DE CALIDAD**

Los indicadores centinela de calidad corresponden a condiciones o padecimientos cuya ocurrencia o presencia sirve de alarma y refleja la necesidad de mejorar la calidad de la atención. Se comportan como índices negativos de la misma y parten del supuesto de que si el sistema de atención estuviera funcionando satisfactoriamente, podrían haberse evitado o controlado.

Muestran tres tipos de condiciones básicas: enfermedad innecesaria, incapacidad innecesaria y muerte prematura. La aparición de casos en la entidad debía desencadenar un estudio a profundidad de los mismos a fin de establecer las medidas correctivas y preventivas necesarias para controlar su aparición. Se parte de concebir que el análisis integral de la atención permita mejorar las condiciones de calidad en la prestación de servicios, disminuir costos innecesarios y mejorar el desempeño e imagen de la EPS, IPS y usuarios.

## **INDICADORES CENTINELAS DE CALIDAD**

1. Bajo peso al nacer
2. Otitis media supurativa
3. Hospitalización por neumonía en niños menores de 3 a 5 años
4. Hospitalización por EDA en niños menores de 3 a 5 años
5. Muerte materna
6. Muerte por malaria
7. Muerte por dengue

**Tabla 64.** Consolidado departamental de casos centinela de calidad

EPS ANALIZADAS	BAJO PESO AL NACER (<2500 grm)	NIÑOS CON OTITIS MEDIA SUPURATIVA (<5 AÑOS)	HOSPITALIZACIONES POR NEUMONIA EN NIÑOS DE 3-5 AÑOS	HOSPITALIZACIONES POR EDAD EN NIÑOS DE 3-5 AÑOS	MUERTES MATERNAS	MUERTES POR MALARIA	MUERTES POR DENGUE
<b>TOTAL</b>	2069	1065	788	171	7	0	3

Fuente: Matrices de programación y ejecución remitidas a la DSSA

#### 4. DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA A NIVEL MUNICIPAL:

**Tabla 65.** Desempeño por subregión

REGION	TOTAL MUNICIPIOS	OPTIMO		ACEPTABLE		DEFICIENTE		MUY DEFICIENTE	
		N° Municipios	%	N° Municipios	%	N° Municipios	%	N° Municipios	%
MAGDALENA MEDIO	6	0	0%	0	0%	3	50%	3	50%
BAJO CAUCA	6	0	0%	0	0%	3	50%	3	50%
URABA	11	0	0%	2	18%	4	36%	5	45%
NORDESTE	10	0	0%	0	0%	5	50%	5	50%
OCCIDENTE	19	0	0%	0	0%	9	47%	10	53%
NORTE	17	0	0%	2	12%	7	41%	8	47%
ORIENTE	23	0	0%	3	13%	16	70%	4	17%
SUROESTE	23	0	0%	0	0%	9	39%	14	61%
VALLE DE ABURRA	10	0	0%	3	30%	6	60%	1	10%

Fuente: Matrices de programación y ejecución remitidas a la DSSA

En un análisis del desempeño de la gestión por municipios como se puede observar en la tabla 6, encontramos que los municipios que presentaron resultado aceptable en su desempeño fueron: Apartadó, Bello, Don Matías, Entreríos, Guarne, Itagüí, La Ceja, Medellín, Necoclí, Rionegro.

Los municipios que presentaron un resultado deficiente fueron: Abejorral, Alejandría, Andes, Anzá, Barbosa, Belmira, Buriticá, Caldas, Caracolí, Carepa, Caucasia, Chigorodó, Cisneros, Ciudad Bolívar, Cocorná, Concepción, Concordia, Copacabana, El Bagre, El Carmen de Viboral, El Peñol, El Retiro, El Santuario, Envigado, Fredonia, Frontino, Giraldo, Girardota, Gómez Plata, Granada, Guatapé, Ituango, Jardín, Jericó, La Pintada, La Unión, Liborina, Marinilla, Mutatá, Puerto Berrío, Sabanalarga, Sabaneta, San Andrés de C., San Carlos, San Jerónimo, San José de la M., San Luis, San Rafael, San Roque, San Vicente, Santa Bárbara, Santa

Rosa De Osos, Santafé de Antioquia, Santo Domingo, Segovia, Sopetrán, Tarazá, Turbo, Venecia, Yalí, Yarumal, Yondó.

Los municipios que presentaron un resultado muy deficiente fueron: Abriaquí, Amagá, Amalfi, Angelópolis, Angostura, Anorí, Arboletes, Argelia, Armenia, Betania, Betulia, Briceño, Cáceres, Caicedo, Campamento, Cañasgordas, Caramanta, Carolina, Dabeiba, Ebéjico, Guadalupe, Heliconia, Hispania, La Estrella, Maceo, Montebello, Murindo, Nariño, Nechí, Olaya, Peque, Pueblorrico, Puerto Nare, Puerto Triunfo, Remedios, Salgar, San Francisco, San Juan de Urabá, San Pedro de los M., San Pedro de U., Sonsón, Támesis, Tarso, Titiribí, Toledo, Uramita, Urrao, Valdivia, Valparaíso, Vegachí, Vigía del Fuerte, Yolombó, Zaragoza.

Con estos resultados se espera que las entidades territoriales analicen las programaciones y ejecuciones enviadas por la SSSA y con los resultados obtenidos promuevan de acuerdo con ello el proceso de mejoramiento mediante la vigilancia de planes concertados por las IPS Y EPS-C.

## CONCLUSIONES

- El universo de análisis lo constituyeron 21 EPS-C que reportaron información en matrices de programación al Ministerio de Protección Social y a la SSSA.
- El Sistema de Fortalecimiento de la Gestión constituye una valiosa herramienta para la planeación y monitoreo de la gestión de las aseguradoras respecto a las acciones de protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública del POS. El análisis de los resultados que se presentan en los tableros de indicadores debe partir de una minuciosa revisión tanto de la información con que se construye el indicador, como de las características de la atención que están condicionando los resultados, a partir de lo cual se impone el diseño en cada entidad de un Plan de mejoramiento de la calidad de la atención y de la información.

Igualmente, es importante como parte integral del fortalecimiento de la gestión, no sólo hacer un análisis a los indicadores presentados, sino establecer un plan de acompañamiento a las actividades de mejoramiento propuestas por cada entidad.

- Los resultados obtenidos nos llevan a concluir resultados muy similares comparados con la vigencia anterior, lo que obliga a evaluar el impacto que han tenido las acciones de mejora implementadas en los dos últimos años, esperando una intervención en primera instancia de las EPS sobre sus propios resultados, identificando las causas y procesos involucrados en los logros obtenidos.
- Según la dinámica propia del sistema y del régimen contributivo, este seguimiento permite en el corto y mediano plazo, mejorar la dinámica de gestión de aseguradores y prestadores no solo en términos de estas acciones sino en general de la organización y garantía de los servicios contemplados en el plan obligatorio de salud, con el fin de minimizar riesgos y disminuir el alto costo, eventos que tienen en crisis el sistema con resultados nefastos sobre la salud de la población.
- La organización del aseguramiento de algunas EPS-C del Departamento genera vacíos en la real disposición de servicios para poblaciones afiliadas de bajo peso porcentual en el total de afiliados de las EPS.
- Los resultados obtenidos a nivel municipal apuntan más a un desempeño de las EPS y/o de las ESE que a la Gestión dada propiamente por la DLS, pues hasta la fecha se observa que es un proceso muy incipiente en la gran

mayoría de ellas, sin embargo es un punto de partida muy importante para iniciar este seguimiento por lo que los municipios que tienen mejores resultados deberán mantenerlos y los que lo no tienen, deberán apuntar a lograrlos.

## **RECOMENDACIONES**

Como se expresa claramente en el acuerdo del Sistema de fortalecimiento de la gestión de las EPS frente a las intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública: “Ante el cambio normativo en materia de protección específica y detección temprana, es preciso que se adelanten acciones encaminadas a desarrollar en todas las EPS, para garantizar que los beneficios incluidos en el POS se brinden a todos los afiliados.

Los procesos de capacitación y asistencia técnica no deben limitarse a lograr el cumplimiento de las obligaciones que en materia administrativa se establecen en las actuales normas, se trata además de impulsar el mejoramiento continuo de la gestión y la prestación de servicios de tal manera que se traduzca en mejoría de la situación de salud de la población en el Departamento. Por lo anterior, el fortalecimiento de la capacidad no se logra con intervenciones aisladas, es necesario incluir los mecanismos pertinentes para un monitoreo cercano y oportuno y en caso de niveles de cumplimiento deficientes deberá implantarse un mecanismo de asistencia técnica con el fin de revisar la ruta crítica de atención en cada área y hacer un plan de mejoramiento sobre los aspectos que se requieran”

Por lo tanto:

- Posicionamiento en especial de la Dirección General de Salud Pública en términos del papel regulador y técnico en materia de salud pública y la articulación de la misma con la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Conformar un grupo interdisciplinario en la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social que pueda ejercer labores de validación de base de datos, consolidación y análisis de la información por un lado y por otro que pueda ejercer labores de asesoría, monitoreo y seguimiento a todos los actores que participan en el proceso, desarrollando un trabajo técnico articulado que dé continuidad a los logros de la gestión obtenidos que para este período no son alentadores en lo que respecta al Régimen Contributivo.

- Modificación y ajustes a las matrices para lograr una evaluación más objetiva de los indicadores acorde al comportamiento de la población, especialmente en indicadores relacionados con la tasa general de fecundidad y vacunación.
- Aseguradoras y entes territoriales asesorados y asistidos técnicamente por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia en el mejoramiento continuo de su gestión en materia administrativa para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana de las actividades de Protección específica y detección temprana.
- Disponer de una base de datos actualizada que dé cuenta de estas acciones y contar con un acompañamiento continuo para el manejo de la información contenida en las matrices que son la base del sistema de fortalecimiento.
- Desarrollo de metodologías que orienten y faciliten el abordaje de los casos centinela de calidad al interior de las EPS.
- Desarrollo de propuestas innovadoras que potencialicen los roles asegurador y prestador para mejorar coberturas, cumplimientos y metas en salud pública.

## ANEXOS

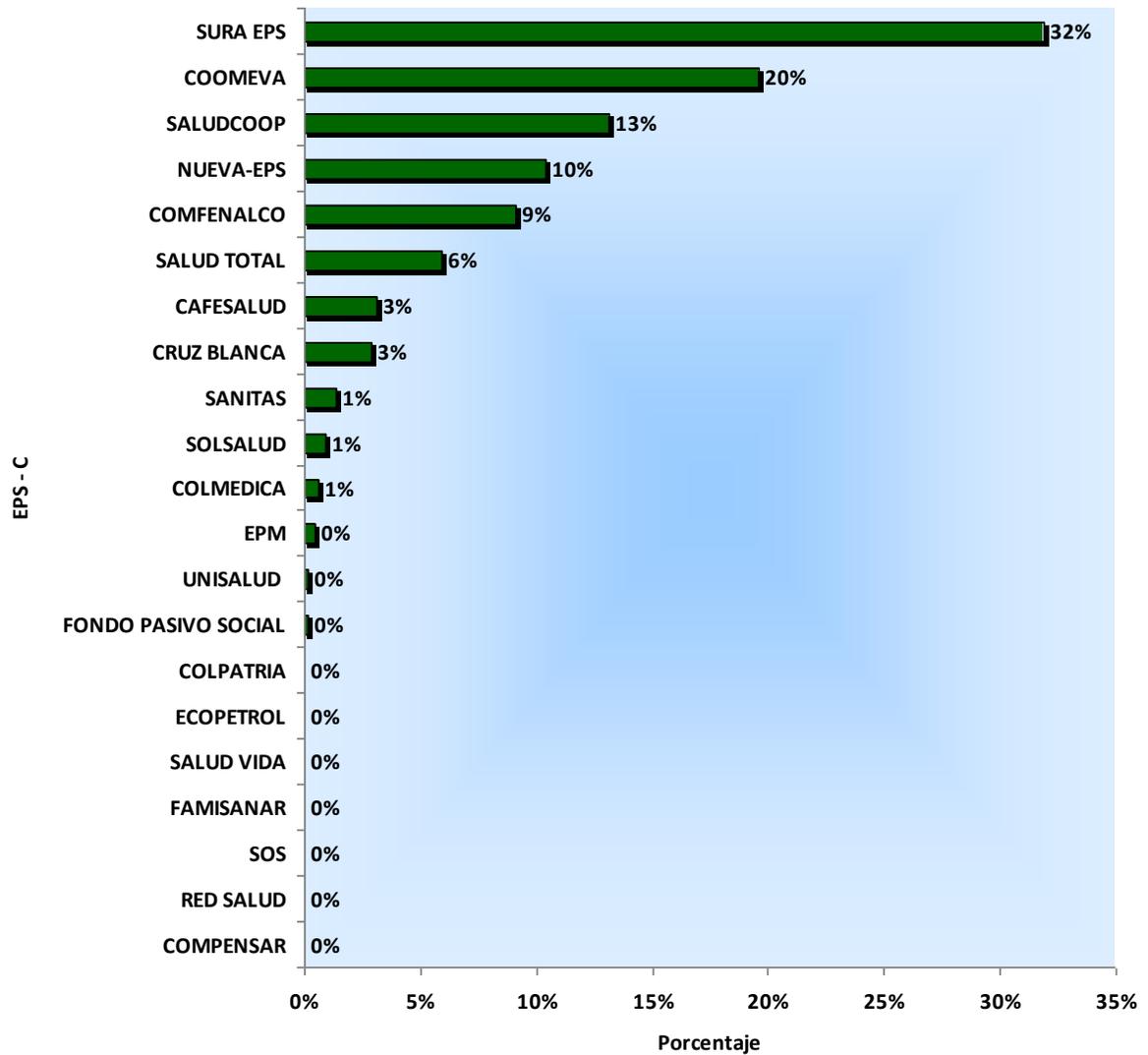
### % Mínimo Meta Régimen Contributivo

Programa	Procedimiento	% Mínimo Meta Régimen Contributivo - R 3384/00
Vacunación	Aplicación de vacuna antihepatitis B (dosis)	90%
	Aplicación de la vacuna contra Difteria, Tétanos, Tos ferina - DPT - o triple bacteriana (en menores de 5 años) (dosis)	90%
Salud Oral	Aplicación de Sellantes a personas entre 3 a 15 años (número)	20%
	Controles de Placa Bacteriana (número)	20%
Atención al Parto y Cesárea	Atención Institucional de Parto - Parto y Cesárea - (número)	90%
	Serología (VDRL-RPR)	90%
	Aplicación TV - DV (SR) post parto o post aborto (dosis)	90%
Atención al Recién Nacido	Realización del Examen TSH (toma y análisis)	90%
	Consulta Médica de control al Recién Nacido	90%
Planificación familiar	Consulta de primera vez en planificación familiar por medicina general para mujeres - médico o enfermera -	80%
	Consulta de control de seguimiento de programa de planificación familiar para mujeres - médico o enfermera -	50%
	Esterilización Femenina - Oclusión Tubárica Bilateral	80%
	Número de consultas planificación hombres	80%
Crecimiento y Desarrollo	Consulta médica de 1ª vez en el programa de crecimiento y desarrollo a niños y niñas entre 0 a 9 años	80%
	Consulta de Control de seguimiento de programa de crecimiento y desarrollo a niños y niñas entre 0 a 9 años	50%
Detección Temprana de Alteraciones en el Joven	Consulta médica de 1ª vez en el programa del joven entre 10 a 29 años	20%
Atención al Embarazo	Consulta médica prenatal de 1ª vez	85%
	Serología (VDRL-RPR)	85%
	Consulta médica de control prenatal	85%
	Consulta de control prenatal por enfermería	85%
Detección Temprana de Alteraciones en el Adulto mayor de 45 años	Número de Consultas médicas de 1ª vez para la Detección Temprana de Alteraciones en el Adulto	40%
Cáncer de cervix	Número de citologías cervico uterina (toma)	80%
	Número de citologías cervico uterina (lectura)	80%
Cáncer de mama	Número de Mamografías en 4 proyecciones o Xeromamografía o Mamografía Bilateral (toma)	20%

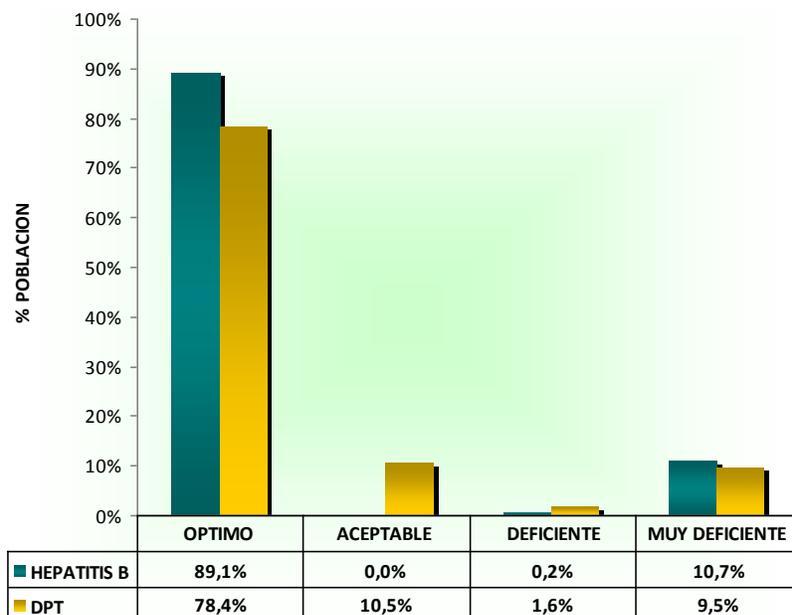
	Número de Mamografías en 4 proyecciones o Xeromamografía o Mamografía Bilateral ( lectura)	20%
<b>Agudeza Visual</b>	Medición Agudeza Visual (4, 11, 16, 44 años)	50%
	Consulta Oftalmología 1ª Vez (60, 65, 70, 75, 80 y más años)	20%

Fuente: Resolución 3384/2000

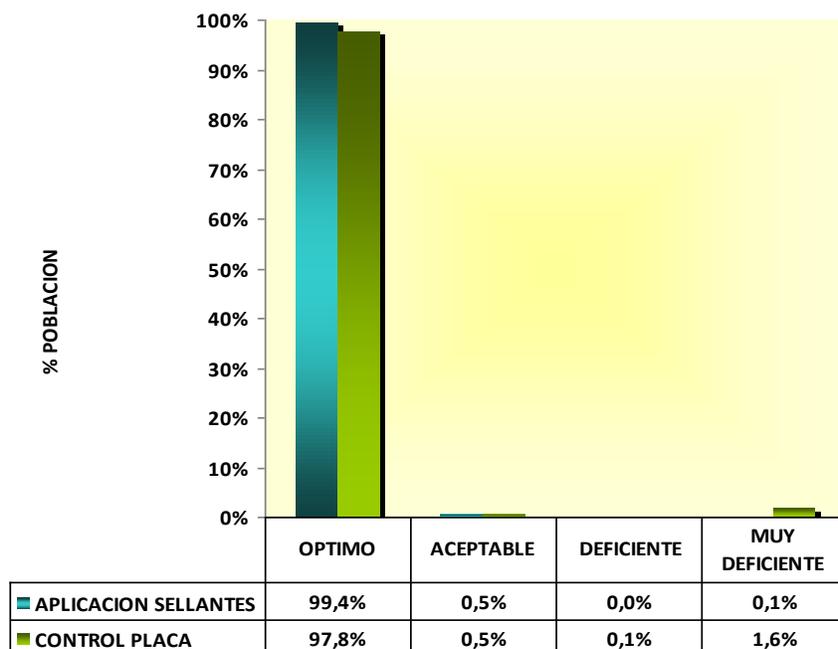
## GRÁFICAS RÉGIMEN CONTRIBUTIVO 2010



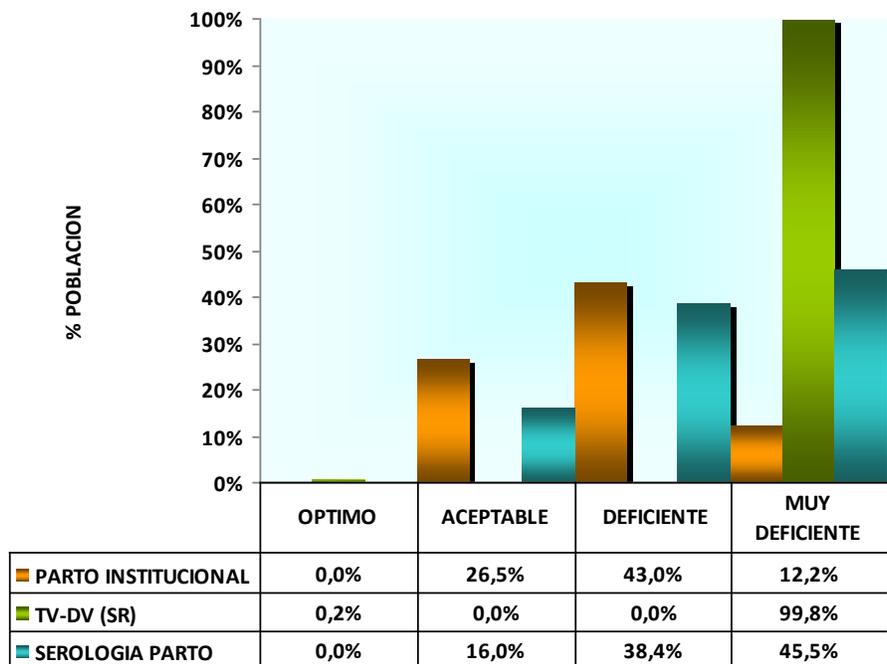
**Figura 74.** Distribución porcentual de población por EPS Régimen Contributivo. Antioquia 2010  
**Fuente:** Matrices de programación remitidas a la SSSA



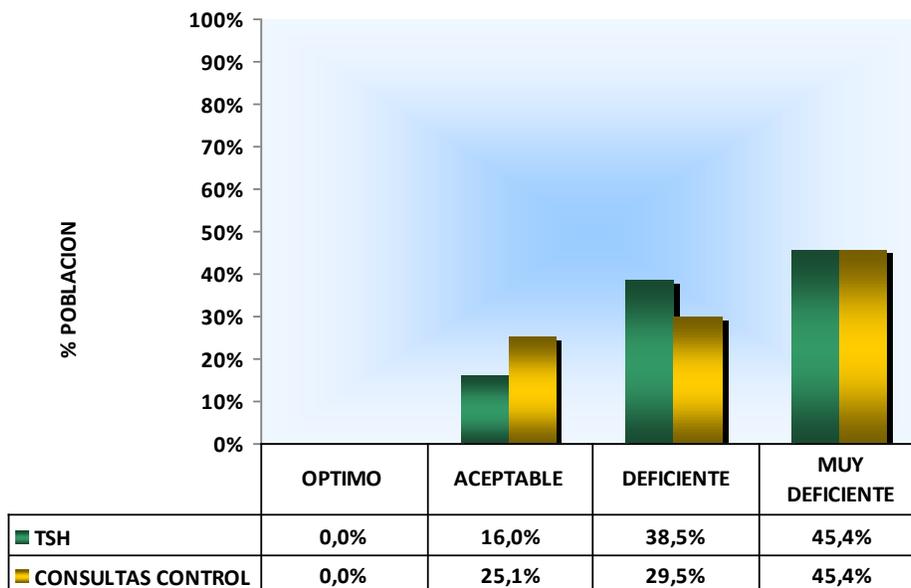
**Figura 75.** Vacunación – PAI. Actividades ejecutadas Régimen Contributivo. Antioquia 2010  
**Fuente:** Matrices de programación y ejecución remitidas a la SSSA



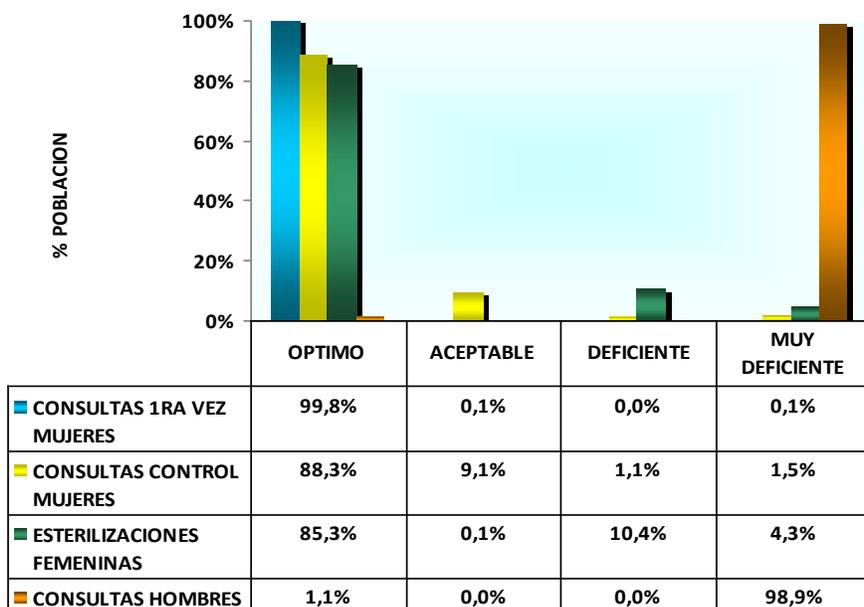
**Figura 76.** Atención en Salud Bucal. Actividades ejecutadas Régimen Contributivo. Antioquia 2010  
**Fuente:** Matrices de programación y ejecución remitidas a la SSSA



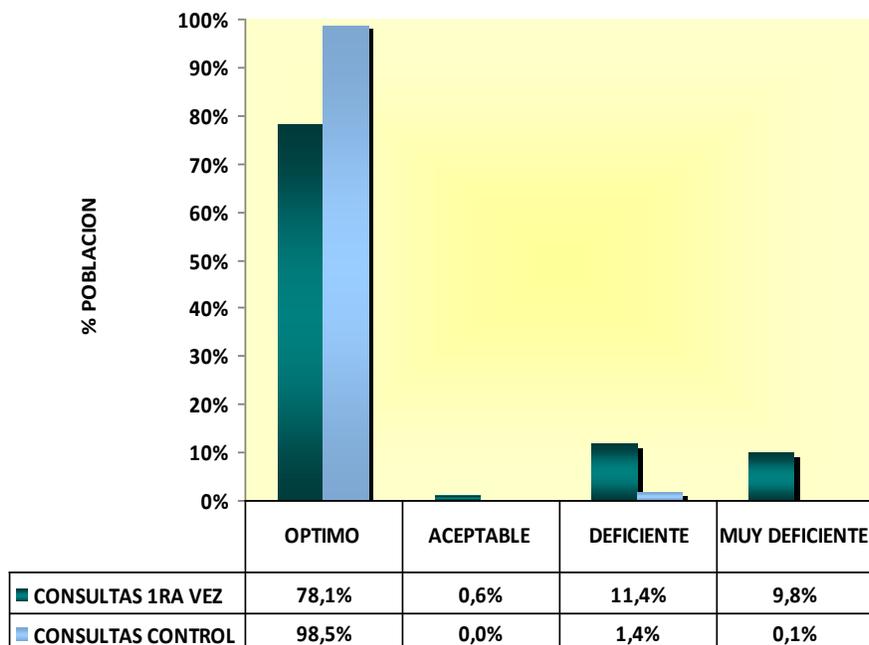
**Figura 77.** Atención del Parto. Actividades ejecutadas Régimen Contributivo. Antioquia 2010  
**Fuente:** Matrices de programación y ejecución remitidas a la SSSA



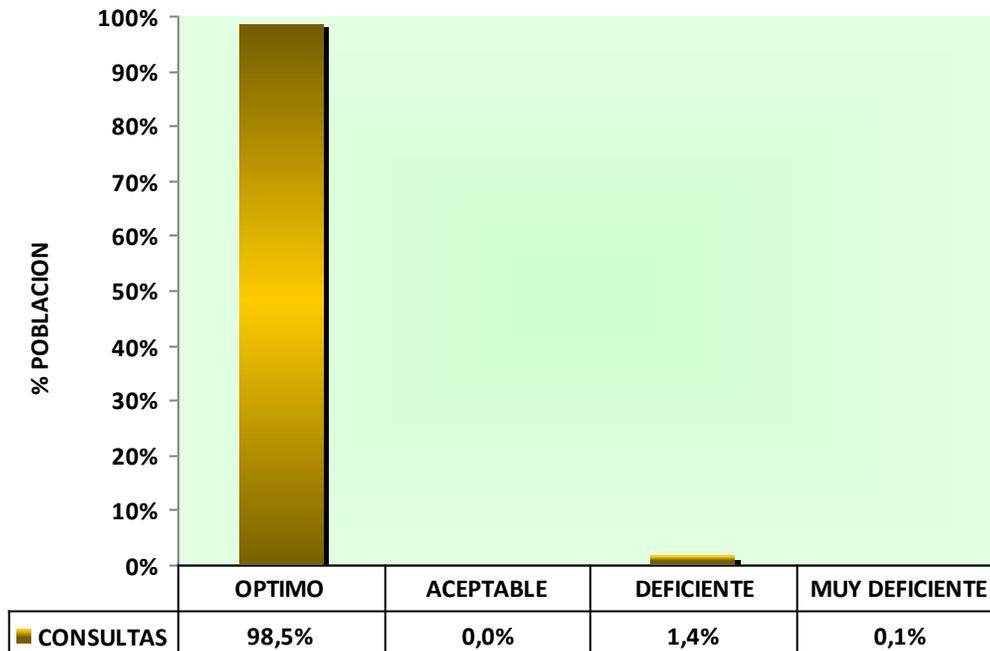
**Figura 78.** Atención del Recién Nacido. Actividades ejecutadas Régimen Contributivo. Antioquia 2010  
**Fuente:** Matrices de programación y ejecución remitidas a la SSSA



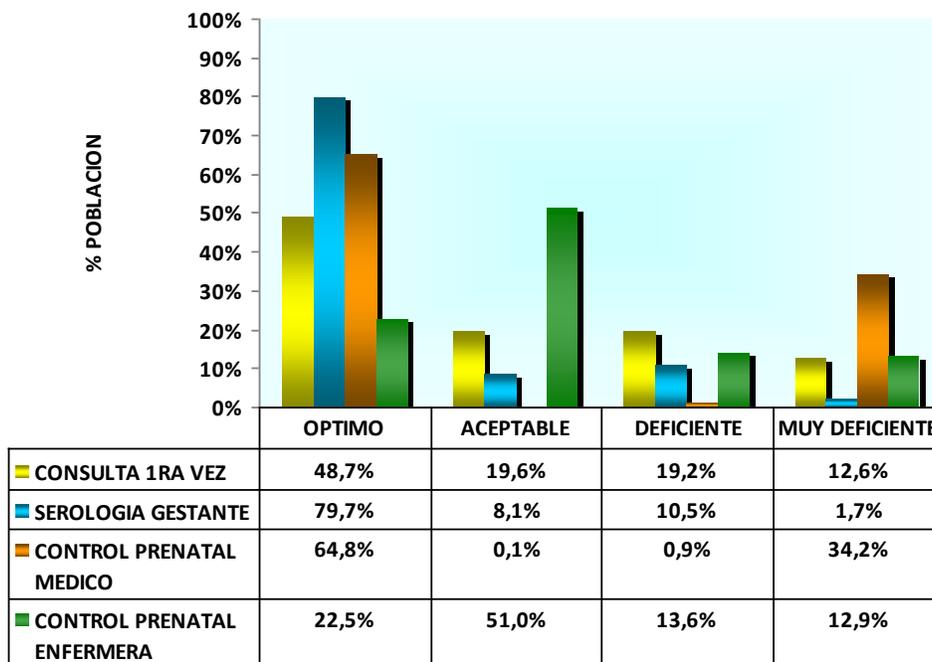
**Figura 79.** Atención en Planificación Familiar. Actividades ejecutadas Régimen Contributivo. Antioquia 2010  
**Fuente:** Matrices de programación y ejecución remitidas a la SSSA



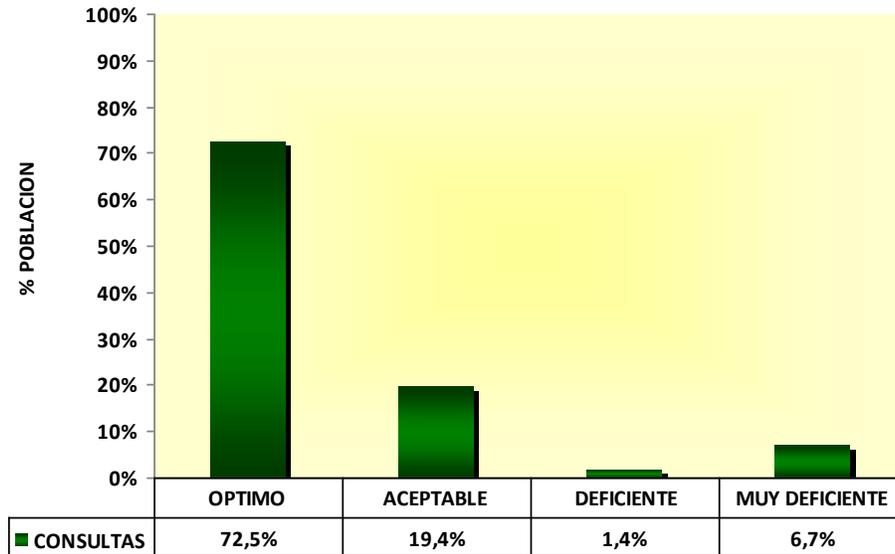
**Figura 80.** Crecimiento y desarrollo en menores de 10 años. Actividades ejecutadas Régimen Contributivo. Antioquia 2010  
**Fuente:** Matrices de programación y ejecución remitidas a la SSSA



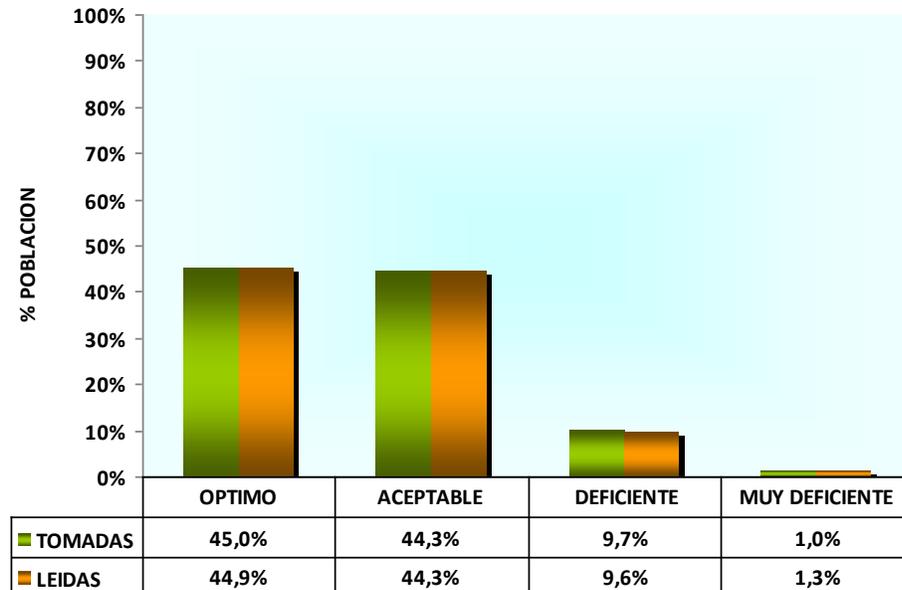
**Figura 81.** Detección temprana de alteraciones del joven. Actividades ejecutadas Régimen Contributivo. Antioquia 2010  
**Fuente:** Matrices de programación y ejecución remitidas a la SSSA



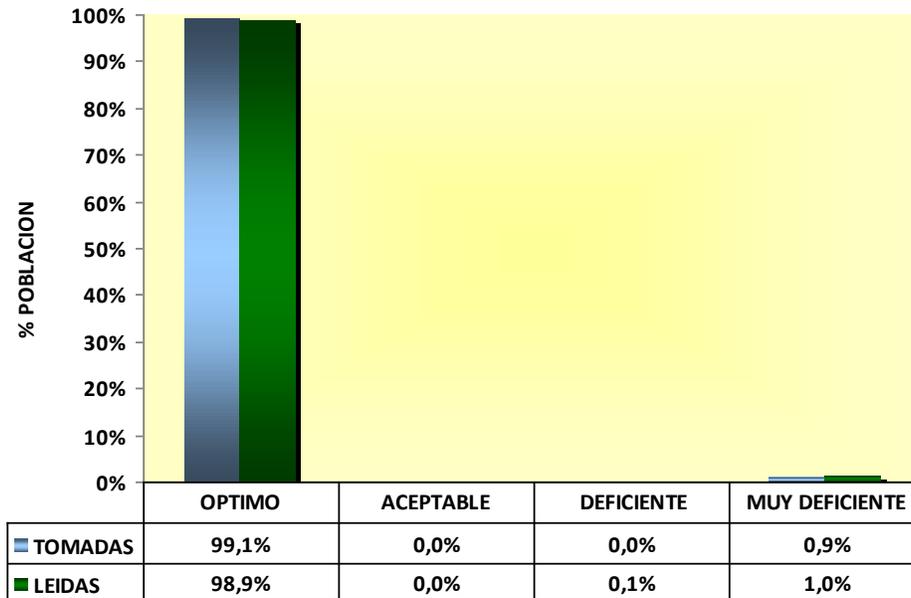
**Figura 82.** Detección temprana de alteraciones del embarazo. Actividades ejecutadas Régimen Contributivo. Antioquia 2010  
**Fuente:** Matrices de programación y ejecución remitidas a la DSSA



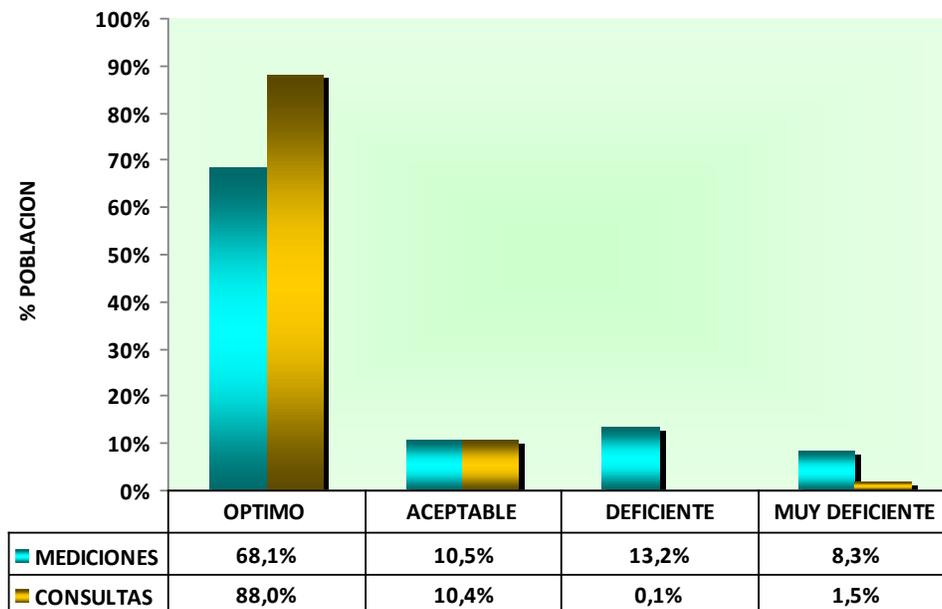
**Figura 83.** Detección temprana y alteraciones del adulto. Actividades ejecutadas Régimen Contributivo. Antioquia 2010  
**Fuente:** Matrices de programación y ejecución remitidas a la SSSA



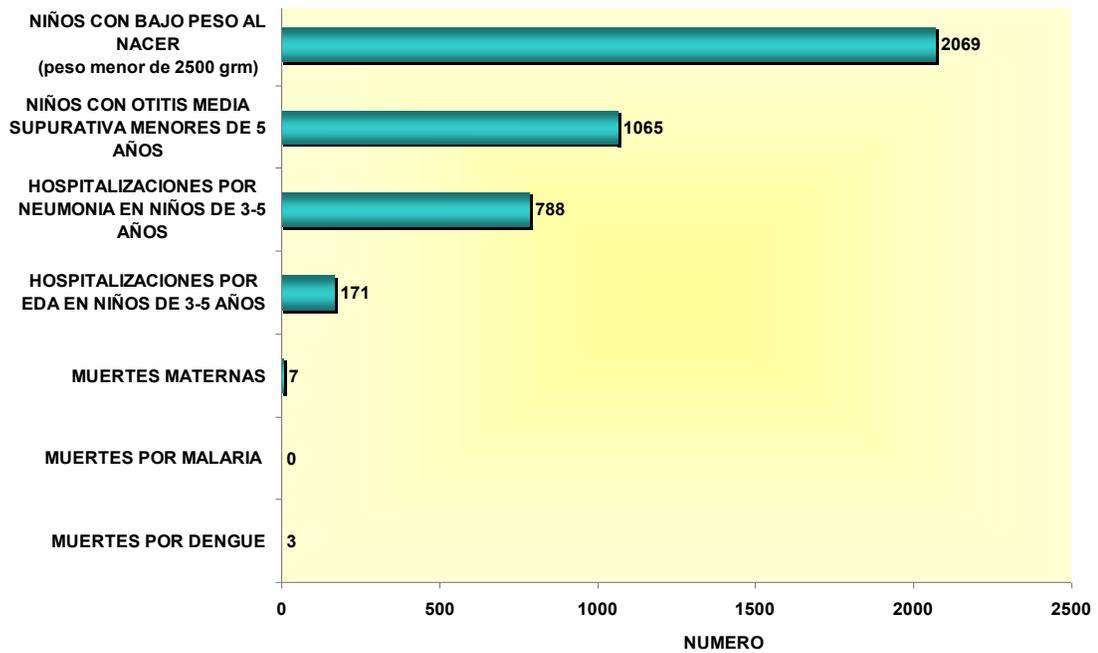
**Figura 84.** Detección temprana de Cáncer Cuello Uterino. Actividades ejecutadas Régimen Contributivo. Antioquia 2010  
**Fuente:** Matrices de programación y ejecución remitidas a la DSSA



**Figura 85.** Detección temprana de Cáncer de Seno. Actividades ejecutadas Régimen Contributivo. Antioquia 2010  
**Fuente:** Matrices de programación y ejecución remitidas a la SSSA

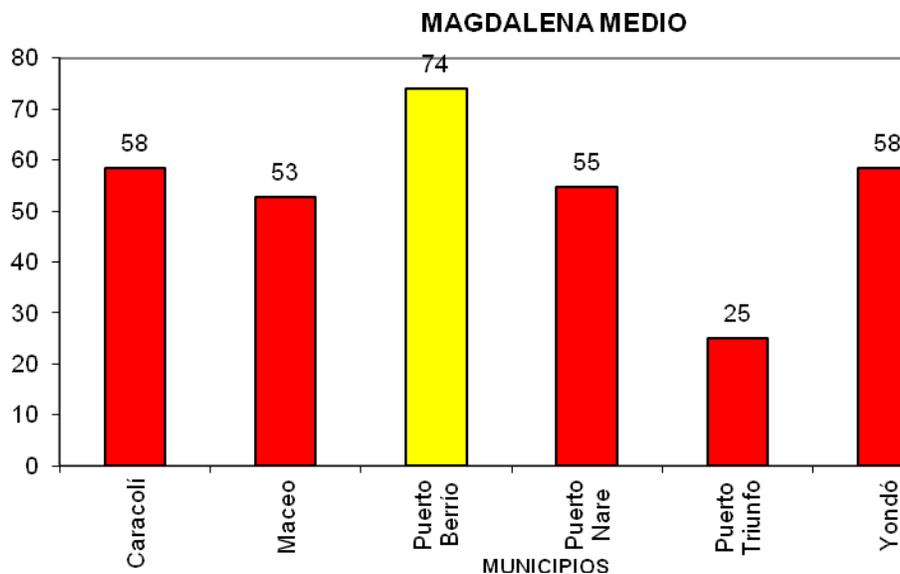


**Figura 86.** Detección temprana de alteraciones de la agudeza visual. Actividades ejecutadas Régimen Contributivo. Antioquia 2010  
**Fuente:** Matrices de programación y ejecución remitidas a la SSSA

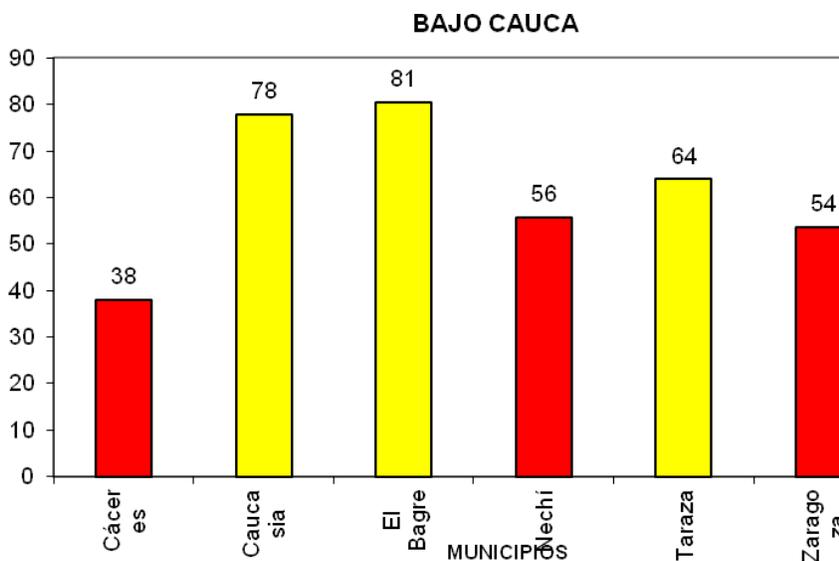


**Figura 87.** Indicadores Centinela. Régimen Contributivo. Antioquia 2010  
**Fuente:** Matrices de programación y ejecución remitidas a la SSSA

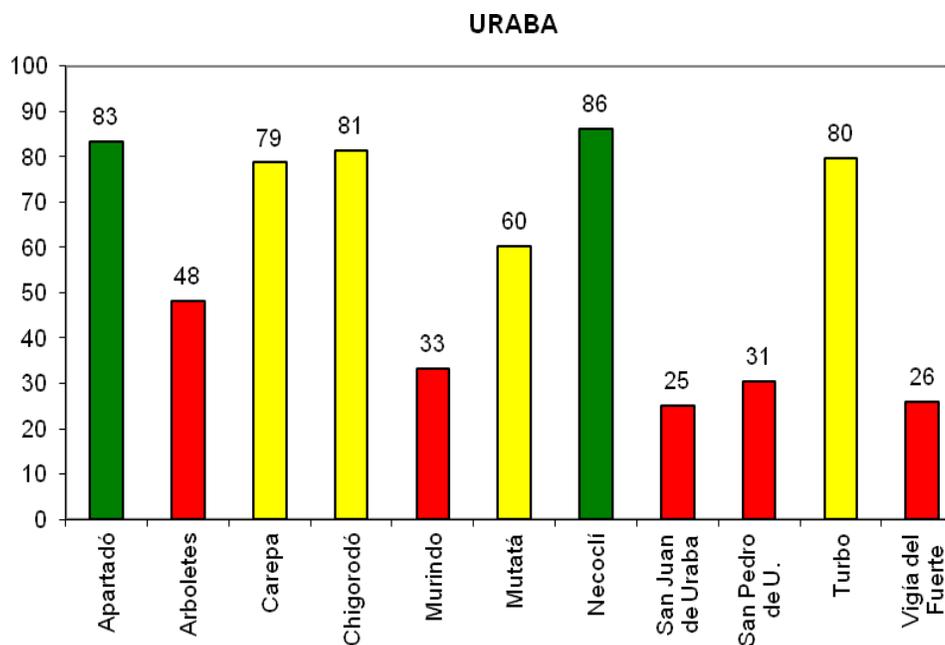
**RESULTADO GESTIÓN MUNICIPAL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO POR REGIÓN  
FRENTE A LAS ACCIONES PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN  
TEMPRANA AÑO 2010**



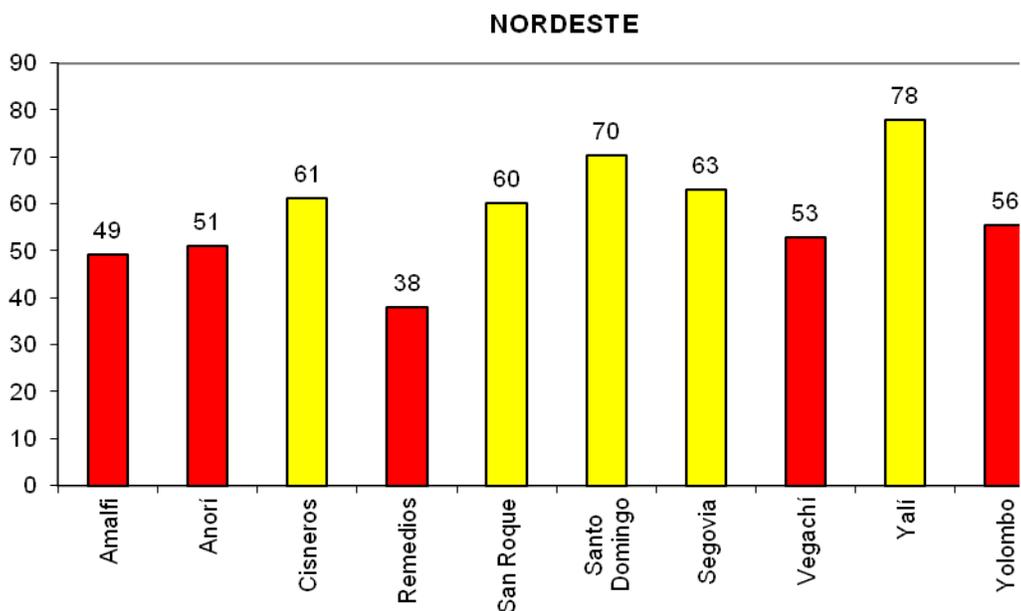
**Figura 88.** Resultado gestión municipal. Régimen Contributivo. Subregión Magdalena Medio. Antioquia 2010  
**Fuente:** Matrices de programación y ejecución remitidas a la SSSA



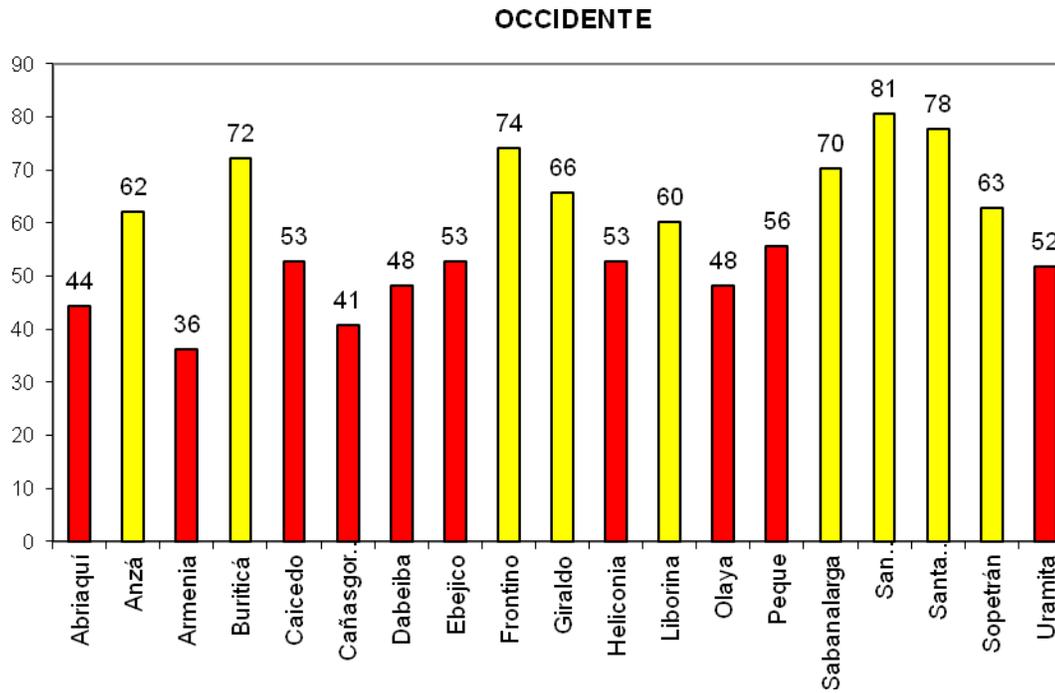
**Figura 89.** Resultado gestión municipal. Régimen Contributivo. Subregión Bajo Cauca Antioquia 2010  
**Fuente:** Matrices de programación y ejecución remitidas a la SSSA



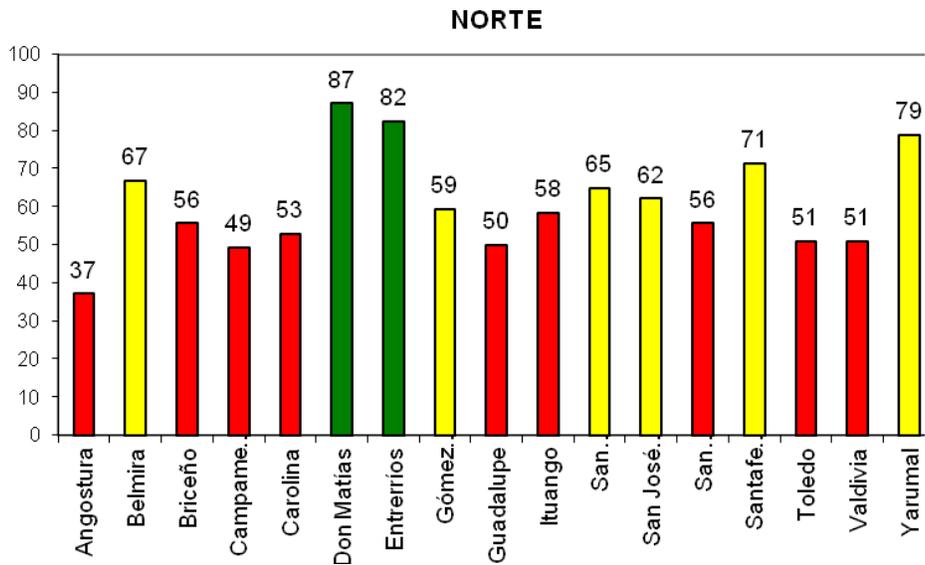
**Figura 90.** Resultado gestión municipal. Régimen Contributivo. Subregión Urabá Antioquia 2010  
**Fuente:** Matrices de programación y ejecución remitidas a la SSSA



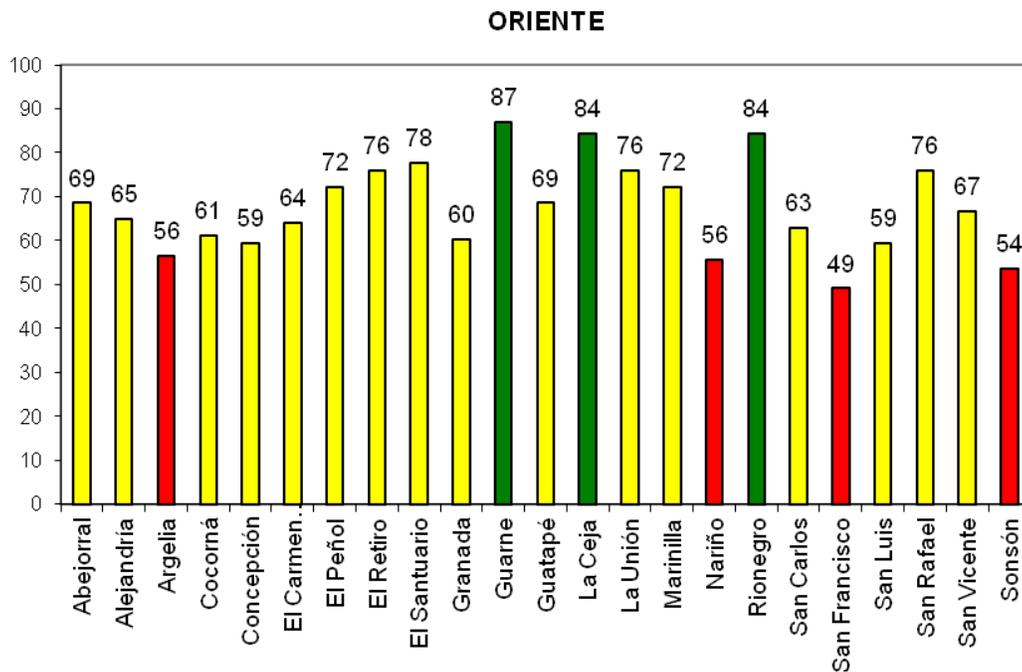
**Figura 91.** Resultado gestión municipal. Régimen Contributivo. Subregión Nordeste Antioquia 2010  
**Fuente:** Matrices de programación y ejecución remitidas a la SSSA



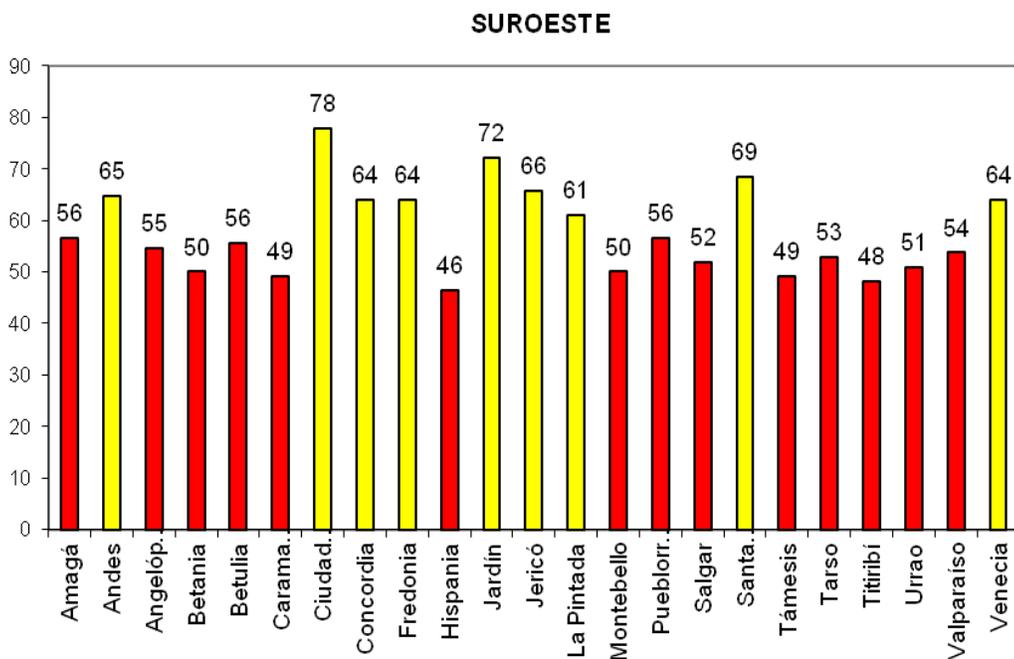
**Figura 92.** Resultado gestión municipal. Régimen Contributivo. Subregión Occidente Antioquia 2010  
**Fuente:** Matrices de programación y ejecución remitidas a la SSSA



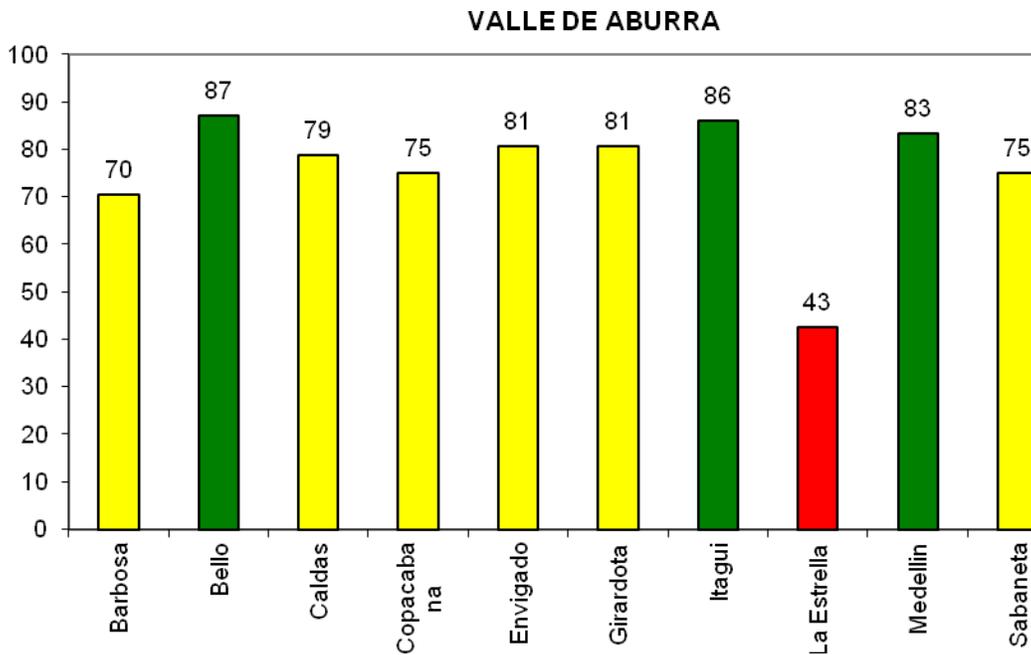
**Figura 93.** Resultado gestión municipal. Régimen Contributivo. Subregión Norte Antioquia 2010  
**Fuente:** Matrices de programación y ejecución remitidas a la SSSA



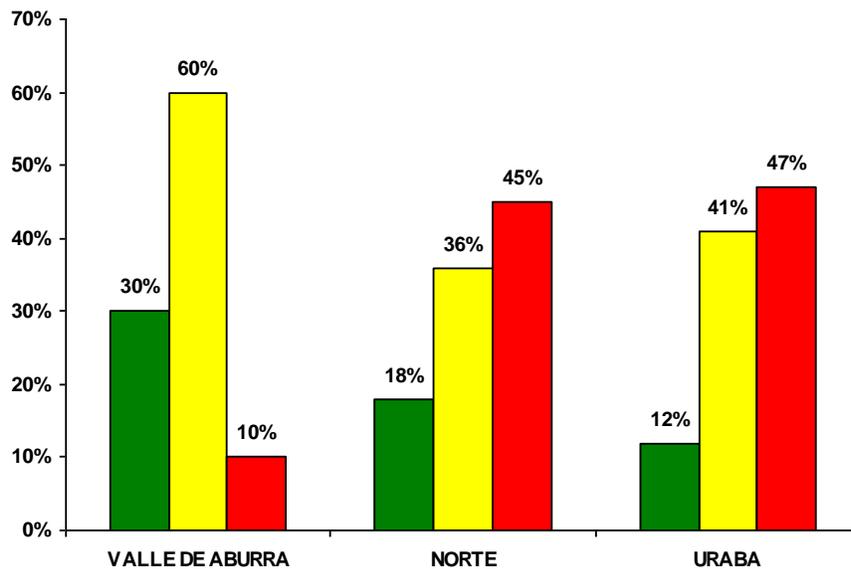
**Figura 94.** Resultado gestión municipal. Régimen Contributivo. Subregión Oriente Antioquia 2010  
**Fuente:** Matrices de programación y ejecución remitidas a la SSSA



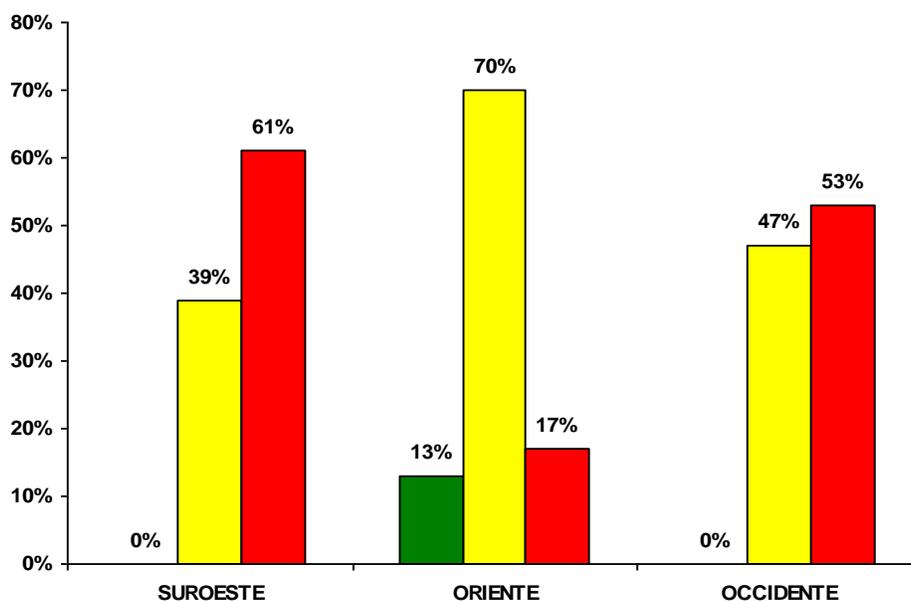
**Figura 95.** Resultado gestión municipal. Régimen Contributivo. Subregión Suroeste Antioquia 2010  
**Fuente:** Matrices de programación y ejecución remitidas a la SSSA



**Figura 96.** Resultado gestión municipal. Régimen Contributivo. Subregión Valle de Aburrá. Antioquia 2010  
**Fuente:** Matrices de programación y ejecución remitidas a la SSSA

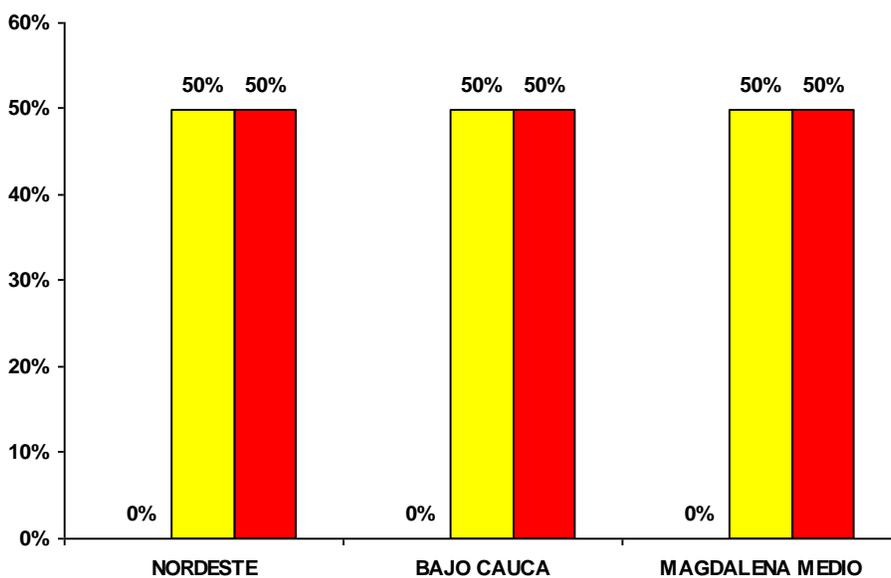


**Figura 97.** Distribución porcentual de los municipios según calificación por subregión de Valle de Aburrá, Norte y Urabá. Régimen Contributivo. Antioquia 2010.  
**Fuente:** Matrices de programación y ejecución remitidas a la SSSA



**Figura 98.** Distribución porcentual de los municipios según calificación por subregión de Suroeste, Oriente y Occidente. Régimen Contributivo. Antioquia 2010.

**Fuente:** Matrices de programación y ejecución remitidas a la SSSA



**Figura 99.** Distribución porcentual de los municipios según calificación por subregión de Nordeste, Bajo Cauca y Magdalena Medio. Régimen Contributivo. Antioquia 2010

**Fuente:** Matrices de programación y ejecución remitidas a la SSSA

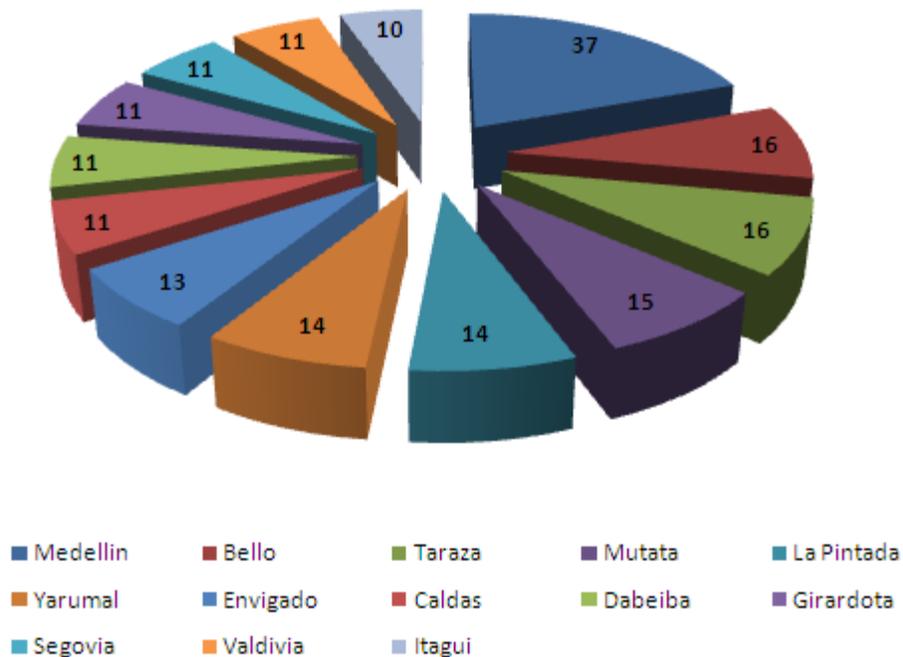
## PANORAMA DE EMERGENCIAS Y DESASTRES ANTIOQUIA 2007 – 2010

### 1. MUNICIPIOS EN LOS QUE SUCEDIÓ ALGÚN TIPO DE EVENTO (DESASTRE O EMERGENCIA) EN ANTIOQUIA ENTRE LOS AÑOS 2007 – 2010

En la Figura 102 se relacionan los municipios que reportaron al CRUE algún evento de emergencias y/o desastres en el período 2007-2010.

Se tiene un total de 545 eventos. Entre los primeros veinte (20) municipios que presentaron el mayor número de eventos, siete (7) corresponden al Valle de Aburrá o sea el 35%, con un total de 107 eventos (19.6%).

Le sigue en número de eventos la Regional del Norte con 25 eventos (4.6%), con dos (2) municipios.



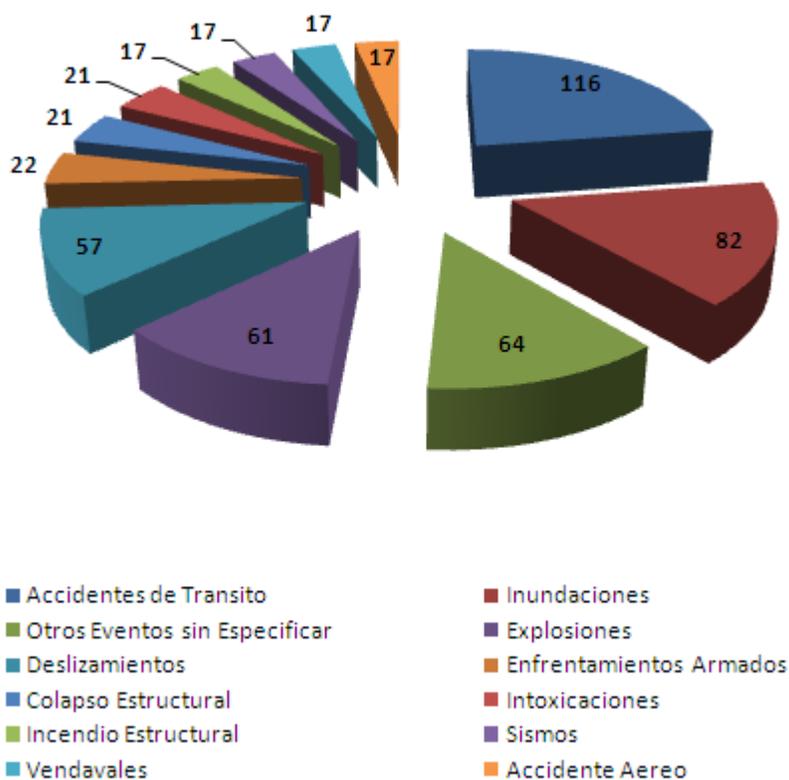
**Figura 100.** Principales Municipios Antioqueños afectados por algún tipo de emergencia o evento 2007 - 2010  
Fuente: CRUE - SSSA

## 2. TIPO DE EVENTO OCURRIDO (DESASTRE O EMERGENCIA) EN ANTIOQUIA ENTRE LOS AÑOS 2007 – 2010

En la Figura 103, se observa que la mayor proporción de eventos registrados, corresponde a accidentes de tránsito (total: 116, 21.3%), ocurridos en carreteras fuera de Medellín y en segundo lugar a inundaciones (total: 82, 15%).

Los eventos ocasionados por inundaciones, deslizamientos, vendavales y avalanchas corresponden a 163 eventos, equivalentes al 30% del total de eventos.

La ocurrencia de estos eventos se ha incrementado en el último año (2010) con motivo del fenómeno de la niña, con graves consecuencias de tipo económico, social y de salud en la población afectada.



**Figura 101.** Tipo de evento ocurrido (desastres o emergencias) en Antioquia entre los años 2007 - 2010  
Fuente: CRUE - SSSA

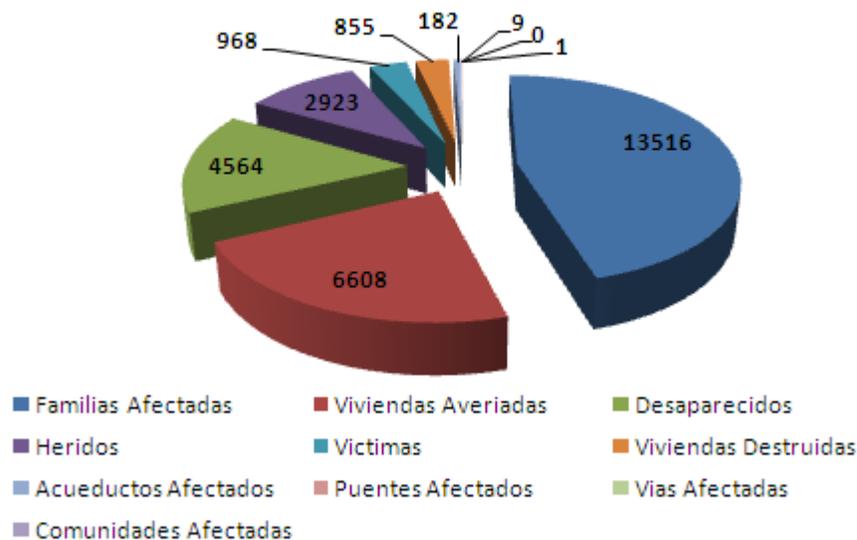
### 3. CONSECUENCIAS RESULTANTES DE ALGUN TIPO DE EVENTO CURRIDO (DESASTRE O EMERGENCIA) EN ANTIOQUIA ENTRE LOS AÑOS 2007 – 2010

En la Figura 104, se muestran las principales consecuencias de los eventos catastróficos, siendo principalmente la afectación de las viviendas y de las personas (entre desaparecidos, heridos y víctimas fatales), las que representan el mayor porcentaje.

Ambas consecuencias totalizan el 53.8% de las mismas.

Lo anterior se incrementó especialmente en el último año por el fenómeno de la niña, ya que el país y cada uno de las subregiones afectadas no se encontraban preparados para afrontar un invierno tan severo como el que se dio.

Lo anterior ha obligado a una mejor preparación para afrontar adecuadamente futuras temporadas invernales, sin consecuencias tan fatales.



**Figura 102.** Tipo de Figura consecuencias resultantes de algún tipo de evento catastrófico o emergencia ocurridas en Antioquia 2007 - 2010  
**Fuente:** CRUE - SSSA

## DONACIONES Y TRASPLANTES DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA 2009-2010

**Tabla 66.** Alertas de potenciales donantes notificadas a la Coordinación Regional No. 2 de la Red de Donación y Trasplantes a través del CRUE, por tipo de alerta, 2009-2010.

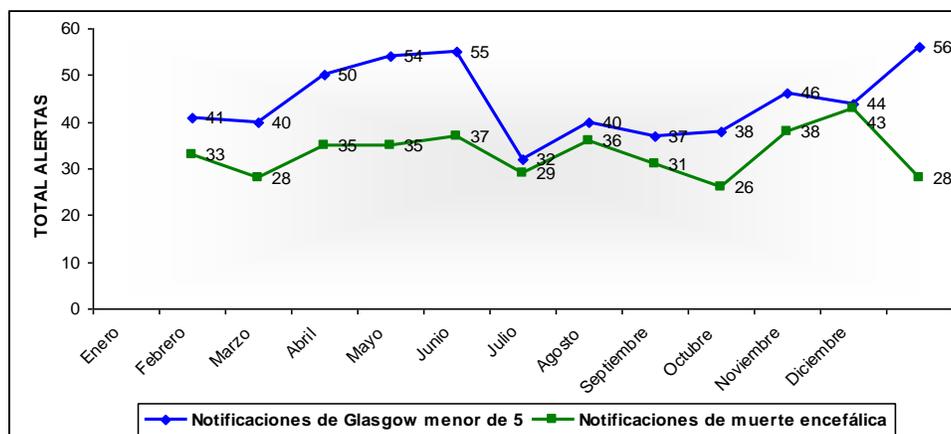
AÑO	GLASGOW MENOR DE 5	MUERTE CEREBRAL	TOTAL ALERTA NOTIFICADAS
2009	335	299	<b>634</b>
2010	534	399	<b>933</b>

Fuente: Registro CRUE-DSSA Coordinación Regional No. 2 Red de Donación y Trasplantes

**Tabla 67.** Alertas de potenciales donantes notificadas a la Coordinación Regional No. 2 de la Red de Donación y Trasplantes a través del CRUE, por servicio generador, Año 2009-2010.

AÑO	NÚMERO TOTAL DE ALERTAS	UCI	URGENCIAS
2009	634	62%	<b>38%</b>
2010	933	60%	<b>40%</b>

Fuente: Registro CRUE-DSSA Coordinación Regional No. 2 Red de Donación y Trasplantes



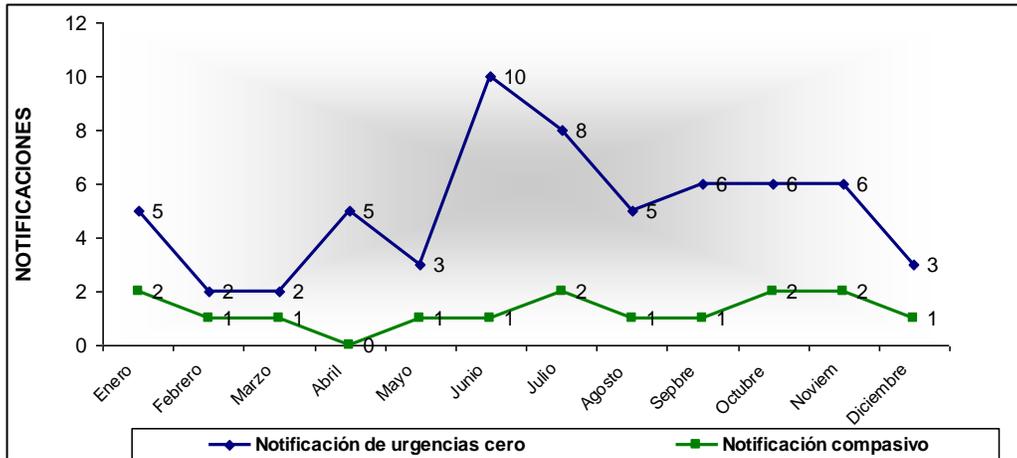
**Figura 103.** Comportamiento de la notificación al CRUE de alertas de potenciales donantes. Coordinación Regional No.2, 2010.

Fuente: Registro CRUE-DSSA Coordinación Regional No. 2 Red de Donación y Trasplantes

**Tabla 68.** Alertas de urgencia cero y compasivo notificadas a la Coordinación Regional No. 2 de la Red de Donación y Trasplantes ,2010.

URGENCIA 0	COMPASIVO	TOTAL ALERTA NOTIFICADAS
61	15	<b>76</b>

Fuente: Registro CRUE-DSSA Coordinación Regional No. 2 Red de Donación y Trasplantes



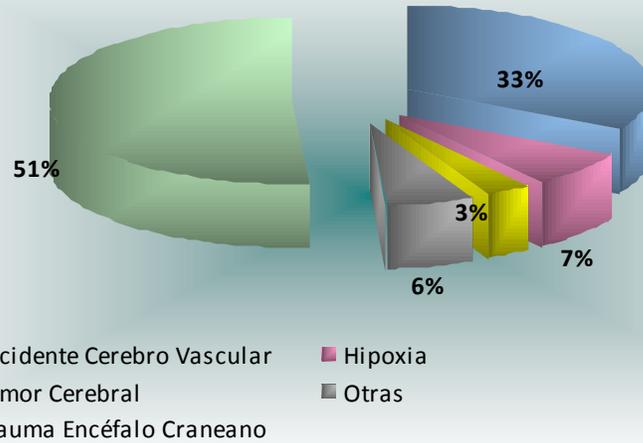
**Figura 104.** Comportamiento de la notificación de alertas de urgencia cero y compasivo, 2010  
**Fuente:** Registro CRUE-DSSA Coordinación Regional No. 2 Red de Donación y Trasplantes

**Tabla 69.** Tasa de donante por millón de habitante. Coordinación Regional No. 2, 2010.

COORDINACION REGIONAL	Tasa de donante por millón de habitante	Total de población
Regional No. 2	25,6	9.176.419
Departamento de Antioquia	38,7	6.066.377
Área Metropolitana Del Valle De Aburra y Oriente Cercano	63,4	3.703.977

DANE, población proyectada 2010.

**Fuente:** Registro CRUE-DSSA Coordinación Regional No. 2 Red de Donación y Trasplantes



**Figura 105.** Porcentaje de alertas de potenciales donantes en muerte cerebral según causa. Coordinación Regional No.2, 2010.

**Fuente:** Registro CRUE-DSSA Coordinación Regional No. 2 Red de Donación y Trasplantes

**Tabla 70.** Actividad de Donación. Coordinación Regional No. 2, 2009- 2010.

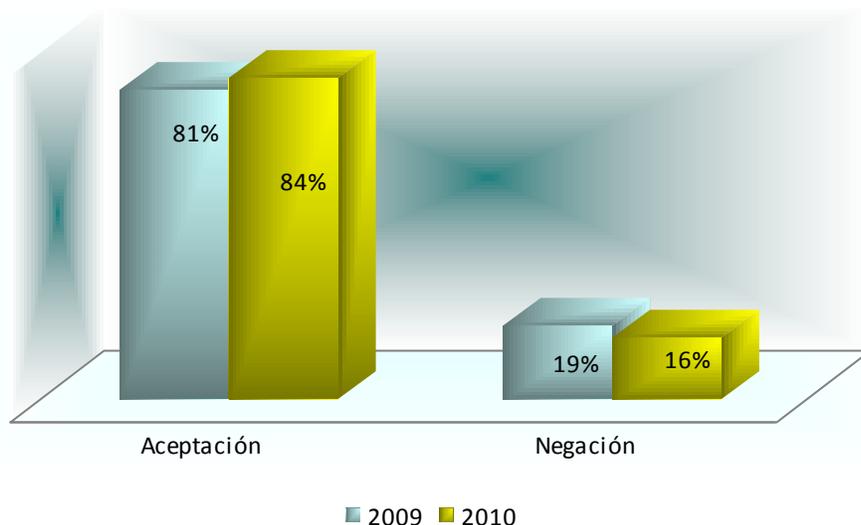
AÑO	ENTREVISTA FAMILIAR	ACEPTACION	NEGATIVAS	PRESUNCION LEGAL	TOTAL DONACION EFECTIVA
2009	275	223	51	1	224
2010	280	234	46	2	236

**Fuente:** Registro CRUE-DSSA Coordinación Regional No. 2 Red de Donación y Trasplantes

**Tabla 71.** Número Donantes efectivos. Coordinación Regional No. 2, AÑO 2008- 2010.

2008	2009	2010	% de Cambio
169	224	236	40

**Fuente:** Registro CRUE-DSSA Coordinación Regional No. 2 Red de Donación y Trasplantes



**Figura 106.** Porcentaje de aceptación y negación familiar a la donación. Coordinación Regional No.2, 2010.  
**Fuente:** Registro CRUE-DSSA Coordinación Regional No. 2 Red de Donación y Trasplantes

**Tabla 72.** Número de Donantes Rescatados por tipo de donante. Coordinación Regional No. 2, 2009-2010.

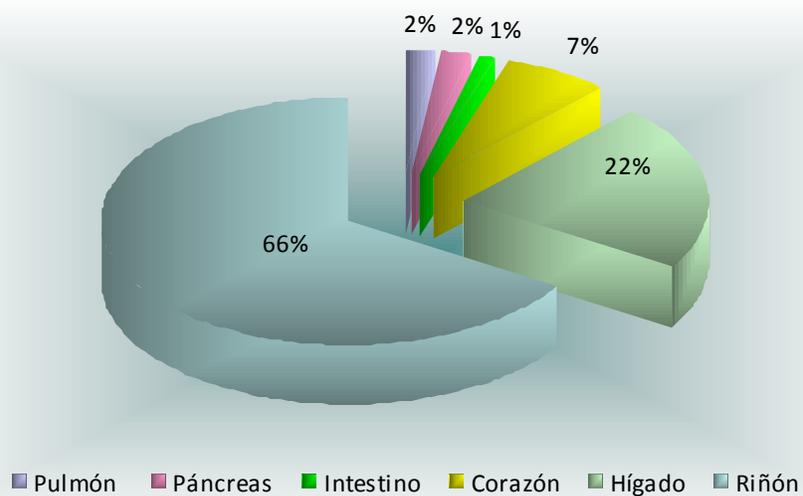
AÑO	UN ORGANO	MULTIORGANICO	TOTIPOTENCIAL	TEJIDOS	TOTAL
2009	24	32	123	9	<b>188</b>
2010	27	40	107	20	<b>194</b>

**Fuente:** Registro CRUE-DSSA Coordinación Regional No. 2 Red de Donación y Trasplantes

**Tabla 73.** Rescate de Componentes anatómicos Coordinación Regional No. 2, 2009-2010.

TIPO DE RESCATE	2009	2010	% Cambio
Riñón	334	331	<b>-1%</b>
Hígado	120	111	<b>-8%</b>
Corazón	30	37	<b>23%</b>
Pulmón	11	12	<b>9%</b>
Páncreas	9	8	<b>-11%</b>
Vías aéreas	0	0	<b>0</b>
Intestino	2	5	<b>150%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>506</b>	<b>505</b>	<b>-0,20%</b>

**Fuente:** Registro CRUE-DSSA Coordinación Regional número. 2 Red de Donación y Trasplantes



**Figura 107.** Porcentaje de órganos rescatados. Coordinación Regional No.2, 2010.  
**Fuente:** Registro CRUE-DSSA Coordinación Regional No. 2 Red de Donación y Trasplantes

**Tabla 74.** Numero de órganos ofertados a nivel nacional desde la Coordinación Regional 2 por tipo de órgano, 2010.

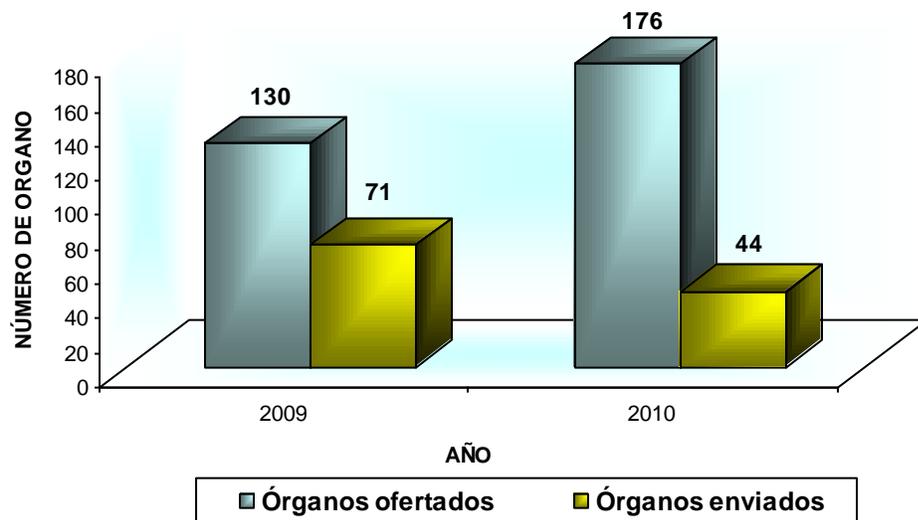
AÑO	RIÑON	HIGADO	CORAZON	PANCREAS	TOTAL
2009	20	48	61	1	130
2010	33	65	78	0	176

**Fuente:** Registro CRUE-DSSA Coordinación Regional No. 2 Red de Donación y Trasplantes

**Tabla 75.** Numero de órganos enviados a nivel nacional desde la Coordinación Regional 2, 2009-2010.

AÑO	RIÑON	HIGADO	CORAZON	PANCREAS	TOTAL
2009	37	27	6	1	71
2010	8	21	15	0	44

**Fuente:** Registro CRUE-DSSA Coordinación Regional No. 2 Red de Donación y Trasplantes



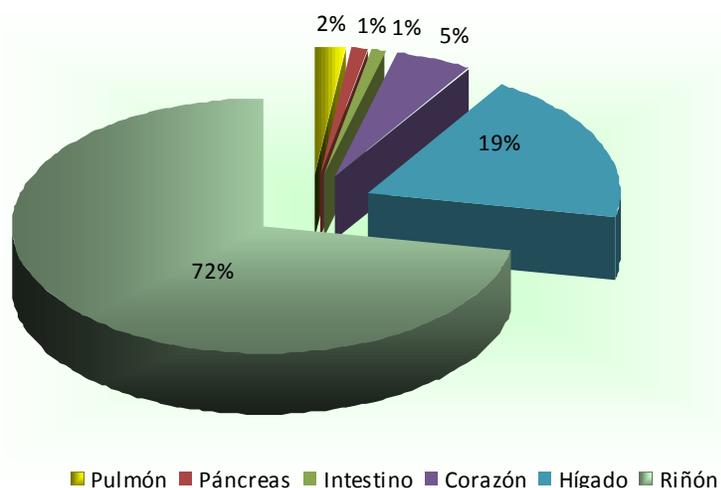
**Figura 108.** Número de órganos ofertados y número de órganos enviado a nivel nacional. Coordinación Regional número.2, 2009-2010

**Fuente:** Registro CRUE-DSSA Coordinación Regional No. 2 Red de Donación y Trasplantes

**Tabla 76.** Número de Trasplantes por órgano. Coordinación Regional 2, 2009-2010.

TIPO DE TRASPLANTE	2009	2010	% CAMBIO
Riñón	272	316	0,16
Hígado	78	86	0,1
Corazón	23	23	0
Pulmón	5	7	0,4
Páncreas	1	0	-1
Vías aéreas	0	0	0
Intestino	0	3	1
Riñón - Páncreas	4	5	0,25
Riñón - Hígado	3	0	-1
Corazón - Pulmón	1	0	-1
Multivisceral	1	2	1
<b>TOTAL</b>	<b>388</b>	<b>442</b>	<b>0,14</b>

**Fuente:** Registro CRUE-DSSA Coordinación Regional No. 2 Red de Donación y Trasplantes



**Figura 109.** Porcentaje de Trasplantes por tipo. Coordinación Regional No.2, 2010  
**Fuente:** Registro CRUE-DSSA Coordinación Regional No. 2 Red de Donación y Trasplantes

**Tabla 77.** Tasa de Trasplante por millón de habitante. Coordinación Regional 2, 2010.

REGIONAL	Tasa de Trasplante por millón de habitante por regional	Total de población por regional
No.2	48,2	9'176.419

**Fuente:** Registro CRUE-DSSA Coordinación Regional No. 2 Red de Donación y Trasplantes

**Tabla 78.** Número de Trasplantes a receptores extranjeros no residentes por tipo de órgano y nacionalidad. Coordinación Regional 2, 2010.

NACIONALIDAD	RIÑON	HIGADO	CORAZON	TOTAL
Israel	0	1	2	3
Venezuela	1	3	0	4
Panama	0	5	0	5
República	1	0	0	1
Portugal	1	0	0	1
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>14</b>

**Fuente:** Registro CRUE-DSSA Coordinación Regional No. 2 Red de Donación y Trasplantes

**Tabla 79.** Número de donantes de tejido ocular obtenidos por tipo de donación. Coordinación Regional 2, 2010.

OBTENCION DEL TEJIDO OCULAR	NÚMERO DE DONANTES
DONANTES CONSENTIMIENTO FAMILIAR	136
DONANTES PRESUNCION LEGAL DE DONACION	626
<b>TOTAL DONANTES OBTENIDOS</b>	<b>762</b>

**Fuente:** Registro CRUE-DSSA Coordinación Regional No. 2 Red de Donación y Trasplantes

**Tabla 80.** Número de tejido ocular obtenido por tipo de tejido. Coordinación Regional 2, 2010.

ORGANO	TOTAL
Córnea	1347
Globos Oculares	88

Fuente: Registro CRUE-DSSA Coordinación Regional No. 2 Red de Donación y Trasplantes

**Tabla 81.** Número de donantes de tejido osteomuscular obtenidos por tipo de donación. Coordinación Regional 2, 2010.

OBTENCION DEL TEJIDO OSTEOMUSCULAR	TOTAL
TOTAL DONANTES ML	0
TOTAL DONANTES CF	80
<b>TOTAL DE DONANTES OBTENIDOS</b>	<b>80</b>

Fuente: Registro CRUE-DSSA Coordinación Regional No. 2 Red de Donación y Trasplantes

**Tabla 82.** Número de donantes de piel obtenidos por tipo de donación. Coordinación Regional 2, 2010.

OBTENCION DEL TEJIDO PIEL	TOTAL
TOTAL DONANTES ML	0
TOTAL DONANTES CF	14
<b>TOTAL DE DONANTES OBTENIDOS</b>	<b>14</b>

Fuente: Registro CRUE-DSSA Coordinación Regional No. 2 Red de Donación y Trasplantes

**Tabla 83.** Número de donantes de válvulas cardiacas obtenidas por tipo de donación. Coordinación Regional 2, 2010.

OBTENCION DEL TEJIDO VALVULAS	TOTAL
TOTAL DONANTES PLD	1
TOTAL DONANTES CF	16
<b>TOTAL DE DONANTES OBTENIDOS</b>	<b>17</b>

Fuente: Registro CRUE-DSSA Coordinación Regional No. 2 Red de Donación y Trasplantes

**Tabla 84.** Número de actividades de promoción realizadas. Coordinación Regional 2, 2010.

ACTIVIDAD	NÚMERO DE ACTIVIDADES	PUBLICO	NÚMERO DE ASISTENTES
Charlas, capacitaciones y carnetización	92	Enfermeras, Médicos, estudiantes de Medicina, asociación de trasplantados y empleados de IPS.	2203

Fuente: Registro CRUE-DSSA Coordinación Regional No. 2 Red de Donación y Trasplantes

**Tabla 85.** Charlas, capacitaciones y actividades de educación y promoción de la donación. Coordinación Regional No. 2, 2010

FECHA	TEMA	INSTITUCION	DIRIGIDO A
Enero	Generalidades donación de órganos y trasplantes	Universidad San Martín	Estudiantes de medicina
	Generalidades donación de órganos y trasplantes	Universidad San Martín	Estudiantes de medicina
	Generalidades donación de órganos y trasplantes	Hospital General de Medellín	Voluntarias - damas rosadas HGM
	Generalidades donación de órganos y trasplantes	Hospital General de Medellín	Voluntarias - damas rosadas HGM
	Generalidades donación de órganos y trasplantes	Hospital General de Medellín	Voluntarias - damas rosadas HGM
	Generalidades donación de órganos y trasplantes	Hospital General de Medellín	Voluntarias - damas rosadas HGM
	Donación de órganos : un acto de misericordia	Hospital san Rafael de Itagüí	Médicos enfermeras y estudiantes
	Generalidades donación de órganos y trasplantes	Hospital General de Medellín	Voluntarias - damas rosadas HGM
Febrero	Diagnostico de muerte cerebral y donación de órganos y tejidos	HUSVP	Internos medicina
	Papel de enfermería en el proceso donación - trasplante "	HUSVP	Enfermeras y auxiliares
	Papel de enfermería en el proceso donación - trasplante "	HUSVP	Enfermeras y auxiliares
	Promoción a la donación de órganos y tejidos	Clinica las Americas	Enfermeras jefes
	Papel de enfermería en el proceso donación - trasplante "	Clinica las Americas	Auxiliares de enfermería
	Enlace proceso coordinación trasplante con programa de trasplante cardiaco	HUSVP	Cardiólogo y cirujanos cardiovasc.
Marzo	Generalidades donación de órganos y trasplantes	HPTU	Psicología trabajo social estudiantes de enfermería
	Generalidades donación de órganos y trasplantes	Clinica las Americas	Médicos de urgencias
	Muerte encefálica	HUSVP	Internos Universidad de Antioquia
	Sensibilización - promoción de la donación de órganos y tejidos	IPS Universitaria	Personal de la IPS
	Donación de órganos y tejidos	Facultad de medicina U.P.B.	Estudiantes de medicina
	Sensibilización - promoción de la donación de órganos y tejidos	IPS Universitaria	Personal de la IPS
	Sensibilización - promoción de la donación de órganos y tejidos	IPS Universitaria	Personal de la IPS
Abril	Sensibilización donación y/o muerte encefálica mantenimiento donante	Hospital Pablo Tobon Uribe	Médicos de planta y personal de urgencias
	Detección y manejo del donante	Clinica Somer	Enfermeras y auxiliares urgencias
	Cuidado potencial donante y detección manejo del donante	Universidad CES	Internos Universidad CES
	Detección y manejo del donante	HUSVP	Internos Universidad de Antioquia
Mayo	Etica en trasplantes	Hospital Pablo Tobon Uribe	Personal de la salud
	Funcionamiento red de trasplantes donantes órganos y tejidos	IPS Universitaria	Personal de la salud
	Donantes organos	HUSVP	Cirujanos , anesthesiologos, residentes
	Detección y manejo del donante	HUSVP	Estudiantes u de a y profesionales de la salud del HUSVP
	Donación de órganos y tejidos	Hospital Pablo Tobon Uribe	Enfermeras HPTU
	Donación de órganos y tejidos	Hospital Pablo Tobon Uribe	Enfermeras HPTU
Junio	Red de trasplantes y manejo del donante pulmonar	CCV	Médicos grupo de trasplante
	Sensibilización donación de órganos y tejidos	Hospital Infantil Manizales	Médicos, auxiliares de enfermería y enfermeras
	Detección y manejo del donante	HUSVP	Internos U de A
	Donación de órganos y tejidos	Asociacion Nacional de Trasplantados	Todo el personal
	Donación de órganos y tejidos	Everis	Todo el personal

FECHA	TEMA	INSTITUCION	DIRIGIDO A
Julio	Conformación comité de promoción a la donación	DSSA	IPS trasplantadoras, Bancos de tejidos, Asociación de
	Sensibilización donación órganos y tejidos	Hospital Infantil Manizales	Medicos y enfermeras urgencias
	Donación de órganos y tejidos	Asociación Nacional de Trasplantados	Voluntariado de la institución
	Sensibilización donación órganos y tejidos	Doricolor s.a	Empleados
	Generalidades proceso donacion-trasplantes	Universidad San Martin	Estudiantes medicina
	Mantenimiento del donante de órganos y tejidos	HUSVP	Internos medicina
	Mantenimiento del donante de órganos y tejidos	Clínica Sagrado Corazon	Jefes de Enfermería
Agosto	Notificación de potenciales donantes de tejidos y promoción de la parada cardiaca	Hospital de caldas, Hospital de Itagüí, Hospital de Envigado	Coordinadores de servicios
	Planeación actividades educativas y promocionales secretaria de salud de Medellín	DSSA	Secretaria de salud de Medellín
	Manejo y cuidado del donante	C. Las Vegas	Jefes de enfermería
	Detección y manejo donante	HUSVP	Estudiante medicina internos
	Papel de enfermería en el proceso donación-trasplante	Cedes	Auxiliares de enfermería
	Red de trasplantes y donación de órganos	Universidad de Medellín	Estudiantes de comunicación y relaciones corporativas
	Detección mantenimiento y logística del donante	HUSVP	Programa de tv
Septiembre	Sensibilización donación órganos y tejidos, inducción estudiantes y empleados nuevos de la Clínica Versalles	Clínica Versalles Manizales	Medicos y enfermeras
	Donación de órganos y tejidos	Cedes	Estudiantes de enfermería
	Donación de órganos y tejidos	Teleantioquia	Comunidad
	Sensibilización donación órganos y tejidos, inducción estudiantes y empleados nuevos de la clínica Versalles	Clínica Versalles Manizales	Medicos y enfermeras
	Sensibilización donación órganos y tejidos, inducción estudiantes y empleados nuevos de la clínica Versalles	Clínica Versalles Manizales	Medicos y enfermeras
	Donación de órganos y tejidos	Pfizer	Promotores
	Red de trasplantes-generalidades	DSSA	Audidores
Octubre	Red de trasplantes-generalidades	IPS Universitaria	CRIPS
	Donación detección manejo del potencial donante	Clínica Versalles Manizales	Todo el personal
	Participación programa de television hablemos de salud	Teleantioquia	Comunidad
	Detección manejo del potencial donante	HUSVP	Internos U de A
	Cametización	Clínica CES	Personal asistencial
	Campaña red de donación y trasplante - Cametización	Feria de la salud de Medellín	Comunidad
	Campaña red de donación y trasplante - Cametización	Feria de la Salud de Medellín Palacio de Exposiciones	Comunidad
Octubre	Mantenimiento del donante de órganos	Universidad de Manizales, simposio regional del paciente critico	Medicos y enfermeras
	Participación semana de la salud universidad de Antioquia - IPS universitaria	IPS Universitaria	Comunidad
	Detección y manejo del potencial donante	Facultad Medicina UPB	Estudiantes medicina ultimo semestre
	Detección y manejo del potencial donante	Clínica CES	Medicos urgencias
	Entrevista para medios sobre sensibilización para donación de órganos segunda jornada de Cametización	La patria	Comunidad en general
	Semana de concientización de la donación de órganos del 19 al 22 de noviembre Manizales	Charla en colegio Isabel la Católica	Comunidad en general
	Semana de concientización de la donación de órganos del 19 al 22 de noviembre Manizales	Charla sobre muerte encefálica Universidad Católica	Comunidad en general
	Detección y manejo del potencial donante	HUSVP	Neurólogos y residentes de neurología
	Segunda jornada de cametización	Hospital Infantil Manizales	Personal asistencial y administrativo y comunidad en general
	Detección y manejo del potencial donante	HUSVP	Internos medicina
	Día internacional de la donación	Alpujarra	Toda la comunidad
	Nota en diario de prensa el mundo sobre el día internacional de la donación	El Mundo	Toda la comunidad
	Participación programa de televisión Televida	Televida	Comunidad
Donación de órganos y tejidos, muerte cerebral	HPTU	Estudiantes de enfermería instituto HPTU	

FECHA	TEMA	INSTITUCION	DIRIGIDO A
Noviembre	Donación de órganos y tejidos, muerte cerebral	HPTU	Estudiantes de enfermería instituto HPTU
	Notificación y mantenimiento de potenciales donantes de órganos y tejidos	CL Soma	Auxiliares y jefes de enfermería
	Detección manejo y notificación del potencial donante	HSVP	Médicos de urgencias de planta
	Donación de órganos y tejidos, muerte cerebral	HGM	Residentes de pediatría
	Generalidades sobre donación de órganos	Diario de la Universidad de Manizales	Comunidad en general
	Protocolo de reporte de alertas	Todas las IPS	Médicos y enfermeras de urgencias y uci
	Notificación de potenciales donantes en PCR	Morgues IPS-salas de transición IPS UdeA, CI las Américas, HGM, HPTU	Personal del servicio
	Detección manejo y notificación del potencial donante	HSVP	Internos u de a
	Notificación de potenciales donantes de órganos y tejidos y generalidades sobre donación de órganos	Hospital de Bello	Personal del servicio de urgencias
Diciembre	Notificación de potenciales donantes de órganos y tejidos	CI las Americas, HGM	Coordinadores de servicios
	Promoción de donación - carnetización	CI Soma	Personal UCI
	Nota en diario de prensa el colombiano sobre donación y trasplantes en Antioquia	El Colombiano	Toda la comunidad
	Promoción de donación - carnetización	CI Conquistadores	Medicos urgencias
	Reunión de actualización en procedimientos de la red, funciones, legislación y gestión operativa de la donación, con los actores de las funerarias, salas de transición y/o morgues	DSSA	Personal de Funerarias y salas de transición

**Fuente:** Registro CRUE-DSSA Coordinación Regional No. 2 Red de Donación y Trasplantes

## ACTIVIDADES DE AUDITORÍA Y ASISTENCIA TÉCNICA

En el año 2010, la Coordinación Regional No. 2 realizó actividades de auditoría y asistencia técnica con el apoyo de la coordinación nacional, a continuación se detallan dichas actividades:

- ✓ Auditoría a casos de extranjeros no residentes en Colombia trasplantados en las IPS de la Regional.
- ✓ Seguimiento al Software RDTC.
- ✓ Seguimiento a todas la alertas de donación y a las actividades de coordinación operativa dentro del proceso de donación, rescate y envío de componentes.
- ✓ Monitoreo a todas las ofertas nacionales y envío de componentes a otras regionales.
- ✓ Acompañamiento permanente, 24 horas a todos los actores de la red.
- ✓ Seguimiento a la oferta nacional de todos los componentes anatómicos una vez agotada la oferta Regional.
- ✓ Seguimiento al cumplimiento de cuadro de turnos de las IPS y de los bancos de tejidos.

- ✓ Seguimiento a las anomalías, irregularidades, eventos adversos o no conformidades que se puedan presentar dentro del proceso de gestión operativa.
- ✓ Auditoría coyuntural a casos presentados en la Regional y a solicitud de la Coordinación Nacional-INS.
- ✓ Retroalimentación de las novedades en los procesos, cambios en la normatividad, o nuevas directrices trazadas por la coordinación nacional.
- ✓ Acompañamiento y asistencia técnica en los procesos de donación y rescate de la coordinación operativa de la Regional.
- ✓ Seguimiento al registro y rescate de los donantes y al trasplante de los receptores en el software RDTC.
- ✓ Seguimiento en el software de los receptores activos inactivos y trasplantados.
- ✓ Seguimiento a la información estadística, verificación de datos y relación de informes de las actividades de la regional.
- ✓ Actualización diaria de la Bitácora de la Coordinación regional No.2

## **OTRAS ACTIVIDADES**

- ✓ Vistas a IPS generadoras para promover la notificación de las alertas de parada.
- ✓ Proceso de inscripción de las IPS Trasplantadora y Bancos de tejido, a la luz de la normatividad vigente en el tema y con base en los lineamientos emitidos por el INS.

## **AVANCES**

- ✓ La Regional No. 2 incrementó notablemente su actividad en donación y trasplante, siendo la regional que más actividad tiene en el país en procesos de gestión operativa y distribución de componentes anatómicos.
- ✓ La Coordinación Regional realizó 3 reuniones del comité asesor, actividad contemplada en el manual de funciones.
- ✓ La Gobernación de Antioquia se encuentra trabajando con el archivo General de la Nación en el levantamiento de la Información para las tablas de retención documental; para el caso de la información de la Coordinación Regional No. 2 de la Red de donación y trasplante, se realizó el levantamiento de la tabla de retención documental y la construcción del mapa documental.

- ✓ El proceso de gestión de la información se coordina desde el CRUE y se realiza de manera adecuada y oportuna, garantizando que las IPS reporten la Información estadística los primeros 5 días hábiles de cada mes. Se realiza la validación, consolidación y se envía de manera oportuna la información y estadísticas que de acuerdo a la normatividad vigente se deben enviar mensualmente a la Coordinación Nacional. No hay brecha entre la información regional y nacional.
- ✓ Se finaliza el año con el software RDTC actualizado y al día en el ingreso y rescate de los donantes y en el trasplante de los receptores.
- ✓ Se realizó seguimiento y gestión a la lista de espera regional de manera periódica para que estuvieran actualizadas y concordantes con el software RDTC.
- ✓ Se cumple con la asignación de turnos a las IPS habilitadas con programas de trasplante y a los Bancos de Tejidos para que realicen el rescate de componentes anatómicos en las Instituciones Prestadoras de Salud generadores. Se cumple un proceso riguroso para la certificación de la inscripción del servicio de trasplantes en cada IPS de la Regional.
- ✓ La regulación de la gestión operativa se realizó a través del profesional del CRUE-Coordinación Regional 2, encargado de esta función, lográndose tener el control de la notificación de alertas y de cada una de las actividades propias de la gestión operativa de la donación y el trasplante. Así mismo se logró tener el control del cumplimiento de las visitas programadas, y de las alertas de detección activa y pasiva. Se realizaron desde allí todas las ofertas nacionales de componentes anatómicos, teniendo la trazabilidad en la distribución y envío de órganos.
- ✓ Se contó desde el mes de junio con un Coordinador operativo de Trasplantes en la Ciudad de Manizales, garantizando con ello la cobertura 24 horas en los procesos de gestión operativa de la donación.
- ✓ Dentro del tema de educación y promoción, se crea el Comité de Promoción a la Donación, se instaura oficialmente la celebración de dos fechas al año, en agosto la celebración de la eucaristía en memoria de los donantes y sus familias y el octubre el día internacional de la donación.
- ✓ Entre las actividades de promoción masivas que se realizaron, estuvo la celebración del día mundial de la donación y la participación en la Feria De La Salud de la Ciudad de Medellín.

- ✓ Se elaboró el plan de promoción a la donación para el año 2011.
- ✓ Se elaboró y aprobó la Guía de Gestión Operativa de la Donación para la Coordinación Regional No. 2, la cual se convierte en el referente para el desarrollo de las actividades definidas en la actual normatividad colombiana para la Gestión Operativa de la Donación.
- ✓ En cuanto al tema de trasplante a receptores extranjeros no residentes en Colombia, se viene cumpliendo las directrices dadas por la Coordinación Nacional-INS, se notifica en tiempo real la existencia de cada caso y el mecanismo de ingreso a lista y se espera respuesta de este nivel para proceder.
- ✓ Se organizó un archivo con todos los fallos de las tutelas de extranjeros.
- ✓ Se presentó una disminución en el número de trasplantes a extranjeros en el territorio nacional, esto se debió a las medidas de control y auditoría que se vienen realizando desde la Regional con apoyo de la Coordinación Nacional.
- ✓ Se viene realizando seguimiento a cada uno de los casos presentando a través de visitas de auditoría donde se evalúa todos los aspectos clínicos, administrativos y legales. De los 3 trasplantes realizados a extranjeros no residentes en Colombia durante este semestre, 2 fueron a través del mecanismo de tutela y 1 por autorización de la coordinación nacional (Art. 40 Decreto 2493/04).
- ✓ Reunión con medicina legal, para socializar el documento producto de las mesas de trabajo, sobre contraindicaciones médico legales y cadena de custodia.
- ✓ Se inició desde el mes de abril un riguroso proceso de inscripción ante la Coordinación Regional No. 2 de las IPS Trasplantadoras y de los Bancos de tejidos a la luz de la normatividad vigente y de los lineamientos emitidos por el INS.
- ✓ 13 Procesos de evaluación e inscripción ante la coordinación regional de trasplantes de centro de ortopedia el poblado, clínica conquistadores, clínica de fracturas de Medellín, centro de ortopedia y traumatología el estadio, centro de fracturas cefra, clínica fracturas Antioquia, clínica campestre, clínica de especialidades oftalmológicas, clínica Medellín, hospital infantil universitario de Manizales, sevioftalmos, ESE HGM, HSVP y Clínica Medellín. En estas 2 últimas instituciones, se realizó inscripción de algunos especialistas.

- ✓ Gestión y respuesta 18 tutelas a extranjeros.
- ✓ Gestión 5 procesos impugnación de tutelas.
- ✓ En esta vigencia se logró realizar 66 Comunicados actores Red de Trasplantes.
- ✓ Reunión IPS Trasplantadoras, Bancos de Tejidos y Fundonar sobre gestión operativa de la donación.
- ✓ Asistencia Técnica a la Coordinación operativa en sistema de información, diligenciamiento y calidad de los registros de los donantes, retroalimentación a la Coordinación regional de las actividades de Gestión operativa.
- ✓ Durante el año 2010, gracias a la presencia del coordinador operativo en Manizales, se logró la notificación de alertas de donación en IPS como Instituto del Corazón de Manizales, Hospital Santa Sofía de Manizales, ESE Hospital de Caldas, Clínica Versalles y Clínica la Presentación. Así mismo se realizó detección activa de potenciales donante, a través de visitas diarias a las IPS generadoras de Manizales.
- ✓ En la ciudad de Manizales, desde el mes de junio, se obtuvieron 6 donaciones efectivas, de las cuales, de dos donantes se logró rescatar sus órganos y/o tejidos. Se resalta como algo positivo pasó de cero alertas a tener un promedio mensual de alertas notificadas y detectadas de 11; pese a que muchas terminarían siendo contraindicadas por diversas causas se destaca el trabajo de notificación e identificación que se logró desarrollar.
- ✓ Se logró realizar más de 4.000 visitas para detección activa de potenciales donantes, en los servicios de UCI y Urgencias de las IPS generadoras de Medellín, municipios de Área Metropolitana y del Oriente cercano con lo que permitió aumentar la notificación de alertas y el acercamiento del tema de donación en el personal asistencial y administrativo de las IPS. Para el año 2010 se incluyó dentro de esta ronda, las IPS del Sur (Envigado e Itagüí) y las del Oriente cercano (La Ceja y Rionegro). Para dar cumplimiento a lo anterior, se tiene establecido por cuadro de turno las IPS que debe visitar cada coordinador en primera, segunda, tercera y cuarta llamada.
- ✓ La detección de potenciales donantes continúa siendo mayor en las unidades de cuidados intensivos, sin embargo se ha logrado aumentar la generación de donantes en los servicios de urgencia gracias a la utilización de ventiladores portátiles. El Hospital San Vicente de Paúl, es la IPS que mayor número de donantes genera en este servicio.

- ✓ Continua siendo el Hospital San Vicente de Paúl, la IPS de la Regional 2 que más órganos rescató y trasplantó, esto debido a que la mayoría de los donantes de la Regional 2 son generados dentro de esta institución.
- ✓ Las funciones de coordinación de la gestión operativa de la donación, están contempladas en el manual de procesos y procedimientos y se está elaborando un manual de funciones para las actividades que desde el CRUE se realizan en apoyo a la red de donación y trasplantes. Se logró que todas las actividades de promoción y detección de donantes que realicen los coordinadores operativos de las IPS Trasplantadoras estén articuladas con la coordinación regional, como lo establece la normatividad vigente.
- ✓ La Coordinación Regional 2 ha realizado esfuerzos para generar y armonizar los procedimientos de gestión operativa de la donación, mediante reuniones, comunicados y oficios a los diferentes actores de la Red, informando y socializando la organización de la gestión operativa de la donación establecida al interior de la regional; no obstante, la Coordinación Regional 2 ha tenido dificultades en la implementación de estos procedimientos por parte de algunos coordinadores operativos.
- ✓ La Regional 2 continúa con un envío permanente de órganos a otras regionales, lo que da muestra del componente de solidaridad de la Red y de la productividad de la Regional en el número de donantes y rescates, pues se da cubrimiento a lista de espera regional y aporta para el cubrimiento de la lista nacional.
- ✓ En cuanto a tejidos, se vienen realizando visitas a las IPS generadoras de la ciudad para aumentar la notificación de alertas de parada cardíaca. De igual manera se logró involucrar en el proceso de notificación oficial de paradas cardíacas a las salas de transición, morgues, o capillas funerarias de las principales IPS de la ciudad.
- ✓ La obtención de tejido ocular en la regional No. 2 se viene realizando en mayor porcentaje en el Instituto Nacional de Medicina Legal (INML), seguido con un menor porcentaje de los donantes en muerte cerebral y de parada cardíaca.

Las córneas son el tejido más rescatado, seguido del osteomuscular, las válvulas y la piel.

## **SITUACIÓN GENERAL DE LA RED PÚBLICA DE SERVICIOS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA**

A través de la historia el sector salud ha tenido grandes desafíos para proporcionar a la población cobertura con sus acciones, calidad en la prestación de los servicios y eficiencia y eficacia que se reflejan en el impacto que sobre la comunidad tiene su que hacer.

No podemos desconocer grandes logros como la disminución de la mortalidad materna infantil, materna, de enfermedades inmunoprevenibles y algunas patologías objeto de control especial, sin embargo, se observan tropiezos desde el punto de vista administrativo y de gestión de recursos, falta coherencia en su funcionamiento, aislamiento de los municipios vecinos y en los últimos años es más evidente la falta de inspección, vigilancia y control sobre las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud.

La situación actual del Departamento refleja que cada hospital funciona como una isla que pretende tener la mayor cantidad de servicios posibles para la comunidad, sin medir el impacto institucional, ni regional de la sobreoferta o de los costos de operación, sin contar con otras instituciones que pueden servir de apoyo y complemento a sus acciones. Ha sido importante la inversión en infraestructura y tecnología en algunos casos, pero no se ha estudiado el mercadeo de servicios de salud en el área de influencia, ni el diagnóstico de la situación de salud de las comunidades para ajustar los servicios, el estado real de aseguramiento de la población luego de la implementación de la política de universalización del régimen subsidiado y el recurso humano necesario para satisfacer adecuadamente la demanda de servicios de salud.

Existen varios aspectos que en la actualidad marcan el acontecer del sector salud como son la escasez de recurso humano especialista en el área asistencial y las dificultades con el flujo de recursos, donde los actores más desprotegidos del sistema son quienes finalmente asumen la prestación del servicio sin visualizar de manera clara el recaudo de los dineros. Como efecto de esta situación se generó la intervención por parte de la Superintendencia de Salud de la EPS – C más grande, SALUDCOOP, de igual manera se estudia la posibilidad de intervenir por parte de esta entidad algunas ESE que como consecuencia de administraciones insertadas se encuentran desequilibradas.

El diseño de la actual Red Pública de Servicios de Salud es concebido por subregiones, según el contexto del Departamento, respetando sus individualidades, características fundamentales y adaptándolas a los accesos geográficos y sociales, con miras a su modernización y a los ajustes

institucionales mediante un acompañamiento y seguimiento por parte del ente territorial.

Posiblemente este diseño deba ser ajustado a las nuevas disposiciones de la Ley 1438 de 2011, una vez ésta sea reglamentada, donde se implemente la estrategia de Atención Primaria en Salud y las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).

## **ANTECEDENTES.**

A finales de los ochenta empezó a vislumbrarse nuevas perspectivas de modernización del sector, con la decisión en firme de introducir reformas descentralistas. Debe recordarse que la descentralización, en estricto sentido jurídico, lleva el desplazamiento desde el centro de las responsabilidades, las competencias, la autonomía en el manejo de los recursos y la titularidad de las obligaciones.

La transformación ganó profundidad con la expedición de la Ley 10 de 1990. En ella se consignaron mecanismos específicos para modernizar y reorganizar el Sistema de Salud. El logro de una mayor eficiencia en la utilización de los recursos, el estímulo al esfuerzo fiscal de las entidades territoriales, la incorporación de la democracia participativa en la gestión de salud, la determinación de competencias y la reconstitución institucional conformaron signos inequívocos en la dirección mencionada. Fue visionaria, pues sus principios fueron objeto de consignación Constitucional.

Las posibilidades para la modernización sectorial han estado ligadas a la expedición de la Constitución Política de 1991 y sus desarrollos legales y especialmente las Leyes 60 y 100 de 1993 y la posterior Ley 715 de 2001 que reemplaza la Ley 60 de 1993 y asigna nuevas competencias a los entes territoriales. La Ley 100 de 1993 establece el Sistema de Seguridad Social Integral.

En Antioquia, desde la expedición de la Ley 10 de 1990, se comenzó a estudiar la red de servicios de salud y a caracterizar la demanda de la población y la oferta para atender los problemas y necesidades en salud. En lo relacionado con la oferta, se aclaró la razón social y la naturaleza jurídica de las instituciones prestadoras de servicios de salud del sector, se realizaron negociaciones con los alcaldes y concejos municipales para que los municipios recibieran la administración de la salud y los hospitales, se dictaron actos administrativos para darle vida jurídica a cada uno de los hospitales transformados en Empresas

Sociales del Estado – ESE-, con sus centros de salud, tanto del orden departamental como municipal.

De acuerdo con lo definido en la Ley 60 de 1993, para la administración de los recursos cedidos a los municipios y departamentos, éstos debían acreditar condiciones de madurez administrativa y organizarse para ejecutar eficientemente las funciones asignadas. El Departamento de Antioquia cumplió con los formalismos establecidos y obtuvo la certificación en salud por Resolución del Ministerio de Salud No. 005253 del 5 de agosto de 1994. Los municipios a su vez emprendieron éste camino y es así como para el año 2001 se tenían 120 de los 125 municipios certificados en salud. El proceso fue brusco y sin contar con la suficiente madurez política, administrativa y social que implicaba el asumir las competencias y los cambios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

La expedición de la Ley 715 de 2001 cambió los criterios de asignación de los recursos, de un enfoque territorial a un enfoque sectorial, reafirma las competencias territoriales, recoge otras hacia los niveles seccionales, hecho que obliga a consideraciones especiales para el Departamento de Antioquia dado su grado de descentralización municipal en un 98%, y las deficiencias encontradas en diferentes evaluaciones en relación con la asunción de competencias, plantean un gran problema: Insuficiente e ineficiente gestión en salud pública, asesoría y asistencia técnica, la inspección, vigilancia y el control en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, traducido en los siguientes aspectos:

- El 61% de los municipios presenta un desarrollo incipiente y precario del SGSSS, el 16% un desarrollo potencial y solamente el 6% un desarrollo avanzado.
- En la asunción de la competencia para garantizar la salud pública, se ha hecho evidente una insuficiente e ineficiente gestión del Plan de Intervenciones Colectivas a nivel municipal, debido a la desarticulación de los actores para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención, la inadecuada aplicación y utilización de los recursos financieros asignados y el insuficiente acompañamiento de la SSSYPSA en los procesos de asesoría y asistencia técnica, monitoreo, evaluación y retroalimentación, a la ejecución de los PIC.
- Las acciones de inspección, vigilancia y control que ejercen los diferentes entes competentes dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de manera especial al aseguramiento de la población, a la utilización de los recursos financieros para el sector, a la garantía de la salud pública, al control de los factores de riesgo del ambiente, así como los factores de riesgo

asociados al consumo de alimentos y bebidas alcohólicas, son deficientes e insuficientes en la mayoría de los casos por no disponer del recurso humano suficiente.

Durante el año 2004 se realizó el diagnóstico y propuesta de la red de servicios de salud, sin contemplar en su totalidad el municipio de Medellín debido a su complejidad, entre las conclusiones principales de ese diagnóstico y que aún se mantienen se encuentra que:

- Existe baja capacidad de gestión de las Direcciones Locales de Salud, poca capacidad de respuesta de la SSSYPSA y escasez de recurso humano para asumir la competencia. Sumado a lo anterior, el recurso humano carece de tecnología apropiada para el ejercicio de sus funciones; tiene un conocimiento insuficiente de las competencias y la normatividad, presenta confusión ante la gran dispersión e inestabilidad normativa, carece de procesos definidos de inspección, vigilancia y control, desarrolla sus acciones sin articularse con los otros entes controladores y no cuenta con la participación social activa en la vigilancia del sistema.
- Existen dificultades para el desplazamiento por las diferentes subregiones del Departamento, debido a la situación de orden público y presencia de grupos armados al margen de la Ley.
- Las Direcciones Locales de Salud tienen múltiples funciones además de las asignadas por Ley y no cuentan con recurso humano, logístico y financiero suficiente.

Las dificultades enunciadas presentan efectos desfavorables relacionados con el aseguramiento de la población, con la utilización de los recursos financieros, con las acciones para desarrollar la salud pública, con los factores de riesgo del ambiente, con los asociados al consumo de alimentos y bebidas alcohólicas y en general, la gestión de las direcciones locales y seccionales de salud.

En el Departamento de Antioquia, la situación de prestación de servicios y el clima laboral se encuentra enmarcado en un contexto caracterizado por la descentralización de 120 municipios de un total de 125, la transformación en su totalidad de hospitales públicos en empresas sociales del estado del orden municipal o departamental en el año 1994, de las cuales 36 pierden su carácter de públicas en diciembre de 2010 con el fallo del Consejo de Estado donde se declara nulidad al artículo primero de la ordenanza N° 44 del 16 de diciembre de 1994 “Por medio de la cual se define la naturaleza jurídica de unos hospitales y se dictan otras disposiciones”, estas entidades son: San Juan de Dios municipio de Abejorral, Luis Felipe Arbeláez municipio de Alejandría, San Fernando de

Amagá, San Rafael de Andes, La Misericordia de Angelópolis, San Rafael de Angostura, San Francisco de Anzá, Regional de Urabá (hoy Antonio Roldán Betancur) de Apartadó, San Julián de Argelia, San Vicente de Paúl de Barbosa, Nuestra Señora del Rosario de Belmira, La Merced de Ciudad Bolívar, San Antonio de Butírica, San Miguel (hoy Guillermo Gaviria) de Caicedo, San Carlos de Cañasgordas, San Juan de Dios del Carmen de Viboral, San Rafael de Carolina, Nuestra Señora del Perpetuo Socorro de Dabeiba, Pbro. Emigdio Palacio de Entrerriós, María Antonia Toro de Elejalde de Frontino, Santa Isabel de Gómez Plata, Enfermeras de Antioquia (hoy La candelaria) de Guarne, San Juan de Dios de Ituango, Gabriel Peláez Montoya de El Jardín, San Rafael de Jericó, San Juan de Dios de la Ceja, San Lorenzo de Liborina, la Asunción de Mutatá, La Misericordia de Nechí, San Vicente de paúl de Pueblorrico, San Juan de Dios de El Retiro, San Pedro de Sabanalarga, San Luis Beltrán de San Jerónimo, Laureano Pino de San José de la Montaña, Santa Isabel de San Pedro de los Milagros, San Vicente del municipio de San Vicente, San Juan de Dios de Santa Rosa, Horacio Muñoz Suescun de Sopetran, San Juan de Dios de Támesis, San Juan de Dios de Titiribí, San Juan de Dios de Valparaíso, San Rafael de Venecia, San Rafael de Zaragoza. La transformación desde los años 1997 de los recursos de oferta en la compra de servicios para la población pobre no asegurada y la consolidación de esquemas de contratación a nivel del régimen subsidiado y con los entes territoriales municipal y departamental. Lo anterior ha marcado un cambio significativo en la organización y operación de los prestadores de servicio y por ende en el clima laboral, el cual se encuentra caracterizado por:

- ✓ Autonomía institucional para el manejo de la planta de cargos bajo la dirección de juntas directivas y gerentes, con la creación, supresión y asignaciones salariales.
- ✓ Atomización del movimiento sindical, lo cual se ha traducido en un menor grado de cohesión de la organización, reflejado en un menor grado del conflicto laboral, de ceses de actividades y de convenciones colectivas de gran costo.
- ✓ Una mayor flexibilización de la relación laboral, donde se aumenta cada vez más las formas de contratación a través de cooperativas, empresas asociativas y contratos de prestación de servicios.

A la fecha se puede identificar que las condiciones de ambiente laboral de algunos hospitales se encuentran afectados por la mora en pago de salarios, el deterioro en la operación de la empresa y las dificultades para la normal prestación de los servicios, destacando su agudización en Puerto Berrío, Puerto Nare, Ciudad Bolívar.

## **Situación de la problemática de las redes de servicios.**

El Departamento de Antioquia cuenta hoy con un sistema de prestación de servicios de salud en un contexto de descentralización, duplicidad de oferta, competencia entre las instituciones públicas y un porcentaje del mercado cubierto por prestadores privados cada vez mayor, un deterioro financiero a consecuencia de un entorno adverso y caracterizado por la poca rotación de la cartera, un costo laboral elevado frente a los promedios del mercado dado por la intermediación en la tercerización con cooperativas y otras formas de contratación, una disminución de recursos del Sistema general de Participaciones, que si bien afecta al Departamento y municipios, compromete mas severamente la capacidad de compra del Departamento de Antioquia.

Lo anterior se concluye con análisis de cada una de las variables, componentes e instituciones que influyen en el funcionamiento de un sistema de prestación de servicios, de donde se pueden extraer las más relevantes, a saber:

1. Antioquia es un Departamento de gran extensión, con múltiples accidentes, geofiguras y topofiguras, donde existe toda la gama de climas, buenos medios de comunicación, regular infraestructura vial, altos índices de desempleo, gran cantidad de desplazados y altos índices de violencia.
2. Se observa un perfil epidemiológico mixto, característico de una sociedad con un estilo de vida urbano, con la presencia de patología infecciosa en vías respiratorias, intestinales, junto con las enfermedades originadas en el complejo trauma – violencia, las enfermedades cardiovasculares agudas, crónicas y el cáncer. Este perfil es característico de poblaciones más industrializadas, concentradas en las ciudades grandes, con mejor acceso a los servicios públicos y que han cambiado su comportamiento y estilos de vida en respuesta a las presiones propias de la vida urbana.
3. Las enfermedades infecciosas e inmunoprevenibles, continúan siendo un problema de salud pública. Se sigue presentando mortalidad por estas patologías y por causas evitables con acciones del sector salud. Las coberturas de vacunación no alcanzan niveles útiles con los diferentes biológicos.
4. La morbimortalidad materna e infantil presentada es grave y amerita intervención específica del sector.

5. Existen múltiples factores ambientales que contribuyen al deterioro de la situación de salud del Departamento y para los cuales existen deficiencias en la inspección, vigilancia y control.
6. La población del Departamento está compuesta principalmente por adultos jóvenes entre los 25 y 39 años de edad, aspecto que define la necesidad de conformar una red de servicios para la atención de las patologías prioritarias de estas edades.
7. El Departamento y los municipios se encuentran descentralizados casi en su totalidad, pero el desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud es incipiente en la gran mayoría de los municipios.
8. Existe cantidad suficiente de infraestructura hospitalaria de baja complejidad pero hay carencia en la mediana y alta, siendo deficiente el mantenimiento y equipos de algunas Empresas Sociales del Estado en todas sus complejidades.
9. Es de notar la débil calidad y cantidad de información en los espacios locales, lo cual dificulta el análisis pormenorizado de la situación de instituciones, recursos y demás variables del entorno local.
10. La población no asegurada para el Departamento de Antioquia se encuentra alrededor del 21%.
11. La disminución de los recursos de oferta ha traído dificultades a los entes territoriales y especialmente a los Hospitales Públicos, para poder garantizar la atención a población no asegurada.
12. Se evidencia una baja participación de los hospitales en las acciones de salud pública de cada municipio, a pesar de contar el Departamento con una gran red de instituciones de baja complejidad, recurso y experiencia en este tipo de servicios.
13. En general, el factor de iliquidez de fondos, afecta a todas las instituciones del Departamento; sin embargo es más crítico en los hospitales de mediana complejidad, donde los recaudos no alcanzan a cubrir los compromisos.
14. A diciembre de 2010, la cartera de la red pública asciende a 436.741 millones, donde el 40.71% se encuentra representado en el régimen subsidiado y los pasivos para esta misma fecha totalizan 433.420.3 millones, los cuales se concentran en servicios personales y proveedores.

15. El equilibrio operacional de la red pública del Departamento a 31 de diciembre de 2010, cerró en 0.99 con unos ingresos operacionales de \$1.052.625.5 millones y unos gastos de producción de \$ 1.060.758 millones; por nivel de complejidad encontramos el equilibrio así: Nivel 1:0.96, Nivel 2 1 y Nivel 3: 1.10.
16. El equilibrio presupuestal nos muestra una agudización del déficit en la mediana complejidad con un 0.88, mientras que la baja complejidad obtiene un 0.96 y la alta un 1.29.
17. El 57.21% de los ingresos generados por venta de servicios de salud es gastado en recurso humano.
18. La contratación por cápita en las bajas complejidades ha hecho que estos prestadores se vuelvan remisorios, perdiendo capacidad resolutive y por ende saturación en la mediana complejidad.
19. La estructura del balance para la red pública departamental cierra el año 2010 con activos por valor de \$1.248.589 millones, pasivos por \$435.450 millones y un patrimonio de \$813.193.
20. Se observa una disminución progresiva en los egresos hospitalarios y en el porcentaje ocupacional en la baja complejidad, contrastando con un incremento en el porcentaje ocupacional en la mediana complejidad.
21. Las actividades odontológicas reportadas son muy diversas y corresponden en su mayoría a las actividades realizadas en las sedes hospitalarias, el comportamiento para el período muestra una tendencia hacia el incremento.
22. Las dosis de biológicos aplicados en los años recuperan los volúmenes de dosis aplicadas y se superan los promedios de todo el período.
23. Los últimos años muestran un cambio en la modalidad de contratación del recurso humano, donde se reducen las plantas de cargos y se incrementa la tercerización de procesos, quedando la contratación de recurso humano en manos de cooperativas y otras formas asociativas.

La situación de la Red de Servicios de Salud el Valle de Aburrá, presenta los siguientes hallazgos:

- Debilidad y dispersión de las acciones de promoción, prevención, detección temprana y protección específica.

- Poca resolución del primer nivel.
- Inoperancia de la referencia y contrarreferencia en la red de servicios de salud.
- Problemas de calidad en la prestación de los servicios. (oportunidad, acceso y pertinencia).
- No control de la totalidad de las actividades contratadas por parte de EPS y EPS-S.
- Deficiente cumplimiento de las normas de detección temprana de alteraciones del embarazo, crecimiento y desarrollo del joven y en general en acciones de demanda inducida que garanticen el acceso a las pruebas de VIH, sífilis y otras ITS en gestantes y en población sexualmente activa.
- Barreras administrativas para la atención.
- Desarticulación de la oferta pública de servicios de salud – No existe integración funcional.
- Débil regulación de la oferta de servicios de salud y de la oportunidad en el acceso.
- Déficit de oferta de camas, especialmente de alta complejidad y cuidado crítico.
- Incremento de la demanda de servicios de salud, especialmente por parte de población afiliada al régimen subsidiado (estadísticas de producción).
- Déficit de recurso humano especializado en cuidado crítico, medicina interna y anestesiología, esta situación también se presenta en las ESE que prestan servicios de mediana complejidad en las diferentes regiones del Departamento.
- Dificultades en el acceso a los servicios de la EPS, con derivación a la RED Pública y sus consecuencias.
- Concentración de oferta especializada de servicios en la subregión del Valle de Aburrá y debilitamiento de la capacidad resolutoria de los hospitales de la periferia.

En el año 2010, el perfil epidemiológico, las características sociodemográficas, la afinidad cultural, las distancias en tiempo, la calidad de la red vial y la oferta pública de servicios de salud, lleva a la conclusión de continuar con los servicios de mediana complejidad en los municipios definidos como polos de desarrollo, que agrupen varios y presten servicios de baja complejidad.

Se continúa con la prioridad de desconcentrar la atención en salud con el objetivo de mejorar el acceso a los servicios de salud y disminuir el colapso de la red del Valle de Aburrá debido al comportamiento centrípeto de la referencia de pacientes y a la concentración del 60% de la población antioqueña. Para ello se pretende que con la entrada en vigencia de la Ley 1438 se organicen las redes integradas de servicios de salud.

La Red de Servicios no ha variado su oferta, los esfuerzos se han encaminado a mejorar la calidad de los servicios ofertados por la red pública, en lo relacionado con los proyectos de dotación de equipos biomédicos básicamente se hizo reposición, sin alterar el portafolio ni el tipo de equipo según la complejidad de cada ESE.

Para fortalecer la capacidad instalada de la mediana complejidad en el Valle de Aburrá, se logró que la Clínica Víctor Cárdenas Jaramillo se integrara a la ESE Marco Fidel Suárez de Bello, poniendo además en funcionamiento la sede Niquía, impactando en la disminución de remisiones a Medellín, de los municipios de las subregiones Norte, Nordeste y Bajo Cauca principalmente. De igual manera y para optimizar recursos se fusionan las dos IPS de baja complejidad del municipio de Bello (París, Acevedo, Fontidueño ) dando vida a Bellosalud.

La Clínica Santa Gertrudis de Envigado, se convirtió en Envisalud, ESE Hospital de primer nivel de atención a cargo de la Administración Municipal.

La Clínica Santa María ubicada en el municipio de Itagüí en la actualidad hace parte de la ESE Hospital San Rafael de Itagüí.

En el marco de lo que es el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención en salud (SOGC), se entiende por:

**Atención de Salud:** Conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

**Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.** Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

**Calidad de la atención de salud.** Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

**Empresas Administradoras de Planes de Beneficios. (EAPB)** Se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado (Administradoras del Régimen Subsidiado), Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.

**Sistema único de acreditación.** Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de auto evaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

**Sistema de Información para la calidad.** El Ministerio de la Protección Social diseñará e implementará un "Sistema de Información para la Calidad" con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Inspección, Vigilancia y Control del Sistema Único de Habilitación.** La inspección, vigilancia y control del Sistema Único de Habilitación, será responsabilidad de las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, la cual se ejercerá mediante la realización de las visitas de verificación de que trata el artículo 21 del presente decreto, correspondiendo a la Superintendencia Nacional de Salud, vigilar que las Entidades Territoriales de Salud ejerzan dichas funciones.

**Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.** Es responsabilidad de las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de

Salud, sin perjuicio de las competencias que le corresponden a la Superintendencia Nacional de Salud, adelantar las acciones de vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones. Estas acciones podrán realizarse simultáneamente con las visitas de habilitación.

**Sistema de información para la calidad.** Las acciones de inspección, vigilancia y control del contenido, calidad y reporte de la información que conforma el Sistema de Información para la Calidad, estará a cargo de las Direcciones Departamentales y Distritales y de la Superintendencia Nacional de Salud en lo de sus competencias.

## **Prestadores de servicios de salud**

Se consideran como tales:

**Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud:** Institución registrada según su naturaleza jurídica que presta servicios de salud.

**Los Profesionales Independientes de Salud:** Es toda persona natural egresada de un programa de educación superior de ciencias de la salud de conformidad con la Ley 30 de 1992 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud para lo cual podrá contar con personal de apoyo de los niveles de formación técnico y/o auxiliar.

**Los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.** Entidad cuyos servicios son de traslado de pacientes, son de dos tipos Básicos y Medicalizados.

**Servicio de Salud:** Es una ayuda intangible para mantener y/o recuperar la salud de las personas mediante la intervención de un profesional de la salud.

## **Calidad en la prestación de los servicios de salud**

Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales sólo constituyen prerequisite para alcanzar los mencionados resultados.

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

**1. Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**2. Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

**3. Seguridad.** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

**4. Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

**5. Continuidad.** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

La calidad de la atención en salud está dada en primera instancia por el cumplimiento de los requisitos mínimos esenciales para prestar el servicio, estas condiciones mínimas son de: Condiciones de capacidad tecnológica y científica. Las condiciones de capacidad tecnológica y científica del Sistema Único de Habilitación para Prestadores de Servicios de Salud serán los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de la Protección Social.

Los profesionales independientes que prestan servicios de salud, solo estarán obligados a cumplir con las normas relativas a la capacidad tecnológica y científica.

## **Condiciones de suficiencia patrimonial y financiera**

Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo.

## **Condiciones de capacidad técnico-administrativa**

Son condiciones de capacidad técnico-administrativa para una Institución Prestadora de Servicios de Salud, las siguientes:

1. El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.
2. El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

## **Condiciones de capacidad tecnológica y científica**

La formulación de estándares de las condiciones de capacidad tecnológica y científica está orientada por los siguientes principios:

- a. Fiabilidad: La aplicación y verificación de cada estándar es explícita, clara y permite una evaluación objetiva y homogénea.
- b. Esencialidad: Las condiciones de capacidad tecnológica y científica, son indispensables, suficientes y necesarias para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.
- c. Sencillez: La formulación de los estándares de las condiciones de capacidad tecnológica y científica, así como los procesos para su verificación, son fáciles de entender, permiten la autoevaluación de los prestadores de servicios de salud y los definidos como tales y su verificación por las autoridades competentes y en general por cualquier persona que esté interesada en conocerlos.

Los estándares, son condiciones mínimas indispensables para la prestación de servicios de salud, aplicables a cualquier organización de prestación de servicios de salud, independientemente del tipo de servicios que ofrece en las siguientes áreas temáticas:

1. **Recursos humanos.** Son las condiciones mínimas para el ejercicio profesional del recurso humano asistencial y la suficiencia de este recurso para el volumen de atención.
2. **Infraestructura, Instalaciones Físicas y su mantenimiento.** Son áreas o características de ellas, que condicionen procesos críticos asistenciales.
3. **Dotación y su mantenimiento.** Son las condiciones, suficiencia y mantenimiento de los equipos médicos, que condicionen procesos críticos institucionales.
4. **Medicamentos, dispositivos médicos y su gestión.** Es la existencia de procesos, que garanticen el cumplimiento de las condiciones legales para el uso de los medicamentos y dispositivos médicos (nombre del producto, número de lote o serie, fecha de vencimiento cuando sea el caso, número de registro sanitario, fabricante y/o importador con domicilio, leyendas especiales tales como estéril, usar solo una vez).
5. **Procesos prioritarios asistenciales.** Es la existencia de procesos de atención primaria, que condicionen directamente el incremento en las principales causas de morbilidad del país.
6. **Historia Clínica y registros clínicos.** Es la existencia y cumplimiento de procesos, que garanticen la historia clínica por paciente y las condiciones técnicas de manejo.
7. **Interdependencia de servicios.** Es la existencia y disponibilidad de servicios necesarios para el funcionamiento de otros servicios y el adecuado flujo de pacientes entre ellos.
8. **Referencia de pacientes.** Es la existencia y cumplimiento de procesos de remisión interinstitucional de pacientes, que condicionen directamente incremento en la morbilidad.
9. **Seguimiento a riesgos.** Es la existencia de procesos de control y seguimiento a los principales riesgos de cada uno de los servicios que se ofrezcan.

### **Proyectos de ajuste institucional:**

Debido a la crisis financiera del sector salud, a las condiciones de infraestructura física y dotación obsoleta que no cumplen en un alto porcentaje con los requisitos mínimos de calidad se implementan diferentes programas y estrategias entre los cuales tenemos: presentación de propuesta de ajuste y saneamiento financiero al Ministerio de la Protección Social, dentro del marco del Programa de Modernización de las Redes de Servicios de Salud, logrando dar cobertura a 24 ESE de mediana y baja complejidad con aportes como se muestra en la siguiente tabla 86:

Datos en millones de pesos

**Tabla 86.** Proyectos de Ajuste Institucional

Municipio	MHCP	MPS	Total Nación	Departamento de Antioquia	Total
ANGOSTURA	208,1	-	208,1	-	208,1
ARBOLETES	383,9	89,1	473,0	-	473,0
EL BAGRE	120,9	589,2	710,0	1.298,0	2.008,0
BARBOSA	236,7	334,3	570,9	-	570,9
BELLO	3.642,2	1.381,0	5.023,2	1.207,0	6.230,2
BETULIA	180,8	114,5	295,4	74,0	369,4
CÁCERES	264,2	193,8	458,0	140,0	598,0
CARACOLÍ	289,0	22,0	311,0	-	311,0
CAUCASIA	354,0	56,8	410,8	1.358,0	1.768,8
FRONTINO	165,2	-	165,2	-	165,2
GRANADA	350,5	65,7	416,2	67,0	483,2
ITAGUI	1.687,4	55,4	1.742,8	659,0	2.401,8
MONTEBELLO	-	-	-	-	-
NECHÍ	361,2	270,9	632,1	-	632,1
PUERTO BERRÍO	1.356,9	638,0	1.994,9	586,0	2.580,9
PUERTO NARE	522,3	153,2	675,5	-	675,5
REMEDIOS	240,2	80,4	320,7	-	320,7
RIONEGRO	5.621,0	412,0	6.033,0	485,0	6.518,0
SAN PEDRO DE URABA	321,1	246,7	567,8	263,0	830,8
SONSON	-	-	-	-	-
TARAZÁ	134,6	-	134,6	-	134,6
YARUMAL	1.448,4	456,0	1.904,4	580,0	2.484,4
YOLOMBÓ	566,5	593,0	1.159,5	1.015,0	2.174,5
ZARAGOZA	415,6	636,0	1.051,6	-	1.051,6
<b>TOTAL</b>	<b>18.870,5</b>	<b>6.388,1</b>	<b>25.258,6</b>	<b>7.732,0</b>	<b>32.990,6</b>

Fuente: Dirección Calidad y Red de Servicios

Este programa cubre desde al año 2004 hasta el año 2014.

Como complemento a este programa, el Departamento con recursos adicionales cubrió otras ESE como se muestra a continuación.

**Tabla 87.** Programa el Departamento con recursos adicionales

Nº	ESE	VALOR
1	ESE La Maria	400.000.000,00
2	ESE Hospital de la Ceja	150.000.000,00
3	ESE Hospital de la Ceja	100.000.000,00
4	ESE San Antonio de Caramanta	80.000.000,00
5	ESE Hospital San Vicente de Paúl Pueblorrico	30.000.000,00
6	ESE Hospital San Vicente de Paúl Pueblorrico	161.498.376,00
7	ESE Hospital San Vicente de Paúl Pueblorrico	50.000.000,00
8	ESE Hospital Tobías Puerta de Uramita	125.600.000,00
9	ESE san Juan de Dios de Abejorral	328.000.000,00
10	ESE Hospital San Antonio de Betania	447.834.022,00
11	ESE Hospital San Antonio de Betania	100.000.000,00
12	ESE Hospital san Juan de Dios de El Retiro	400.000.000,00
13	ESE Marco A. Cardona de Maceo	283.984.144,00
14	ESE Marco A. Cardona de Maceo	150.000.000,00
15	ESE San Rafael de Santo Domingo	100.000.000,00
16	ESE San Juan de Dios de Cocorna	400.000.000,00
17	ESE La Inmaculada de Guatapé	370.000.000,00
18	ESE San Juan de Dios de Marinilla	400.000.000,00
19	ESE Venanio Diaz Diaz de Sabaneta	300.000.000,00
20	ESE Santa María de Santa Bárbara	500.000.000,00
21	ESE San Juan de Dios de Segovia	500.000.000,00
22	ESE San Rafael de Venecia	200.000.000,00
23	ESE Atrato Medio Antioqueño de Vigía	400.000.000,00
23	HOMO	500.000.000,00
23	HOMO	500.000.000,00
24	ESE Hospital San Francisco de Asis de San Francisco	400.000.000,00
25	ESE Hospital Presbítero Luis Felipe Arbeláez de Alejandria	120.000.000,00
26	ESE Hospital San Pio X de Caracolí	100.000.000,00
27	ESE Hospital La Cruz de Puerto Berrio	102.000.000,00
28	ESE Hospital San Juande Dios de Santa Rosa de osos	300.000.000,00
29	ESE Hospital La Misericordia de Angelópolis	50.000.000,00
30	ESE Hospital San rafael de Santo Domingo	50.000.000,00
31	ESE Hospital Nuevo Horizonte de Abriaquí	60.000.000,00
<b>TOTAL</b>		<b>8.158.916.542,00</b>

Fuente: Dirección Calidad y Red de Servicios

Adicional al Programa de Modernización de las Redes de Servicios de salud, se hizo un esfuerzo grande en los últimos años con inversiones en Ambulancias,

dotación e Infraestructura como se muestra en las siguientes tablas (cuadros inversiones 2008- 2011).

**Tabla 88.** Proyecto de Ambulancias ejecutadas 2008

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL	MUNICIPIO	APORTE NACIÓN	APORTE DEPARTAMENTO	APORTE MUNICIPIO	APORTE ESE HOSPITAL	VALOR TOTAL (Miles de Pesos)
ESE Hospital San Antonio	Tarazá	44.000	25.000		41.000	110.000
ESE Hospital San Rafael	San Luis	44.000	25.000		41.000	110.000
ESE hospital Octavio Olivares	Puerto Nare	44.000	25.000	41.000	0	110.000
ESE Hospital San Antonio	Buritica	44.000	25.000		41.000	110.000
ESE Hospital San Carlos	Cañasgordas	44.000	25.000		41.000	110.000
ESE Hospital Pedro Clemente Giraldo	Granada	44.000	25.000		41.000	110.000
ESE Hospital San Vicente de Paul	Pueblorrico	44.000	25.000		41.000	110.000
ESE Hospital San Joaquin	Nariño	44.000	25.000		41.000	110.000
ESE Hospital Nuevo Horizonte	Abriaquí	44.000	25.000		41.000	110.000
ESE Hospital La Sagrada Familia	Campamento	44.000	25.000		41.000	110.000
ESE Hospital Rosalpi	Bello	44.000	25.000		41.000	110.000
ESE Hospital Santa Lucia	Fredonia	44.000	25.000		41.000	110.000
ESE Hospital San José	Salgar	44.000	25.000		40.013	109.013
ESE hospital German Velez Gutierrez	Betulia	44.000	25.000		41.000	110.000
ESE Hospital Francisco Luis Jimenez Martinez	Carepa	44.000	25.000		41.000	110.000
ESE Hospital San Rafael	Heliconia	44.000	25.000		41.000	110.000
ESE Hospital San Vicente	San Vicente	44.000	25.000		41.000	110.000
ESE Hospital San Pablo	Tarso	44.000	25.000		41.000	110.000
ESE Hospital La Misericordia	Yalí		10.000			10.000
ESE Hospital San Juan de Dios	Anorí		198.679			198.679
<b>TOTAL AMBULANCIAS 2008</b>		<b>792.000</b>	<b>658.679</b>	<b>41.000</b>	<b>696.013</b>	<b>2.187.692</b>

**Fuente:** Dirección Calidad y Red de Servicios

**Tabla 89.** Proyecto Ambulancias ejecutadas 2009

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL	MUNICIPIO	APORTE NACIÓN	APORTE DEPARTAMENTO	APORTE MUNICIPIO	APORTE ESE HOSPITAL	VALOR TOTAL (Miles de Pesos)
ESE Hospital La Ceja	La Ceja del Tambo		30.000		70.000	100.000
ESE Hospital La Cruz	Puerto Berrío		110.000		110.000	220.000
ESE Hospital La Paz	Puerto Triunfo	44.000	25.000		30.000	99.000
ESE Hospital Santamaría	Santa Bárbara		30.000		70.000	100.000
ESE Hospital San Juan de Dios	Rionegro	60.000	60.000		60.000	180.000
ESE Hospital San Juan de Dios	Santa Fe de Antioquia	48.000	30.000	30.000		108.000
ESE Hospital San Juan de Dios	Yarumal	44.000	30.000	30.000		104.000
ESE Hospital Isabel La Católica	Cáceres	48.000	30.000	30.000		108.000
ESE Hospital Marco A. Cardona	Maceo	48.000	30.000	30.000		108.000
ESE Hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro	Dabeiba	48.000	30.000	30.000		108.000
ESE Hospital Venancio Díaz Díaz	Sabaneta		53.250	53.250		106.500
ESE Hospital Gabriel Peláez Montoya	Jardín		110.000			110.000
ESE Hospital San Juan de Dios	Titiribí		30.000	42.000		72.000
ESE Hospital San Rafael	Jericó		30.000	42.000		72.000
ESE Hospital San Antonio	Caramanta	48.000	30.000	20.000	12.000	110.000
ESE Hospital La Misericordia	Nechí	48.000	30.000	32.000		110.000
ESE Hospital San Pío X	Caracolí	48.000	30.000	20.000	12.000	110.000
ESE Hospital San Francisco de Asís	Anzá	48.000	30.000		32.000	110.000
<b>TOTAL AMBULANCIAS 2009</b>		<b>532.000</b>	<b>748.250</b>	<b>359.250</b>	<b>396.000</b>	<b>2.035.500</b>
<b>TOTAL AMBULANCIAS 2008 - 2009</b>		<b>1.324.000</b>	<b>1.406.929</b>	<b>400.250</b>	<b>1.092.013</b>	<b>4.223.192</b>

Fuente: Dirección Calidad y Red de Servicios

**Tabla 90.** Relación de ambulancias cofinanciadas entre el Ministerio de la Protección Social – Gobernación de Antioquia - DSSA, Las ESE y los Municipios 2008.

NOMBRE COMPLETO	DATOS CONTRATISTA		COFINANCIACION		ESE Y/O MUNICIPIO
	MUNICIPIO	GERENTE	MINPROTECCION	DEPARTAMENTO	
ESE Hospital San Antonio - Taraza	TARAZA	Miguel Angel Bustos Diaz	44.000.000	25.000.000	35.000.000
ESE Hospital San Vicente de Paul	PUEBLORRICO	Edwin Rosado Diaz	44.000.000	25.000.000	41.000.000
ESE Hospital Santa Lucia	FREDONIA	Rafael Arturo Gómez Arango	44.000.000	25.000.000	43.000.000
ESE Hospital San Rafael	SAN LUIS	Carlos Lemos Agudelo	44.000.000	25.000.000	39.000.000
ESE Hospital San Carlos	CAÑASGORDAS	Tomás A Ospina Rojo	44.000.000	25.000.000	41.000.000
ESE Hospital La Sagrada Familia	CAMPAMENTO	Blanaca Ofelia Arango	54.000.000	25.000.000	31.000.000
ESE Hospital nuevo Horizonte	ABRIAQUI	Yesit Frank Arbey	44.000.000	25.000.000	41.000.000
ESE Hospital Rosalpi	BELLO	Gustavo Espinal M.	44.000.000	25.000.000	35.000.000
ESE Hospital San Vicente de Paúl	BARBOSA	Alex Dubian Giraldo	44.000.000	25.000.000	41.000.000
ESE Hospital San Antonio	BURITICA	Wilson Adolfo Cossio	45.000.000	25.000.000	34.000.000
<b>TOTALES</b>			<b>451.000.000</b>	<b>250.000.000</b>	<b>381.000.000</b>

CONTRATO	DATOS CONTRATISTA				TOTAL	COFINANCIACION		
	NOMBRE COMPLETO	MUNICIPIO	GERENTE			DEPARTAMENTO	ESE/ MUNICIPIO	MINISTERIO
2010CF162144	ESE Hospital San Isidro	Giraldo	Juan Enrique Montoya Urrea	Dotación Hospitalaria	100,000,000	87,788,000	12,212,000	
2010CF162156	ESE Hospital San Martin de Porres	Armenia	Jaime Humberto Londoño	Varela Dotación Equipo Software (XENCO)	50,000,000	50,000,000		
<b>TOTALES</b>					<b>150,000,000</b>	<b>137,788,000</b>	<b>12,212,000</b>	<b>0</b>

**Nota.** Se aplaza para el mes de febrero la entrega de las ambulancias para los municipios de Granada, Nariño y Puerto **Fuente:** Dirección Calidad y Red de Servicios

**Tabla 91.** Relación de Ambulancias cofinanciadas entre el Ministerio de la Protección Social – Gobernación de Antioquia - DSSA, Las ESE y los Municipios 2010

CONTRATO	DATOS CONTRATISTA				ALCALDE	DIRECTOR DE SALUD	AMBULANCIA TAB	TOTAL	COFINANCIACION			
	NOMBRE COMPLETO	MUNICIPIO	Gerente						DEPARTAMENTO	E.S.E	MUNICIPIO	MINISTERIO
2010CF162136	ESE Hospital El Carmen	Amalfi	Jose Alejandro Jaramillo Acosta	Guillermo Ángel Arbeláez Caña			120,000,000	60,000,000	60,000,000			
2010CF162134	Centro de Salud Altamira	Betulia	Elizabeth Arias Vanegas	Juan Manuel Lema Hurtado			101,700,000	60,000,000	29,700,000	12,000,000		
2010CF162140	ESE Hospital San Rafael	Carolina del Principe	Luis Carlos Vilada Gomez	Eduin Restrepo Alvarez	Origa Lucia Gomez R		120,000,000	30,000,000	20,000,000	20,000,000	50,000,000	
2010CF162131	ESE Hospital Nuestra Señora del Carmen	El Bagné	Salvador José Berrocal Narváez	Gumerondo Pérez Mendoza			120,000,000	60,000,000	30,131,741	29,868,259		
2010CF162137	ESE Hospital Presbítero Héctor	Entrerrios	Doris Edilma Medina Ochoa	Jairo Enrique Ruiz Tamayo	Diana Isabel Pérez Pérez		120,000,000	30,000,000	28,070,000	11,930,000	50,000,000	
2010CF162132	ESE Hospital María Antonia Toro de Elagide	Frontino	Juan David Rodríguez Quijano	Vaimore de Jesús González	Jua Gabriela Rivera C		120,000,000	60,000,000	80,000,000			
2010CF162139	ESE Hospital La Candelaria	Guarne	Carlos Mario Correa Zuluaga	Mauricio Antonio Montoya	Edgar A. Cardona		125,000,000	30,000,000	30,000,000	15,000,000	50,000,000	
2010CF162135	ESE Hospital La Anunciación	Mutata	William Marulanda Tobon	María Luz Estrada Barrientos	Jairo Ortiz		120,000,000	30,000,000	15,000,000	25,000,000	50,000,000	
2010CF162141	ESE Hospital Laureano Piro	San José de la Montaña	San José de la Montaña	Margarita María Monsalve Londoño	Javier Alcides Chaverria		120,000,000	30,000,000	27,500,000	12,500,000	50,000,000	
2010CF162138	ESE Hospital Tobías Puente	Uribe	Rafael Angel Quintero	Miguel Ignacio Restrepo	Victor Bolívar		120,000,000	60,000,000	60,000,000			
2010CF162142	ESE Hospital San Rafael	Yumbo	Luis Fernando Restrepo Velásquez				120,000,000	30,000,000	40,000,000		50,000,000	
2010CF162168	ESE Hospital Antonio Roiban	Betancur	Rodrigo Rafael Fernandez Fernandez	Oswaldo Cuadrado Simanca	Suleily Barrientos Cajas		120,000,000	60,000,000	60,000,000			
2010CF162199	Centro de Salud Doradal	Puerto Triunfo	Luis Evelio Granada Rodriguez				120,000,000	30,000,000	10,000,000	30,000,000	50,000,000	
2010CF162167	ESE Hospital Iván Restrepo Gómez	Uribe	Sergio de Jesus Lopez Usuga	Luis Ernesto Velez Madrid			115,000,000	30,000,000	20,000,000	15,000,000	50,000,000	
2010CF162157	ESE Hospital San Sebastián de Uraba Isococí		Emiliano Garcia Usategui				120,000,000	50,000,000	70,000,000			
<b>TOTALES</b>								<b>1,791,700,000</b>	<b>690,000,000</b>	<b>560,401,741</b>	<b>171,298,259</b>	<b>400,000,000</b>

**Fuente:** Dirección Calidad y Red de Servicios

**Tabla 92.** Relación de Ambulancias cofinanciadas entre el Ministerio de la Protección Social – Gobernación de Antioquia - DSSA, Las ESE y los Municipios 2011

CONTRATO	NOMBRE COMPLETO	DATOS CONTRATISTA			TOTAL	COFINANCIACION		
		MUNICIPIO	Gerente	ALCALDE		DEPARTAMENTO	E.S.E	MUNICIPIO
2011CF162174	ESE Hospital Presbitero Luis Felipe Arbelaez	Alejandro	Aura Yisette Restrepo Restrepo	Oscar Ignacio Valencia Vargas	114,099,408	80,000,000	30,000,000	24,099,408
2011CF162176	ESE Hospital San Juan de Dios	El Peñol	Jose Orlando Montoya Galeano	Yony Albero Ramirez Castro	120,000,000	80,000,000		60,000,000
2011CF162177	ESE Hospital San Francisco	Peque	Roberto Gonzalez Ledesma	Adalberto Valle David	120,000,000	80,000,000	30,000,000	30,000,000
Resolucion 013221 del 29 de abril 2011	ESE Hospital Francisco Valderrama	Turbo	Miguel Angel Bustos Diaz		120,000,000	120,000,000		
Resolucion 013221 del 29 de abril 2012	ESE Hospital Francisco Valderrama	Turbo	Miguel Angel Bustos Diaz		120,000,000	120,000,000		
2011CF162180	ESE Hospital Horacio Muñoz Suescún	Sopetrán	Cesar Augusto Rubio Melo		120,000,000	80,000,000	60,000,000	
2011CF162173	ESE Hospital San Roque	La Unión	Humberto Armulfo Bernal Tobon		120,000,000	80,000,000	60,000,000	
2011CF162189	ESE Hospital Presbitero Alonso María Giraldo	San Rafael	Jose Andres Hurtado Ariztibal		120,000,000	80,000,000	60,000,000	
2011CF162190	Municipio de San Carlos, Centro de Salud María Auxiliadora, Corregimiento El Jordán	San Carlos		Francisco Javier Alvarez Sanchez	120,000,000	85,000,000		55,000,000
2011CF162192	ESE Hospital San Roque Centro de Salud Gustavo León Calle del San José del Nus	San Roque	Jorge Alberto Mira Bustamante		120,000,000	80,000,000	60,000,000	
2011CF162196	ESE Hospital San Juan de Dios	Segovia	Herman de Jesus Jaramillo Monsalve	Luis Alfonso Ochoa	120,000,000	80,000,000	60,000,000	
2011CF162195	ESE Hospital Nuestra Señora del Rosario	Belmira	Ezequiel Antonio Benavides Simanca		120,000,000	80,000,000	25,000,000	35,000,000
<b>TOTALES</b>					<b>1,434,099,408</b>	<b>845,000,000</b>	<b>385,000,000</b>	<b>204,099,408</b>

Fuente: Dirección Calidad y Red de Servicios

**Tabla 93. Proyecto Dotación Ejecutados 2008**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL	MUNICIPIO	PROYECTO	CONTRATO	Conse cutivo	APORTE DEPARTAMENTO	APORTE MUNICIPIO	APORTE ESE HOSPITAL	VALOR TOTAL (Miles de Pesos)
ESE Hospital San Vicente de Paúl	Barbosa	Equipo de Rayos X	2008CF162178	19	49,000		20,358	69,358
ESE Hospital San Juan de Dios	Segovia	Equipo de Rayos X	2008CF162175	66	70,000		5,000	75,000
ESE Hospital San Fernando	Amagá	Equipo de Rayos X	2008CF162153	11	50,000		47,440	97,440
ESE Hospital Pedro Nel Cardona	Arboletes	Renovación Tecnológica	2008CF162162	17	220,000		10,000	230,000
ESE Hospital San Juan de Dios	Yarumal	Dotación de Servicios	2008CF162140	7	200,000		5,000	205,000
ESE Hospital San Rafael	Itagüí	Dotación de la UCI	2008SS162157	31	300,000			300,000
ESE Hospital San Juan de Dios	Rionegro	Dotación de Servicios	2008SS162156	62	300,000			300,000
ESE Hospital Marco Fidel Suárez	Bello	Dotación de Servicios	2008SS162168	65	400,000			400,000
ESE Hospital Marco Fidel Suárez	Bello	Dotación de Servicios	TR 10	35	140,212			140,212
ESE Hospital César Uribe Piedrahíta	Caucasia	Dotación de Servicios	2008SS162189	20	400,000			400,000
ESE Hospital San Antonio	Caramanta	Dotación de Servicios	2008CF162151	60	138,549			138,549
ESE Hospital La Merced	Ciudad Bolívar	Dotación de Servicios	2008CF162151 - TR 07	32	299,128		115,225	414,353
ESE Hospital San Camilo de Lejis	Vegachi	Dotación de Servicios	2008CF162152	13	100,000		5,000	105,000
ESE Hospital La María	Medellín	Dotación de Servicios	TR 29	56	123,458			123,458
COHAN	Medellín	Diagnóstico Dotación ESE de Mediana Complejidad	2008SS162154	59	39,898			39,898
ESE Hospital General de Medellín	Medellín	Dotación Equipo Biomédico y Comunicaciones	TR 08	33	832,152		1,397	833,549
ESE CARISMA	Medellín	Dotación Equipos Sistemas	TR 30	57	32,451			32,451
ESE Hospital El Carmen	Amalfi	Dotación Plataf Tecnol Hardware y software	TR 15	41	150,464			150,464
ESE Hospital Horacio Muñoz Suescún	Sopetrán	Dotación de Equipos	2008SS162117	26	118,000			118,000
ESE Hospital La Paz	Puerto Triunfo	Dotación de Equipos	TR 25	51	40,075			40,075
ESE Hospital José María Córdoba	Concepción	Dotación de Equipos	TR 17	43	30,565			30,565
ESE Hospital María Auxiliadora	Chigorodó	Dotación de Equipos	TR 26	52	208,163			208,163
ESE Hospital Nuestra Señora del Carmen	El Bagre	Dotación de Equipos	TR 16	42	148,158			148,158
ESE Hospital San Juan de Dios	El Retiro	Dotación de Equipos	TR 23	49	210,984			210,984
ESE Hospital San Rafael	Ebéjico	Dotación de Equipos	TR 21	48	11,817			11,817
ESE Hospital San Rafael	Itagüí	Dotación de Equipos	TR 06	31	302,068			302,068
ESE Hospital Atrato Medio Antioqueño	Vigía del Fuerte	Planta Eléctrica	2008CF162123	1	58,500		6,500	65,000
ESE Hospital Gilberto Mejía Mejía	Rionegro	Planta Eléctrica y Plataf Te Hardware y software	TR 04	29	308,977			308,977
ESE Hospital San Vicente de Paúl	Caldas	Dotación de Equipos	TR 31	58	189,766			189,766
ESE Hospital San Vicente de Paúl	Remedios	Dotación de Equipos	TR 20	46	62,907			62,907
ESE Hospital Gabriel Peláez Montoya	Jardín	Dotación Urgencias y Gineco- obstetricia	2008CF162119	27	60,500		25,900	86,400
ESE Hospital Santamaría	Santa Bárbara	Dotación ESE	TR 18	44	27,751			27,751
ESE Hospital San Vicente de Paúl	Urrao	Dotación ESE	TR 05	30	10,158			10,158
ESE Hospital Gustavo González Ochoa	San Andrés de Cuerquia	Dotación ESE	TR 12	38	54,091			54,091
ESE Hospital Presbítero Luis Felipe Arbeláez	Alejandría	Dotación ESE	TR 03	28	29,209			29,209
ESE Hospital San Francisco de Asís	San Francisco	Dotación ESE	TR 14	40	4,914			4,914
ESE Hospital San José	Salgar	Dotación ESE	TR 27	53	9,849			9,849
ESE Hospital San Juan de Dios	Támesis	Dotación ESE	TR 28	54	7,355			7,355
ESE Hospital San Pablo	Tarso	Dotación ESE	TR 24	50	2,419			2,419
ESE Hospital San Vicente de Paúl	Pueblorrico	Dotación ESE	TR 19	45	11,265			11,265
ESE Hospital Alonso María Giraldo	San Rafael	Dotación ESE	TR 13	39	36,339			36,339
ESE Hospital Mental de Antioquia - HOMO-	Bello	Mejoramiento Tecnológico y Equipos de Comunicación	TR 09	34	832,156		135,857	968,013
ESE Hospital San Rafael	Venecia	Sistematización	TR 22	47	21,411			21,411
<b>TOTAL</b>					<b>6,642,709</b>	<b>0</b>	<b>377,677</b>	<b>7,020,386</b>

Fuente: Dirección Calidad y Red de Servicios

**Tabla 94. Proyecto Dotación Ejecutados 2009**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL	MUNICIPIO	PROYECTO	CONTRATO	Coste cuidvo	APORTE DEPARTAMENTO	APORTE ESE MUNICIPIO	APORTE ESE HOSPITAL	VALOR TOTAL (Millas de Pesos)
ESE Hospital San Sebastián	Necocli	Planta Eléctrica	Resolución 9369	88	100,000			100,000
ESE Hospital Francisco Valderrama	Turbo	Dotación Equipos Biomédicos	2009SS162118	89	100,000			100,000
ESE Hospital San Francisco	Peque	Dotación Equipos Biomédicos	2009CF162127	107	80,000			80,000
ESE Hospital Presbítero Alonso María Giraldo	San Rafael	Dotación Equipos Biomédicos	2009SS162136	111	50,000			50,000
ESE Hospital La Ceja	La Ceja del Tambo	Equipo de Rayos X	2009CF162120	95	110,000		40,000	150,000
ESE Hospital Venancio Díaz Díaz	Sabaneta	Dotación Equipos Biomédicos			47,212			47,212
ESE Hospital Venancio Díaz Díaz	Sabaneta	Dotación Equipos Biomédicos	Resolución 30935 del 9 Dic 2009	158	65,619			65,619
ESE Hospital Tobías Puerta	Uramita	Dotación Equipos Biomédicos	2009CF162138	112	97,000	20,000	12,250	129,250
ESE Hospital San Juan de Dios	Sonsón	Dotación Equipos Biomédicos	Resolución 18600 del 12 Agos 2009	184	52,877			52,877
ESE Hospital San Juan de Dios	Sonsón	Dotación Equipos Biomédicos	Resolución 31040 del 9 Dic 2009	162	30,081			30,081
ESE Hospital San Carlos	Cañasgordas	Equipo de Rayos X	2009CF162139	97	76,560		19,140	95,700
ESE Hospital Gabriel Peñáz Montoya	Jardín	Equipo de Rayos X	2009CF162131	106	128,000			128,000
ESE Hospital San Juan de Dios	Rionegro	Dotación Medicina Física y Rehabilitación	2009CF162133	122	250,000	100,000		350,000
ESE Hospital San Juan de Dios	Rionegro	Dotación de Equipos	Resolución 32333 del 17 Dic 2009	169	295,369			295,369
ESE Hospital Gilberto Mejía Mejía	Rionegro	Dotación de Equipos Biomédicos	Resolución 30786 del 4 Dic 2009	157	182,749			182,749
ESE Hospital San Juan de Dios	El Retiro	Dotación Concentradores Oxígeno			20,984			20,984
ESE Hospital San Juan de Dios	El Retiro	Dotación Equipos	Resolución 31195 del 10 Dic 2009	151	48,503			48,503
ESE Hospital San Rafael	Zaragoza	Dotación de Camas			50,000			50,000
ESE Hospital San Antonio	Betania	Dotación Hospitalaria	2009CF162157	117	96,151	13,000	11,038	120,189
ESE Hospital La Misericordia	Nechí	Dotación Equipos			55,000			55,000
ESE Hospital San Juan de Dios	Abejorral	Dotación Equipos			100,000	60,000		160,000
ESE Hospital San Juan de Dios	Abejorral	Dotación Equipos	Resolución 30827 del 7 Dic 2009	144	32,986			32,986
ESE Hospital La Cruz	Puerto Berrío	Dotación de Equipos	Resolución 31039 del 9 Dic 2009	155	201,643			201,643
ESE Hospital San Juan de Dios	Marinilla	Equipo de Rayos X	2009CF162153	116	70,000	85,000		155,000
ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe	Guadalupe	Dotación Centro Salud Guadalupe 4	2009SS162182	115	62,000			62,000
ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe	Guadalupe	Dotación de Equipos	Resolución 30937 del 9 Dic 2009	152	49,871			49,871
ESE Hospital La Sagrada Familia	Campamento	Dotación Equipos	2009CF162181	119	100,000	10,000		110,000
ESE Hospital Presbítero Luis Felipe Arbeláez	Alejandria	Dotación Equipos	2009CF162150	118	80,000	20,000		100,000
ESE Hospital Presbítero Luis Felipe Arbeláez	Alejandria	Dotación Equipos	Resolución 30750 del 4 Dic 2009	145	21,631			21,631
ESE Hospital Pedro Claver Aguirre	Toledo	Dotación Equipos	Resolución 30785 del 4 Dic 2009	166	11,867			11,867
ESE Hospital San Juan de Dios	Santa Rosa de Osos	Dotación Equipos	2009SS162148	123	35,416			35,416
ESE Hospital Antonio Roldán Betancur	La Pintada	Dotación Equipos	Resolución 30938 del 9 Dic 2009	154	52,761			52,761
ESE Hospital Horacio Muñoz Suescún	Sopetrán	Dotación de Equipos Biomédicos	Resolución 30751 del 4 Dic 2009	163	19,018			19,018
ESE Hospital La Paz	Puerto Triunfo	Dotación Equipos	Resolución 31193 del 10 Dic 2009	156	56,260			56,260
ESE Hospital María Auxiliadora	Chigorodó	Dotación Equipos	Resolución 30785 del 4 Dic 2009	148	47,928			47,928
ESE Hospital San Antonio	Cisneros	Dotación Equipos	Resolución 30749 del 4 Dic 2009	149	19,895			19,895
ESE Hospital San Camilo de Lelis	Vegachi	Dotación Equipos	Resolución 30734 del 4 Dic 2009	167	2,898			2,898
ESE Hospital San Francisco de Asís	San Francisco	Dotación Equipos	Resolución 30733 del 4 Dic 2009	159	4,955			4,955
ESE Hospital San Juan de Dios	El Peñol	Dotación Equipos	Resolución 30752 del 4 Dic 2009	150	67,020			67,020
ESE Hospital San Juan de Dios	Támesis	Dotación Equipos	Resolución 30825 del 7 Dic 2009	164	18,657			18,657
ESE Hospital San Juan de Dios	Titinibí	Dotación Equipos	2009CF162155	114	26,989			26,989
ESE Hospital San Pablo	Tarso	Dotación Equipos	Resolución 30936 del 9 Dic 2009	165	13,634			13,634
ESE Hospital San Rafael	Venecia	Dotación Equipos	Resolución 31806 del 14 Dic 2009	168	18,590			18,590
ESE Hospital San Vicente de Paúl	Caldas	Dotación Equipos	Resolución 31807 del 14 Dic 2009	146	144,139			144,139
ESE Hospital Germán Vélez Gutiérrez	Betulia	Dotación Equipos	Resolución 32755 del 22 Dic 2009	183	19,519			19,519
ESE Hospital César Uribe Piedrahita	Caucasia	Dotación Equipos	Resolución 33280 del 23 Dic 2009	176	181,772			181,772
ESE Hospital San José	Salgar	Dotación Equipos	Resolución 33032 del 22 Dic 2009	175	19,739			19,739
ESE Hospital San Juan de Dios	Segovia	Dotación Equipos	Resolución 32753 del 22 Dic 2009	178	3,528			3,528
ESE Hospital Santamaría	Santa Bárbara	Dotación Equipos	Resolución 32754 del 22 Dic 2009	182	23,486			23,486
ESE Hospital Marco A Cardona	Macedo	Dotación Equipos	Resolución 33904 del 29 Dic 2009	174	54,981			54,981
ESE Hospital Guillermo Gaviria Correa	Caicedo	Dotación Equipos	Resolución 33034 del 22 Dic 2009	177	8,161			8,161
<b>TOTAL 2009</b>					<b>3,505,449</b>	<b>308,000</b>	<b>82,428</b>	<b>3,895,877</b>
<b>TOTAL 2008 - 2009</b>					<b>10,148,158</b>	<b>308,000</b>	<b>460,105</b>	<b>10,916,263</b>

Fuente: Dirección Calidad y Red de Servicios

**Tabla 95. Dotación Estampilla 2010**

NIT	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL	MUNICIPIO	PROYECTO	CONTRATO	APORTE DEPARTAMENTO	VALOR TOTAL (Miles de Pesos)
800 114 286-1	ESE Hospital San Camilo de Leis	Vegachi	Pago de suministros esenciales (medicamentos y material medico quirurgico)	Resolución 0113002 del 26 Oct 2010	3,094	3,094
890 980 367-0	ESE Hospital San Rafael	Venezia	Proyecto de Dotación de Hardware y Software, para el centro de salud San Joaquin corregimiento Bolombolo	Resolución 0113507 del 28 Oct 2010	11,677	11,677
890 981 726-6	ESE Hospital San Juan de Dios	Yanumal	Pago de suministros esenciales (medicamentos y material medico quirurgico) y recurso humano	Resolución 0113508 del 28 Oct 2010	63,519	63,519
890 982 153-0	ESE Hospital San Martin de Porres	Armenia	Proyecto de Reposición Software, para la ESE	Resolución 0115792 del 18 Nov 2010	31,891	31,891
890 980 003-5	ESE Hospital San Juan de Dios	Sonsón	Pago del recurso humano	Resolución 0115797 del 18 Nov 2010	34,325	34,325
890 905 177-9	ESE Hospital La Maria	Medellin	Adquisición y reposición de tecnología biomedica	Resolución 0115796 del 18 Nov 2010	1,239,384	1,239,384
890 981 561-8	ESE Hospital San Vicente de Paul	San Carlos	Pago del recurso humano	Resolución 0115795 del 18 Nov 2010	60,294	60,294
890 981 561-8	ESE Hospital San Juan de Dios	Tamesis	Pago de suministros esenciales (medicamentos y material medico quirurgico)	Resolución 0115794 del 18 Nov 2010	29,931	29,931
890 980 758-7	ESE Hospital La Ceja	La Ceja	Proyecto de sistemas de información (Hardware y Software) y Pago de suministros esenciales (medicamentos y material medico quirurgico)	Resolución 0115793 del 18 Nov 2010	290,420	290,420
800 227 877-1	ESE Hospital Francisco Luis Jiménez Martínez	Carepa	Pago de suministros esenciales (medicamentos y material medico quirurgico) y continuidad de la remodelación de la planta fisica	Resolución 0109239 del 24 Sept 2010	114,751	114,751
890 905 198-3	ESE Hospital Santa Maria	Santa Barbara	Pago de suministros esenciales (medicamentos y material medico quirurgico)	Resolución 0116867 del 24 Nov 2010	19,988	19,988
890 981 163-1	ESE Hospital San Antonio	Caramanta	Pago de suministros esenciales (medicamentos y material medico quirurgico)	Resolución 0116886 del 24 Nov 2010	32,756	32,756
890 981 1268-4	ESE Hospital La Anunciación	Mutata	Pago de suministros esenciales (medicamentos y material medico quirurgico)	Resolución 0116885 del 24 Nov 2010	5,445	5,445
890 980 828-4	ESE Hospital San Juan de Dios	Valparaiso	Proyecto de dotación de equipos Biomedicos	Resolución 0116864 del 24 Nov 2010	50,522	50,522
890 982 184-9	ESE Hospital Horacio Muñoz Suescún	Sopetrán	Pago de suministros esenciales (medicamentos y material medico quirurgico)	Resolución 0113506 del 28 Oct 2010	7,724	7,724
800 193 392-1	ESE Hospital San Isidro	Giraldo	Proyecto de dotación de equipos Biomedicos	Resolución 0120547 del 20 Dic 2010	12,212	12,212
890 981 494-2	ESE Hospital San Antonio	Betania	Pago de suministros esenciales (medicamentos y material medico quirurgico)	Resolución 0120552 del 20 Dic 2010	43,868	43,868
890 980 757-1	ESE Hospital Cesar Urbe Piedrahta	Caucasia	Cerramiento de lote para la construcción del hospital de baja y mediana complejidad.	Resolución 0120551 del 20 Dic 2010	3,960	3,960
890 981 536-3	ESE Hospital San Rafael	Yolombo	Adquisición de ambulancia	Resolución 0120550 del 20 Dic 2010	32,419	43,868
890 900 211-0	ESE Hospital San Roque	San Roque	Proyecto de sistematización y adecuación de cableado estructurado de la ESE	Resolución 0120553 del 20 Dic 2010	54,239	54,239
890 905 193-7	ESE Hospital San Vicente de Paul	Barbosa	Pago de suministros esenciales (medicamentos y material medico quirurgico)	Resolución 121582 del 27 Dic 2010	155,923	155,923
890 982 140-5	ESE Hospital San Pedro	Sabanalarga	Pago de suministros esenciales (medicamentos y material medico quirurgico)	Resolución 121591 del 27 Dic 2010	62,448	62,448
890 982 139-7	ESE Hospital San Lorenzo	Liborina	Mantenimiento , ampliación y remodelación de la planta fisica	Resolución 121594 del 27 Dic 2010	46,620	46,620
890 982 116-8	ESE Hospital German Velez Gutierrez	Betulia	Adquisición de ambulancia	Resolución 121593 del 27 Dic 2010	29,717	29,717
890 982 116-8	ESE Hospital German Velez Gutierrez	Betulia	Mantenimiento , ampliación y remodelación de la planta fisica	Resolución 121805 del 28 Dic 2010	44,673	44,673
890 980 066-9	ESE Hospital San Rafael	Itagi	Pago de suministros esenciales (medicamentos y material medico quirurgico)	Resolución 122294 del 30 Dic 2010	438,571	438,571
890 983 843-9	ESE Hospital San Antonio	Burtica	Pago de suministros esenciales (medicamentos y material medico quirurgico)	Resolución 122296 del 30 Dic 2010	4,030	4,030
890 905 166-8	ESE Hospital Mental de Antioquia	Bello	Mantenimiento , ampliación y remodelación de la planta fisica	Resolución 122295 del 30 Dic 2010	50,999	50,999
890 980 757-1	ESE Hospital Cesar Urbe Piedrahta	Caucasia	Pago de suministros esenciales (medicamentos y material medico quirurgico)	Resolución 122120 del 30 Dic 2010	63,618	63,618
890 980 959-0	ESE Hospital La Misericordia	Angelopolis	Pago de suministros esenciales (medicamentos y material medico quirurgico)	Resolución 122121 del 30 Dic 2010	799	799
890 980 643-9	ESE Hospital San Juan de Dios	Abejorral	Pago de suministros esenciales (medicamentos y material medico quirurgico)	Resolución 122113 del 29 Dic 2010	27,735	27,735
890 980 643-9	ESE Hospital Ivan Restrepo Gomez	Urrao	Pago de suministros esenciales (medicamentos y material medico quirurgico)	Resolución 122110 del 29 Dic 2010	15,368	15,368
890 982 138-1	ESE Hospital San Juan de Dios	Anori	Pago de suministros esenciales (medicamentos y material medico quirurgico)	Resolución 122111 del 29 Dic 2010	65,782	65,782
890 902 151-4	ESE Hospital Santa Isabel	Gomez Plata	Pago de suministros esenciales (medicamentos y material medico quirurgico)	Resolución 122112 del 29 Dic 2010	3,345	3,345
890 980 997-0	ESE Hospital Santa Isabel	Chigorodo	Proyecto de dotación de equipos Biomedicos	Resolución 122114 del 29 Dic 2010	64,807	64,807
890 980 181-8	ESE Hospital Santa Isabel	Fredonia	Mantenimiento, ampliación y remodelación de la planta fisica	Resolución 122115 del 29 Dic 2010	42,144	42,144

NIT	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL	MUNICIPIO	PROYECTO	CONTRATO	APORTE DEPARTAMENTO	VALOR TOTAL (Miles de Pesos)
800 114 286-1	ESE Hospital San Camilo de Lelis	Vegachi	Pago de suministros esenciales (medicamentos y material medico quirurgico)	Resolución 0113002 del 26 Oct 2010	3,094	3,094
890 980 367-0	ESE Hospital San Rafael	Venecia	Proyecto de Dotación de Hardware y Software, para el centro de salud San Joaquin corregimiento	Resolución 0113507 del 28 Oct 2010	11,677	11,677
890 981 726-6	ESE Hospital San Juan de Dios	Yarumal	Pago de suministros esenciales (medicamentos y material medico quirurgico) y recurso humano	Resolución 0113508 del 28 Oct 2010	63,519	63,519
890 982 153-0	ESE Hospital San Martin de Porres	Armenia	Proyecto de Reposición Software, para la ESE	Resolución 0115792 del 18 Nov 2010	31,891	31,891
890 980 003-5	ESE Hospital San Juan de Dios	Sonsón	Pago del recurso humano	Resolución 0115797 del 18 Nov 2010	34,325	34,325
890 905 177-9	ESE Hospital La María	Medellin	Adquisición y reposición de tecnología biomedica	Resolución 0115796 del 18 Nov 2010	1,239,384	1,239,384
890 981 561-8	ESE Hospital San Vicente de Paúl	San Carlos	Pago del recurso humano	Resolución 0115795 del 18 Nov 2010	60,294	60,294
890 981 561-8	ESE Hospital San Juan de Dios	Tamesis	Pago de suministros esenciales (medicamentos y material medico quirurgico)	Resolución 0115794 del 18 Nov 2010	29,931	29,931
890 980 758-7	ESE Hospital La Ceja	La Ceja	Proyecto de sistemas de información (Hardware y Software) y Pago de suministros esenciales	Resolución 0115793 del 18 Nov 2010	290,420	290,420
800 227 877-1	ESE Hospital Francisco Luis Jiménez Martínez	Carepa	Pago de suministros esenciales (medicamentos y material medico quirurgico) y continuidad de la	Resolución 01109239 del 24 Sept 2010	114,751	114,751
890 905 198-3	ESE Hospital Santa Maria	Santa Barbara	Pago de suministros esenciales (medicamentos y material medico quirurgico)	Resolución 0116687 del 24 Nov 2010	19,988	19,988
890 981 163-1	ESE Hospital San Antonio	Caramanta	Pago de suministros esenciales (medicamentos y material medico quirurgico)	Resolución 0116686 del 24 Nov 2010	32,756	32,756
890 981 1268-4	ESE Hospital La Anunciación	Mutata	Pago de suministros esenciales (medicamentos y material medico quirurgico)	Resolución 0116685 del 24 Nov 2010	5,445	5,445
890 980 828-4	ESE Hospital San Juan de Dios	Valparaiso	Proyecto de dotación de equipos Biomedicos	Resolución 0116684 del 24 Nov 2010	50,522	50,522
890 982 184-9	ESE Hospital Horacio Muñoz Suescún	Sopetrán	Pago de suministros esenciales (medicamentos y material medico quirurgico)	Resolución 0113506 del 28 Oct 2010	7,724	7,724
800 193 392-1	ESE Hospital San Isidro	Giraldo	Proyecto de dotación de equipos Biomedicos	Resolución 0120547 del 20 Dic 2010	12,212	12,212
890 981 484-2	ESE Hospital San Antonio	Betania	Pago de suministros esenciales (medicamentos y material medico quirurgico)	Resolución 0120552 del 20 Dic 2010	43,868	43,868
890 980 757-1	ESE Hospital Cesar Uribe Piedrahita	Caucasia	Cerramiento de lote para la construcción del hospital de baja y mediana complejidad.	Resolución 0120551 del 20 Dic 2010	3,960	3,960
890 981 536-3	ESE Hospital San Rafael	Yolombo	Adquisición de ambulancia	Resolución 0120550 del 20 Dic 2010	32,419	43,868
890 900 211-0	ESE Hospital San Roque	San Roque	Proyecto de sistematización y adecuación de cableado estructurado de la ESE	Resolución 0120553 del 20 Dic 2010	54,239	54,239
890 905 193-7	ESE Hospital San Vicente de Paúl	Barbosa	Pago de suministros esenciales (medicamentos y material medico quirurgico)	Resolución 121592 del 27 Dic 2010	155,923	155,923
890 982 140-5	ESE Hospital San Pedro	Sabanalarga	Pago de suministros esenciales (medicamentos y material medico quirurgico)	Resolución 121591 del 27 Dic 2010	62,448	62,448
890 982 139-7	ESE Hospital San Lorenzo	Liborina	Mantenimiento , ampliación y remodelación de la planta física	Resolución 121594 del 27 Dic 2010	46,620	46,620
890 982 116-8	ESE Hospital German Velez Gutierrez	Betulia	Adquisición de ambulancia	Resolución 121593 del 27 Dic 2010	29,717	29,717
890 982 116-8	ESE Hospital German Velez Gutierrez	Betulia	Mantenimiento , ampliación y remodelación de la planta física	Resolución 121805 del 28 Dic 2010	44,673	44,673
890 980 066-9	ESE Hospital San Rafael	Itagui	Pago de suministros esenciales (medicamentos y material medico quirurgico)	Resolución 122294 del 30 Dic 2010	438,571	438,571
890 983 843-9	ESE Hospital San Antonio	Burtica	Pago de suministros esenciales (medicamentos y material medico quirurgico)	Resolución 122296 del 30 Dic 2010	4,030	4,030
890 905 166-8	ESE Hospital Mental de Antioquia	Bello	Mantenimiento , ampliación y remodelación de la planta física	Resolución 122295 del 30 Dic 2010	50,999	50,999
890 980 757-1	ESE Hospital Cesar Uribe Piedrahita	Caucasia	Pago de suministros esenciales (medicamentos y material medico quirurgico)	Resolución 122120 del 30 Dic 2010	63,618	63,618
890 980 959-0	ESE Hospital La Misericordia	Angelopolis	Pago de suministros esenciales (medicamentos y material medico quirurgico)	Resolución 122121 del 30 Dic 2010	799	799
890 980 643-9	ESE Hospital San Juan de Dios	Abejorral	Pago de suministros esenciales (medicamentos y material medico quirurgico)	Resolución 122113 del 29 Dic 2010	27,735	27,735
890 980 643-9	ESE Hospital Ivan Restrepo Gomez	Urrao	Pago de suministros esenciales (medicamentos y material medico quirurgico)	Resolución 122110 del 29 Dic 2010	15,368	15,368
890 982 138-1	ESE Hospital San Juan de Dios	Anori	Pago de suministros esenciales (medicamentos y material medico quirurgico)	Resolución 122111 del 29 Dic 2010	65,782	65,782
890 902 151-4	ESE Hospital Santa Isabel	Gomez Plata	Pago de suministros esenciales (medicamentos y material medico quirurgico)	Resolución 122112 del 29 Dic 2010	3,345	3,345
890 980 997-0	ESE Hospital Santa Isabel	Chigorodo	Proyecto de dotación de equipos Biomedicos	Resolución 122114 del 29 Dic 2010	64,807	64,807
890 980 181-8	ESE Hospital Santa Isabel	Fredonia	Mantenimiento, ampliación y remodelación de la planta física	Resolución 122115 del 29 Dic 2010	42,144	42,144

Fuente: Dirección Calidad y Red de Servicios

En el año 2010 se destacan las siguientes inversiones:

En el Municipio de Caldas: Remodelación, reubicación y adecuación de unidades odontológicas de la ESE Hospital, dotación de equipos biomédicos, mobiliario habitaciones y equipos de cómputo.

En el Hospital Marco Fidel Suarez de Bello: Recuperación de la infraestructura en los servicios de hospitalización, obstétrica, pediatría, rampa posterior, adecuación urgencias obstétricas con 2 salas de partos. Implementación del servicio de

ortopedia sede Niquía (habilitado en el año 2009), mantenimiento, ampliación y remodelación de la planta física, en ningún caso se modifican los servicios prestados.

Terminación del proyecto iniciado en el 2009 para reubicación y adecuación de la infraestructura del servicio de urgencias de la ESE San Juan de Dios del municipio de Yarumal.

Don Matías: Construcción de nuevas instalaciones físicas existentes de la ESE Hospital Francisco Eladio Barrera.

Terminación de la construcción de la planta física de la E.S.E. San Rafael del municipio de Carolina del Príncipe, la planta física ya está completamente lista, en la actualidad se está realizando el traslado desde la antigua sede para la nueva y se está tramitando otro proyecto para dotación.

El hospital de Tarso recibió adecuación de la Infraestructura para cumplir con los requisitos de habilitación.

Reparaciones de la infraestructura de los Servicios Básicos que presta la ESE Hospital Antonio Roldán Betancur municipio de La Pintada, sin alterar capacidad instalada ni portafolio de servicios.

Hospital de El Retiro: se hace reposición de equipos odontológicos.

Carepa: continuidad de la remodelación de la planta física

Cocorná: Dotación de Equipos para el servicio de urgencias.

Entrerriós: Dotación de equipos biomédicos básicamente reposición de equipos en mal estado.

San Pedro de Urabá: Dotación de equipos deteriorados que no prestaban un servicio adecuado.

Jericó: Dotación de equipos biomédicos (reposición)

Rionegro: Proyecto de Dotación de equipos Biomédicos para mejorar su capacidad resolutive, no modifica su portafolio de servicios.

La María: Adquisición y reposición de tecnología biomédica.

Valparaíso: Proyecto de dotación de equipos Biomédicos (reposición)

Giraldo: Proyecto de dotación de equipos Biomédicos

Liborina: Mantenimiento, ampliación y remodelación de la planta física, sin alterar portafolio de servicios.

Betulia: Mantenimiento, ampliación y remodelación de la planta física, con la intervención realizada en el 2010 se termina el proceso, ya se encuentran en funcionamiento las nuevas instalaciones.

Chigorodó: Proyecto de dotación de equipos Biomédicos (reposición).

Fredonia: Mantenimiento, ampliación y remodelación de la planta física, sin alterar portafolio de servicios.

La Red de Servicios de Salud del Departamento de Antioquia en general es sostenible en el primer y tercer nivel de complejidad, aunque en el 2010 se incrementó el número de instituciones de primer nivel que no cumplen con un 90% en el indicador de equilibrio presupuestal en relación con 2009.

La existencia de algunos municipios donde la población es inferior a 8.000 habitantes, hace muy difícil obtener punto de equilibrio presupuestal como: Abriaquí, Alejandría, Angelópolis, Anzá, Armenia, Belmira, Buriticá, Caicedo, Caracolí, Caramanta, Carolina del Príncipe, Concepción, Giraldo, Guadalupe, Guatapé, Heliconia, Hispania, La Pintada, Maceo, Montebello, Murindó, Olaya, Pueblorrico, Sabanalarga, San Andrés de Cuerquia, San Francisco, San José de la Montaña, Tarso, Toledo, Uramita, Valparaíso, Vigía del Fuerte y Yalí. En estos hospitales se ha contribuido con recursos para el pago de proveedores prioritarios, definidos como aquellos indispensables para su funcionamiento como recurso humano, insumos, material médico quirúrgico y medicamentos, utilizando recursos de estampilla pro hospitales públicos del Departamento de Antioquia.

Algunos fueron ajustados con los lineamientos del Programa de Reorganización, rediseño y modernización de la Red de Servicios definida por el Ministerio de la Protección Social y con recursos del departamento de Antioquia.

Fue inaugurada la nueva sede del hospital de Carolina del Príncipe, una construcción moderna que cumple con los requisitos de habilitación y que brinda un excelente servicio, se están tramitando recursos para su dotación.

La ESE Hospital San Juan de Dios de Sonsón ya inició construcción de su nueva sede con aportes de la Gobernación de Antioquia. Mejora su situación (disminuye contratación, reduce el déficit) aunque aun presenta dificultades dado que el déficit que traía no se recupera en el corto plazo.

La ESE Hospital Francisco Valderrama del municipio de Turbo continúa intervenido por la Superintendencia Nacional de Salud. La Gobernación ha hecho grandes esfuerzos para lograr que se preste un buen servicio, recibió 1.548 millones para adquisición de 2 ambulancias, dotación e infraestructura.

Adicionalmente se asignaron \$5.000 millones para la reposición de dos Centros de Salud (Nueva Colonia y Currulao).

Los hospitales de mediana complejidad tienen dificultades principalmente con los pagos por parte de las EPS.

La ESE Hospital La Merced del municipio de Ciudad Bolívar ha logrado disminuir la cartera, sin embargo es la institución con mayor número de cargos en todo el Departamento. Se ha disminuido el número de contratistas, pero continúa con dificultades por lo cual se está trabajando en la propuesta de ajuste institucional con los parámetros del Ministerio de la Protección Social, ya se realizó el estudio de reten social y protección constitucional especial.

La ESE Hospital Antonio Roldan Betancur de Apartadó presenta deficiencias en su infraestructura física, sus servicios están en gran proporción en poder de terceros, ha sido difícil intervenir esta situación por lo blindado de los contratos realizados donde los terceros tienen todas las ventajas y garantías.

La ESE Hospital La Cruz del municipio de Puerto Berrío, atiende la baja y mediana complejidad, tiene pasivos muy altos que no alcanza a cubrir con la cartera. Se realizó sesión en al Asamblea Departamental para analizar la difícil situación de esta empresa, la IPS Universitaria está realizando estudios para acompañar su administración y se realizó visita de la Superintendencia y la Secretaría Departamental con el fin de definir su intervención.

La ESE San Juan de Dios de Yarumal recibió 500 millones para dotación y 400 millones de pesos para infraestructura, su gestión es muy buena, sus indicadores se ven afectados por el fallo recibido donde se condena al hospital a pagar 1.600 millones de pesos como resultado de un proceso que inicio hace 15 años.

### **Diagnóstico de la infraestructura física:**

Desde los cambios de la Ley 100 al sistema de salud, los hospitales han sufrido grandes cambios en su infraestructura, pues el sector oficial básicamente en las bajas complejidades, se vieron en la necesidad de adecuar ambientes para las direcciones administrativas, archivos documentales, sistemas de datos y comunicaciones, etc., por otro lado ante la supresión de actividades de cirugía en estos mismos entes, quedaron cesantes las áreas quirúrgicas, se disminuyó la

demanda de esterilización y también los servicios de lavandería, alimentación y hospitalización.

En virtud de los ajustes y requisitos de habilitación de servicios, según decreto 1011 de 2006, se han venido priorizando intervenciones en infraestructura para Urgencias, el aumento de programas de Promoción y Prevención también ha jalonado las intervenciones en ampliaciones del servicio de consulta externa, viéndose necesario continuar desplazando generalmente e segundos pisos el área administrativa.

Como caso a resaltar es que debido a la crisis financiera del sector la actividad de mantenimiento de la infraestructura no se ha desarrollado como debiera, es muy común el deterioro generado por filtraciones de humedad en techos debido a la fragilidad de los techos de madera ante las humedades de aguas lluvias, para este caso se ha venido orientando remodelaciones y construcciones nuevas al reemplazo de este elemento, madera, por materiales mas duraderos y resistentes a los factores ambientales, metálicos.

Hasta la fecha no ha sido posible intervenir totalmente en reforzamiento para sismo resistencia en ningún hospital, salvo aquellos que se van interviniendo por servicios y otro caso son los hospitales nuevos que se proyectan con nuevas normas de sismo resistencia.

## **NECESIDADES DE OBRAS POR REGIONALES**

**Tabla 96.** Hospitales nuevos 2011

<b>VALLE DE ABURRA</b>		
ESE la Estrella	3000 M2	\$6.000.000.000.00
Caldas	13000M2	\$26.000.000.000.00
Maruchenga Bello	1200 M2	\$2.400.000.000.00
<b>BAJO CAUCA</b>		
Caucasia	13.000M2	\$26.000.000.000.00
Cáceres	3000M2	\$6.000.000.000.00
Jardín Cáceres	1200M2	\$2.400.000.000.00
Nechi	3000M2	\$6.000.000.000.00
<b>MAGDALENA MEDIO</b>		
Puerto Berrio	10000M2	\$20.000.000.000.00
<b>NORDESTE</b>		
Cisneros	3000M2	\$6.000.000.000.00
<b>NORTE</b>		
Entrerrios	3000M2	\$6.000.000.000.00
<b>OCCIDENTE</b>		
Santa Fe de Antioquia	10000M2	\$20.000.000.000.00
Peque	30000M2	\$6.000.000.000.00
<b>ORIENTE</b>		
Rionegro	15000m2	\$30.000.000.000.00
<b>SUROESTE</b>		
Caramanta	3000M2	\$6.000.000.000.00
<b>URABA</b>		
Apartado	13000M2	\$26.000.000.000.00
Currulao Turbo	1200M2	\$2.500.000.000.00
Nueva Colonia Turbo		\$2.500.000.000.00
Murindo	2000M2	\$4.000.000.000.00
<b>TOTAL OBRA NUEVA</b>		<b>\$205.800.000.000.00</b>

Fuente: Dirección Calidad y Red de Servicios

Tabla 97. Reformas y Ampliaciones 2011

VALLE DE ABURRA		
Barbosa	1000 M2	\$2.000.000.000.00
Bello MFS	2000M2	\$4.000.000.000.00
Copacabana	3000 M2	\$6.000.000.000.00
Girardota	1000M2	\$2.000.000.000.00
Envigado	1000M2	\$2.000.000.000.00
Itagui	1000M2	\$2.000.000.000.00
Medellín La María	10000M2	\$20.000.000.000.00
<b>BAJO CAUCA</b>		
El Bagre	2000M2	\$4.000.000.000.00
Taraza	1000M2	\$2.000.000.000.00
Zaragoza	500M2	\$1.000.000.000.00
Culturú Cauca	400M2	\$800.000.000.00
<b>MAGDALENA MEDIO</b>		
Caracoli	1000M2	\$2.000.000.000.00
Puerto Nare	200M2	\$400.000.000.00
La Sierra Puerto Nare	400M2	\$800.000.000.00
San José del nus	300M2	\$600.000.000.00
Doradal Puerto triunfo	200M2	\$400.000.000.00
<b>NORDESTE</b>		
Amalfi	200M2	\$400.000.000.00
Segovia	1500M2	\$1.500.000.000.00
Yolombo	2000M2	\$4.000.000.000.00
<b>NORTE</b>		
Don Matías	2000M2	\$4.000.000.000.00
San Pedro	400M2	\$800.000.000.00
Toledo	200M2	\$400.000.000.00
Yarumal	3000M2	\$6.000.000.000.00
<b>OCCIDENTE</b>		
Cañasgordas	500M2	\$1.000.000.000.00
Frontino	500M2	\$1.000.000.000.00
Dabeiba	500M2	\$1.000.000.000.00
<b>ORIENTE</b>		
Cocorna	5000m2	\$1.000.000.000.00
Concepción	300M2	\$600.000.000.00
Carmen de Viboral	500M2	\$1.000.000.000.00
El Peñol	300M2	\$600.000.000.00
Santuario	3000M2	\$4.500.000.000.00
San Carlos	2000M2	\$3.000.000.000.00
Abejorral Pantanillo	300M2	\$600.000.000.00
<b>SUROESTE</b>		
Andes	3000M2	\$2.000.000.000.00
Angelópolis	200M2	\$400.000.000.00
Concordia	400M2	\$800.000.000.00
La Pintada	400M2	\$800.000.000.00
Salgar	1000M2	\$1.000.000.000.00
Santa Bárbara	400M2	\$800.000.000.00
Tamesis	300M2	\$600.000.000.00
<b>URABA</b>		
Chigorodo	2500M2	\$5.000.000.000.00
Mutata	500M2	\$1.000.000.000.00
Bajira Mutata	600M2	\$1.000.000.000.00
Turbo	500M2	\$1.000.000.000.00
San Juan	1000M2	\$2.000.000.000.00
Vigía del Fuerte	3000M2	\$6.000.000.000.00
Padua Vigía	100M2	\$200.000.000.00
Veguez Vigía	200M2	\$200.000.000.00
<b>TOTAL REFORMAS Y AMPLACIONES</b>		\$103.000.000.00
<b>TOTAL NECESIDADES DE INFRAESTRUCTURA</b>		\$309.000.000.000.00

Fuente: Dirección Calidad y Red de Servicios

**Tabla 98.** Prestadores de servicios de salud por subregión. Antioquia. (Corte 31 de diciembre de 2011)

REGION	INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD	PROFESIONAL INDEPENDIENTE	TRASLADO ESPECIAL DE PACIENTES
Valle de aburrá	1410	3857	27
Bajo cauca	41	70	
Magdalena medio	28	26	
Nordeste	20	37	
Norte	57	96	
Occidente	32	21	
Oriente	188	293	2
Suroeste	55	112	2
Urabá	138	104	
<b>TOTAL</b>	<b>1969</b>	<b>4616</b>	<b>31</b>

**Tabla 99.** Capacidad instalada por subregión. Antioquia (Corte 31 de diciembre de 2011)

TIPO DE CAMAS Y SALAS HABILITADAS	VALLE DE ABURRÁ	BAJO CAUCA	MAGDALENA MEDIO	NORDESTE	NORTE	OCCIDENTE	ORIENTE	SUROESTE	URABÁ
Adultos	4351	78	44	46	171	247	514	112	495
Cuidado Intensivo Adulto	407	8			5		76		55
Cuidado Intensivo Neonatal	80				4		11		29
Cuidado Intensivo Pediátrico	61						10		12
Cuidado Intermedio Adulto	344	6			4		52		38
Cuidado Intermedio Neonatal	138				8		19		28
Cuidado Intermedio Pediátrico	38						8		10
Farmacodependencia	283								
Obstetricia	674	62	10	23	63	41	109	70	134
Pediátricas	1246	48	11	24	65	102	173	52	249
Quemados Adultos	15								8
Quemados Pediátrico	15								
Salud Mental Psiquiatría	501						102		
Cuidado Agudo Mental							6		
Cuidado Intermedio Mental							8		
Salas de Partos	46	14	6	9	16	17	23	24	15
Salas de Quirófano	285	9	1		2	1	12	3	12