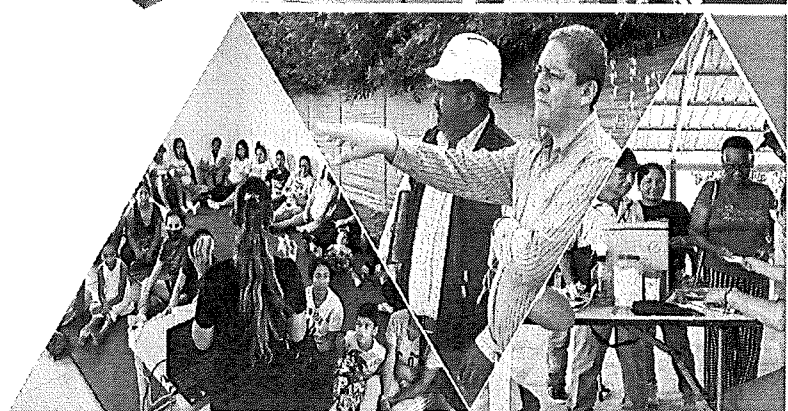




**QUILISALUD**

¡Somos Todos!



**PLAN DE  
DESARROLLO  
INSTITUCIONAL  
QUILISALUD E.S.E**

**2024 - 2027**

**IVAN ANTONIO LEDEZMA  
GERENTE**

## CONTENIDO

CAPITULO I: ASPECTOS GENERALES .....	2
1. JUSTIFICACIÓN .....	2
2. MARCO NORMATIVO.....	3
3. OBJETIVOS .....	3
3.1 OBJETIVO GENERAL .....	3
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL PLAN DE DESARROLLO.....	3
4. HISTORIA GENERAL DE LA ESE.....	4
4.1 ANTECEDENTES.....	4
5.5 POLÍTICAS INSTITUCIONALES.....	8
5.6 ORGANIGRAMA .....	9
5.7 MAPA DE PROCESOS.....	11
5.8 MODELO DE ATENCIÓN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE QUILISALUD “MAIQUI” ....	14
5.8.1 PROCESO DE SISTEMA DE SALUD PRIMARIOS BASADOS EN APS .....	17
CAPITULO II DIAGNOSTICO .....	38
ANÁLISIS DEL CONTEXTO EXTERNO .....	38
1. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO. 38	
CAPITULO III. FORMULACIÓN DE ESTRATEGIAS Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO. .....	185
1. LINEAS ESTRATEGICAS Y SU ARTICULACIÓN CON LOS PLANES NACIONALES, DEPARTAMENTALES, MUNICIPALES Y POLITICAS .....	185
1.1 LÍNEA ESTRATÉGICA No.1: FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL Y ESTANDARIZACION DE PROCESOS. ....	185
1.2 LÍNEA ESTRATÉGICA No. 2: SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD, SEGURIDAD Y HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN. ....	187
1.3 LÍNEA ESTRATÉGICA No.3 GESTION DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN ATENCION PRIMARIA EN SALUD (APS). ....	190
1.4 LÍNEA ESTRATÉGICA No. 4. SOSTENIBILIDAD FINANCIERO .....	196
1.5 LÍNEA ESTRATEGICA No. 5. PARTICIPACIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA COMO PROCESO DE LA GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA. ....	198

## CAPITULO I: ASPECTOS GENERALES

### 1. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con la Ley 100 de 1993, “las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud (IPS) son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud”. Estas organizaciones utilizan el proceso administrativo como planteamiento relacional, para lograr la competitividad estratégica y obtener rendimientos superiores al promedio. En otras palabras, su administración como empresa, debe funcionar en un mundo de competencia, donde la calidad se convierte en elemento primordial.

Además, el Decreto 1083 de 2015, Decreto único del Sector Función Pública, modificado por el Decreto 1499 de 2017, establece el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

MIPG, es un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio.

Mediante la Dimensión: Direccionamiento Estratégico y Planeación MIPG tiene como condición que las entidades tengan claro el horizonte a corto y mediano plazo que le permita definir la ruta estratégica que guiará su gestión institucional, con miras a satisfacer las necesidades de sus grupos de valor, así como fortalecer su confianza y legitimidad. En torno a la satisfacción de las necesidades ciudadanas, las entidades focalizan sus procesos y el uso de sus recursos.

Hacen parte de los documentos referencia para la construcción del Plan de desarrollo (PDI) 2024 – 2027, Los lineamientos dados por el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, el Plan de Desarrollo Nacional (PND) 2022 – 2026 “**Colombia, Potencia mundial de la vida**”, la Política Integral de Atención en Salud y los Planes de desarrollo, tanto del Departamento del Cauca “ **la fuerza del pueblo**”, como del Municipio de Santander de Quilichao “ **Quilichao somos todos**”

## **2. MARCO NORMATIVO**

El Artículo 339 de la Constitución Política y Modificado por el Art. 2, Acto Legislativo 003 de 2011; “Las entidades territoriales elaborarán y adoptarán de manera concertada entre ellas y el gobierno nacional, planes de desarrollo.

Ley 152 de 1994 “Establece los procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes de desarrollo”, en su Artículo 31º ratifica la composición del Plan de Desarrollo, y expresa que la Entidades sin perjuicio de su autonomía, deberán tener en cuenta para su elaboración las políticas y estrategias del Plan Nacional de desarrollo para garantizar la coherencia.

El Decreto 1876 de 1994: “por medio del cual se reglamentó los Artículos 194, 195 y 197 de la Ley 100 de 1993 en su artículo 24º estableció que las Empresas Sociales del Estado deberán elaborar anualmente un Plan de Desarrollo, de conformidad con la ley y los Reglamentos”.

## **3. OBJETIVOS**

### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

- Formular líneas estratégicas que permitan garantizar el acceso de los usuarios a la prestación de servicios de salud de baja complejidad, con seguridad, humanización y calidad, dichas líneas estarán articuladas con los planes Nacionales, del Departamento y del Municipio.

### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL PLAN DE DESARROLLO**

- Definir las estrategias que permitan dar cumplimiento a las metas establecidas en Plan de Desarrollo Institucional
- Orientar la Gestión a Resultados, propiciando políticas de medición, evaluación y seguimientos de planes, programas y proyectos.
- Fortalecer el Desarrollo institucional, para satisfacer las necesidades de los usuarios y su familia, al igual que a la comunidad en general.

## 4. HISTORIA GENERAL DE LA ESE

QUILISALUD E.S.E. creada mediante Acuerdo Municipal No 036 del 4 de Enero de 1.997 como establecimiento público descentralizado con el fin de cumplir con lo ordenado en la Ley 10 de 1.990, Ley 60 de 1.993, Ley 100 de 1.993, Decreto Ley 1298 de 1.994 y el Decreto 1876 de 1.994.

Quilisalud ha orientado todos sus procesos con enfoque de atención primaria en salud, de esta manera busca garantizar atenciones oportunas, con calidad y eficiencia, centradas en **EL USUARIO, SU FAMILIA Y SU ENTORNO**. Es como a partir del segundo semestre de 2017 se inicia el ajuste del modelo de prestación de servicios de salud de QUILISALUD , luego después del 2020 el modelo a pesar de la pandemia por coronavirus el modelo se fortalece y es reconocido a nivel departamental y nacional encaminando a la empresa a construir de manera participativa un Modelo basado en la Atención Primaria en salud que permite atender las necesidades de los individuos, su familia y su comunidad en su entorno y buscando el mejoramiento de la calidad de vida de las personas desde una prestación de servicios con calidad, seguridad y humanización garantizando como también una sostenibilidad financiera y que reconozca los territorios y la distribución poblacional del municipio con enfoque diferencial y gestión de riesgo en salud logrando este posicionamiento hacia el año 2023 ampliando sus servicios y llegando a más población.

### 4.1 ANTECEDENTES

Tras la liquidación de la Dirección Departamental de Salud del Cauca incluidos sus Hospitales y Unidades dependientes prestadoras de servicios de salud la cual se dio para reorganizar la Red Pública de Prestadores de Servicios de Salud del departamento del Cauca. Para el municipio de Santander de Quilichao se realizó la liquidación de la Unidad Nivel 1 y el fortalecimiento de Quilisalud ESE.

Se fijan sus estatutos con el Acuerdo de la Junta Directiva No 001 el 25 de enero del 2.000. Su principal fuente de ingresos es la venta de servicios de salud a la población objeto del municipio de Santander de Quilichao; principalmente al régimen subsidiado, actualmente en el 2024 se cuenta con aproximadamente 56.886 de las EAPB Asmet salud, Emssanar, Mallamas, AIC y Nueva EPS

## 5. PLATAFORMA ESTRATEGICA

### 5.1 MISIÓN

Quilisalud es una Empresa Social del Estado, que presta servicios de salud, primarios y complementarios, humanizados, seguros y de calidad, centrados en nuestro modelo de atención en salud integral con enfoque de atención primaria y gestión de riesgo con enfoque diferencial e impactando directamente al individuo, familia y comunidad.

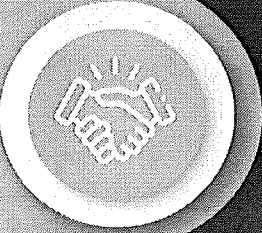
### 5.2 VISIÓN

Para el año 2028 ser un prestador primario y complementario en salud referente a nivel nacional, que dé continuidad a la relación entre comunidad y la institucionalidad, impactando de manera progresiva los indicadores de salud de la población atendida, garantizando la sostenibilidad financiera y en especial la responsabilidad social de la empresa.

### 5.3 VALORES INSTITUCIONALES

**RESPETO**

Es tratar humanamente a las personas de esta manera transmitir la atención y consideración del servidor público con los demás y consigo mismo.



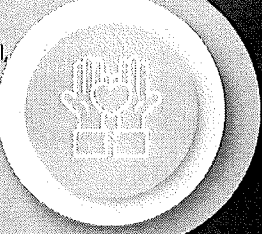
**RESPONSABILIDAD**

Actuar de manera coherente en las labores asignadas y acordes a las políticas de la empresa.



**TOLERANCIA**

Aceptación de la diversidad de opinión, social, étnica, cultural y religiosa. Es la capacidad de saber escuchar y aceptar a los demás, valorando las distintas formas de entender y posicionarse en la vida, siempre que no atenten contra los derechos fundamentales de la persona.



**COMPROMISO**

Poner a disposición nuestro conocimiento y capacidades tanto profesionales y personales al servicio de la entidad y de nuestros usuarios, con la finalidad de alcanzar las metas institucionales establecidas



**SOLIDARIDAD**

Sentimiento que impulsa a los servidores de la ESE a prestar ayuda mutua y hacia los usuarios, para lograr beneficios en la vida individual y empresarial tanto interna como externa.

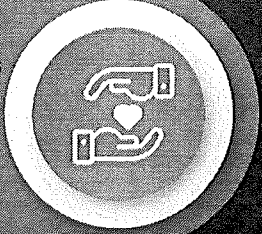


Figura N° 1. Valores institucionales  
Fuente: Planeación y calidad

## 5.4 PRINCIPIOS INSTITUCIONALES

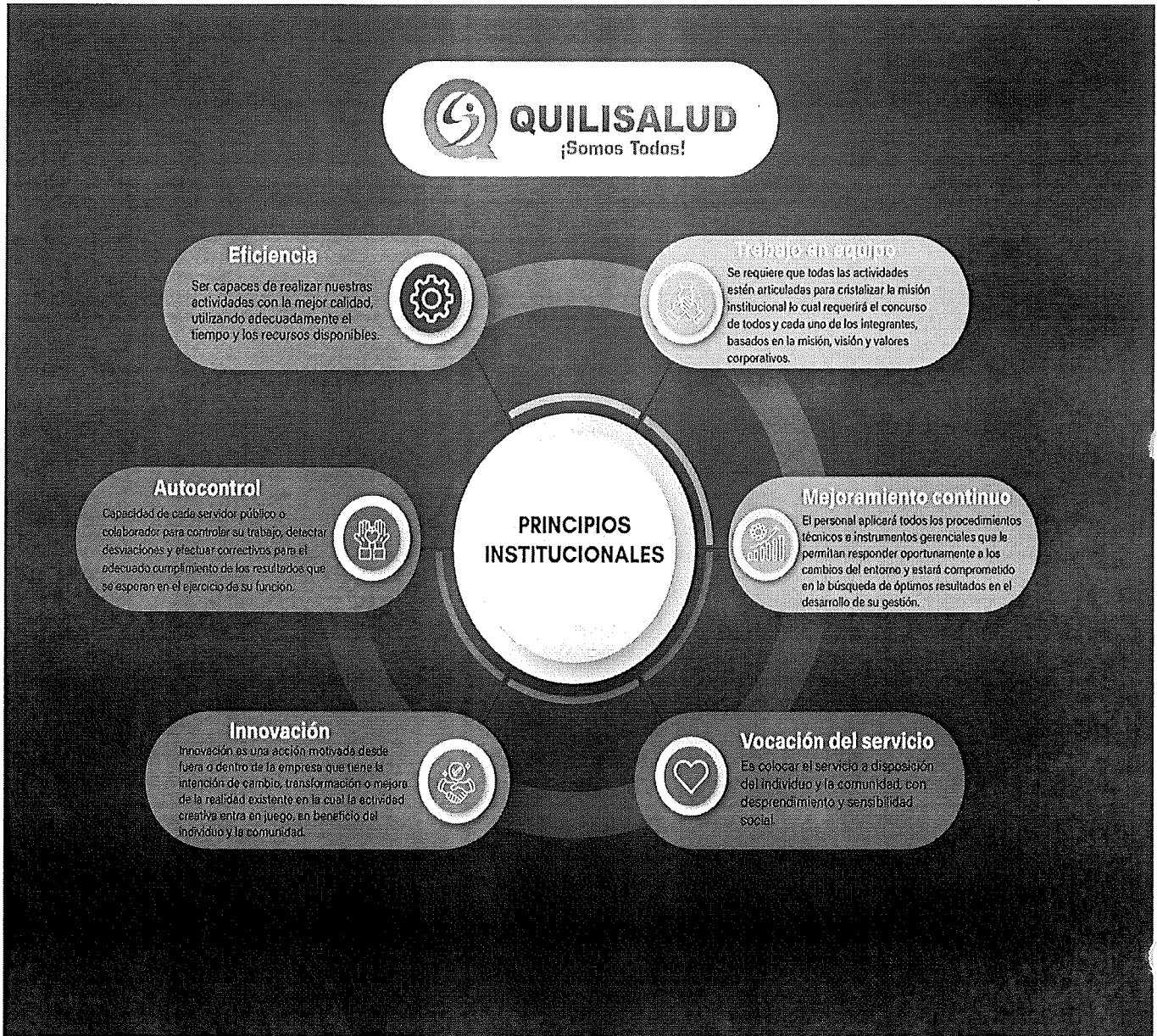
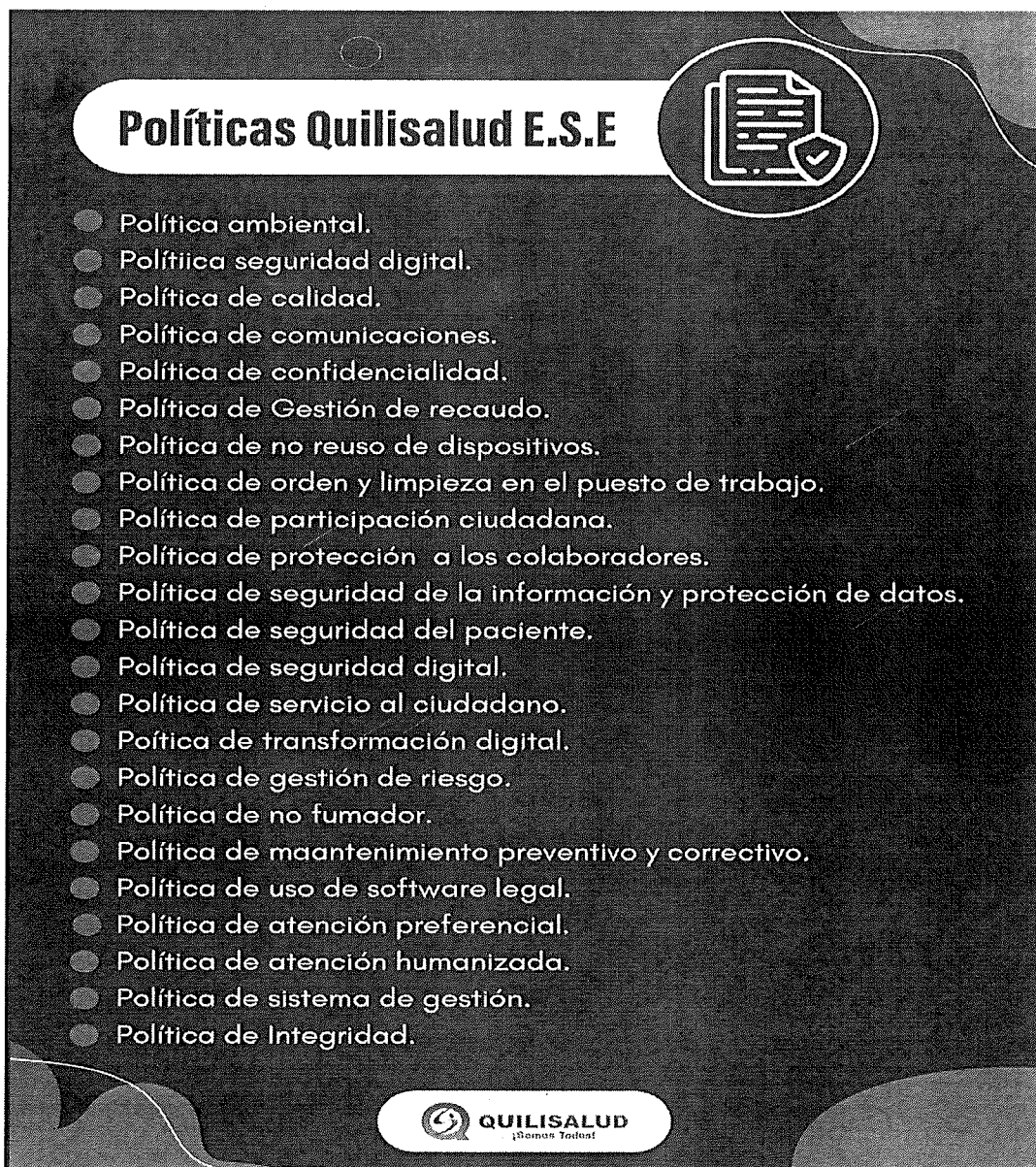


Figura N° 2. Principios institucionales  
Fuente: Planeación y calidad


## 5.5 POLÍTICAS INSTITUCIONALES

QUILISALUD E.S.E. es una empresa que promueve la participación efectiva de la comunidad garantizando así el mejoramiento continuo y control de la salud en los diferentes ciclos vitales a través de la estrategia de Atención Primaria en Salud que articula el enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con la atención, tratamiento y rehabilitación oportuna al individuo y su familia; apoyados en un recurso humano competente, con infraestructura y tecnología adecuada para nuestro nivel de complejidad.



### Políticas Quilisalud E.S.E

- Política ambiental.
- Política seguridad digital.
- Política de calidad.
- Política de comunicaciones.
- Política de confidencialidad.
- Política de Gestión de recaudo.
- Política de no reuso de dispositivos.
- Política de orden y limpieza en el puesto de trabajo.
- Política de participación ciudadana.
- Política de protección a los colaboradores.
- Política de seguridad de la información y protección de datos.
- Política de seguridad del paciente.
- Política de seguridad digital.
- Política de servicio al ciudadano.
- Política de transformación digital.
- Política de gestión de riesgo.
- Política de no fumador.
- Política de mantenimiento preventivo y correctivo.
- Política de uso de software legal.
- Política de atención preferencial.
- Política de atención humanizada.
- Política de sistema de gestión.
- Política de Integridad.



## 5.6 ORGANIGRAMA

Según Acuerdo 003 del 16 de mayo de 2016, determinó la estructura interna de la Empresa Social del Estado QUILISALUD ESE, la cual se planteó de la siguiente manera:

1. Junta directiva.
2. Gerencia
3. Coordinación administrativa y asistencial
4. Órganos de coordinación y asesorías
5. Personal asistencial y administrativo

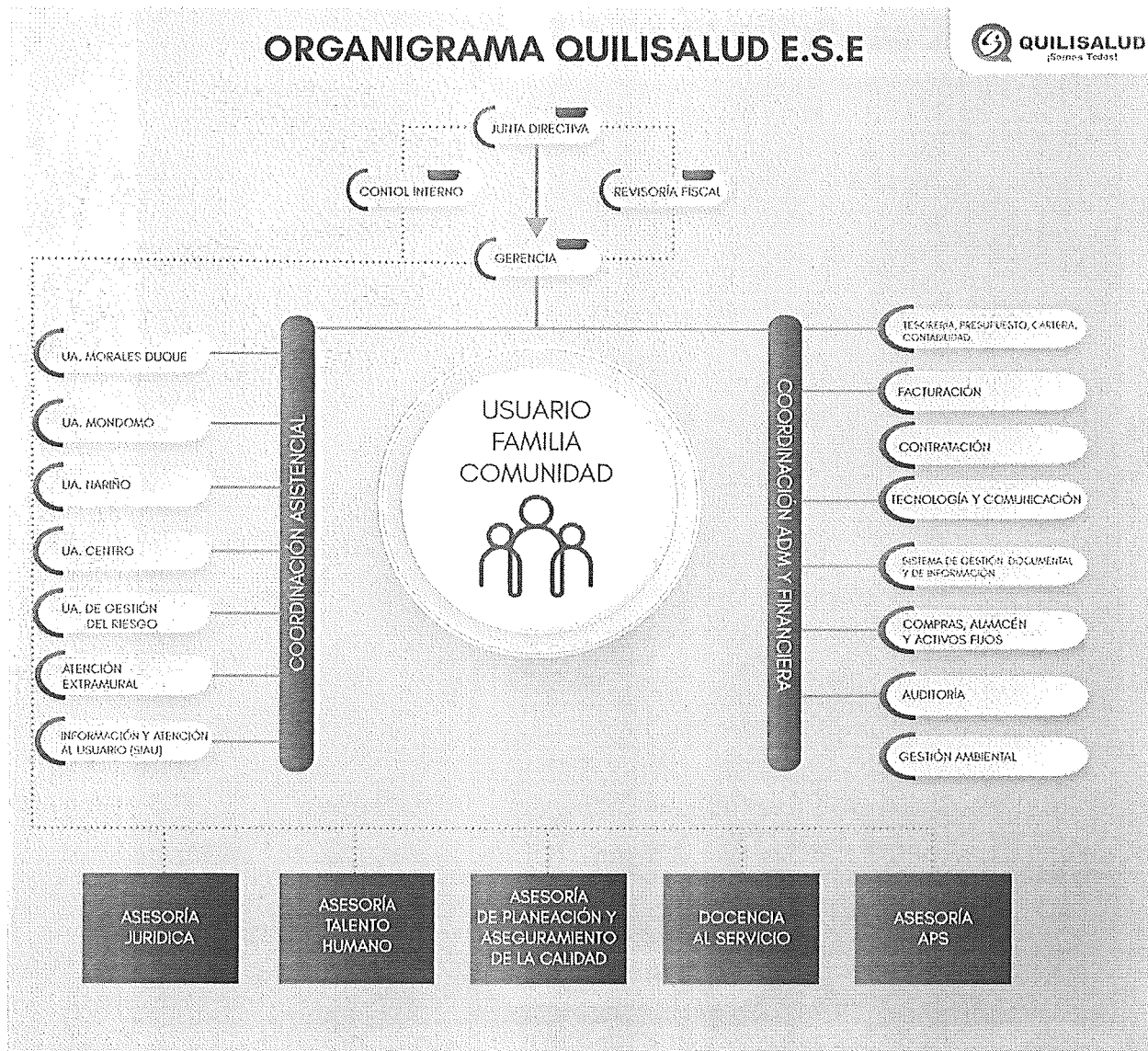


Figura N°3. Organigrama Quilisalud ESE

Se puede observar que la estructura interna de la E.S.E es una estructura de poder vertical, prima la comunicación y coordinación en la administración, además acentúan la presencia de controles administrativos y haciendo una transversalidad de sus servicios mediante un engranaje de todos los procesos y servicios, lo encabeza la junta directiva y el gerente de la ESE, como procesos de evaluación están circundantes a la gerencia la revisoría fiscal y control interno.

Por otra parte, se aprecia que cuenta con dos grupos funcionales, el primero hace referencia a la parte administrativa la cual se relaciona con el manejo de personal, el área financiera, almacén y compras, los sistemas de información, gestión ambiental, gestión documental y por último lo relacionado con la auditoría interna que se efectúa al área financiera.

En segundo lugar, se observa el grupo funcional asistencial o de prestación de servicios, el cual tiene gran importancia, ya que sobre él se estructura la operación de la empresa en todo lo referente a la prestación de los servicios de salud, comprende cada unidad de atención o núcleo de atención primaria la unidad que contiene habilitados servicios de medicina, enfermería, odontología, psicología, nutrición y dietética, vacunación, laboratorio y toma de muestras de laboratorio y cérvico uterinas ;servicios que son insumo para la estructuración de los tres procesos asistenciales que lo conforman actividades de: promoción y mantenimiento de la salud, grupos de riesgo y morbilidad con enfoque de riesgo y atención del usuario ( SIAU).

Según lo anterior es recomendable que la entidad adecue su estructura interna a una basada en procesos, de tal forma que exista un responsable o coordinador (a) de cada NAP por la ejecución y resultados que se obtengan en la transformación de los bienes que ingresan al proceso y de los productos o servicios que finalmente se logren con su ejecución, bajo este concepto.

Lo anterior, tiene como fin que los resultados obtenidos permitan generar una mayor coherencia entre líneas jerárquicas de mando, conductos regulares y formas de comunicación que contribuye al mejoramiento de la gestión institucional en este caso de la E.S.E QUILISALUD.

## 5.7 MAPA DE PROCESOS

El modelo de operación por procesos se clasifica en:

- Estratégicos
- Misional
- Apoyo
- Evaluación

Los cuales están representados en el mapa de procesos así:

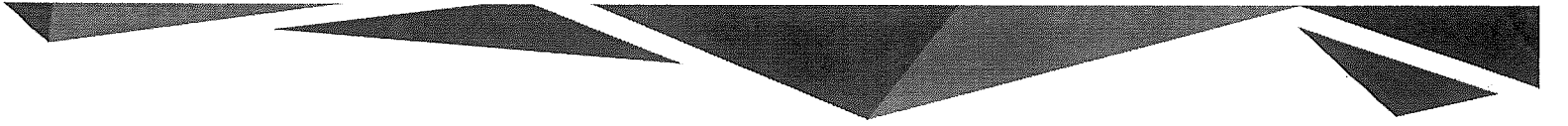
La ESE Quilisalud tiene como propósito central, sumar esfuerzos a todo nivel para generar impacto en el estado de salud de los individuos, las familias y la comunidad del municipio, enfocándose de manera prioritaria en las poblaciones más vulnerables del territorio, desarrollando así una estrategia de Atención Primaria en Salud, que desde las directrices y políticas institucionales garanticen el cumplimiento de la misión en salud de la E.S.E a través de su plan de desarrollo y de esta manera generar equidad, rentabilidad social y promover desde nuestro actuar el mejor estar de la población.

Para el logro de este propósito se ha planteado un mapa de procesos institucional que comprende tres grandes dimensiones operativas en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud APS, como son: **Dirección, Misional, Apoyo y de Evaluación.**

Procesos de **Dirección**, en ellos se enfoca la gestión estratégica de la E.S.E. como eje central para el logro de los objetivos institucionales plasmados en el plan de desarrollo de la entidad, los cuales conjugados con el control evaluación y mejoramiento continuo que dan la apertura y fortalecimiento al segundo gran proceso como son los **Misionales**, reconociendo que por ser una entidad del primer nivel de atención atenderá usuarios, familias y comunidad con necesidades en salud que intervenidas de manera integral e integrada, permitirán a través de la implementación de las acciones del prestador primario asignadas por el Ministerio de Salud<sup>1</sup>, dar respuesta a los usuarios, las familias y la comunidad en general sobre sus principales necesidades promoviendo de manera articulada el mejor estar de la población.

---

<sup>1</sup> Documento de lineamientos en términos de organización, operación y gestión del prestador primario de servicios de salud, de conformidad con lo establecido en la Ley 1753 de 2015 y la Política de Atención Integral en Salud adoptada mediante la Resolución 429 de 2016



Las acciones definidas de acuerdo al rol de prestador primario para este modelo de atención integral en salud, son:

- Atención Comunitaria
- Atención Básica
- Atención especializada en el nivel primario

Un tercer proceso es el de **Apoyo** donde la entidad selecciona un talento humano competente, comprometido y apoderado de los principios y objetivos institucionales en pro del mejor estar de los usuarios de la E.S.E. que apoyaran la gestión tecnológica para hacer de la institución una entidad reconocida y valorada por sus capacidades y oportunas intervenciones que garantizan un ambiente físico adecuado y acogedor que constantemente está en función del buen vivir y la satisfacción de los usuarios de la E.S.E Quilisalud.

Los procesos de **evaluación** permiten hacer la **evaluación** de los **procesos**, medirlos, analizarlos y establecer acciones de mejora.

## MAPA DE PROCESOS QUILISALUD E.S.E

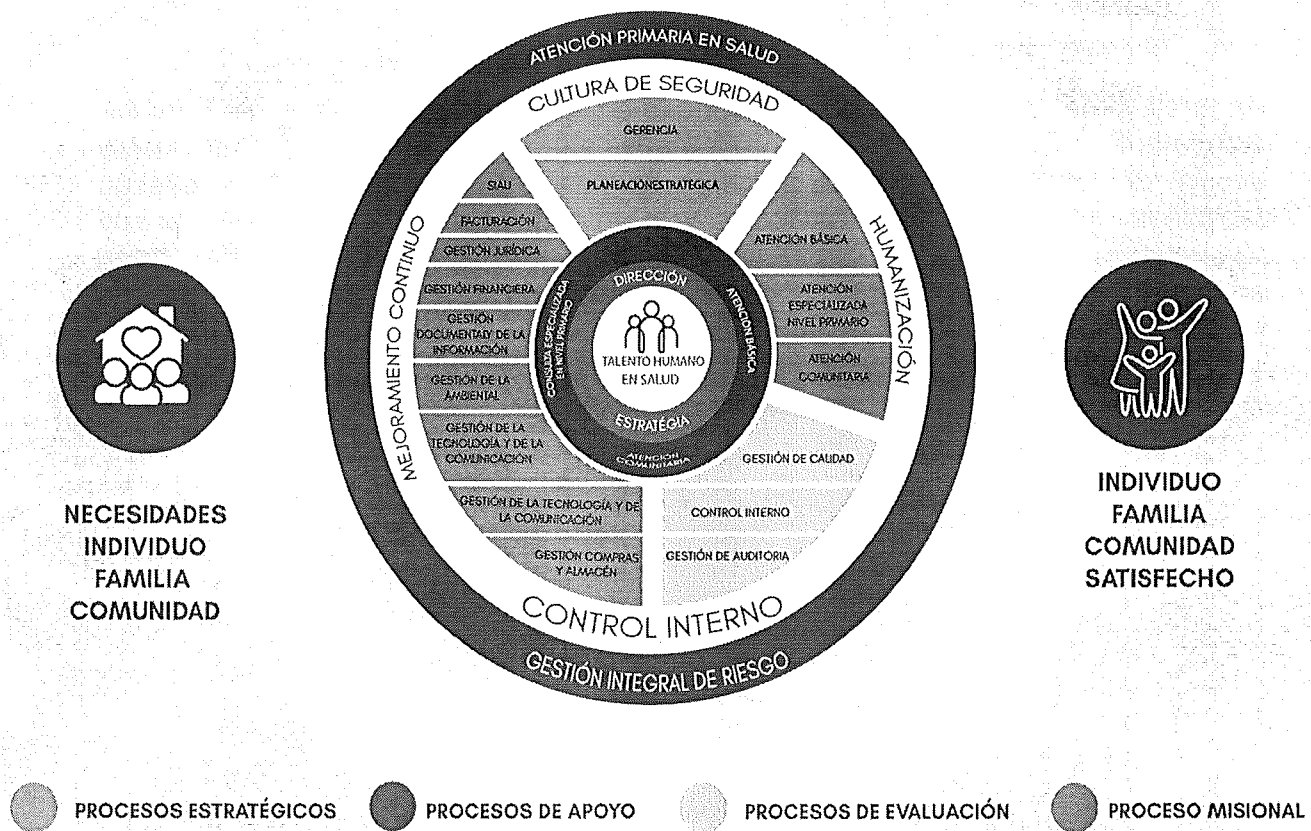


Figura N°4. Mapa de procesos Quilisalud ESE  
Fuente: Oficina de Planeación y Calidad

## 5.8 MODELO DE ATENCIÓN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE QUILISALUD "MAIQUI"

### JUSTIFICACIÓN

La Población de Santander de Quilichao, se encuentra inmersa en un conjunto de factores estructurales, personales, sociales, económicos y ambientales que determinan su estado de salud, a estos factores la Organización Mundial de la Salud - OMS, los ha descrito como determinantes sociales en salud.

Estos determinantes sociales marcan en la población de Santander de Quilichao, los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, los comportamientos, los estilos de vida saludables y el acceso a servicios sanitarios y los entornos físicos; que finalmente influyen en el resultado de salud de la Población.

El análisis de situación en Salud del municipio de Santander de Quilichao, nos presenta un territorio, donde el 52,48% de la población es población étnica, el grupo etario de mayor representatividad es el de 19 a 59 años perteneciente a la población económicamente activa, representada en el 64,5% de la población, sin embargo, el índice de dependencia es muy alto 48,26%. La población víctima de desplazamiento forzado reportada en Santander de Quilichao es de 13,4%, y los migrantes representan el 4,3%; la Tasa de violencia intrafamiliar está por encima de la tasa nacional y departamental con un 253,8%, las tasas de natalidad y mortalidad general superan las cifras del departamento, e igualmente se presenta una creciente aparición de economías no formales como la minería, que se convierten en factores estructurales que marcan la pobreza del municipio.<sup>2</sup>

Adicionalmente la población de Santander presenta una alta vulnerabilidad social reflejada en una Índice de Pobreza Multidimensional-IPM promedio de 23,8%, casi dos veces por encima del promedio nacional, lo que determina drásticamente la vulnerabilidad del riesgo de enfermar y morir de la población quilichagueña, lo que contribuirá al crecimiento de la brecha en salud que hoy existe.<sup>3</sup>

A esta vulnerabilidad que presenta la población el Santander de Quilichao, se suma que la afiliación al sistema de salud se encuentra concentrada en la población vulnerable, si tenemos en cuenta que el 70% está en el régimen subsidiado y población pobre no asegurada; y la oferta de servicios para esta población es limitada contando con una unidad de atención de baja y otro de mediana complejidad, los cuales enfrentan situaciones de baja capacidad instalada, dotación de equipos, insumos y personal y aunado a esto se reportan barreras de accesibilidad de los servicios de salud en los hogares de un 4,3% y a los servicios de primera infancia de 20,6%.

---

<sup>2</sup> Alcaldía de Santander de Quilichao. Secretaría Local de Salud. Análisis de situación den salud 2019. Noviembre 30 2019.

<sup>3</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/portada-covid-19.html>

Por estos motivos la ESE QUILISALUD, ha determinado fundamentar la prestación de sus servicios de salud en los lineamientos de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS, en donde la atención integral en salud, está determinada como un campo de acción que promueve servicios de salud, que responden a las necesidades y preferencias del paciente, los cuales son continuos, seguros, eficaces, oportunos, eficientes y de alta calidad. Por medio de la atención integral se brindan servicios integrados de salud “de tal manera que las personas reciban un continuo de promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento, manejo de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles y lugares de atención del sistema de salud, y de acuerdo con sus necesidades a lo largo del curso de la vida”.<sup>4</sup>

La atención integral busca reducir la incidencia, la mortalidad y los costos catastróficos causados por los eventos en salud. Es por esto que Colombia, promulgo en el año 2.016, la Política de Atención Integral en Salud – PAIS<sup>5</sup> que planteo como objetivo principal orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud” (Ley 1751, Estatutaria de Salud), para así garantizar el derecho a la salud, de acuerdo a la Ley Estatutaria 1751 de 2015<sup>6</sup>.

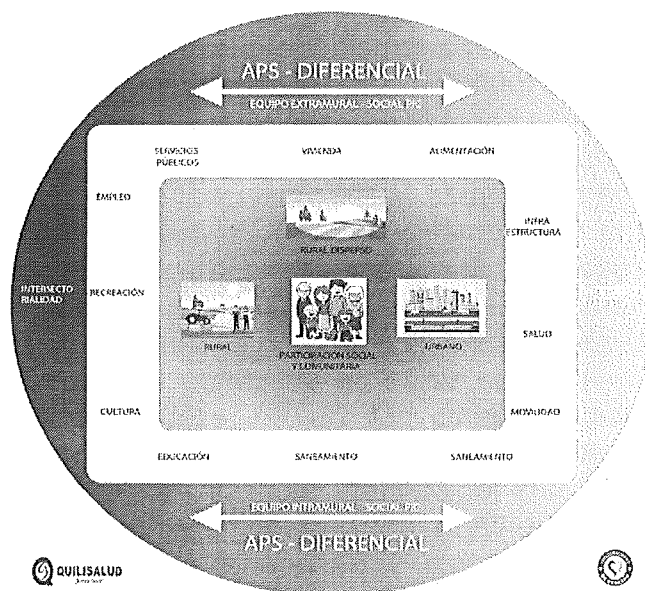


Gráfico 1. Modelo de Salud basado en los determinantes sociales de la salud.

<sup>4</sup> República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 429 de 2016 por la cual se adopta la Política Integral de Atención en Salud –PAIS. Bogotá DC, Enero 2016.

<sup>5</sup> Ibid

<sup>6</sup> República de Colombia. Ministerio de Salud. Ley 1751 de 2015 por la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá DC, Febrero 2015.

Para la implementación de esta política se definieron marcos estratégicos y el modelo de atención integral en salud - MIAS<sup>7</sup>, que definieron las acciones y responsables de su implementación, posteriormente el gobierno nacional en el año 2018, realizó una modificación al modelo dando paso al modelo de atención integral en salud territorial – MAITE<sup>8</sup>.

Teniendo en cuenta este marco normativo, La ESE QUILISALUD presenta **Modelo MAIQUI**, el cual está basado en la Política de Atención Integral en Salud, como su modelo guía para la prestación del servicio de salud de la ESE.

El modelo MAIQUI la ESE QUILISALUD se centra en tres enfoques

- Atención Primaria en Salud,
- Gestión Integral del Riesgo en Salud
- Enfoque Diferencial

Estos tres enfoques permitirán el abordaje de los determinantes sociales de la salud de la población de Santander de Quilichao a través de la estrategia de Atención primaria en salud que busca abordar todo el territorio con enfoque diferencial, para de esta manera conocer las necesidades de la población, y planear la respuesta a estas necesidades y asignar los recursos tanto de prestación de servicios como de otros sectores para suplir esas necesidades. Todo este trabajo lo realizará implementando la gestión del riesgo en salud, para poder determinar los planes de cuidado y atención de la población.

De esta manera Quilisalud atenderá las necesidades de los individuos, su familia y su comunidad, en su entorno y buscará el mejoramiento de la calidad de vida de las personas desde una prestación de servicios, que reconozca las diferencias sociales, geográficas y la distribución poblacional, pero también garantizando una sostenibilidad institucional.

Con la adopción de la Atención Primaria en Salud en toda la ESE QUILISALUD, la institución pretende realizar una atención basada en métodos y tecnologías apropiadas en salud, al alcance de los usuarios, familias y comunidad a través de la participación social y de manera costo-efectiva.

La ESE Quilisalud espera alcanzar el Bienestar en salud de las poblaciones, que formen parte de un desarrollo social inspirado en la justicia social, que permita lograr el objetivo de salud en las comunidades.

Para la implementación de esta estrategia la ESE se basará en elementos como la coordinación intersectorial, la participación comunitaria, la prestación de servicios, talento humano, financiación y las tecnologías apropiadas.

De otro lado, la Gestión del Riesgo permitirá planear la prestación del servicio de salud, de manera articulada, respondiendo a las acciones de salud pública,

---

<sup>7</sup> República de Colombia. Ministerio de Salud. Modelo de Atención Integral en Salud – MIAS. Enero 2016.

<sup>8</sup> República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 2626 de 2.019. Modelo de Atención Integral en Salud Territorial– MAITE. Septiembre 2019.

aseguramiento y de prestación de servicios de salud, que requiere la población Quilichagueña.

Finalmente, el incluir el **ENFOQUE DIFERENCIAL** en salud en la prestación en salud de la ESE QUILISALUD permitirá la realización del análisis, actuación y evaluación, de la ESE frente a las realidades diversidades de la población en situación o en riesgo, para brindar una atención integral, protección y garantía de derechos, que cualifique la respuesta institucional y comunitaria.

Las poblaciones vulnerables en las que se enfoca el modelo de atención son las gestantes, niños, niñas y adolescentes, adulto mayor, pacientes con discapacidad, víctimas de violencias (incluidas violencias sexuales y de conflicto armado), población LBGTQ+ y pacientes que sufren de epilepsia.

De esta manera QUILISALUD impulsará el desarrollo e inclusión de un enfoque diferencial, como una nueva apuesta de abordaje en salud para población vulnerable, con el fin de alcanzar la meta de la equidad en salud.

#### **5.8.1 PROCESO DE SISTEMA DE SALUD PRIMARIOS BASADOS EN APS**

El Proceso de Sistema de Salud Primario Basado en APS, se desarrollará a través de la red integrada de servicios de la ESE QUILISALUD compuesta por los 5 Núcleos de Atención Primaria en Salud – NAPS o también llamadas en el registro espacial de prestadores de salud REPS como unidades de atención en salud.

En ellos se desarrollarán tres grandes Capas de prestación del servicio de salud: Atención comunitaria; Estas acciones implican el desarrollo de atenciones a las personas, desarrollando procesos de caracterización y canalización de los usuarios para la atención en salud, el análisis del contexto territorial y epidemiológico, a través del Equipo Multidisciplinar en Salud – EMS.

Estas acciones serán realizadas a través del funcionamiento de Grupos Extramurales, gestores en salud y centinelas de salud trabajando en granadamente con influencia en el área urbana, rural y rural disperso, ofertando las actividades de Promoción y mantenimiento de la salud, atención morbilidad con enfoque de riesgo y atención ambiental.

E igualmente estas acciones se ejecutarán en coordinación y alianza con los PLANES DE INTERVENCIONES COLECTIVAS que la ESE QUILISALUD contrate, para brindar una atención integral a la población del municipio.

Atención básica: Son las acciones que implican los servicios de salud del nivel primario, y para el caso de la ESE QUILISALUD incluye consulta externa médica general, enfermería, nutricional, trabajo social, psicología, odontología y Tamizajes.

Atención especializada de nivel primario: Estas acciones están orientadas a generar capacidad en la oferta de servicios como medicina familiar y la disponibilidad de especialidades médicas básicas, que cuenten con el apoyo diagnóstico, terapéutico y tecnológico correspondiente.

## SISTEMA DE SALUD PRIMARIO BASADO EN APS

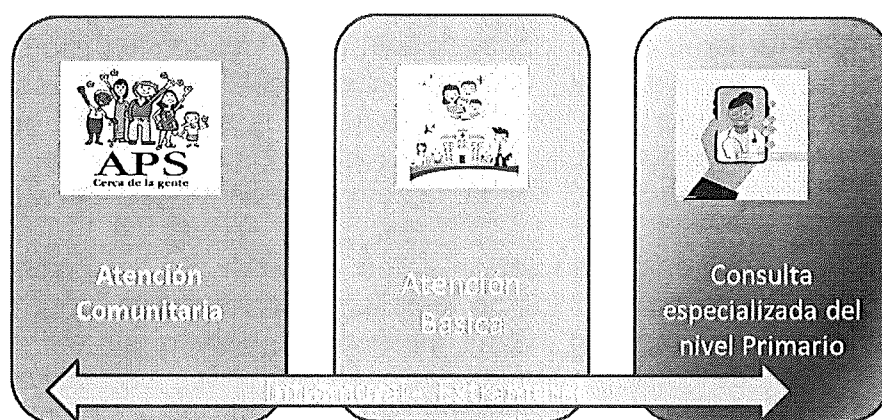


Gráfico 5. Proceso de Sistema de Salud Primarios Basados en APS de QUILISALUD.

Fuente: coordinación asistencial

Estas capas se implementarán a través del funcionamiento de las Rutas de Atención Integral en Salud – RIAS definidas por QUILISALUD.

**Promoción y mantenimiento de la salud:** Esta línea busca generar las estrategias de atención necesarias a los individuos y familias atendidos en nuestra institución para propender por preservar su estado de salud en el marco de las intervenciones contenidas como valoración integral, detección temprana, protección específica y educación para la salud en los diferentes cursos de vida.

Este proceso busca fortalecer la atención de la población sana en el municipio, sabemos que hoy en un modelo respondiente a la enfermedad al talento humano en salud le cuesta pensarse desde el fortalecimiento y la promoción de la salud, elemento que hoy se rescata desde la implementación de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud.

De esta manera este proceso tendrá que pensarse desde un enfoque fortalecido en atención primaria en salud para incidir en cada uno de los microterritorios municipales con una estrategia real de salud familiar y comunitaria

## GRUPOS DE RIESGO:

Esta línea busca operativizar la estrategia de gestión integral del riesgo en salud del municipio, con el fin de propender para intervenir a nivel de prevención primaria, secundaria y terciaria a toda la población buscando reducir los grados de morbilidad, mortalidad y discapacidad evitable. Dicha línea tiene unos grupos de riesgo definidos a la luz del plan decenal de salud pública los cuales se relacionan a continuación:

- **Dimensión 2 Hábitos de vida saludable y enfermedades no trasmisibles:**

Mediante la promoción de la estrategia 4x4 ampliada en sesiones educativas tanto individuales como grupales pretendemos fortalecer acciones de autocuidado, de igual manera generar tamizajes mediante la estrategia “conoce tu peso saludable” para determinar e intervenir el riesgo cardiovascular. En esta dimensión intervenimos conjuntamente a los usuarios a la luz de la estrategia de gestión del riesgo del cáncer de próstata. De igual manera iniciamos el proceso de detección temprana de pacientes con EPOC con la implementación del test del MSPS para dicho objetivo.

- **Dimensión 4 Convivencia social y salud mental:** Se ha estandarizado institucionalmente la ruta de atención de las diferentes violencias (priorizando las violencias intrafamiliares, maltrato infantil, violencia de genero con énfasis en las violencias sexuales), de igual manera las acciones definidas para activar los otros sectores involucrados en la atención integral de esta población, y los seguimientos pertinentes a brindar generando ejercicios de articulación sectorial en la garantía de la atención de las víctimas y/ sobrevivientes. De igual manera hemos desarrollado la línea de prevención de uso y abuso de SPA así como el mecanismo de garantía de atención integral, así como el trastorno mental priorizando trastornos de depresión y ansiedad.

- **Dimensión 5 Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos:** En el marco de la dimensión 5 hemos implementado la ruta maternoperinatal a la luz de la resolución 3280 de 2018, la cual inicia con una asesoría para fortalecer educación en derechos sexuales y reproductivos, de ahí parte la implementación de la ruta que contempla las acciones definidas en el marco de los programas: atención preconcepcional, planificación familiar, atención integral a gestantes e interrupción voluntaria del embarazo. En el desarrollo de la ruta hemos tenido logros significativos, como la reducción de brechas en la captación temprana de gestantes, acompañamiento y seguimiento efectivo a nuestras usuarias que activaron ruta IVE garantizando su ingreso a planificación familiar y el ingreso al control prenatal de usuarias en condiciones “ideales”, es decir, que venían de nuestro programa de atención preconcepcional, generando para este año un aumento del 50% en captación de usuarias en atención preconcepcional.

- **Dimensión 9 Poblaciones vulnerables:** Frente a esta dimensión estamos desarrollando planes estratégicos de intervenciones afectivas y adecuación de los servicios tanto en infraestructura, sistemas de información, capacidad técnica del talento humano, dotación, entre otros, a las poblaciones de primera infancia, población con discapacidad, población adulto mayor, violencias, población LGTBIQ+. con la totalidad de los equipos certificados en la estrategia, además contar con la ruta de alteraciones nutricionales en menores de 5 años como la Resolución 5406 de 2015. Frente a la población con discapacidad implementamos para toda la población el certificado de discapacidad acorde a circular 009, y tanto para esta población como para los usuarios VCA estamos en construcción de planes de atención psicosocial construidos por equipos interdisciplinarios que permitan generar el acompañamiento efectivo y necesario en la garantía de los derechos de esta población.

- **Eventos de interés en salud pública:** Logramos implementar el sistema de vigilancia epidemiológica que incluye enfermedades de alto interés social, en donde definimos un proceso de análisis institucional y seguimientos efectivos, dentro de dichos eventos registran: Tuberculosis, ETV, ITS gestacionales, congénitas y en población general (VIH, sífilis), violencia de género, eventos en la primera infancia (BPN, DNT aguda, IRA, EDA), eventos maternoperinatales (ITS congénitas, malformaciones congénitas, morbilidad, mortalidad, BPN) logrando operar el programa en el marco del ejercicio de sensibilización para mejorar el registro, búsquedas activas institucionales, unidades de análisis, planes de mejora y reactivación del COVE como instancia de socialización y decisión de los procesos definidos. De igual manera los grupos de riesgo están pensándose desde las prioridades en salud pública que se enmarcan en MAITE.

**Atención de las morbilidades con enfoque de riesgo:** Este proceso se piensa desde la atención de morbilidad general, es decir aquellos usuarios que consultan por alguna situación en proceso salud enfermedad a quienes se les atenderá su motivo de consulta bajo un enfoque de riesgo, generando intervenciones según los factores de riesgo detectados y enrutándolos así a los otros procesos institucionales instaurados.

De esta manera se desarrolla una conciencia frente a la gestión del riesgo en los colaboradores de la institución que permita entonces mayor resolutivez de la misma impactando directamente en los niveles de bienestar de la población

#### **MODALIDADES**

Las modalidades de prestación del servicio de salud, serán dos:

- **INTRAMURAL** – A través de equipos Multidisciplinarios en Salud Intramurales- EMDS
- **EXTRAMURAL** – A través de equipos Multidisciplinarios en Salud Extramurales, presenten en el territorio- EMDS PIC.
- **TELEMEDICINA**- A través de dotación equipos de cómputo, software y profesionales asignados y entrenados.

## OPERATIVIDAD DEL MODELO DE SALUD DE QUILISALUD

Teniendo en cuenta la Política de Atención Integral en Salud PAIS y los lineamientos en términos de organización, operación y gestión del prestador primario de servicios de salud, es necesario adoptar procesos de infraestructura, recursos y procesos de acuerdo a las tres capas de prestación como son:

- **Atención comunitaria** que implica acciones extramurales relacionadas con participación social en salud y seguimiento de determinantes, teniendo en cuenta el ámbito territorial (urbano, rural, disperso) y las condiciones específicas de la comunidad, el territorio destacándose por parte del prestador las siguientes acciones:

### EQUIPO SOCIAL:

Conformado por 4 profesionales sociales (Psicólogo comunitario, Sociólogo, Comunicador Social y Gestor Comunitario) los cuales se encargarán de:

- Generar espacios para la participación social en salud de individuos, familias y comunidades; mediante diálogo de saberes y el acompañamiento de su población a cargo para una demanda racional de servicios haciendo énfasis en el autocuidado, con organizaciones como: Comités de Participación Comunitarios - CPC, Veedurías, Consejos Comunitarios, Asociación de Usuarios ...etc.
- Establecer y socializar las Rutas de Atención Integral en Salud - RIAS, a las condiciones diferenciales dadas por las características étnicas, culturales, geográficas, de género o edad de su población adscrita.
- Definición de prioridades en salud participativa generando espacios para que la comunidad, según el ámbito territorial, aporte en la definición de las prioridades de atención en salud.
- Identificar las limitaciones o restricciones de la comunidad en las condiciones de acceso a los establecimientos de salud Sistema de Información y Atención al Usuario - SIAU.
- Reducir las barreras en la atención promoviendo la participación mediante las Peticiones, Quejas, Reclamos, Solicitudes y Felicitaciones - PQRSF, a fin de gestionar soluciones a las mismas en coordinación con el Unidad Técnica de Coordinación y Gestión Operativa de la Red y de regulación de la demanda y la oferta de la EAPBS y con la respectiva Entidad Territorial.
- Apoyar mediante el Sistema de Atención al Ciudadano - SAC la coordinación con la Entidad Territorial municipal a fin de generar espacios y estrategias que estimulen la participación social de su población y el fomento de derechos y deberes.

## EQUIPO DE ATENCIÓN COMUNITARIA:

Es necesario que el equipo extramural que existe en la ESE QUILISALUD pase a tener equipos extramurales en salud, conformados de la siguiente manera:

1 enfermera profesional Coordinadora del Extramural para los equipos extramurales

Cada equipo deberá estar conformado de la siguiente manera:

- 1 Jefe de enfermería
- 1 Médico
- 1 Técnico en Saneamiento (compartido con otro equipo)
- 1 Técnico en Salud Pública/Auxiliar Administrativo
- 1 Auxiliar de laboratorio (compartida con otro equipo)

Los equipos extramurales, estarán apoyados por un equipo de profesional Multidisciplinar en Salud – EMS.

- 1 Geógrafo/ Ingeniero sistemas
- 1 epidemiólogo
- 2 odontólogos
- 1 Psicólogo clínico
- 2 Fisioterapeutas
- 2 Nutricionistas
- 2 Terapeutas ocupacionales
- 2 trabajadoras sociales

Estos equipos tendrán un grupo de auxiliares de enfermería ubicadas en los barrios y las veredas que harán las atenciones comunitarias y coordinará las familias asignadas para la atención por parte del equipo extramural. La distribución deberá ser de la siguiente manera:

<b>NAP MONDOMO</b>	<b>Cantidad</b>
Puestos de Salud	3
Auxiliares Comunitarias	3

<b>NAP NARIÑO</b>	<b>Cantidad</b>
Puestos de Salud	3
Auxiliares Comunitarias	3

<b>NAP MORALES DUQUE</b>	<b>Cantidad</b>
Puestos de Salud	4
Auxiliares Comunitarias	3

<b>NAP MORALES CENTRO Y UNIDAD GESTION RIESGO</b>	<b>Cantidad</b>
Auxiliares Comunitarias Veredas	3
Auxiliares Comunitarias Barrios	8

Para la complementariedad de la atención comunitaria, se conformarán dos equipos más en funcionamiento, uno es el equipo social y el otro el equipo PIC ( plan intervenciones colectivas).

Tanto el equipo social como el del PIC, tendrán la responsabilidad de desarrollar las siguientes actividades:

- Caracterización y canalización de los usuarios para la atención en salud, el análisis del contexto territorial y epidemiológico
- Promoción y mantenimiento de la salud, atención morbilidad con enfoque de riesgo y atención ambiental.
- Gestionar espacios de participación social y de ciudadanía activa
- Rehabilitación basada en comunidad
- Jornadas de salud
- Educación y comunicación para la salud.
  - **Atención básica** que incluye todas las capacidades de consulta externa médica general, enfermería, nutricional, trabajo social, psicología y pruebas rápidas. En este aspecto toman fuerza los cuatro Núcleos de Atención Primaria NAP o UNIDADES DE ATENCION EN SALUD con sus respectivos Puestos de Salud rurales, en los cuales se desarrollará Valoración Integral, Detección temprana, Protección Específica y Educación, Gestión del Riesgo y Atención morbilidades. La operación del MAITE debe adaptarse a las diferentes condiciones de los territorios, entendidos estos como la unidad básica en las cuales se integra el Sistema de Salud y los agentes del SGSSS teniendo en cuenta características diferenciales de la demanda de índole social, geográfica, étnica, de género y la oferta en cuanto a la disponibilidad efectiva de los servicios en los ámbitos urbanos, rurales y dispersos.

- **EQUIPO DE ATENCIÓN BÁSICA:**

La atención básica estará a cargo del personal de salud de los NAPS, de la siguiente manera:

<b>NAP MONDOMO</b>	<b>PERSONAL</b>
Centro de Salud	Líder del NAP
2 puestos de Salud – Turco y San Isidro	Enfermeras Jefes de Rutas de Atención Integral en Salud

<b>NAP NARIÑO</b>	<b>Cantidad</b>
Centro de Salud	Líder del NAP
4 Puestos de Salud – Dominguillo. Palmar, mazamorrero , el Palmar	Enfermeras Jefes de Rutas de Atención Integral en Salud

<b>NAP MORALES DUQUE</b>	<b>Cantidad</b>
Centro de Salud	Líder del NAP
3 Puestos de Salud – Arrobleda, San Antonio y Lomitas	Enfermeras Jefes de Rutas de Atención Integral en Salud

<b>NAP CENTRO y UNIDAD DE ATENCION EN SALUD</b>	<b>Cantidad</b>
Centro de Salud	Líder del NAP
No hay puestos de salud asignados	Enfermeras Jefes de Rutas de Atención Integral en Salud

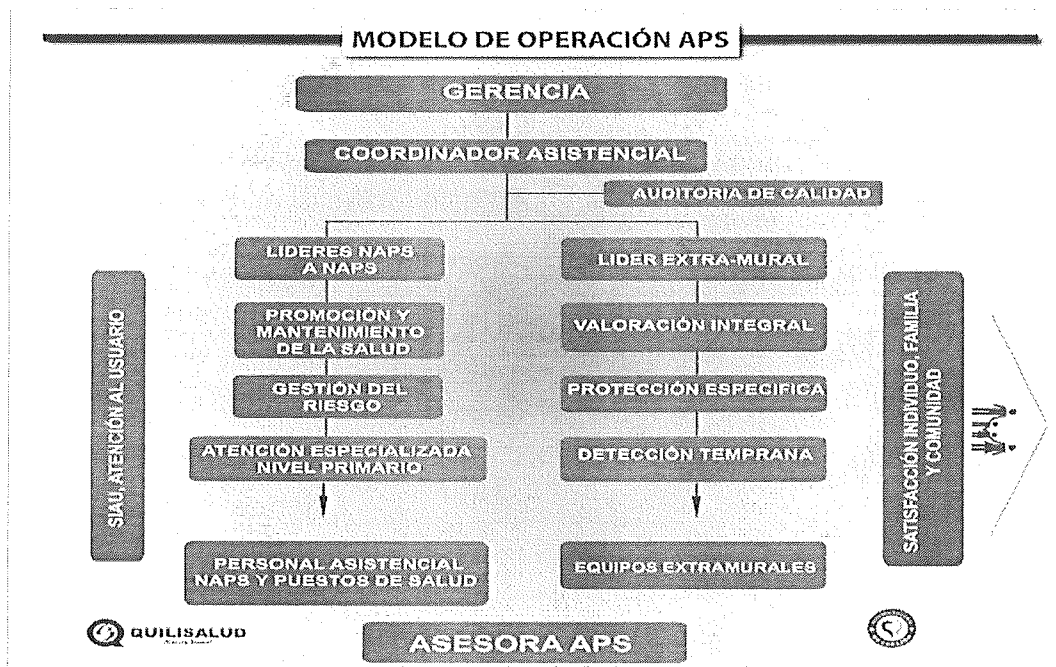


Gráfico 5. Modelo de Operación de APS de QUILISALUD.

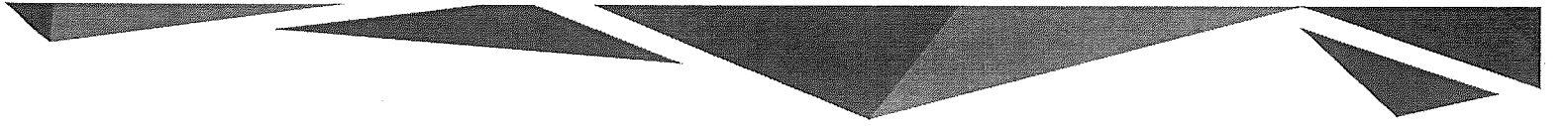
### 5.8.1 Enfoques y estrategias

La ESE Quilusalud adopta las estrategias y enfoques de la política de atención integral en salud definidos en el modelo de acción integral territorial en salud – MAITE – que vienen siendo pensados en el marco estratégico de lo que antes llamábamos MIAS.

Dichas estrategias son consideradas cruciales para implementar así cualquier intervención en salud que se plantee con un enfoque de garantía de la integralidad y la humanización de los servicios de salud; dichos procesos estratégicos estandarizados son:

#### b) Atención primaria en salud.

Esta estrategia está constituida por tres componentes integrados e interdependientes, como son los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social comunitaria y ciudadana, y hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y eficiencia de servicios de salud.



Por lo anterior, como institución trascendemos a generar unas acciones específicas de atención extramural, si no de ir más allá del ejercicio de atención primaria bajo los componentes definidos generando fortalecimiento de instancias de participación comunitaria como son la liga de usuarios.

### **c) Gestión integral del riesgo en salud**

La gestión integral del riesgo en salud es la estrategia transversal de la política de atención integral de salud que se fundamenta en la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores, para identificar, medir intervenir desde la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y detección temprana de la misma hasta intervenir en procesos como diagnóstico oportuno, tratamiento pertinente, rehabilitación e inserción social de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población..

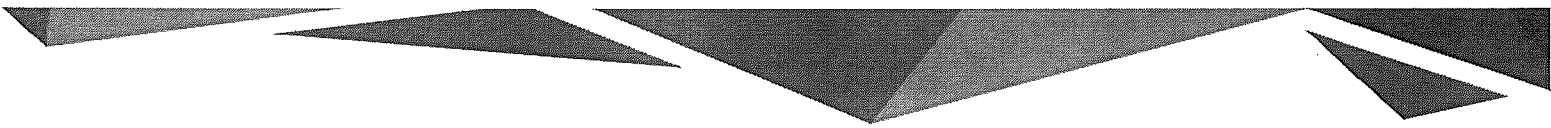
El objetivo que persigue esta estrategia es el logro de un nuevo mejor nivel de salud de la población, una mejor experiencia de los usuarios durante el proceso de atención y sostenibilidad del sistema.

### **d) Enfoque diferencial de derechos**

El enfoque de diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón a su edad, genero, etnia, condición de discapacidad o de víctimas de violencia, entre otras situaciones que las ubican en situación de desventaja y mayor vulnerabilidad para el ejercicio del derecho a la salud, por lo cual es preciso generar garantías especiales y esfuerzos encaminados a la eliminación de las mismas. Implica desarrollar un proceso de adaptación o adecuación de las estructuras de servicios disponibles a las características de la población y de los territorios, como factor crítico de éxito en el desempeño del sistema de salud para el cierre de brechas en los resultados de salud.

### **e) Enfoque de cuidado de la salud – Educación para la salud**

El enfoque de cuidado se entiende como las capacidades, decisiones y acciones que el individuo, la comunidad y el Estado adoptan para proteger la salud propia, de las familias, de la comunidad y del territorio. Tiene que ver con las responsabilidades que asume la persona consigo misma y con la comunidad. Implica generar oportunidades de desarrollo y condiciones para la protección y el bienestar, promueve la convivencia, el cuidado hacia lo público, la solidaridad, la cultura de la seguridad social y el fortalecimiento de redes de apoyo familiar y social.



La anterior estrategia tiene sentido en la ESE Quilisalud desde la operación de acción de educación para la salud que permita así incidir en procesos de autocuidado.

### **5.8.2 Procesos asistenciales**

La ESE Quilisalud como manera de dar respuesta a lo que hoy normativamente se pide y además en el sentido misional de aportar al bienestar de la población Quilichagueña viene desarrollando el modelo de atención integral en salud MAIQUI.

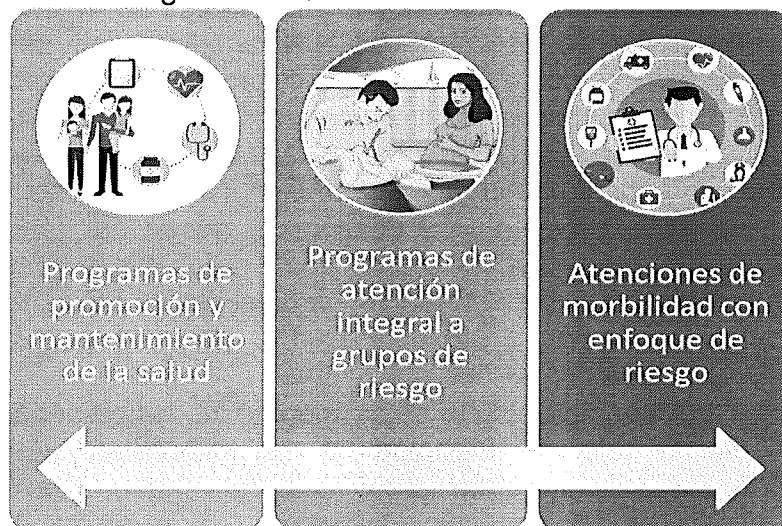
El modelo de atención integral de la ESE Quilisalud – En sus siglas MAIQUI, busca ordenar la prestación de servicios para propender por la garantía de la atención integral de las personas, las familias y las comunidades adscritas a nuestra institución.

En el marco de la política de atención integral en salud estamos llamados al fortalecimiento institucional que cumpla con lo definido en el modelo de acción territorial en salud a nivel nacional; es por esto, que como institución venimos realizando adelantos desde el año 2017 en las adecuaciones necesarias de nuestro modelo de prestación de servicios que cumpla con los requerimientos normativos actuales y además de ello que logremos dar garantías en una atención más humana y de calidad a la comunidad Quilichagueña así como su posicionamiento del modelo desde el 2020 y reconocimiento en el 2023.

MAIQUI como modelo de prestación de servicios institucional propenderá para buscar garantías tanto asistenciales como financieras buscando así favorecer los resultados de la institución que impacten finalmente en el bienestar de nuestra población.

De esta manera a la luz de nuestro modelo de prestación organizamos nuestro proceso asistencial de la siguiente manera:

Fig. 4. MAIQUI en el ámbito normativo



Cada una de nuestras líneas de acción están representadas en un equipo de trabajo interdisciplinar que permite la operación de las mismas, por lo anterior se presentan de la siguiente manera:

**a. Promoción y mantenimiento de la salud:**

Esta línea busca generar las estrategias de atención necesarias a los individuos y familias atendidos en nuestra institución para propender por preservar su estado de salud en el marco de las intervenciones contenidas como valoración integral, detección temprana, protección específica y educación para la salud en los diferentes cursos de vida.

Este proceso busca fortalecer la atención de la población sana en el municipio, sabemos que hoy en un modelo respondiente a la enfermedad al talento humano en salud le cuesta pensarse desde el fortalecimiento y la promoción de la salud, elemento que hoy se rescata desde la implementación de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud.

**b. Grupos de riesgo:**

Esta línea busca operativizar la estrategia de gestión integral del riesgo en salud del municipio, con el fin de propender para intervenir a nivel de prevención primaria, secundaria y terciaria a toda la población buscando reducir los grados de morbilidad, mortalidad y discapacidad evitable. Dicha línea tiene unos grupos de riesgo definidos a la luz del plan decenal de salud pública los cuales se relacionan a continuación:

- Dimensión 2-Habitos de vida saludable y enfermedades no transmisibles: Mediante la promoción de la estrategia 4x4 ampliada en sesiones educativas tanto individuales como grupales pretendemos fortalecer acciones de autocuidado, de igual manera generar tamizajes mediante la estrategia “conoce tu peso saludable” para determinar e intervenir el riesgo cardiovascular. En esta dimensión intervenimos conjuntamente a los usuarios a la luz de la estrategia de gestión del riesgo del cáncer de próstata. De igual manera iniciamos el proceso de detección temprana de pacientes con EPOC con la implementación del test del MSPS para dicho objetivo.
- Dimensión 4 – Convivencia social y salud mental: Se ha estandarizado institucionalmente la ruta de atención de las diferentes violencias (priorizando las violencias intrafamiliares, maltrato infantil, violencia de genero con énfasis en las violencias sexuales), de igual manera las acciones definidas para activar los otros sectores involucrados en la atención integral de esta población, y los seguimientos pertinentes a brindar generando ejercicios de articulación sectorial en la garantía de la atención de las víctimas y/ sobrevivientes. De igual manera hemos desarrollado la línea de prevención de uso y abuso de SPA así como el mecanismo de garantía de atención integral, así como el trastorno mental priorizando trastornos de depresión y ansiedad.
- Dimensión 5 – Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos: En el marco de la dimensión 5 hemos implementado la ruta maternoperinatal a la luz de la resolución 3280 de 2018, la cual inicia con una asesoría para fortalecer educación en derechos sexuales y reproductivos, de ahí parte la implementación de la ruta que contempla las acciones definidas en el marco de los programas: atención preconcepcional, planificación familiar, atención integral a gestantes e interrupción voluntaria del embarazo. En el desarrollo de la ruta hemos tenido logros significativos, como la reducción de brechas en la captación temprana de gestantes, acompañamiento y seguimiento efectivo a nuestras usuarias que activaron ruta IVE garantizando su ingreso a planificación familiar y el ingreso al control prenatal de usuarias en condiciones “ideales”, es decir, que venían de nuestro programa de atención preconcepcional, generando para este año un aumento del 50% en captación de usuarias en atención preconcepcional.

- Dimensión 9 – Poblaciones vulnerables: Frente a esta dimensión estamos desarrollando planes estratégicos de intervenciones afectivas y adecuación de los servicios tanto en infraestructura, sistemas de información, capacidad técnica del talento humano, dotación, entre otros, a las poblaciones de primera infancia, población con discapacidad y población adulto mayor. Hemos desarrollado acciones en el marco de AIEPI, con la totalidad de nuestros equipos certificados en la estrategia, además contar con la ruta de alteraciones nutricionales en menores de 5 años como la Resolución 5406 de 2015. Frente a la población con discapacidad implementamos para toda la población el certificado de discapacidad acorde a circular 009, y tanto para esta población como para los usuarios VCA estamos en construcción de planes de atención psicosocial construidos por equipos interdisciplinarios que permitan generar el acompañamiento efectivo y necesario en la garantía de los derechos de esta población.
- Eventos de interés en salud pública: Logramos implementar el sistema de vigilancia epidemiológica que incluye enfermedades de alto interés social, en donde definimos un proceso de análisis institucional y seguimientos efectivos, dentro de dichos eventos registran: Tuberculosis, ETV, ITS gestacionales, congénitas y en población general (VIH, sífilis), violencia de género, eventos en la primera infancia (BPN, DNT aguda, IRA, EDA), eventos maternoperinatales (ITS congénitas, malformaciones congénitas, morbilidad, mortalidad, BPN) logrando operar el programa en el marco del ejercicio de sensibilización para mejorar el registro, búsquedas activas institucionales, unidades de análisis, planes de mejora y reactivación del COVE como instancia de socialización y decisión de los procesos definidos. De igual manera los grupos de riesgo están pensándose desde las prioridades en salud pública que se enmarcan en MAITE

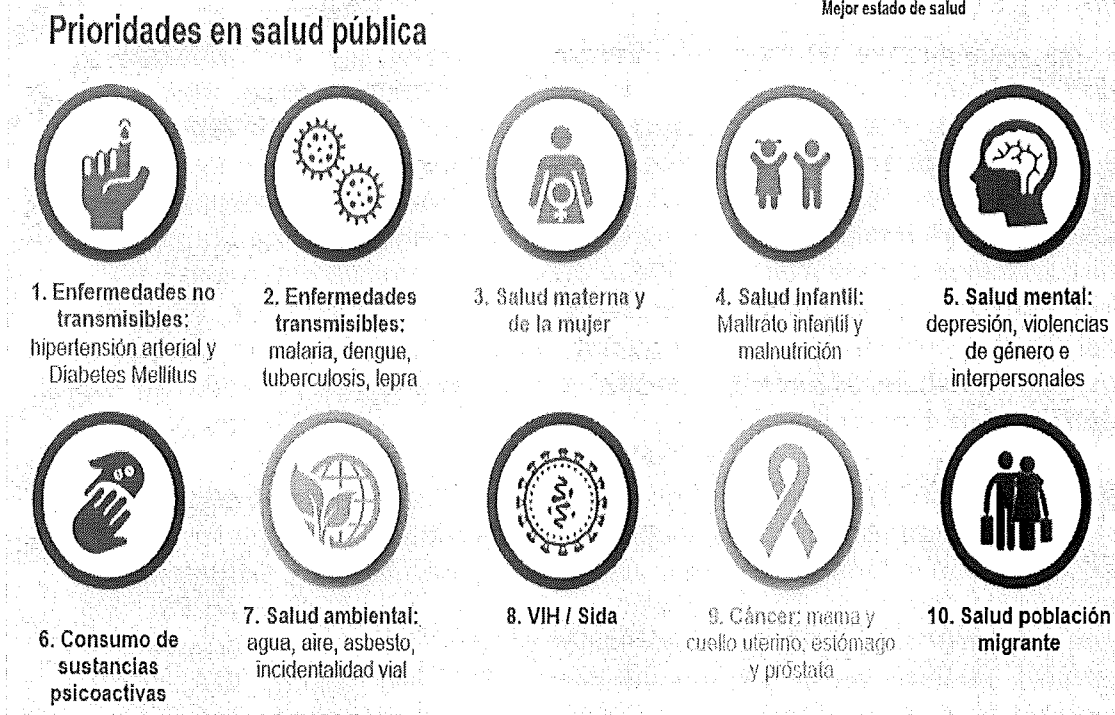


Fig No. 5. Prioridades de salud pública MAITE

**c. Atención médica y odontológica con enfoque de riesgo:**

Este proceso se piensa desde la atención de morbilidad general, es decir aquellos usuarios que consultan por alguna situación en proceso salud-enfermedad a quienes se les atenderá su motivo de consulta bajo un enfoque de riesgo, generando intervenciones según los factores de riesgo detectados y enrutándolos así a los otros procesos institucionales instaurados. De esta manera se desarrolla una conciencia frente a la gestión del riesgo en los colaboradores de la institución que permita entonces mayor resolutivez de la misma impactando directamente en los niveles de bienestar de la población.

### 5.8.3 UNIDAD DE GESTIÓN DEL RIESGO

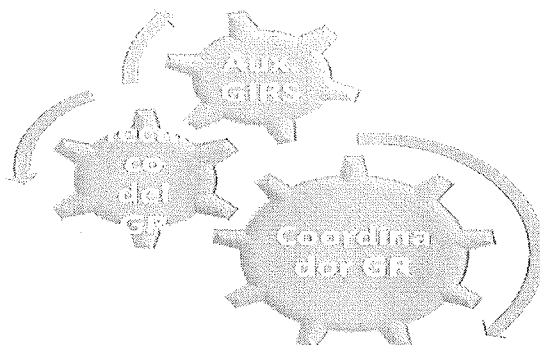


Fig No. 6. Roles y funciones unidad de gestión del riesgo.

La unidad de gestión del riesgo tiene como objetivo liderar la estrategia de gestión integral del riesgo en la institución fortaleciendo acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria de manera transversal en los procesos institucionales, además de fortalecer el proceso de atención en los grupos de riesgo definidos.

Actualmente la línea opera con una coordinadora de proceso y tres auxiliares de enfermería en tiempo completo que cumplen el rol de Técnicos de gestión del riesgo, de igual manera cuenta con un equipo de apoyo con tiempos itinerantes y acciones definidas estratégicamente, conformado por médico general, psicólogo clínico, 2 enfermeras jefes, 6 auxiliares de enfermería, técnico en sistemas y para los casos que se requieran activar búsqueda o tener acciones en terreno, contamos con todo el equipo extramural para realizarlo, a quienes se les ha estandarizado como debe ser estos ejercicios de seguimiento de riesgo en terreno según sea el caso por el que se active búsqueda.

La unidad de gestión del riesgo de la ESE Quilisalud funciona en articulación constante con las diferentes áreas asistenciales y financieras de la institución con el fin de fortalecer procesos y definir nuevas acciones a implementar en pro del beneficio de la comunidad.

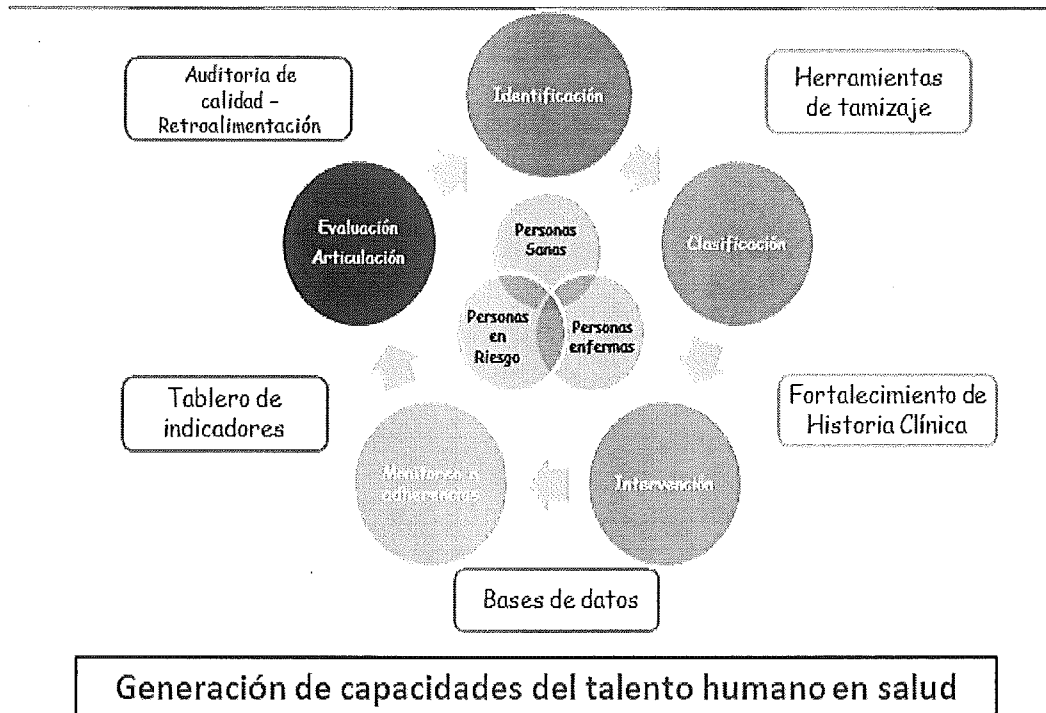


Fig. N. 7. Ciclo de gestión del riesgo

Como la figura anterior lo evidencia el ciclo de gestión del riesgo está definido desde la gestión en salud de las personas sanas, en riesgo o con enfermedades instauradas dando un mensaje certero que siempre hay acciones por tomar para mejorar la calidad de vida de las personas pensándose desde los tres niveles de prevención.

De igual manera cuenta con fases de implementación con sus respectivas herramientas que conectan unas a otros para lograr el resultado final, sin embargo, está considerándose bajo la modalidad de ciclo, pues es constante y se debe pensar bajo un enfoque de mejoramiento.

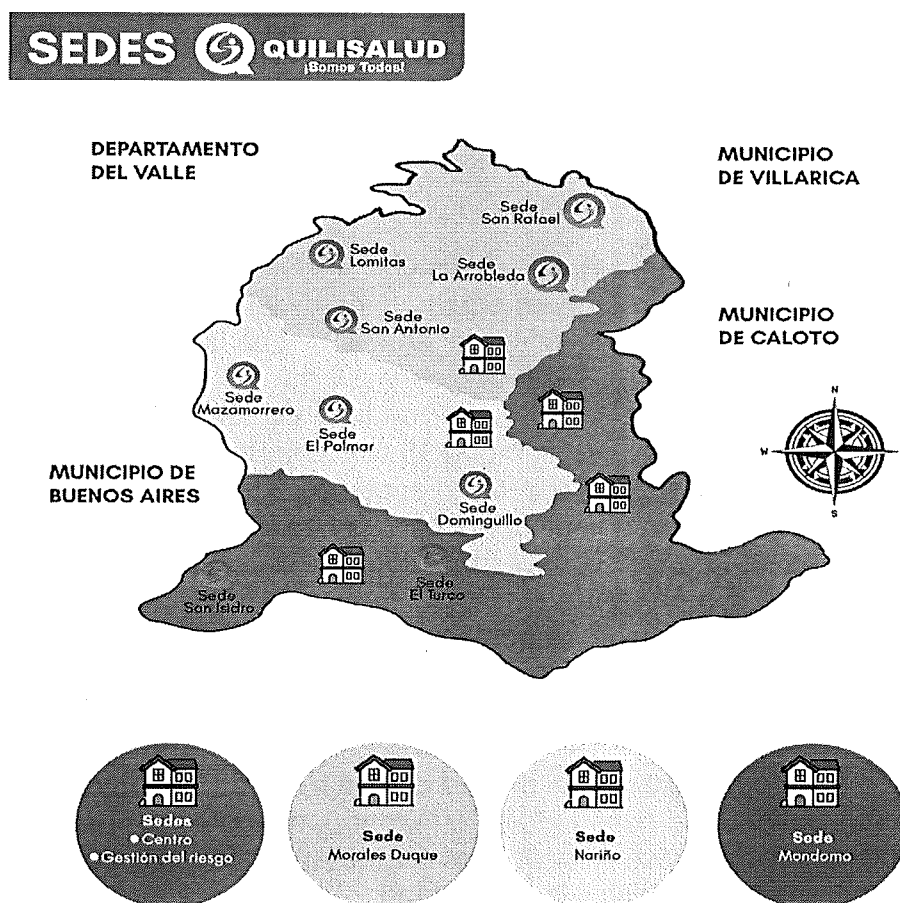
#### 4.8.4 Modalidades operativas

Desde la claridad de las líneas de acción operativas se ha definido que la prestación de servicios se manejará en una modalidad intramural y una modalidad extramural, adecuando y transversalizando así los procesos según las necesidades del individuo, su familia y la comunidad, reconociendo así las descripciones territoriales y los entornos como un factor determinante en la prestación del servicio. Del mismo modo creando y fortaleciendo procesos de apoyo para contribuir articuladamente al desarrollo de las RIAS con todos y cada uno de los procesos pertenecientes a la institución. Velando entonces por garantizar de forma efectiva, eficiente y eficaz las atenciones enmarcadas en

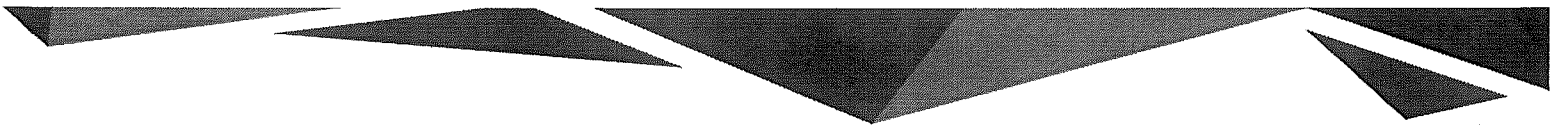
las rutas hemos definido convenios estratégicos con otras instituciones para garantizar todas las tecnologías en laboratorios e imágenes, necesarias contempladas en las RIAS normadas por resolución 3280 del 2018, además de efectuar mejoras en nuestra infraestructura, y ampliar nuestro abanico de servicios, incluyendo profesionales como fonoaudiología, trabajo social, nutricionista, y en proceso de la consecución de REPS de especialidades como medicina familiar, optometría, pediatría y ginecología, necesarias para la garantía de la integralidad.

La prestación de los servicios sigue siendo mediante los núcleos de atención primaria en salud; la ESE actualmente cuenta con 5 núcleos ubicados estratégicamente en el territorio Quilichagueño.

Fig No. 8. Distribución territorial NAP y puestos atención de la ESE Quilisalud



Los NÚCLEOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (NAP) o Unidades de atención en salud, son zonas de referencia definidas territorialmente desde un Centro de Salud; clasificándose así el municipio en cuatro zonas a las cuales se les delimita su área de influencia tanto desde la zona rural como urbana con mayor, los cuales cuentan



con un auxiliar de enfermería como responsable de esa zona. Los NAP de QUILISALUD son: **Morales Duque, Antonio Nariño y Mondomo** y cada uno de ellos agrupa los diferentes puestos de salud adscritos a la institución, NAP **Centro y la unidad de gestión del riesgo** no tiene asignado puestos de salud rurales.

#### a) MODALIDAD INTRAMURAL

Cada núcleo cuenta con un equipo intramural liderado por una enfermera jefe, conformado por un grupo de atención básico del cual hacen parte el facturador, Auxiliar SIAU, Auxiliar GIRS y gestor en salud además de un equipo asistencial conformado por: Un médico con énfasis en atenciones de promoción de la salud y mantenimiento de la salud, un médico con énfasis en atención de grupos de riesgo, uno o dos médicos para atenciones de morbilidad en general, enfermero (s) profesionales que son quienes lideran el modelo en el día a día en cada uno de sus NAP, auxiliar vacunación, Odontólogo, higienista y otros profesionales rotatorios como psicólogo, nutricionista, trabajador social entre otros, que se suman a contribuir en el fortalecimiento de MAIQUI.

#### b) MODALIDAD EXTRAMURAL

La modalidad extramural de la ESE Quilisalud ha cambiado su forma de operativizar, se tiene organizado todo un equipo intersdisciplinar que propenda por fortalecer la estrategia de atención primaria en salud que tiene como objetivo organizar y estandarizar la prestación del servicio en los microterritorios del municipio, se encuentra fortaleciéndose un equipo de auxiliares de terreno reconocidos ya por su comunidad como agentes comunitarios que permiten entonces ganar confianza en los microterritorios en los que se encuentran asignados para que con ello , también cuenta con equipo de odontología, médicos y de otras profesiones en caso de ser necesario, según la detección de necesidades evaluadas previamente. Es por esto que actualmente estamos desarrollando un censo poblacional, para definir nuestra población a intervenir, sus necesidades en salud y sus necesidades sentidas que intervengan en su proceso de salud enfermedad.

De igual manera el proceso extramural cuenta con una proyección estratégica que va desde el fortalecimiento de nuestro talento humano, así como la organización y el direccionamiento de la prestación del servicio casa a casa, impactando así cálidamente al individuo, su familia y la comunidad.

Es por esto que se apuesta a instaurar dos maneras de operar, las atenciones extramurales de atención de manera participativa con las diferentes comunidades organizadas en el municipio que nos permita priorizar lugares de atención diferentes a los puestos de salud para llegar a los diferentes rincones pero también trabajar sobre la imagen de la visita domiciliaria no únicamente como estrategia de

intervención a población con factores de riesgo detectadas si no también bajo el enfoque de atención primaria en salud enmarcada en el concepto de salud familiar y comunitaria, realizando así barridos completos casa a casa de los microterritorios municipales acercando la prestación de servicios a las personas, familias y comunidades de Santander de Quilichao.

### c) MODALIDAD TELEMEDICINA

Es una modalidad de atención implementada desde septiembre del año 2021, a través de una programa gestionado en conjunto con secretaria de salud municipal en proyecto de regalías, el cual empezó en función con una aplicación denominada TELEDOC, la cual podía descargarse mediante App Store y Play Store, tuvo ejecución hasta el año 2022, momento en el que se tomó la decisión de no continuar con dicha plataforma ya que a la mayoría de pacientes no le resulto fácil acceder a la aplicación, puntualmente no era una opción amigable para los pacientes hacer enlace mediante video llamada.

A finales del año 2022 se informó el cambio de software para las historias clínicas, el cual cuenta con un módulo de telemedicina que permite la conexión a través de video llamada, pero a la fecha no se ha logrado implementar.

### 5.8.5 Estrategia de operativización

La estrategia de operativización del modelo de atención MAIQUI se encuentra fundamentada en el ciclo PHVA.

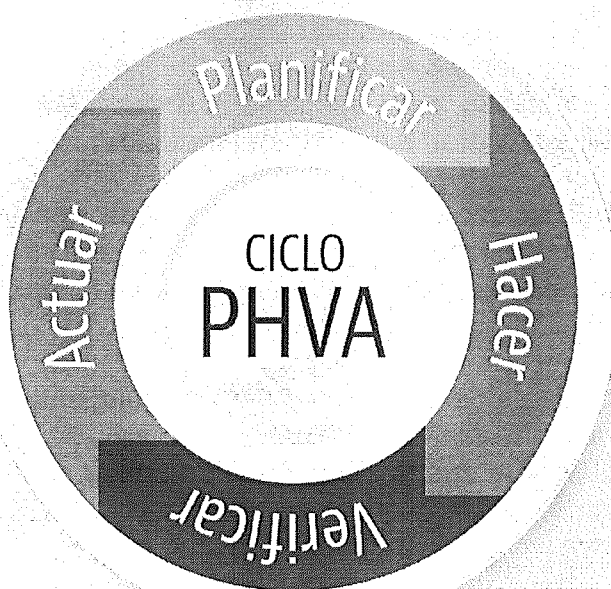
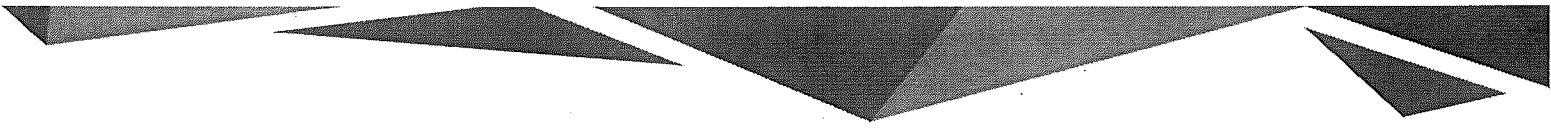


Fig No. 9. Ciclo PHVA.

- 
- **Planificar:** En la etapa de planificación se **establecen objetivos** y se **identifican los procesos** necesarios para lograr unos determinados resultados de acuerdo con las políticas de la organización. En esta etapa se determinan también los **parámetros de medición** que se van a utilizar para controlar y seguir el proceso, elementos tales como indicadores y plantillas de adherencia para los procesos establecidos.

Este ejercicio en MAIQUI se inició con la construcción de un plan de acción, el cual se definió a la luz de parámetros de calidad de servicios de salud y elementos de planeación, como es ajuste de elementos de plataforma estratégica, adecuación de roles y funciones, acciones a documentar y estructurar y con ello estrategias de medición de resultados institucionales.

- **Hacer:** Consiste en la **implementación de los cambios o acciones necesarias** para lograr las mejoras planteadas. Con el objeto de ganar en eficacia y poder corregir fácilmente posibles errores en la ejecución, normalmente se desarrolla un **plan piloto** a modo de prueba o testeo.

Como conocemos en el marco del ciclo PHVA al ser cíclico diferentes elementos se van ejecutando en sus fases, se realizaron alrededor de 3 pruebas piloto para entrar a documentar lo que hoy está construido.

- **Verificar:** Una vez se ha puesto en marcha el plan de mejoras, se establece un **periodo de prueba para medir y valorar la efectividad de los cambios**. Se trata de una fase de regulación y ajuste.

Actualmente MAIQUI se encuentra en ese proceso operacional y ya va arrojando elementos a tener en cuenta para la revisión y ajuste del mismo, que no se alejan de la estructura ya definido, pero que si se acercan a pulir diferentes elementos operativos con el fin de lograr el sentido del modelo.

- **Actuar:** Realizadas las mediciones, en el caso de que los resultados no se ajusten a las expectativas y objetivos predefinidos, se realizan las **correcciones y modificaciones necesarias**. Por otro lado, se toman las decisiones y acciones pertinentes para mejorar continuamente el desarrollo de los procesos.

Mediante la metodología de plan de mejora y seguimiento a los mismos, se han establecido aclaraciones e intervenciones en el marco de la ejecución del modelo de atención de Quilisalud que nos ha permitido en la marcha ir dando una mejor operación del mismo.

## CAPITULO II DIAGNOSTICO

### ANÁLISIS DEL CONTEXTO EXTERNO

El análisis del contexto externo se realiza como un insumo para el diseño las Líneas Estratégicas del Plan de Desarrollo de la ESE QUILISALUD, permitiendo decidir sobre cuáles aspectos de salud pública y de acuerdo a su nivel de complejidad la ESE debe concentrar sus esfuerzos en el próximo cuatrenio. Para ello tomamos como fuente de información el Documento ASIS 2022.

#### 1. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO.

##### 1.1 CONTEXTO TERRITORIAL

###### 1.1.1 Localización

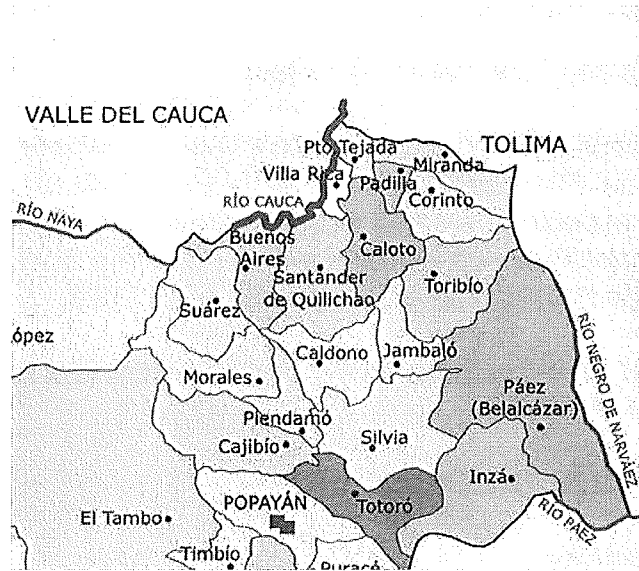
El Municipio de Santander de Quilichao, está ubicado en el Norte del Departamento del Cauca, a 97 Km al norte de Popayán y a 45 Km al Sur de Santiago de Cali - Valle del Cauca, limita al Norte con los Municipios de Villarrica y Jamundí, al Occidente con el Municipio de Buenos Aires, al Oriente con los Municipios de Caloto al Sur con el Municipio de Caldono. Su extensión es de 518 Km<sup>2</sup>, de los cuales 8,58 corresponde a la zona urbana y 509,4 a la zona rural, su posición geográfica respecto al meridiano de Bogotá es de 3° 0' 38" Latitud

Norte y 2° 23' 30" latitud Oeste, su altura sobre el nivel del mar es de 1.071 Metros y su temperatura media es de 26° C. Distancia de referencia de Cali-Valle: 40 km.

Tabla 1. Distribución del municipio por extensión territorial y área de residencia, 2019

Municipio	Extensión urbana		Extensión rural		Extensión total	
	Extensión	%	Extensión	%	Extensión	%
Santander de Quilichao	8.58 Km <sup>2</sup>	1,7	509.42 Km <sup>2</sup>	98,3	518 Km <sup>2</sup>	100

Fuente: Planeación Municipal Santander de Quilichao




Mapa 1. Límites municipio del Santander de Quilichao 2022

**1.1.2. Características físicas del territorio Ecología:**

El Municipio de Santander de Quilichao tiene una gran diversidad en su cobertura vegetal y usos del suelo favorecidos con bondad por contar con tres pisos térmicos, por lo cual se puede decir que su vocación es agropecuaria, el 44.26% de su territorio equivalente a 22.196 Hectáreas están dedicadas a cultivos agrícolas y praderas utilizadas en ganadería doble propósito, ceba y producción de leche. el 21,89% de su territorio equivalente a 15.000 Hectáreas son terrenos ubicados en las zonas de laderas, que han sufrido procesos erosivos especialmente por el mal uso dado con algunos cultivos limpios como yuca y Maíz, estos suelos en la actualidad son de escaso uso agropecuario. El 8.51% es decir, 4.272 hectáreas se encuentran en rastrojo y matorrales, el 7.47% con 3.747 hectáreas están en bosques primarios, secundarios y plantados, 2000 hectáreas en afloramiento rocosos y área improductiva, el área en parques y zonas industriales es 1.447 hectáreas, área en vías 780 hectáreas, superficies en cuerpos de agua 790 hectáreas y área urbana 716 hectáreas.

- Su ubicación geográfica es favorable al sector cerca al gran centro de producción y consumo como es Cali, al Puerto de Buenaventura, a los puertos secos de Yumbo y Buga y otras ciudades del Departamento.
- Topográficamente hay dos zonas bien definidas: la zona plana, donde se inicia el Valle geográfico del río Cauca y con explotaciones agropecuarias y tecnologías apropiadas. La zona de ladera: topografía ondulada suave, con diferencia de pisos térmicos que hacen que los establecimientos de actividades agropecuarias sean muy variados.

- 
- La infraestructura vial y de comunicaciones es adecuada y están cerca los centros de gran actividad económica; la red vial a la altura de la panamericana en el año 2.000 será ampliada a doble calzada; agilizando de esta manera la comunicación.

- En el aspecto social, encontramos las tres etnias que se conjugan y hacen del municipio un lugar de convivencia, gente trabajadora y capacitada que se preocupa por estudiar, encontrándose personal altamente calificado. Relevancia Económica del Municipio: En el sector primario los cultivos más importantes son : la caña de azúcar que ocupa el 47.12 % del área sembrada en cultivos transitorios y permanentes según distribución del uso actual del suelo, en segundo lugar el café con el 23.55% , la piña con el 9.73%, la yuca con el 6.79%, la caña panelera con el 2.78% y el plátano con el 1.87 %. Entre otros cultivos podemos mencionar : maíz, cítricos, fique, mora, lulo, mango, frijol, tomate, arroz y habichuela que participan en menor escala. En el área pecuaria hay cría de ganado bovino doble propósito y de ganado porcino. La zona plana (Valle geográfico del río Cauca), se caracteriza por la explotación a gran escala de la caña de azúcar, de pastos mejorados para el ganado, en la zona de ladera ocupa un lugar relevante el cultivo del café, la yuca, el plátano y pan coger. La dificultad presente en la microcuenca tiene que ver con la inestabilidad de los suelos debido al proceso reciente de formación de los mismos, situación que se hace más aguda por el conflicto de uso de tierras.
- En la parte alta se tiene problemas de técnicas inapropiadas de uso del suelo, fincas poco sostenibles, mal manejo de vertimientos y residuos sólidos, en la zona media hacia abajo se presentan grandes áreas descubiertas por ganadería extensiva, poca protección de los bosques de galería, fincas ambientalmente insostenibles, problemas de vertimientos directos a la fuente y la derivación ilegal y/o temporal del recurso agua, lo que hace evidente una problemática de distribución del recurso, mostrando la necesidad de la implementación de la reglamentación de la fuente liderada por las entidades y comunidades que se benefician de la microcuenca

### **Zonas de riesgo:**

El municipio de Santander de Quilichao, se encuentra sometido a un gran número de riesgos ya que su topografía lo hace propicio para que se presenten deslizamientos, desbordamiento de sus ríos causando inundaciones y tempestades eléctricas.

También puede verse afectada por eventos tales como movimientos sísmicos, incendios estructurales y forestales y otros fenómenos naturales o generados por el hombre, que pueden exigir una respuesta efectiva por parte de la administración municipal y del Consejo Municipal De Gestión Del Riesgo De Desastres-CMGRD.

### **Deslizamiento:**

- Zona rural: Pavitas, aguaitala, el arbolito, el águila.
- Zona urbana: el porvenir, bello horizonte.

### **Inundaciones:**

- Zona rural: guayabal, lomas abajo, Mandivá, pavitas
- Zona urbana: sector del río Quilichao, quebrada agua sucia.

### **Incendios:**

- Zona rural: la ladrillera Meléndez, quita pereza, loma gorda, Mandivá, cerro garrapatero, san pedro, lomas abajo, san Antonio.
- Zona urbana: se presentan principalmente en los barrios Santa Inés, Villa del Sur, Morales Duque, San José.

Al estar ubicado al norte del departamento del Cauca, zona en la cual se concentra el desarrollo industrial del departamento, y por la infraestructura que posee, se ha convertido en un referente para la región, su crecimiento población la ubica como una de las ciudades intermedias con un crecimiento acelerado en todos sus ámbitos, contrario al departamento del Cauca, el municipio de Santander de Quilichao es mayoritariamente urbano y se enfrenta a toda la problemática social de una ciudad en crecimiento.

### **1.1.3 Economía:**

Básicamente la economía del municipio de Santander proviene en buena parte del sector primario de vocación agropecuaria donde el café, la caña de azúcar y la yuca entre otros son renglones de gran importancia que generan ingresos a los agricultores. Con los beneficios que trajeron la Ley Páez y la instalación de empresas manufactureras, el renglón secundario pasó a ocupar un buen lugar en la economía local y regional, sin desconocer que el sector terciario, el comercio en el casco urbano es fuente generadora de empleo y actividad económica dinámica. Tiene Santander de Quilichao unas características importantes para el desarrollo activo de los tres sectores de la economía en comparación con otros municipios del Departamento y que podemos mencionar

### **1.1.4 Temperatura y humedad:**

#### **Climatología:**

En Santander de Quilichao, los veranos son cortos, caliente y secos; los inviernos son cortos, cómodos, húmedos y mojados y está nublado durante todo el año. Durante el transcurso del año, la temperatura generalmente varía de 19 °C a 29 °C y rara vez baja a menos de 18 °C o sube a más de 31 °C.

En base a la puntuación de turismo, la mejor época del año para visitar Santander de Quilichao para actividades de tiempo caluroso es desde *principios de junio* hasta  *finales de septiembre*.

## **Temperatura:**

La temporada templada dura 1,9 meses, del 20 de julio al 16 de septiembre, y la temperatura máxima promedio diaria es más de 29 °C. El día más caluroso del año es el 8 de agosto, con una temperatura máxima promedio de 30 °C y una temperatura mínima promedio de 19 °C.

La temporada fresca dura 2,0 meses, del 19 de octubre al 18 de diciembre, y la temperatura máxima promedio diaria es menos de 28 °C. El día más frío del año es el 11 de noviembre, con una temperatura mínima promedio de 19 °C y máxima promedio de 28 °C.

## **Humedad:**

Basamos el nivel de comodidad de la humedad en el punto de rocío, ya que éste determina si el sudor se evaporará de la piel enfriando así el cuerpo. Cuando los puntos de rocío son más bajos se siente más seco y cuando son altos se siente más húmedo. A diferencia de la temperatura, que generalmente varía considerablemente entre la noche y el día, el punto de rocío tiende a cambiar más lentamente, así es que, aunque la temperatura baje en la noche, en un día húmedo generalmente la noche es húmeda.

En Santander de Quilichao la humedad percibida varía extremadamente.

El período más húmedo del año dura 9,0 meses, del 3 de octubre al 1 de julio, y durante ese tiempo el nivel de comodidad es bochornoso, opresivo o insoportable por lo menos durante el 22 % del tiempo. El día más húmedo del año es el 4 de mayo, con humedad el 63 % del tiempo. El día menos húmedo del año es el 24 de agosto, con condiciones húmedas el 8 % del tiempo.

### **1.1.5 Accesibilidad geográfica Infraestructura vial:**

Vías y caminos. Existen un total de 139 kms de vía, de los cuales 65 kms el (47%) se encuentran en buen estado son de acceso vehicular durante todo el año y 72 kms. el (52%) se encuentran en mal estado, tiene restricciones en época de lluvia o requiere vehículo de doble tracción. Como producto del trabajo con representantes de la comunidad se propuso un margen de 6 metros a lo largo de las carreteras destinado a la protección de estas. Ver tabla 2.

**Tabla 2. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros municipio Santander de Quilichao, 2019**

Municipio	Tiempo de llegada desde el Santander de Quilichao a Popayán, en minutos.	Distancia en Kilómetros desde el Santander de Quilichao a Popayán	Tipo de transporte desde Santander de Quilichao a Popayán
Santander de Quilichao	120	82.7 kms	Terrestre

Fuente: [www.google.com.co/maps](http://www.google.com.co/maps)

**Terrestres:**

Las principales vías de comunicación de Santander de Quilichao son:

- Santander de Quilichao - Silvia carretera en afirmado con 34 Km
- Santander de Quilichao -Toribio- Santander una parte en carretera en afirmado y el resto pavimentada

Tiempo de llegada a la capital de la comunidad más lejana 5 horas, la distancia en kilómetros son 78 aproximadamente. Tiempo de llegada de la institución de salud remitente al nivel superior de complejidad: 4 horas.

Distancia en kilómetros al centro de referencia de mayor complejidad: 55 kilómetros en la ciudad de Santiago de Cali en el departamento del Valle del Cauca.

**Tabla 3. Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros desde el municipio hacia los municipios vecinos, 2022**

<b>TIEMPO ESTIMADO DE TRASLADO ENTRE SANTANDER DE QUILICHAO Y EL MUNICIPIO VECINO</b>				
<b>MUNICIPIO</b>	<b>MUNICIPIO VECINO</b>	<b>TIPO DE TRANSPORTE</b>	<b>HORAS</b>	<b>MINUTOS</b>
Santander de Quilichao	Caloto	Terrestre (11.2 KLS)		18
	Villa rica	Terrestre (19.4 KLS)		21
	Puerto tejada	Terrestre (26.2 KLS)		25
	Suarez	Terrestre (44.6 KLS)	1	4
	Buenos Aires	Terrestre (29.6 KLS)		44
	Caldono	Terrestre (36.3 KLS)	1	16

**Fuente:** [www.google.com.co/maps](http://www.google.com.co/maps)

## **1.2. Contexto demográfico:**

### **1.2.1 Población total:**

De acuerdo con el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 (en adelante CNPV 2018) para el año 2022 el municipio cuenta con 114.832 habitantes, 4.387 habitantes más que los censados en 2018.

### **1.2.2 Densidad poblacional por kilómetro cuadrado:**

El municipio tiene un área de 518 km<sup>2</sup>, según la población proyectada por el DANE para el año 2022, la densidad poblacional es de 221,6 habitantes por kilómetro cuadrado.

### 1.2.3 Población por área de residencia urbano/rural:

El 58% de la población de Santander de Quilichao reside en el área urbana.

**Tabla 4. Población por área de residencia Municipio de Santander de Quilichao 2019**

Municipio	Población cabecera municipal		Población resto		Población total	Grado de urbanización
	Población	Porcentaje	Población	Porcentaje		
Santander de Q.	58.311	58.6	41.043	41.4	99.354	58.6

Fuente: Proyecciones DANE 2005 Y PROYECCIONES DE POBLACIÓN 2005-2020

**Tabla 5. Número de Viviendas-Hogares:**

Santander de Quilichao	Total	%	Cabecera	%	Resto	%
<b>Hogares</b>	<b>31.191</b>	100	<b>15.701</b>	50,3	<b>15.490</b>	49,7
<b>Unidades de vivienda</b>	<b>37.751</b>	100	<b>19.551</b>	54,6	<b>16.200</b>	45,4

Fuente: DANE CENSO CNPV 2018

De acuerdo con los datos que dispone el IPSE (Instituto de Planeación y Promoción de Soluciones Energéticas para las zonas no Interconectadas), el 52% de las viviendas corresponden a la zona urbana y el 48% a la rural.

### 1.2.4 Grado de urbanización

El 58% de la población reside en la zona urbana, la extensión territorial es de 518 km<sup>2</sup> de los cuales 8.58 km<sup>2</sup> corresponde a la zona urbana, con 10.167 viviendas y 509,42 a la zona rural, con 9.267 viviendas. De lo anterior podremos concluir que por cada km<sup>2</sup> de la zona urbana hay 1.185 viviendas construidas.

### 1.2.5 Población por pertenencia étnica:

En el municipio de Santander predominan tres grupos étnicos los cuales están presentes en los barrios y veredas distribuidos en las siguientes proporciones: El 36% afrocolombiano, el 21% indígenas y los mestizos con un 43%.

**Tabla 6. Población \* pertenencia étnica del Municipio de Santander de Quilichao, 2022**

Pertenencia Étnica	Tot.Étnica	%
Indígena	20.573	21%
ROM (gitana)	0	0%
Raiza archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0%
Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o Afrodescendientes	34.778	35,50%
Ninguno de las anteriores	42.615	44%

**Fuente:** PDM Administración Listado censal 2018.

En la zona sur del municipio de Santander de Quilichao se encuentran el mayor porcentaje de comunidades indígenas, con 4 resguardos indígenas y un cabildo urbano: Existen Cuatro Consejos comunitarios de comunidades Negras.

#### **Resguardos Indígenas:**

- **Resguardo de Canoas:** Integrado por las veredas de El Águila, Vilachí, Páez, El Cóndor, california, Nuevo San Rafael, Las Vueltas, La Vetica, La Rinconada, El Parnaso y Nacedero.
- **Resguardo de Munchique los tigres:** Integrado por las veredas de El Broche, La Honda, Paramillo I y II, El Piñuelo, Los Tigres, Rio Claro, La Aurora, La Cascada, El Roblar, Loma Alta, Buenavista, Guaitalá y Arauca.
- **Resguardo de La Concepción:** Integrado por las veredas de San Isidro, Las Lajas, San Bosco, María Auxiliadora, El Mirador, Cascajal, La Concepción y La Alita.
- **Resguardo de Guadualito:** Integrado por las veredas de Alto San Francisco y Bajo San Francisco.

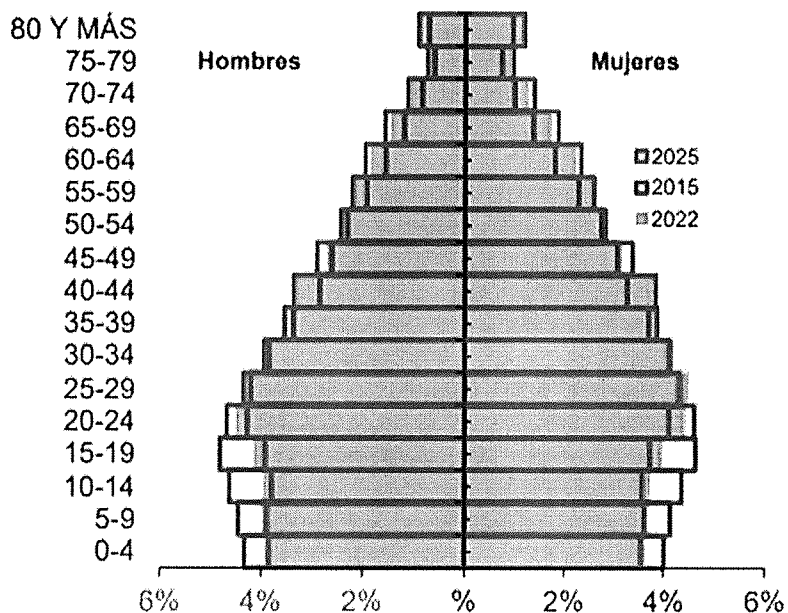
Los Resguardos cuentan con una forma de gobierno y autoridad propia que es el Cabildo, constituido por una directiva que es elegida popularmente. La ACIN (Asociación de Cabildos Indígenas del Norte del Cauca), es una organización de gobierno conjunto en la zona. Tanto los Cabildos como la Asociación son reconocidos por el Estado como entidades públicas de carácter especial, con autonomía relativa (que se ha ido ganando) para gobernar sus territorios, hacer justicia, legislar y administrar sus recursos y los transferidos por la Nación, de acuerdo con sus usos y costumbres.

### Consejos Comunitarios de Comunidades Negras:

- **Cuenca del río Páez – Quinamayo – Curpaq:** El Carmen, Cabecera de Domingullo, La Capilla, Mandivá, Quinamayó, El Arca, Alegrías, El Tajo, El Toro, Loma del Medio, Santa Rita, Llano de Alegrías.
- **Zanjón Garrapatero:** San Francisco, La Loma, El Palmar, Ardobelas, Los Ángeles.
- **Aires de Garrapatero:** San Antonio, Taminango, Brasília.
- **La Quebrada:** San Rafael, La Arrobleda, Quebrada I y II.

### 1.2.6 Estructura demográfica

Figura 10. Pirámide poblacional del municipio de Santander de Quilichao, 2019- 2022-2025



Fuente: DANESISPRO-MSPS

### 1.2.7 Población por grupo de edad:

Los grupos de edad que en el 2022 presentan mayor variación con relación al año 2015; son los mayores de 80 años, seguido de las personas de 60 a 79 años, con un 43% y 35% de incremento respectivamente. Lo anterior se refleja en la pirámide poblacional del municipio, y sirve como un insumo para implementar acciones que fortalezcan estilos de vida saludables y contribuyan a disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles.

**Tabla 7. Proporción población \* Grupos de edad**

GRUPOS DE EDAD	2015		2022		2025	
	numero absoluto	frecuencia relativa	numero absoluto	frecuencia relativa	numero absoluto	frecuencia relativa
Menores de 1 año	1655	1,64	1698	1,5	1705	1,5
De 1 a 4 años	6742	6,69	6974	6,1	6975	5,9
De 5 a 14 años	17704	17,57	17603	15,3	17461	14,9
De 15 a 24 años	18878	18,74	19521	17,0	18833	16,0
De 25 a 44 años	29871	29,65	35763	31,1	36840	31,3
De 45 a 59 años	15071	14,96	18068	15,7	19232	16,4
De 60 a 79 años	9162	9,09	12759	11,1	14029	11,9
Mayor de 80 años	1669	1,66	2446	2,1	2467	2,1
<b>Poblacion Total</b>	<b>100.752</b>	<b>100,00</b>	<b>114.832</b>	<b>100,0</b>	<b>117.542</b>	<b>100</b>

**Fuente:** DANESISPRO-MSPS

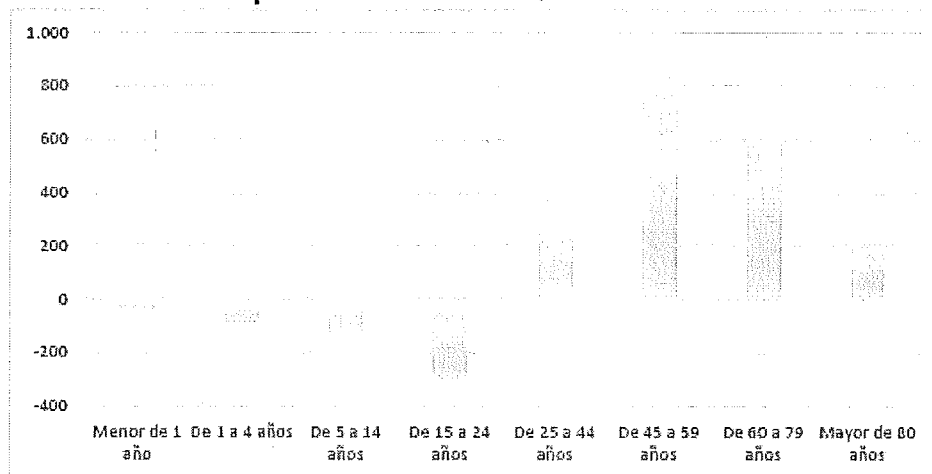
**Tabla 8. Proporción población \* curso de vida, Santander de Quilichao 2022**

Curso de Vida	Hombres	Porcentaje Hombres	Mujeres	Porcentaje Mujeres	Total	Porcentaje Total
Primera infancia 0 – 5 años	5.423	9,69	5.024	8,53	10.447	9,10
Infancia 6-11 años	5.448	9,74	5.084	8,63	10.532	9,17
Adolescencia 12- 17 años	5.529	9,88	5.243	8,90	10.772	9,38
Juventud 18 – 28 años	11.163	19,95	11.071	18,80	22.234	19,36
Adultez 29 – 59 años	21.525	38,48	24.117	40,95	45.642	39,75
Adulto Mayor 60 y más años	6.853	12,25	8.352	14,18	15.205	13,24
<b>TOTAL</b>	<b>55.941</b>	<b>100</b>	<b>58.891</b>	<b>100</b>	<b>114.832</b>	<b>100</b>

**Fuente:** DANESISPRO-MSPS

En concordancia con lo encontrado en la relación hombre-mujer, de acuerdo con la población proyectada por sexo y grupo de edad para el año 2020, en los menores de 24 años, la población de hombres es un poco mayor que la de mujeres, esta relación se invierte en todos los demás grupos en los que el número de hombres es menor que el de mujeres.

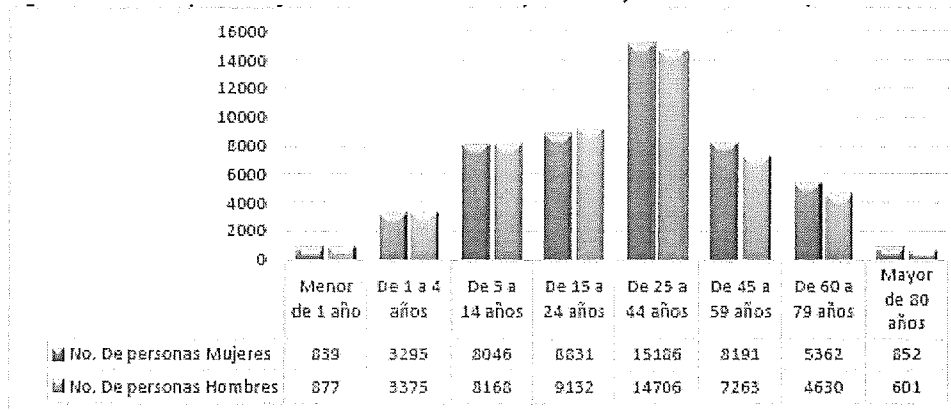
**Figura 11 Cambio en la proporción de la población por curso vida - municipio Santander de Quilichao año 2022**



Fuente: DANESISPRO-MSPS

Por otro lado, desagregando la población por edad y sexo, se observa una mayor proporción de población masculina de 0 a 24 años. A partir de esta edad se observa una mayor proporción de mujeres con respecto a hombres, siendo más notable a medida que incrementa la edad. Este fenómeno puede estar relacionado con factores de violencia, accidentes automovilísticos y autocuidado

**Figura 12 Población por sexo y curso de vida del municipio de Santander de Quilichao, 2022**



Fuente: Documento ASIS 2022

### 1.3.1 Dinámica demográfica

La dinámica demográfica depende de distintos fenómenos demográficos entre los que se encuentran: la fecundidad ( es la capacidad de las mujeres que componen una población de tener hijos), la natalidad (cantidad de niños/as nacidos vivos en una población determinada), la Mortalidad (se refiere a la cantidad y a las causas de muertes de las personas), las migraciones internas ( son los desplazamientos de las personas en el interior del país) y las migraciones internacionales (son los desplazamientos de las personas entre países).

**Tabla 10. Tasas de mortalidad, natalidad y crecimiento vegetativo comparativo departamental y municipal durante el periodo 2005 a 2020**

Curso de Vida	Hombres	Porcentaje Hombres	Mujeres	Porcentaje Mujeres	Total	Porcentaje Total
Primera infancia 0 – 5 años	5.423	9,69	5.024	8,53	10.447	9,10
Infancia 6-11 años	5.448	9,74	5.084	8,63	10.532	9,17
Adolescencia 12- 17 años	5.529	9,88	5.243	8,90	10.772	9,38
Juventud 18 – 28 años	11.163	19,95	11.071	18,80	22.234	19,36
Adulthood 29 – 59 años	21.525	38,48	24.117	40,95	45.642	39,75
Adulto Mayor 60 y más años	6.853	12,25	8.352	14,18	15.205	13,24
<b>TOTAL</b>	<b>55.941</b>	<b>100</b>	<b>58.891</b>	<b>100</b>	<b>114.832</b>	<b>100</b>

**Fuente:** DANESISPRO-MSPS

- a) **La Tasa Bruta de Natalidad:** El comportamiento de la tasa bruta de natalidad durante el periodo 2005 - 2020 evidencia la disminución notable de este indicador, pasando de una tasa de 20,9 en 2005 al nacimiento de 15,8 niños y niñas por cada 1000 habitantes en el año 2020.
- b) **La Tasa Bruta de Mortalidad:** el comportamiento de la mortalidad en el Municipio de Santander de Quilichao durante el periodo analizado no ha experimentado cambios notables. Por cada mil habitantes, para el año 2020 murieron 5 personas.
- c) **La Tasa de Crecimiento Vegetativo:** La tasa de crecimiento vegetativo se refiere a la relación entre los nacimientos y las defunciones en un determinado territorio y durante un cierto periodo. Si la cantidad de nacimientos es más alta que la cantidad de fallecimientos, el nivel de la población se incrementa y da lugar al crecimiento natural (o crecimiento vegetativo). En Santander de Quilichao, la tasa de crecimiento vegetativo desde el año 2005 al 2020 presenta una disminución de 5,1 con respecto al año 2005. Aunque la población continúa incrementando, la velocidad del crecimiento natural ha disminuido, esto se relaciona con la disminución de la natalidad, dado que la mortalidad presenta un comportamiento estable durante el periodo de observación.

d) **Otros indicadores de la dinámica de la población:**

Según el estudio “Determinantes del embarazo en adolescentes en Colombia” realizado por Profamilia en el año 2015 se clasificaron 2 grupos de determinantes y factores estructurales que inciden en este fenómeno.

Determinantes proximales: la menarquia, el inicio de relaciones sexuales, la nupcialidad o las uniones tempranas, el uso de los métodos de anticoncepción, y el acceso a los servicios de salud y educación constituyen los determinantes de mayor contribución del embarazo en adolescencia.

A nivel de determinantes intermedios, se encuentran las condiciones familiares, el abuso o violencia, el control y el dialogo entre padres o cuidadores y adolescentes y jóvenes, normas de funcionamiento del hogar, la escolaridad, la formación de calidad en salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y reproductivos en la escuela.

A nivel de determinantes estructurales o distales, existe gran evidencia que explica como los ingresos del hogar, las condiciones de pobreza, la oportunidad y accesibilidad a servicios públicos, la participación en la toma de decisiones públicas y el ejercicio de la democracia en la comunidad, las normas sociales sobre sexualidad y feminidad, la masculinidad, las relaciones de pareja entre otras, constituyen los determinantes de mayor contribución en el embarazo en la adolescencia. Diferentes estudios realizados en Colombia indican que el primer coito ocurre tanto en el hombre como en la mujer a edades cada vez más tempranas. El riesgo de un embarazo involuntario es considerable ya que el uso de anticonceptivos por los adolescentes es muy bajo si se compara con el uso que refieren los grupos de 20 años y más.

**Tasas específicas de fecundidad en mujeres entre 10 y 14 años:** esta tasa se refiere al número de nacidos vivos de madres de 10 a 14 años durante un periodo determinado por cada 1.000 mujeres de 10 a 14 años de edad en ese mismo periodo. Hablar de tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años es como hablar de maternidad en las niñas que apenas inician la etapa de desarrollo y cambios hormonales que la conducirán en el futuro a adquirir la madurez física, fisiológica y psicológica para ser madre. La tasa específica de fecundidad en mujeres entre 10 y 14 años presenta un comportamiento estable con relación al año 2005. En el año 2017, la tasa fue de 4 nacidos vivos por 1.000 mujeres de 10 a 14 años.

**Tasas específicas de fecundidad en mujeres entre 15 y 19 años:** es importante mencionar que la tasa de fecundidad en mujeres de 15 y 19 años viene presentando un descenso importante de 108.6 nacidos vivos por 1.000 mujeres en 2005 a 75.99 nacidos vivos por 1.000 mujeres en 2017. La conducta reproductiva de este grupo constituye gran preocupación, en comparación con los cambios de fecundidad observados en los grupos de mujeres de mayor edad, en gran parte como

consecuencia del uso de métodos de planificación familiar, las reducciones en la fecundidad de adolescentes son principalmente obtenidas mediante la postergación de la primera unión.

**Tasas global y general de fecundidad en mujeres entre 10 y 19 años:** en general la tasa de fecundidad en este grupo se comporta de manera descendente, seguramente ocasionada por el comportamiento obtenido en el grupo de 15 a 19 años.

## **2. ABORDAJE DE LOS EFECTOS DE SALUD Y SUS DETERMINANTES**

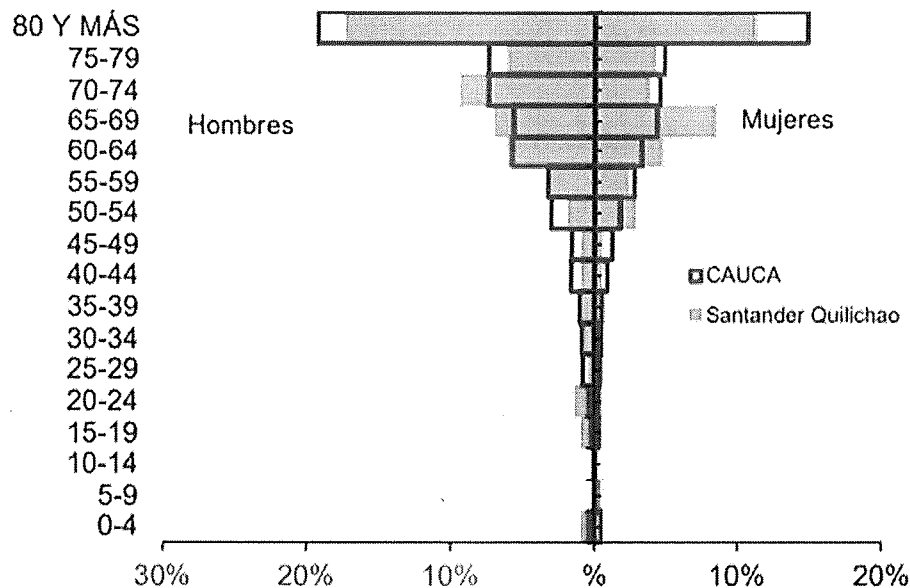
Se realizó el análisis de la mortalidad por las grandes causas, específica por subgrupo y materno – infantil y de la niñez; así como la morbilidad atendida y los determinantes de salud intermediarios y estructurales. El análisis incorporó variables que causan gradientes como el sexo, el nivel educativo, área de residencia, afiliación, etnia, desplazamiento y condición de discapacidad.

### **2.1. Análisis de la mortalidad**

Para el análisis de mortalidad se tomaron como referencia los listados de agrupación de mortalidad 6/67 de la Organización Panamericana de la Salud. Este análisis se desagregó por cada quinquenio y sexo en el periodo comprendido del 2005 al año disponible (2016) según información del DANE y SISPRO.

#### **Mortalidad por COVID-19**

En Santander de Quilichao La COVID-19 es una enfermedad infecciosa emergente causada por el coronavirus SARSCoV-2, que en el transcurso de uno a tres meses se convirtió en una pandemia que afecta a la inmensa mayoría de los países del mundo, y que en consecuencia fue declarada por la Organización Mundial de la Salud como una emergencia internacional en Salud Pública. El contagio de grupos familiares y trabajadores de la salud en contacto con pacientes enfermos ha demostrado la ocurrencia de transmisión humano a humano del SARS-CoV2, lo que, unido a su transmisión asintomática y pre- sintomática, y a su largo periodo de incubación (de tres a 14 días), complejizan la dinámica de la COVID-19 a nivel poblacional. Adicionalmente, debido a que el SARS-CoV-2 es un patógeno recientemente identificado, con el cual los humanos no habían tenido contacto previo, no existe inmunidad natural a este virus en las poblaciones humanas. Como se puede observar en la gráfica se presentaron mayor mortalidad en hombres con un 58,68%, mientras las mujeres fueron de 41,31%, siendo la población de 80 años y más con mayor mortalidad durante la pandemia por covid



La pandemia de COVID-19 causada por el virus SARS-COV-2 representa una crisis de salud mundial que causa enfermedades graves y la muerte, sobre todo en personas con alteraciones cardiovasculares y metabólicas. Estar conscientes de que el riesgo de enfermar y morir por COVID-19 es mayor si la persona infectada corresponde a la población mayor de 59 años, y en personas con enfermedades subyacentes, tales como; Hipertensión, Sobrepeso y Obesidad, Diabetes y Asma, pueden contribuir al diseño de estrategias de prevención, manejo y cuidado de las enfermedades crónicas. Según los datos de la pirámide poblacional en Santander de Quilichao; las personas mayores de 60 años representan el 17% de la mortalidad; entre las personas fallecidas por COVID-19 el 20% presentaba Hipertensión, el 10,0% Diabetes y el 28,0% presentaba mínimo una comorbilidad.

Dentro de las atenciones de las mortalidades por COVID 19 en el Municipio de Santander de Quilichao se evidencia que se presentaron un total en 2020 de 244 muertes de las cuales el 82% con 199 muertes corresponden al ámbito de atención No reportado, 8% con 19 muertes en cuidados Intensivos, 5% con 13 muertes a Hospitalización, 4% con 9 muertes en cuidados Intermedios. El Departamento del Cauca para el mismo año presentó un total de 2.799 mortalidades de las cuales el 73% con 2.034 muertes corresponden a No reportado, 9% con 257 a cuidados Intensivos, el 7% con 192 muertes en Hospitalización, 7% con 209 muertes en cuidados Intermedios.

### 2.1.1. Mortalidad general por grandes causas - Ajuste de tasas por edad

El análisis de mortalidad general por grandes causas se hizo por la estimación y ajuste de tasa por edad según el método directo. En cada una de las siguientes figuras 7 a 9, se muestra las tasas de mortalidad ajustada por edad según los grupos definidos por la OPS en la lista 6/67.

Entre los años 2005 y 2017, sobresalen las enfermedades del sistema circulatorio, como la principal causa de muerte con una tasa de 138.05 muertes por cada cien mil habitantes en 2005 y de 121,26 para el año 2017. Este comportamiento decreciente está muy seguramente relacionado con los efectos positivos de acciones de detección específica y protección temprana, y también políticas públicas que promueven la cultura de la actividad física, hábitos nutricionales saludables y el control de los factores de riesgo.

En segundo lugar, se encuentra la mortalidad por causa externa, para el periodo comprendido entre los años 2005 y 2017 se evidencia un pico importante en el año 2008 donde la tasa alcanzo un valor de 163,99 muertes por cada cien mil habitantes. En relación con el año 2005 en el que la tasa fue de 102,90 muertes por cien mil habitantes, se observa una tasa para el 2017 de 101,58 muertes por cien mil habitantes

**El grupo de las demás causas** se ubican el tercer lugar de la mortalidad, este grupo incluye 14 causas en las que se encuentran la diabetes, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias entre otras. Este grupo de causas presenta una tendencia al descenso, con respecto al año 2005 presento una disminución de 36,49 muertes por cada 100 mil habitantes, y de 8,77 en la tasa ajustada con respecto al año anterior.

Las enfermedades crónicas de las vías respiratorias presentan un importante aumento en su prevalencia y mortalidad a nivel mundial. El tabaquismo es el principal factor de riesgo para desarrollar EPOC, el riesgo aumente a medida que aumenta el consumo de tabaco, también se ha identificado la exposición a biomasa y otros combustibles para uso en calefacción o cocina como factor de riesgo para EPOC, la exposición a factores contaminantes como el ozono, las partículas de suspensión (PM), monóxido de carbono (CO), dióxido de sulfuro (SO<sub>2</sub>), dióxido de nitrógeno (NO<sub>2</sub>) son los contaminantes más asociados con este grupo de enfermedades que limitan el flujo de aire en los pulmones.

**El grupo mortalidad por neoplasias** en los últimos 12 años oscila entre 89,61 a 113,08 muertes por cien mil habitantes. Con una tendencia al aumento. Cifras preocupantes si se considera que el cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo, más aún si se tiene en cuenta que en nuestro país debido a las diferentes barreras del sistema de seguridad social, la detección de estas patologías en una

fase avanzada y la falta de diagnóstico y tratamientos son problemas muy frecuentes. Según la Organización Mundial de la Salud el cáncer se produce por la transformación de células normales en células tumorales, estas alteraciones son el resultado de la interacción entre los factores genéticos del paciente y tres categorías de agentes externos a saber:

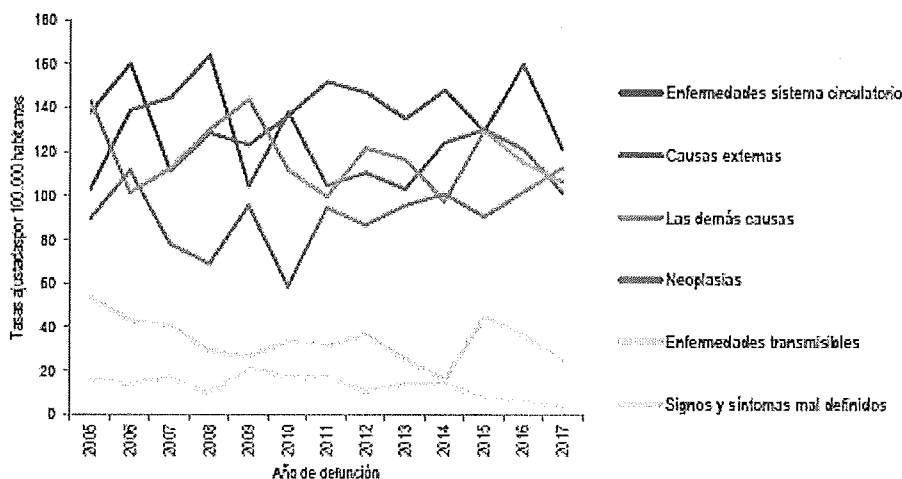
- Carcinógenos físicos, como las radiaciones ultravioletas e ionizantes
- Carcinógenos químicos, como el mercurio, el cianuro (contaminantes del aire, suelo y agua durante actividad minera), componentes del humo del tabaco, las aflatoxinas (contaminantes de los alimentos) y el arsénico
- Carcinógenos biológicos, como determinados virus, bacterias y parásitos

Dentro de este grupo el tumor maligno de próstata asociado a los comportamientos sexuales inadecuados, poca adherencia al examen con tacto de próstata por temas culturales conlleva a que las personas no acudan oportunamente a la identificación del riesgo. En segundo lugar, el tumor maligno de estómago, influye el alto consumo de alimentos procesados, con preservantes y colorantes afectando la mucosa gástrica, también que no se aplique el protocolo para el manejo de la gastritis, por otra parte, algunas zonas rurales de la población consumen el agua de fuentes hídricas con altos contenidos de metales pesados y también la minería ilegal (mercurio) y los altos niveles de stress y ansiedad en la población. Como tercera causa de este grupo está el tumor maligno de la mama de la mujer, lo que indica que las estrategias para incentivar a las mujeres a realizarse el examen no están dando resultado, otro aspecto a tener en cuenta es que cada vez a más temprana edad empiezan a utilizar métodos de planificación familiar sobre todo anovulatorios orales o implantes subdérmicos lo que podría predisponer al cáncer.

**El grupo de las enfermedades transmisibles** ocupa el quinto lugar, presenta una tendencia al descenso con una tasa de 24,25 muertes por cien mil habitantes, con respecto al año 2005 disminuyó 29,2 en la tasa ajustada y en relación con el 2016 disminuyó 12,06 en la tasa ajustada por cada 100 mil habitantes. Dentro de este grupo las infecciones respiratorias agudas ocupan el primer lugar; el cambio brusco de temperatura, la automedicación, sobre el abuso de antibióticos conlleva a que haya resistencia y se compliquen los resfriados llevándolos a neumonías, la falta de medidas preventivas de autocuidado como el uso de tapabocas y lavado de manos. Las enfermedades infecciosas intestinales ocupan el segundo lugar, debido a la inadecuada disposición de excretas sobre todo en zona rural y la falta de higiene de manos. Otra causa importante es la tuberculosis presentando multiresistencia, la falta de adherencia al tratamiento (abandono), lleva a que el esquema de tratamiento no de los resultados esperados, también influye la enfermedad del VIH (sida), muchos de estos pacientes mueren por tuberculosis. La enfermedad del VIH (sida) ocupa el quinto lugar en este grupo de transmisibles, una de las causas es que Santander de Quilichao cuenta con alta población habitante de calle, consumidora de sustancias psicoactivas, de fácil acceso a bajos costos, de igual manera la falta de acciones de promoción y prevención.

El grupo de los signos y síntomas mal definidos presenta un descenso importante en la mortalidad, el pico más alto en el año 2009 con una tasa ajustada de 20,9, con respecto al año 2005 presenta una disminución de 12,6 en la tasa ajustada.

**Figura 13. Tasa de mortalidad ajustada por edad del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020**



Fuente: DANESISPRO-MSPS

En los **hombres**, la primera causa de muerte son **las causas externas** que alcanzaron tasas de hasta de 302,1 muertes por cien mil habitantes en el año 2008 y de 247,22 muertes por cien mil habitantes en el año 2011, en relación con el año 2005 se presenta un descenso importante en la tasa ajustada a 178,07 muertes por cada cien mil hombres y disminuyo 38,4 en relación con el año anterior.

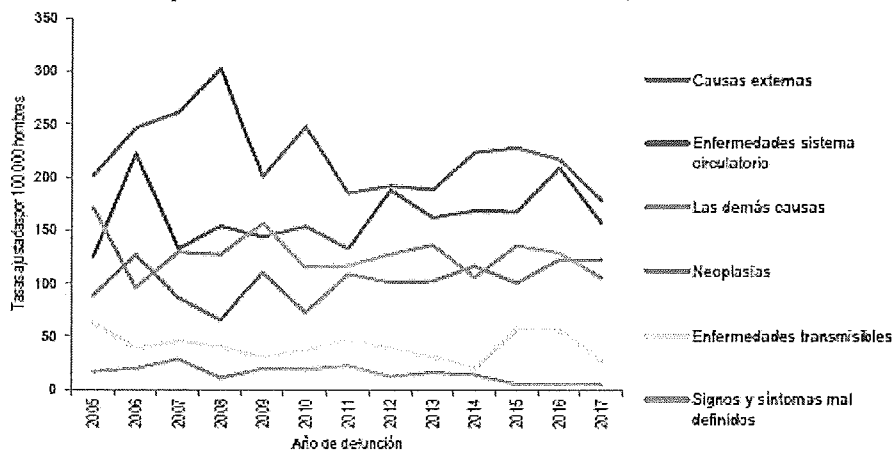
El segundo lugar lo ocupan las **enfermedades del sistema circulatorio** con una tasa de 156 muertes por cada cien mil hombres. Este grupo de enfermedades alcanzaron tasas hasta de 221.9 en el año 2006 y 208,45 en el año 2016, con respecto al año 2005 la tasa ajustada por cada 100 mil hombres aumento en 31,68 y disminuyo 51,85 con respecto al año anterior.

El grupo las **demás causas** al inicio del periodo presento los picos más altos y bajos en la tasa ajustada por cada 100 mil hombres de 170,7 en el año 2005 y 95,6 en el año 2006, su comportamiento es fluctuante con un descenso en la tasa ajustada de 65,86 con respecto al año 2005 y de 23,29 con respecto al año anterior

**Las neoplasias** son la cuarta causa de muerte en hombres presenta tendencia al aumento con un pico máximo en el año 2006 de 126,3 y mínimo 65,2 en el año 2008 en la tasa ajustada por casa 100 mil hombres, con respecto año 2005 aumenta en 33,43 y al año anterior en 0,11 la tasa ajustada por cada 100 mil hombres.

El quinto lugar lo ocupan **las enfermedades transmisibles**, presenta un descenso importante frente al año inicio de periodo 2005 con una disminución de la tasa de 35,75 muertes por cien mil hombres y 28,6 frente al año anterior.

**Figura 14. Tasa de mortalidad ajustada por edad para los hombres del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020**



Fuente: DANESISPRO-MSPS

En las mujeres, la primera causa de muerte durante el periodo 2005 al 2020, 6 fueron las enfermedades del sistema circulatorio con un comportamiento fluctuante y tendencia al descenso, un pico máximo en el año 2011 de 168.4 en la tasa ajustada y un pico mínimo en el año 2007 de 92,77 en la tasa ajustada por cada 100 mil mujeres, con respecto al año 2005 se observa una disminución de 57,22 en la tasa ajustada, sin embargo con respecto al año 2016 se observa una disminución de 27,25 en la tasa ajustada por cada 100 mil mujeres.

Las demás causas ocupan el segundo lugar con un comportamiento estable y leve tendencia al descenso con una disminución de 9,69 con respecto al año 2005 y un leve aumento con respecto al año 2020 de 3,49 en la tasa ajustada por cada 100 mil mujeres.

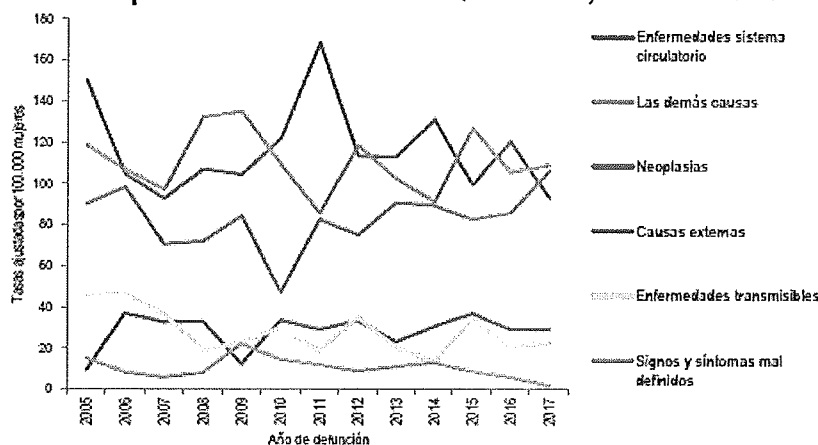
El grupo de las neoplasias ocupa el tercer lugar de mortalidad en las mujeres, alcanzando su pico más alto en 2017 con una tasa de 105,98, un aumento de 15,78 en la tasa ajustada por cada cien mil mujeres frente al año 2005 y 20,26 en la tasa ajustada por cada cien mil mujeres en relación con el año anterior.

El grupo de las causas externas asciende al 4 lugar, con un pico máximo de 37,0 en el año 2006 y un mínimo de 9,17 en el año 2005 en la tasa ajustada, la tendencia es ascendente con un incremento de 19,77 en la tasa ajustada con respecto al año

2005, sin embargo, con respecto al año anterior disminuyo en 0,13 la tasa ajustada por cada 100 mil mujeres.

Las enfermedades transmisibles son la quinta causa de mortalidad presento picos máximos en los años 2005-2020, presenta un comportamiento fluctuante con tendencia al descenso y una disminución en la tasa ajustada por cada 100 mil mujeres de 23,19 con respecto al año 2005 y aumento de 1,79 en la tasa ajustada por cada cien mil mujeres frente al año anterior.

**Figura 15. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las mujeres del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020**



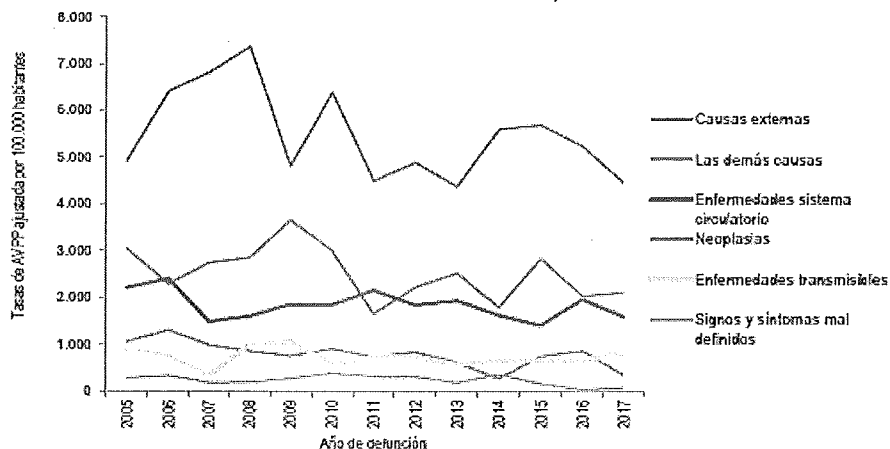
Fuente: DANESISPRO-MSPS

### 2.1.2 Tasas ajustadas de los años de Vida Potencialmente Perdidos – AVPP

Las mayores causas de mortalidad prematura son debidas a causas externas con una tendencia al aumento, las tasas de AVPP ajustados por edad evidencian para Santander de Quilichao la presencia simultánea de características de comunidades con problemas de violencia o inequidad social seguido de las enfermedades del sistema circulatorio y las neoplasias.

El principal grupo de causas que incide en los Años de Vida Potencialmente Perdidos en Santander de Quilichao corresponde a los de causa externa, su comportamiento con tendencia al ascenso, el pico más alto lo presento en el año 2008. En segundo lugar, las demás causas con un comportamiento fluctuante, el pico más alto en el año 2009 con leve tendencia al descenso. En tercer lugar, están las enfermedades del sistema circulatorio durante los primeros años presento el mayor incremento en la tasa de AVPP ajustadas por la edad, y al finalizar el periodo el comportamiento es al ascenso. El cuarto lugar las neoplasias con un comportamiento fluctuante y tendencia al ascenso en la tasa AVPP ajustados por la edad. En quinto lugar, las enfermedades transmisibles presentan un progresivo descenso del 2005 al 2014 en la tasa de AVPP ajustada por la edad, con posterior ascenso en los últimos dos años del periodo analizado. Ver Figura 14.

Figura 16. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 general del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020



Fuente: DANE SISPRO-MSPS

### 2.1.3 Tasa de AVPP ajustada por edad en hombres

Para el periodo comprendido entre los años 2005 a 2017, **las causas externas** dentro de las que se incluyen accidentes de tránsito, homicidios y suicidios, fueron las causantes del mayor número de años de vida potencialmente perdidos en la población de Santander de Quilichao, siendo las responsables de la pérdida de 7.686 años de vida por cada cien mil hombres durante el año 2017. Sin embargo, cabe resaltar que en relación con el 2008 se presenta una disminución considerable, ya que en aquel año las causas externas fueron responsables de la pérdida de 13.152 por cada cien mil hombres.

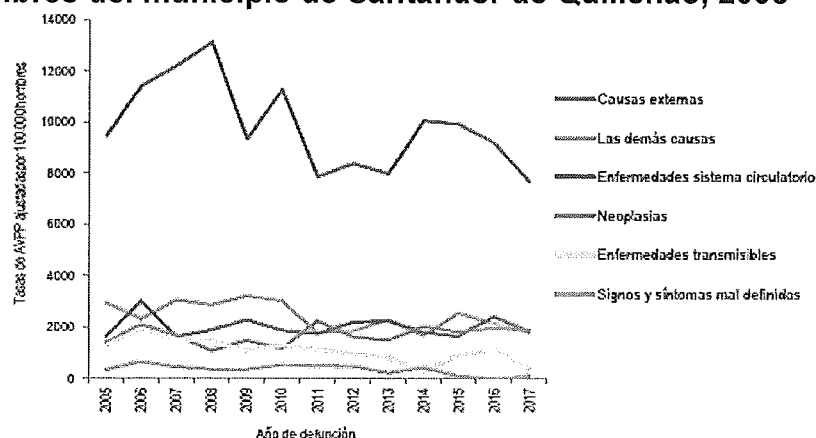
La segunda causa **las demás causas** (Enfermedades crónicas de las vías respiratorias, Diabetes Mellitus) son las causantes de la pérdida de 1.798 años de vida perdidos por cada cien mil hombres para el año 2020.

Los grupos mencionados anteriormente vienen representando el periodo analizado gran protagonismo en la carga de mortalidad temprana, por lo que es indispensable continuar mejorando la accesibilidad, la oportunidad y la calidad en el servicio de salud, como también programas que promuevan la salud mental de la población del municipio.

La tercera causa de pérdida de años de vida potencial son las **enfermedades del sistema circulatorio** con un total de 1.846 años de vida perdidos por cien mil hombres en el 2017, una diferencia significativa en relación con 2.422 años de vida perdidos por cien mil hombres en 2016. **Las neoplasias** ocupan el cuarto lugar y son las responsables de 1.879 años de vida perdidos por cien mil hombres, una disminución del 4% frente al año anterior. **Las enfermedades transmisibles**

responsables de 384,57 años de vida perdidos por cien mil hombres en 2017, disminuyeron un 33,8% en relación al 2016.

**Figura 17. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustado en los hombres del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020**



Fuente: DANE SISPRO-MSPS

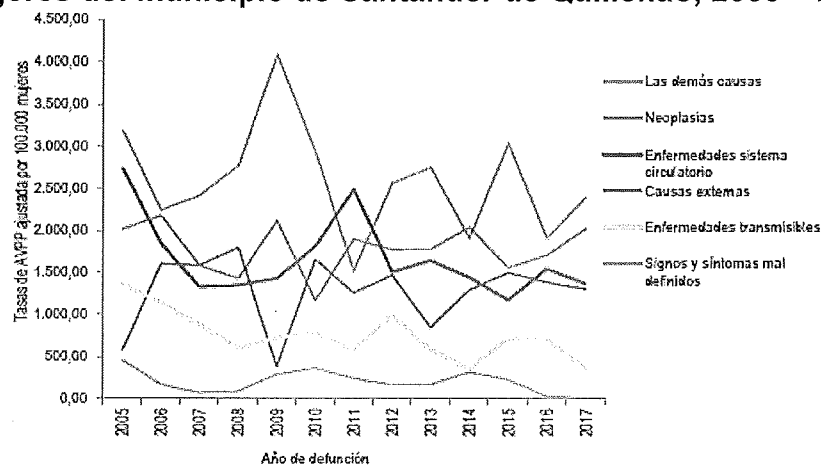
#### 2.1.4 Tasa de AVPP ajustada por edad en las mujeres

Durante el periodo comprendido entre los años 2005 y 2020, el grupo de **las demás causas** fue el responsable de la mayor cantidad de años perdidos entre la población femenina del municipio de Santander de Quilichao, siendo el causante de la pérdida de 2.397 años de vida por cada cien mil mujeres durante el año 2017. Los años de vida perdidos por esta causa aumentaron en 485,1 años por cien mil mujeres al 2016.

Por otra parte, **las neoplasias** ocupan el segundo lugar, siendo las responsables de la pérdida de 2.021 años de vida perdidos por cada cien mil mujeres. 314 años de vida perdidos por cada cien mil mujeres más que en el año 2016. La tercera causa de perdida de años de vida potencial son las enfermedades **del sistema circulatorio**, con un total de 1.362 años de vida perdidos por cada cien mil mujeres para el año 2017, 180 años de vida perdidos por cada cien mil mujeres menos que en el año 2016.

En el cuarto y quinto lugar entre las causas de años de vida potencial perdidos por cada cien mil mujeres lo ocupan las causas externas y las enfermedades transmisibles, responsables de 1.301 AVPP y 354 AVPP respectivamente por cada cien mil mujeres durante el año 2017, 433 AVPP en conjunto menos que en 2016.

**Figura 18. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustada en las mujeres del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020**



Fuente: DANE SISPRO-MSPS

### 2.1.5 Mortalidad específica por subgrupo – Tasas Ajustadas Enfermedades transmisibles

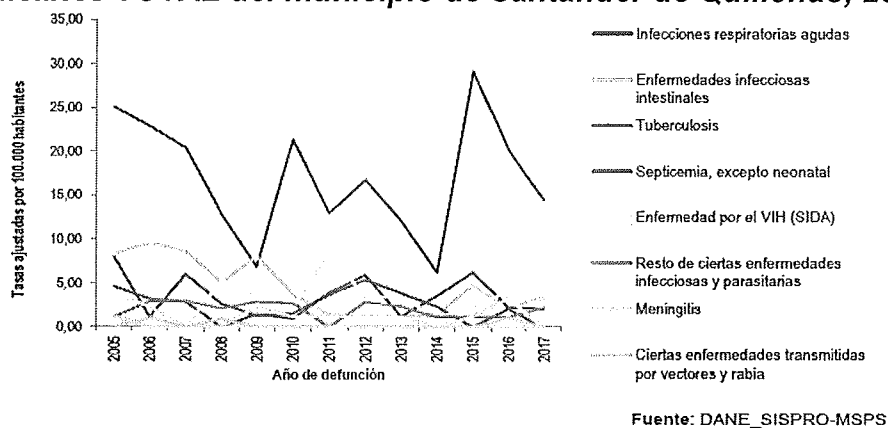
A continuación, se realiza un análisis que permitirá identificar los subgrupos de las causas dentro los seis grandes grupos de mortalidad, anteriormente mencionados, como lo son: enfermedades transmisibles, las neoplasias, las enfermedades del sistema circulatorio, ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, causas externas, las demás causas y, signos y síntomas más definidos que afectan la población de Santander de Quilichao.

#### 2.1.5.1 Enfermedades transmisibles

Dentro del grupo de causas de las enfermedades transmisibles para la población general, las **infecciones respiratorias agudas** se posicionan como la causa de mayor magnitud de mortalidad atribuida a este grupo, siendo responsable de 14,51 muertes por cada cien mil habitantes en 2020, esto representa una reducción de aproximadamente 50% frente al 2015, mientras que las **enfermedades infecciosas intestinales** fueron las responsables de 3.35 muertes por cada cien mil habitantes para el año 2017, las infecciones intestinales muestran una tendencia descendente durante el periodo analizado. Estas dos enfermedades ocupan un lugar significativo durante el periodo 2006-2017, a pesar de que son en gran parte prevenibles, lo que implica mejorar las estrategias de prevención de la enfermedad y promoción de la salud. La tercera causa la ocupa **la tuberculosis** por haber originado en 2012 y 2015 picos altos de 5,59 y 6,18 por cada cien mil habitantes respectivamente. La tuberculosis fue la responsable de 2.06 muertes por cada cien mil habitantes en 2017. **La septicemia, excepto neonatal**, ocupa el tercer lugar con un pico máximo al inicio de periodo de 7,98 muertes por cada cien mil habitantes. En el año 2017 la tasa fue de 0 muertes. Finalmente, el **VIH (SIDA)**, se presenta como la quinta causa

importante de mortalidad y presenta un comportamiento variable con un pico máximo de 8,25 muertes por cien mil habitantes en el año 2011 y con respecto al año 2016 un descenso de 1,96 en la tasa ajustada. El abuso y la adicción a las drogas están vinculadas de manera inextricable al VIH (SIDA) en el municipio de Santander de Quilichao.

**Figura 19. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles TOTAL del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020**

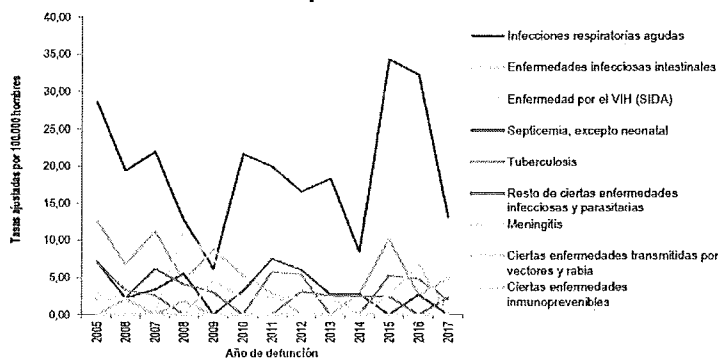


#### a) Subgrupos Hombres

El comportamiento de la mortalidad por enfermedades transmisibles en la población masculina entre los años 2005 y 2020, evidencia que **las infecciones respiratorias agudas** se ubican como la primera causa de muerte y **las enfermedades infecciosas intestinales** como segunda causa. Las infecciones respiratorias agudas fueron responsables de 13,06 muertes por cada cien mil habitantes del sexo masculino, mientras que la segunda fue responsable de 4,88 muertes por cada cien mil hombres. Se hace necesario resaltar que la mortalidad **por VIH (SIDA)** en población masculina presenta un comportamiento ascendente frente al inicio de periodo.

Durante el periodo analizado **La septicemia, excepto neonatal**, ocupa la cuarta causa de mortalidad, con un comportamiento fluctuante y tendencia al descenso frente al inicio de periodo. **La tuberculosis** ocupa el quinto lugar, siendo responsable de 1,96 muertes por cada cien mil habitantes del sexo masculino.

**Figura 20. Tasa mortalidad ajustada \* edad para las enfermedades transmisibles en hombres municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020**



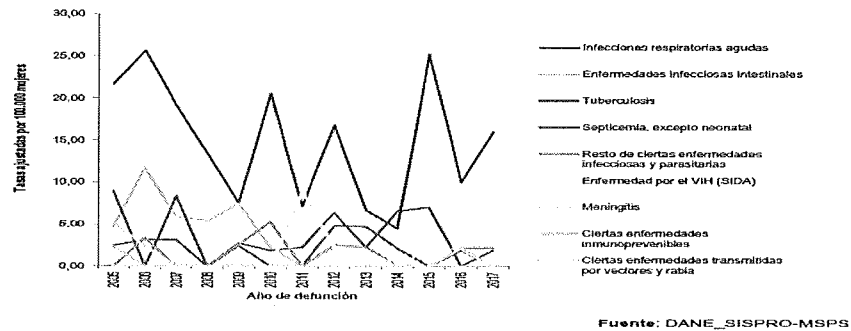
Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

### b) Subgrupos Mujeres

Al analizar el comportamiento de la mortalidad por enfermedades transmisibles en la población femenina se observa que es similar al de la población masculina. **Las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades infecciosas intestinales** se ubican en el primero y segundo lugar respectivamente. Para el año 2020 a la primera causa se le atribuyen 16,0 muertes por cada cien mil mujeres, un aumento de 6,02 en la tasa ajustada frente al 2016, mientras que las enfermedades infecciosas intestinales fueron responsables de 2,20 muertes por cada cien mil mujeres, indicador similar al del año 2016.

**La tuberculosis y la septicemia excepto neonatal** se ubican como tercera y cuarta causa de mortalidad respectivamente. En relación con el año 2016, en el cual no se presentó ningún caso de tuberculosis, se presenta una tasa de 2,20 muertes por cada cien mil mujeres para el año 2017, a diferencia de la septicemia que no presentó ningún caso en el 2017 frente a 1,90 en la tasa ajustada del año 2020. El **resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias** ocupan el quinto lugar de mortalidad con una tasa de 2,18 muertes por cien mil mujeres, en el año 2017 se comporta estable frente al año 2020.

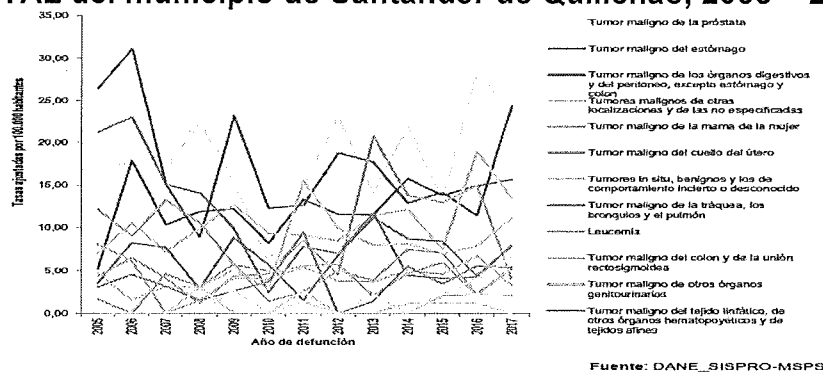
**Figura 21. Tasa mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en mujeres municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020**



### 2.1.5.2 Neoplasias

Dentro del grupo de las neoplasias para la población general, el tumor maligno de la próstata, se ubica como la primera causa de mortalidad para el año para el año 2020 con un total de 22,95 muertes por cada cien mil habitantes, mientras que el tumor maligno de estómago causó para el mismo año un total de 24,38 muertes por cada cien mil habitantes, ocupando así el segundo lugar dentro de este grupo. el cáncer de próstata muestra un comportamiento ascendente frente al promedio del periodo analizado. El tumor maligno de estómago presenta una tendencia ascendente frente a los años anteriores. El tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon y el tumor maligno de otras localizaciones y de las no especificadas ocupan el tercer y cuarto lugar respectivamente, siendo el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo excepto estómago y colon el responsable de 15,66 muertes por cada cien mil habitantes.

**Figura 22. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en TOTAL del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020**

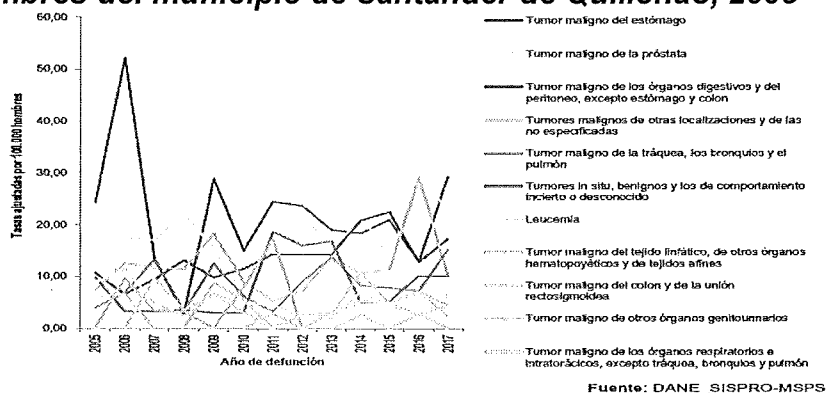


### a) Subgrupo Hombres

Con respecto al comportamiento de la mortalidad por neoplasias en los hombres, , **el tumor maligno de estómago**, se ubica como la primera causa de muerte para el año 2017 con un total de 29,22 muertes por cada cien mil hombres, un aumento significativo frente a 12,91 en la tasa ajustada del año 2016, mientras que **el tumor maligno de la próstata** causo en el mismo año un total de 22,95 muertes por cada cien mil hombres posicionándose así en el segundo lugar de mortalidad dentro de este grupo, 5,5 muertes menos en la tasa ajustada que el año 2016.

Así mismo el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon es reconocido como la tercera causa de muerte con 17,20 muertes por cada cien mil hombres, 5,5 muertes más en la tasa ajustada que en 2016.

**Figura 23. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en hombres del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020**



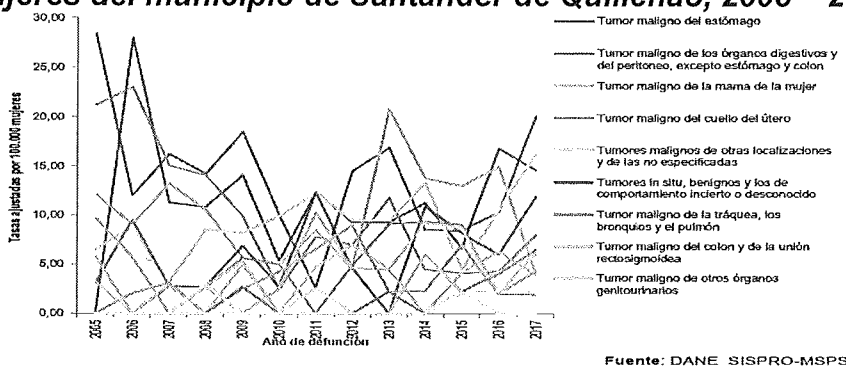
Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

### b) Subgrupo Mujeres

Al igual que la mortalidad de la población masculina, se observa mayor predominancia de mortalidad **por tumor maligno de estómago** cobrando la vida de 20,08 mujeres por cada cien mil, ubicándose como la primera causa de mortalidad dentro del grupo de neoplasias, esta tasa ajustada duplica la tasa ajustada de 10,35 por cada cien mil mujeres del año anterior. Seguida del **tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon**, el cual produjo 14,62 muertes por cada cien mil, deviniendo así la segunda causa de muerte para el año 2017. **El tumor maligno de mama** provoco en 2016 14,94 muertes por cada cien mil mujeres, y continúa en 2020 en tercer lugar con 4,07 muertes por cada cien mil mujeres. **El tumor de cuello de útero**, presenta la tasa máxima en el año 2006 de 23,00 muertes por cada cien mil mujeres y 7,98 muertes por cada cien mil mujeres en 2020, ubicándolo en el cuarto lugar. Las acciones de

detección temprana y protección específica no están logrando impactar verdaderamente la población femenina del municipio y esto se refleja en la baja disminución de estas patologías que pueden ser diagnosticadas y tratadas de una manera integral, logrando impactar positivamente la salud y el bienestar de la población femenina.

**Figura 24. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en mujeres del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020**



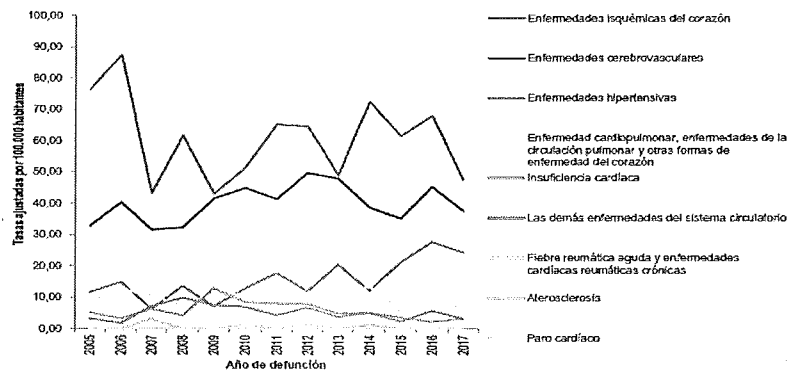
### 2.1.5.3 Enfermedades del sistema circulatorio

En el grupo de enfermedades del sistema circulatorio para la población general en 2017, las enfermedades isquémicas del corazón y las cerebrovasculares ocupan nuevamente los primeros lugares respectivamente. Siendo la **enfermedad isquémica** la primera causa de muerte con un total de 47,48 muertes \* cien mil habitantes, mientras que las **enfermedades cerebrovasculares** son responsables de 37,58 muertes por \* mil habitantes, con una tendencia ascendente.

La **enfermedad hipertensiva** logra también ubicarse dentro de los primeros lugares con una progresiva y preocupante tendencia al aumento, causando 24,26 muertes por cada cien mil personas. Estas tres primeras causas de mortalidad presentan una mayor magnitud de mortalidad frente a las demás causas.

La **enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón** ocupan el cuarto lugar dentro de las causas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, y son responsables de 5,38 muertes por cada cien mil habitantes.

**Figura 25. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en TOTAL. Santander de Quilichao, 2005 – 2020**



Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

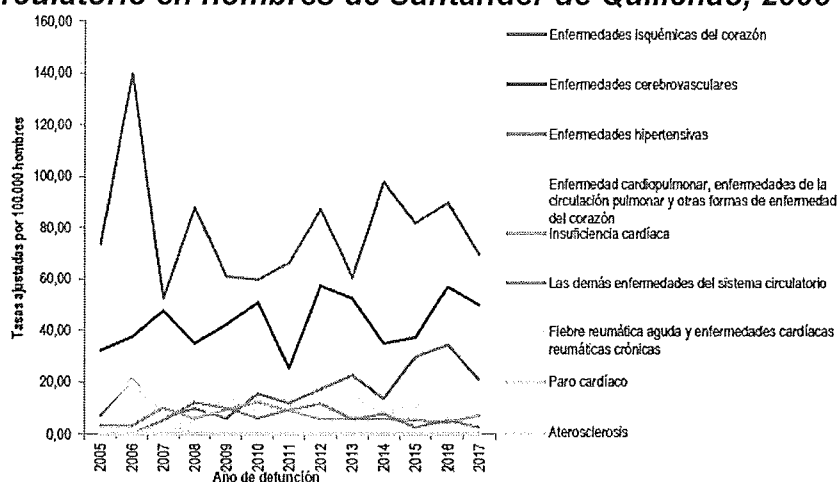
### a) Subgrupo Hombres

Con relación al comportamiento de la mortalidad dentro de este grupo de enfermedades en la población masculina, las **enfermedades isquémicas del corazón** se ubican en el primer lugar, dentro de las causas de muerte para el año 2017 con un total de 69,46 muertes por cada cien mil hombres, sin embargo, en relación con el año anterior presenta un decremento de 22% en la tasa ajustada. El segundo lugar es ocupado por las **enfermedades cerebrovasculares**, generando 49,72 muertes por cada cien mil hombres para el año 2020, 7,04 muertes en la tasa ajustada menos que en el año 2016.

El tercer lugar lo ocupa la **enfermedad hipertensiva**, causando 20,71 muertes por cada cien mil hombres en el año 2020, y 7.06 muertes en la tasa ajustada en 2005, dato preocupante si se considera que la hipertensión es un factor de riesgo que potencializa las primeras dos patologías de este grupo. Seguidas de la **enfermedad cardiopulmonar e insuficiencia cardíaca**, las cuales cobraron la vida de 6,94 y 7,15 hombres por cada cien mil respectivamente.

Estas dos últimas patologías se comportan de manera latente y de igual manera aumentan el riesgo de padecer isquemias cardiacas o incidentes cerebrovasculares.

**Figura 26. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en hombres de Santander de Quilichao, 2005 – 2020**



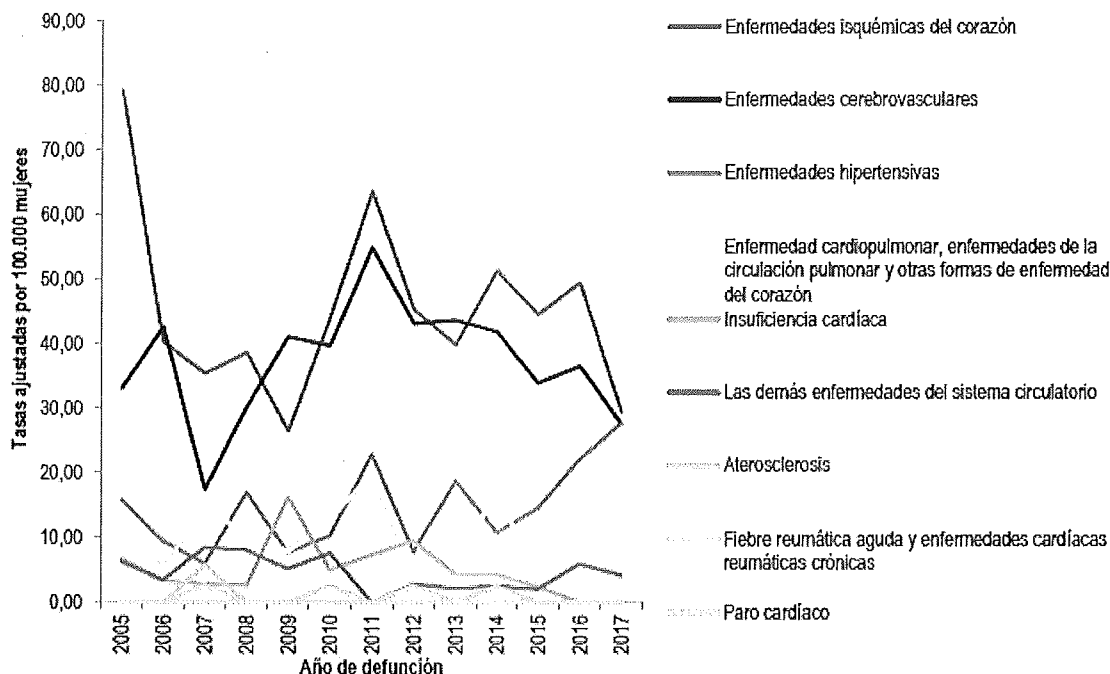
Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

### b) Subgrupos Mujeres

Al analizar el comportamiento de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en las mujeres, se encuentra mucha similitud con el comportamiento de estas patologías en la población masculina. En el año 2020 la **enfermedad isquémica del corazón** representa la primera causa de mortalidad, con un total de 29,48 muertes por cada cien mil mujeres, mientras que las **enfermedades cerebrovasculares** produjeron la muerte de 27,53 mujeres por cada cien mil, y se posiciona en el segundo lugar. No obstante, ambas causas presentan tendencia a la disminución frente a los años anteriores.

La **enfermedad hipertensiva** causó en el 2020 un total de 27,74 muertes por cada cien mil mujeres, ocupando el tercer lugar y con una tendencia en aumento. De manera similar como se presenta en la población masculina, la **enfermedad cardiopulmonar**, se ubica en el cuarto lugar dentro de las causas de muerte por enfermedades del sistema circulatorio.

**Figura 27. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en mujeres del municipio, 2005 – 2020**



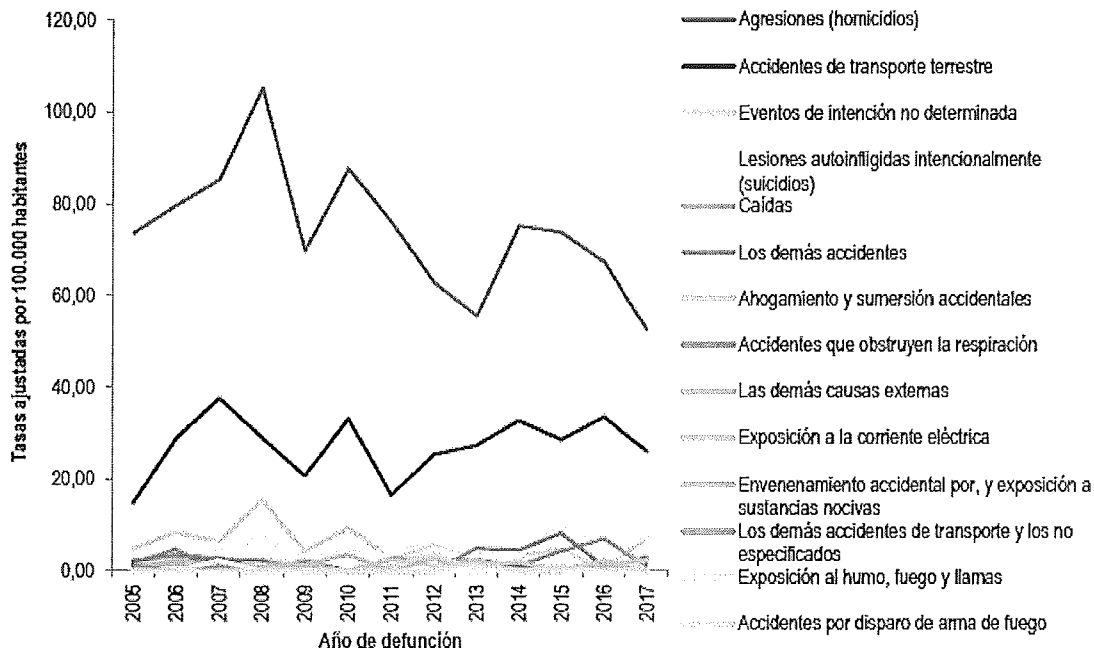
Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

#### 2.1.5.4 Causas externas

Al analizar el año 2020 del gran grupo de causas externas para la población general, las **agresiones (homicidios)** se ubican como la primera causa de muerte con un total de 52,45 muertes por cada cien mil habitantes, en segundo lugar, se posicionan **los accidentes de tránsito** con una tendencia descendente frente al promedio del periodo analizado con un total de las 26,02 muertes por cada cien mil habitantes. **Los eventos de intención no determinada** ocupan el tercer lugar por generar la muerte de 7,30 personas por cada cien mil habitantes. Vale la pena resaltar el comportamiento de las agresiones (homicidios) y accidentes de tránsito que desde inicio de periodo en 2005 ocupan los dos primeros lugares, los homicidios presentan un ascenso preocupante en el año 2008 con 105,2 muertes por cada cien mil habitantes, desde el año 2015 se observa una tendencia descendente con respecto a los años anteriores. Estas cifras son alarmantes y seguramente están relacionadas con la falta de estrategias persuasivas y falta de acuerdos con grupos al margen de la ley en el municipio de Santander de Quilichao. Por otro lado, se hace imperativo realizar un mayor esfuerzo desde la institucionalidad para lograr cambiar la conducta de conductores de vehículos, sobre todo motos, que representan la mayor accidentalidad en el municipio. **Las lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios)** ocupan el cuarto lugar dentro de las causas de

muerte, responsables de 7,19 muertes por cada cien mil habitantes, 2,49 muertes por cada cien mil habitantes más que en el año 2016.

**Figura 28. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en TOTAL del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020**



Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

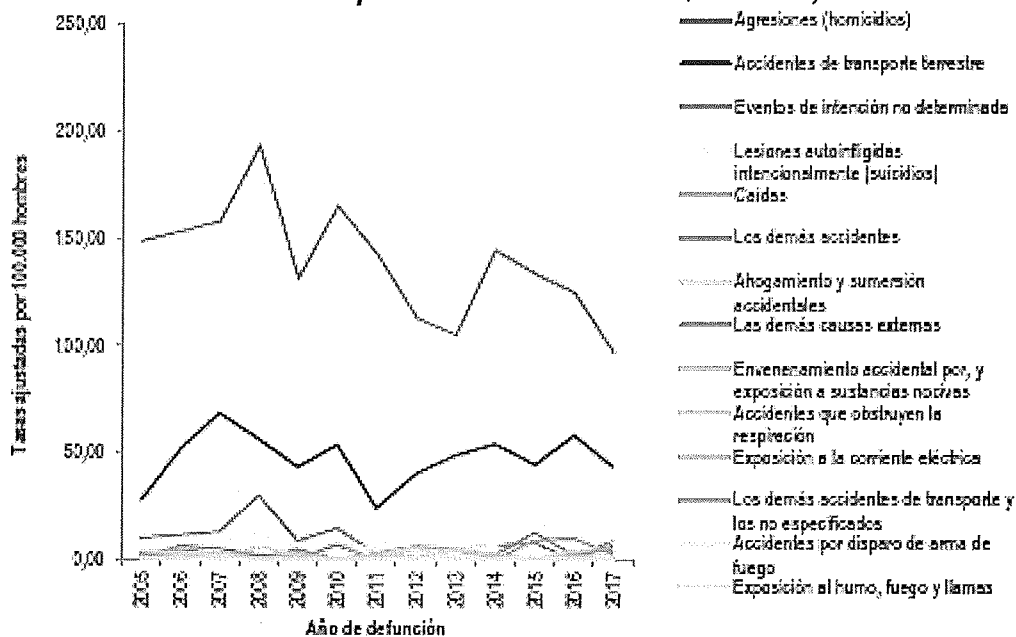
### a) Subgrupo Hombres

El comportamiento de las causas de mortalidad en la población masculina es muy similar a la mortalidad general del municipio de Santander de Quilichao durante el periodo analizado 2005-2020. **Las agresiones (homicidios)** se ubican como la primera causa de mortalidad por causas externas para el año 2017, generando 97,09 muertes por cada cien mil hombres, por otro lado, **los accidentes de transporte terrestre** ocupan el segundo lugar y causaron en el 2020 la muerte de 43,53 hombres por cada cien mil. Se visualiza que el aporte de la población masculina a la carga de mortalidad es mayor que el aporte de la población femenina.

**Los eventos de intención no determinada**, ocupan el tercer lugar, causando 8,86 muertes por cada cien mil hombres en el 2020, presentando un pico máximo en el año 2008 de 29,86 muertes por cada cien mil hombres y un pico mínimo en el año 2016 sin eventos. las **Lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios)** ocupan el cuarto lugar en relevancia por originar en 2020 la muerte de 10,17 hombres por cada cien mil, presentando un pico mínimo en el año 2005 de 2,23 muertes por cada cien mil hombres y un pico máximo de 18,23 en la tasa ajustada en el año 2015. La incidencia de casos de intentos de suicidio es mayor en hombres,

y son quienes más aportan a este flagelo, principalmente en edades económicamente activas. Con respecto al año 2005 presenta un aumento de 7,9 en la tasa ajustada.

**Figura 29. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en hombres del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020**



Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

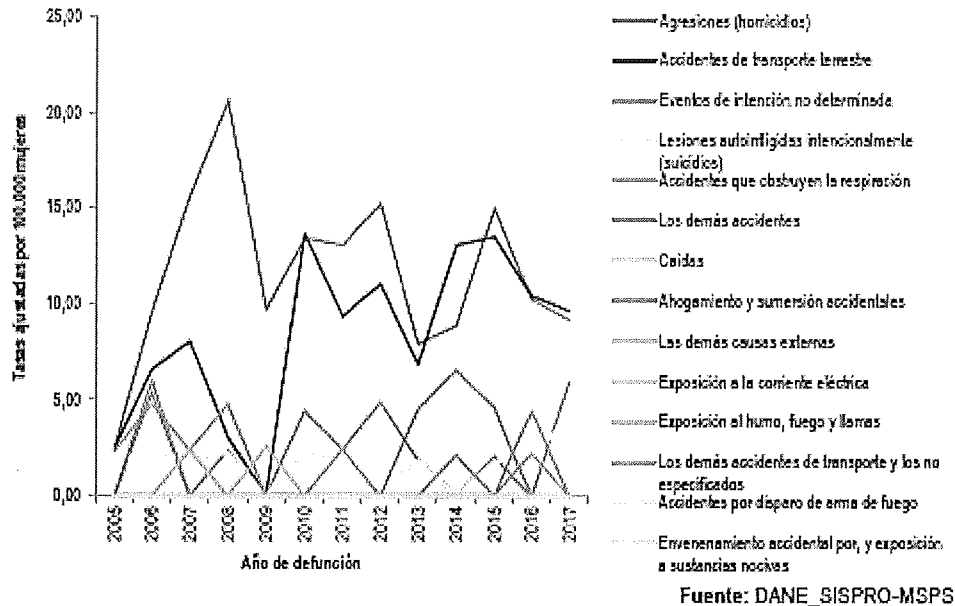
### b) Subgrupo Mujeres

El comportamiento de las subcausas de mortalidad de causas externas en la población femenina se presenta de manera similar al comportamiento de la población masculina. El primer lugar lo ocupan **las agresiones (homicidios)** con una tasa de 9,17 muertes por cada cien mil mujeres para el año 2020, seguida por los **accidentes de transporte terrestre** con una tasa similar para el mismo año de 9,62 muertes por cada cien mil mujeres.

Las agresiones (homicidios) alcanzaron pico máximo en el año 2008 de 20,64 y un pico mínimo en el año 2005 de 2,48 en la tasa ajustada. Los accidentes de transporte terrestre presentaron un pico mínimo en el año 2009 y un pico máximo el año 2010 de 13,63. **los eventos de intención no determinada** se ubican en el tercer lugar luego de haber causado la muerte de 5,92 muertes por cada cien mil, presentaron un pico máximo en el año 2006 de 5,38 en la tasa ajustada con fluctuaciones y picos mínimos, con respecto al año 2005 el comportamiento fue similar. La cuarta causa **las lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)** causaron en el 2020 un total de 4,24 muertes por cada cien mil mujeres, se observó

un pico máximo en el año 2006 de 2,34 en la tasa ajustada con un comportamiento fluctuante.

**Figura 30. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en mujeres del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020**

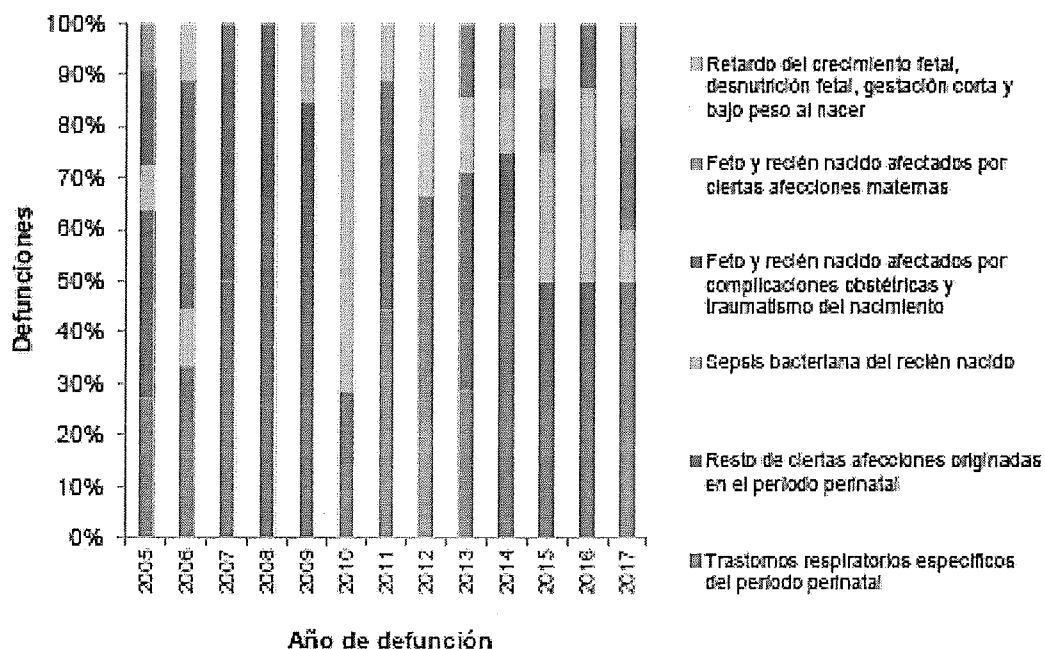


### 2.1.5.5 Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal

Dentro del grupo de causas de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal para la población general, **los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal y el resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal** se posicionan como la primera y la segunda causa de mortalidad con un total de 20 y 30 muertes para el año 2020 respectivamente, cabe resaltar que el número de muertes por trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal presentan un comportamiento descendente pasando de 50 muertes en 2007 a 20 muertes por cada cien mil habitantes para el año 2020.

**La sepsis bacteriana** del recién nacido se ubica en el tercer lugar por haber ocasionado en el 2020 la muerte a 10 niños, presentando un decremento con respecto al año 2010, donde el número de muertes fueron 57,14 en la tasa ajustada. Por otro lado, el grupo feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento fueron responsables de la muerte de 20 niños y es reconocida como la cuarta causa de muerte para el año 2017. En quinto lugar, se ubica el subgrupo feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas, culpables de causar la muerte a 20 niños en el año 2020.

**Figura 31. Porcentaje de mortalidad ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en TOTAL del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020**



Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

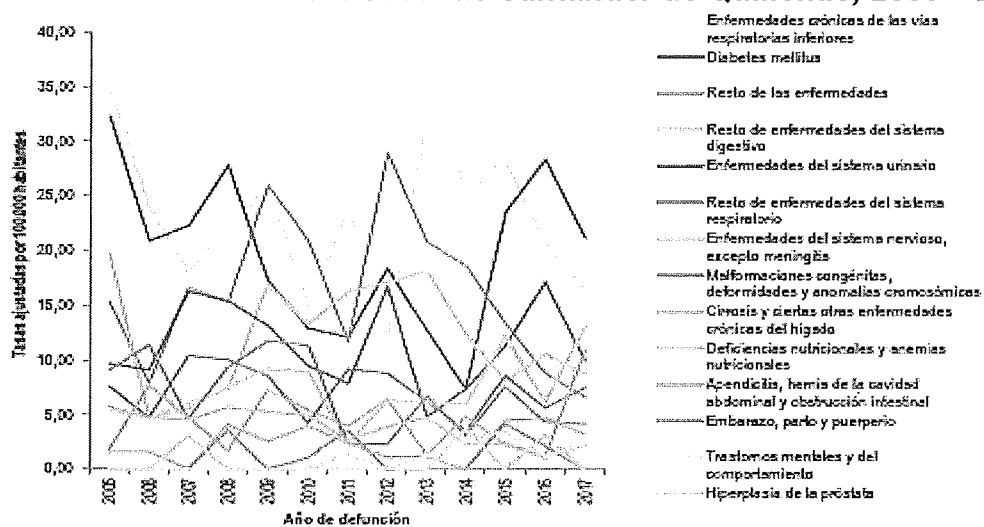
### 2.1.5.6 Las demás enfermedades

Dentro del grupo de las demás enfermedades para la población general, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores se ubican como la primera causa de muerte desde el inicio de periodo, a pesar de un comportamiento fluctuante pero descendiente continúa siendo para el año 2020 la responsable de la mortalidad de 16,64 personas por cada cien mil. Entre 2005 y 2020 el riesgo de muerte por esta causa ha disminuido aproximadamente un 50%. Este comportamiento se atribuye principalmente a la exposición crónica activa o pasiva al humo de cigarrillo, a la exposición de sustancias perjudiciales como el polvo y productos químicos, a la exposición a factores ambientales.

La diabetes mellitus provocó la muerte de 21,21 personas por cada cien mil habitantes y es reconocida como la segunda causa de muerte, aunque presenta una disminución importante al compararla con el año 2005, año en el que se presentaron 32,23 muertes por cada cien mil personas.

Al grupo resto de las enfermedades se atribuyen 6,68 muertes por cada cien mil personas en 2020 y se ubica en el tercer lugar dentro de este grupo, comparada con la tasa ajustada de 15,28 en el año 2005 presenta una disminución importante. El resto de las enfermedades del sistema digestivo son culpables de 8,76 muertes por cada cien mil habitantes en el año 2020, y se ubican en el cuarto lugar, se evidencia un comportamiento decreciente si se considera una tasa ajustada de 19,74 muertes por cien mil a comienzo de periodo. **Las enfermedades del sistema urinario** ocupan el quinto lugar y son las responsables de 10,03 muertes por cada cien mil habitantes en el 2020, presenta un comportamiento estable frente a la tasa ajustada 9,70 muertes por cien mil habitantes a inicio de periodo.

**Figura 32 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en TOTAL de Santander de Quilichao, 2005 – 2020**



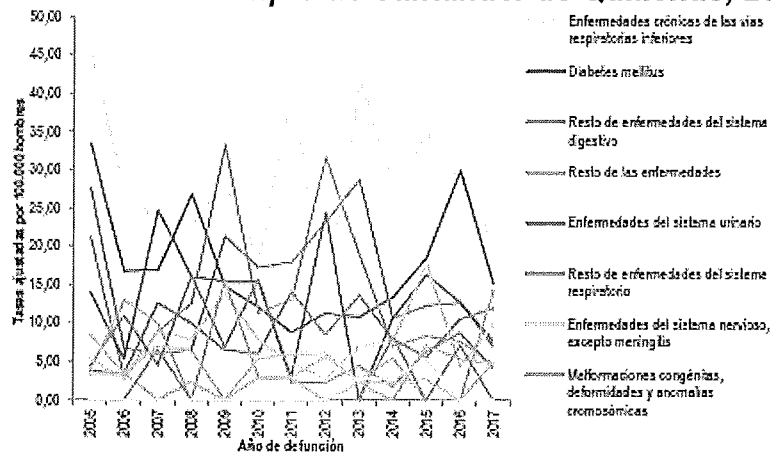
Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

### Subgrupo Hombres

Con relación al comportamiento de la mortalidad por las demás enfermedades en los hombres, las **enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores** se ubican como la primera causa de muerte cobrándose la vida de 26,66 hombres por cada cien mil. Esta es la causa más importante de este grupo, presentando valores superiores en la tasa de mortalidad en los años 2011, 2013 y 2015 con 40,53, 42,09 y 34,92 muertes por cada cien mil hombres respectivamente. La **Diabetes mellitus** ocupó en el 2020 la segunda causa de mortalidad de mayor importancia en la población masculina, cobrándose la vida de 15,1 hombres por cada cien mil, con un pico máximo en la tasa ajustada de 33,46 en el año 2005 y mínimo en el año 2011 de 8,79 en la tasa ajustada por cada cien mil hombres. El **resto de las enfermedades del sistema digestivo** ocupa el tercer lugar por haber originado en el 2020 la muerte de 7,01 hombres por cada cien mil, con un pico mínimo de 5,94 en el año 2007 en la tasa ajustada, y máximo de 28,75 en el año 2013. Así mismo el **resto de las enfermedades** ocuparon el cuarto lugar, provocando 4,66 muertes por

cada cien mil hombres en 2020, este grupo presento un pico mínimo 3,05 en la tasa ajustada en el año 2006 y un pico máximo en el año 2009 de 33,29 en la tasa ajustada por cada cien mil hombres. **Las enfermedades del sistema urinario** ocuparon en el 2020 la quinta causa de mortalidad en la población masculina, responsable de la muerte de 7,71 hombres por cien mil, con un pico máximo de 24,68 en el año 2007 y un pico mínimo de 0 en el año 2013.

**Figura 33. Tasa de mortalidad ajustada \* edad para las demás enfermedades en hombres del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020**



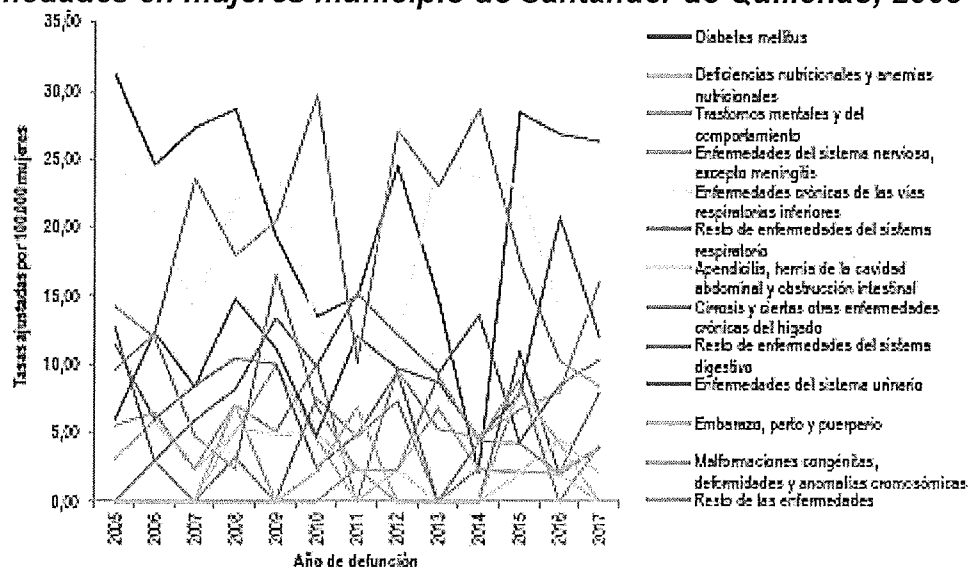
Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

Con relación al comportamiento de la mortalidad por las demás enfermedades en la población femenina entre el año 2005 y el 2020 , se presenta una similitud con la población masculina; sin embargo para el año 2016 la **diabetes mellitus** ocupó el primer lugar dentro de las causas de muerte alcanzando una tasa de 26,33 mujeres muertas por cada cien mil, comportamiento similar al año 2016 en el que se observó una tasa del 26,86 muertes por cada cien mil mujeres, en el año 2020 **las enfermedades crónicas de las vías respiratorias** ascienden a la segunda posición y son responsables de 13,80 muertes por cada cien mil mujeres, sin diferencia significativa frente al año 2016, a diferencia de la tercera causa de mortalidad denominada **resto de enfermedades** que disminuyó a 8,41 muertes por cada cien mil mujeres en el año 2020, una disminución de 1,89 muertes en la tasa ajustada por cada cien mil en relación con el año anterior.

**2.1.5.7 Enfermedades del sistema urinario** se ubicaron en el cuarto lugar, después de ocasionar la muerte a 12, 0 mujeres por cada cien mil, este subgrupo presenta una disminución de 8,77 muertes por cada cien mil mujeres en relación con el 2016.

**2.1.5.8 Resto de enfermedades del sistema digestivo** ocuparon el quinto lugar y son responsables de 10,34 muertes por cada cien mil mujeres.

**Figura 34. Tasa de mortalidad ajustada \* la edad para las demás enfermedades en mujeres municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020**

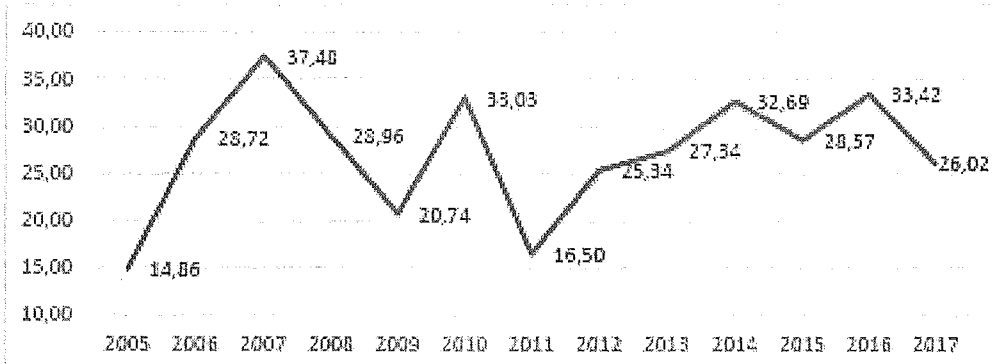


Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

**Tabla 11. Tabla de semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas municipio de Santander de Quilichao, 2005-2020**

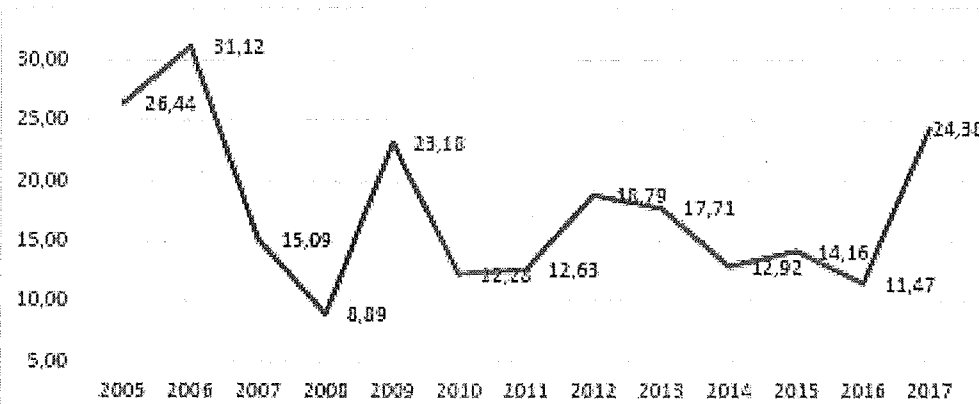
La tasa de mortalidad ajustada por accidentes de tránsito presenta un comportamiento ascendente en comparación con el año 2005, el alto consumo de alcohol y el elevado número de establecimientos que ofrecen este tipo de sustancias contribuyen a la alta accidentalidad, sumado a esto la falta de precauciones por parte de los conductores de vehículos.

**Figura 35. Tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de transporte terrestre**



Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

**Figura 36. Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del estomago**

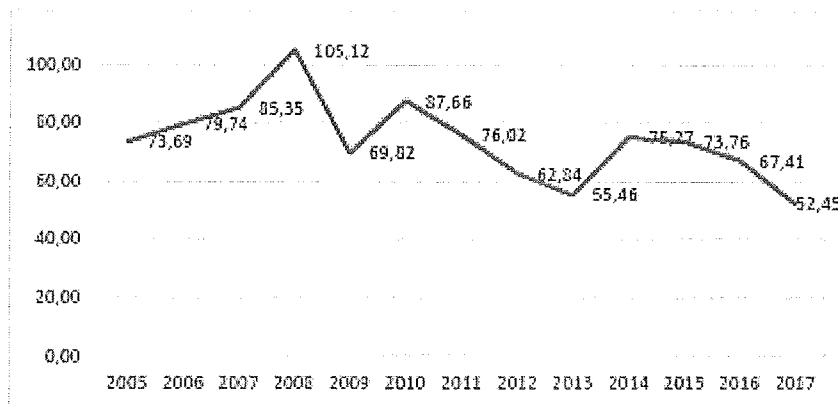


Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

Santander de Quilichao es un escenario de múltiples confrontaciones y disputas violentas inherentes a un conflicto armado de carácter histórico, en el que el bienestar e integridad de la población se fracciona por el actuar de estructuras criminales que violan permanentemente los derechos humanos (8).

El flagelo inminente de la violencia es generado por el narcotráfico y la actividad minera ilegal..

**Figura 37. Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios)**



Fuente: DANE\_SISPRO-MSP3

### 2.1.5.9 Mortalidad materno – infantil y en la niñez

En el análisis de la mortalidad infantil y en la niñez se utilizó la lista de los 16 grandes grupos que corresponde a ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias; tumores (neoplasias); enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad; enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas; enfermedades del sistema nervioso; enfermedades del oído y de la apófisis mastoides; enfermedades del sistema circulatorio; enfermedades del sistema respiratorio; enfermedades del sistema digestivo; enfermedades del sistema genitourinario; ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte; todas las demás enfermedades; causas externas de morbilidad y mortalidad; Síndrome Respiratorio Agudo Grave – SRAG.

#### a) Tasas específicas de mortalidad:

La Organización Mundial de la Salud OMS estima que aproximadamente 585 mil mujeres mueren en el mundo por complicaciones del embarazo y el parto. De estas muertes, 99% ocurre en los países en desarrollo. En América latina, la razón de mortalidad materna promedio es de 270,0 por 100 mil nacidos vivos. En América latina y El Caribe el riesgo reproductivo o la probabilidad de que una mujer muera por causa materna durante su vida es equivalente a 1/79; en Colombia es de 1/289, lo que quiere decir que por cada 289 mujeres en gestación una tiene riesgo de morir. La principal causa de mortalidad materna

en el mundo son las hemorragias (24%), seguidas de las causas indirectas (20%), las infecciones (15%), el aborto en condiciones de riesgo (13%), la eclampsia (12%), el parto obstruido (8%) y otras causas (8%)(14).

La mortalidad materna prevenible sigue siendo un problema pendiente por resolver y uno de los desafíos más cruciales en todo el mundo, pese a los progresos

alcanzados en el último decenio. De ahí que en los Objetivos de Desarrollo Sostenible se establezca, de aquí a 2030, ningún país debería tener una razón de mortalidad materna superior a 70 muertes por cada 100 000 nacidos vivos (15).

En Colombia, el subregistro estimado de las muertes maternas estimado es de 63%, calculado con base en dos componentes; en el subregistro general de las defunciones en mujeres de 15 a 49 años y en la mala codificación resultante de la ausencia del antecedente obstétrico en los certificados de defunción en éste grupo etáreo(14).

#### b) **Mortalidad Infantil Total (menores de 1 año)**

Entre el periodo analizado **ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal** generaron mayor mortalidad en menores de un año, la tasa más alta se presentó en el año 2009 con 9,36 muertes por cada mil nacidos vivos, para el año 2007 se observa una disminución a 5,25 muertes por cada mil nacidos vivos, en relación con el año 2005, en el que se presentaron 6,55 muertes por cada mil, no se ha logrado disminuir este indicador significativamente. En segundo lugar, se ubican las **malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas**, en el periodo 2005-2020 las tasas de mortalidad por estas causas han tenido un descenso importante, pasando de 4,76 a 1,31 muertes por cada mil nacidos vivos respectivamente.

**Las enfermedades del sistema respiratorio**, ocupan el tercer lugar dentro de las tasas de mortalidad infantil más frecuente, dentro del periodo analizado en los últimos dos años 2016 y 2020 no se presentaron casos de mortalidad por estas enfermedades, a diferencia de 2007 y 2012, donde se generaron 2,92 y 2,18 muertes por cada mil nacidos vivos respectivamente.

Dentro del grupo **ciertas afecciones en el periodo perinatal** para el periodo analizado 2005-2020 se presentaron 113 casos, los cuales representan el 45,5% del total, presentó en 2007 el número mínimo de 4 casos y un número mayor de 13 casos en 2009 para el año 2020 se presentaron 8 casos. La segunda causa **las malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas** representan el 25,8% del total, presentan un pico máximo en el año 2010 de 9 eventos y mínimo en el año 2012, con respecto al año 2005 presenta disminución de 6 eventos y al año anterior se mantiene igual. La tercera causa **las enfermedades del sistema respiratorio** con el 7,2 %, un pico máximo en el año 2007 de 4 eventos, con respecto a inicio de periodo

#### c) **Mortalidad en la Niñez - Total (De 1-4 años)**

Del total de muertes en la niñez se considera como primera causa **ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias** con el 29,5%, del año 2005 al 2008 presento el mismo número de eventos con posterior descenso, con respecto al año

2005 una disminución de casos de mortalidad.

**Las causas externas de morbilidad y mortalidad**, con el 16,3%, presenta un comportamiento fluctuante y con picos máximos de 2 casos en los años 2007 al 2009 respectivamente, a final de periodo se presenta un caso de mortalidad, en relación con el inicio de periodo que no se presentaron casos. Y en el tercer lugar están: las **enfermedades del sistema nervioso** con el 9,8%, en relación con el inicio de periodo, se presentaron 2 casos de mortalidad, un caso más que en 2005.

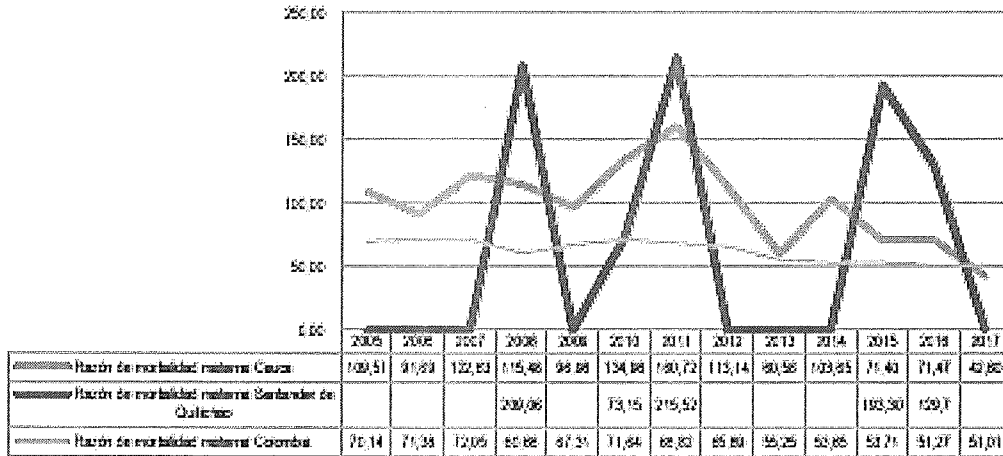
#### d) Mortalidad Infantil Total (menores de 5 años)

Del total de muertes infantiles se considera como primera causa, **ciertas afecciones en el periodo perinatal** con el 37%, un pico máximo en el año 2009 con 13 eventos y mínimo en el año 2007 con 4 eventos, con respecto al año 2005 disminuye en 1 muerte y al año anterior aumentó a 10. La segunda causa **las malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas** con el 22,6%, presentan un pico máximo en el año 2010 con 9 eventos y mínimos en los años 2010-2012 y 2014 de 2 eventos, con respecto al año 2005 una disminución de 5 muertes y en relación al 2016 no hay diferencias. La tercera causa **ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias** con el 9,3% del total y un pico máximo en el año 2006 de 6 eventos, para el año 2020 se observa una disminución de 5 eventos con respecto al año 2005 y respecto al 2016 ocurrió un evento.

#### e) Mortalidad materna

El municipio de Santander de Quilichao presenta para los años 2008, 2011, 2015 y 2016 valores superiores a los del departamento y del país, 209,06, 215,52, 193,3 y 129,7 muertes por cada cien mil nacidos vivos respectivamente. Existen condiciones socioculturales en el municipio que inciden en las altas tasas de mortalidad, la falta de adherencia por parte de las comunidades indígenas y afrodescendientes una deficiente demanda inducida y programas de captación temprana y control de las mujeres embarazadas por parte de las EAPB agudizan aún más esta problemática. Algunos factores de riesgo presentes en el municipio son: el deficiente acceso por parte de la población rural a los servicios de salud, el nivel educativo, el acceso a la información, los índices de pobreza, el desplazamiento y la residencia en zonas rurales.

**Figura 38. Razón de mortalidad materna, municipio de Santander de Quilichao, 2005 -2020**

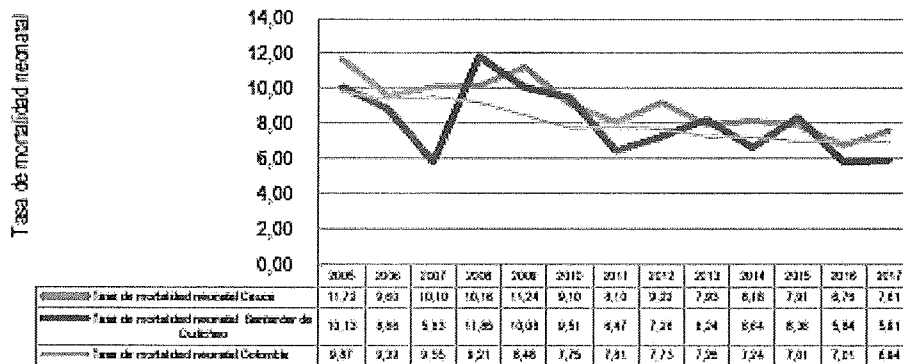


Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

f) Mortalidad neonatal

La razón de mortalidad neonatal presenta diferencias importantes, comparadas con los indicadores departamentales y nacionales para los años 2008, 2009 y 2015, 11,85, 10,08 y 8,38 muertes por cada mil nacidos vivos respectivamente. El indicador del municipio de Santander de Quilichao presenta un comportamiento decreciente en relación a los años mencionados anteriormente.

**Figura 39. Tasa de mortalidad neonatal, municipio de Santander de Quilichao, 2005 -2020**



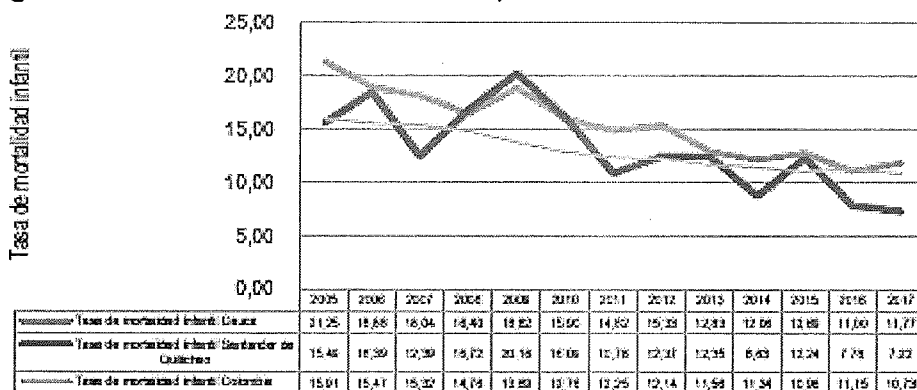
Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

g) Mortalidad infantil

Si bien los indicadores de mortalidad infantil a nivel nacional tienden a disminuir, se observa, aunque la mayoría de estas muertes se concentran en poblaciones en las que los determinantes sociales no se abordan de una manera integral y se repercuten negativamente en la población más vulnerable, situación que se presenta mayoritariamente en la ruralidad de Santander de Quilichao.

La Tasa de Mortalidad infantil presenta en el municipio de Santander de Quilichao un comportamiento por encima de la referencia de la nacional y departamental en el año 2009, en relación a los años 2006 y 2009, en los que se presentaron las tasas más altas, 18,39 y 20,16 en la tasa ajustada por cada cien mil niños respectivamente se ha logrado disminuir aproximadamente un 50% en 2020.

**Figura 40. Tasa mortalidad Infantil, Santander de Quilichao 2005 -2020**

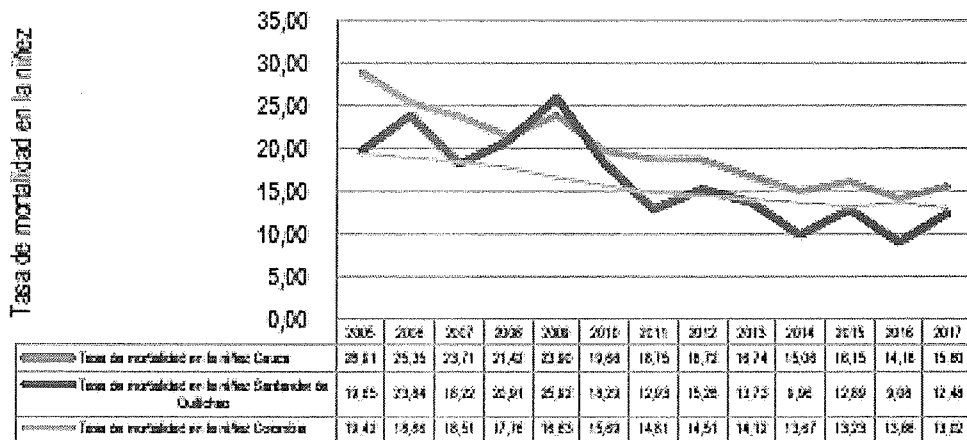


Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

h) Mortalidad en la niñez

En relación al departamento del Cauca y a la nación, el municipio de Santander de Quilichao viene presentando una disminución importante en la mortalidad de la niñez, en el año 2020 ocasionó 12,48 muertes por cada cien mil nacidos vivos, equivalente al 52% de la tasa de 23,84 en la tasa ajustada en el año 2006, en relación al año anterior se observa un ascenso de 3,8 muertes por cada cien mil. (Ver figura 39)

**Figura 41. Tasa mortalidad niñez, municipio Santander de Quilichao, 2005/2020**

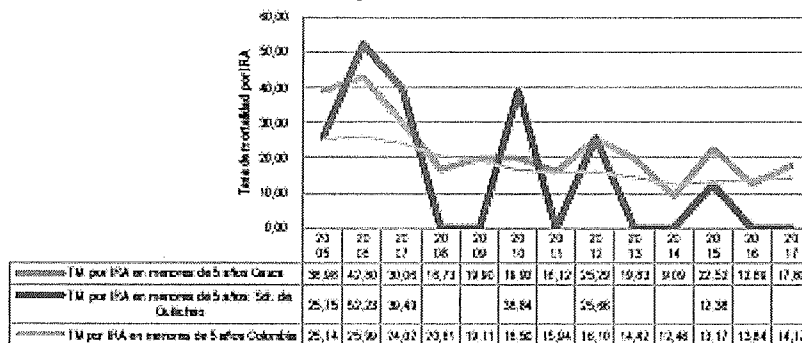


Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

### i) Mortalidad por IRA

La razón de tasas de mortalidad por infección respiratoria aguda en Santander de Quilichao presenta una disminución importante en el transcurso del tiempo. No obstante, la tasa de mortalidad por IRA ha estado por encima de la nación y el departamento en los años 2006, 2007 y 2010, con tasas de 52,23, 39,49 y 38,84 en la tasa ajustada \* cada cien mil respectivamente. Para los años 2016 y 2020 no hay indicadores.

**Figura 42. Tasa mortalidad por IRA, Santander de Quilichao, 2005 -2020**

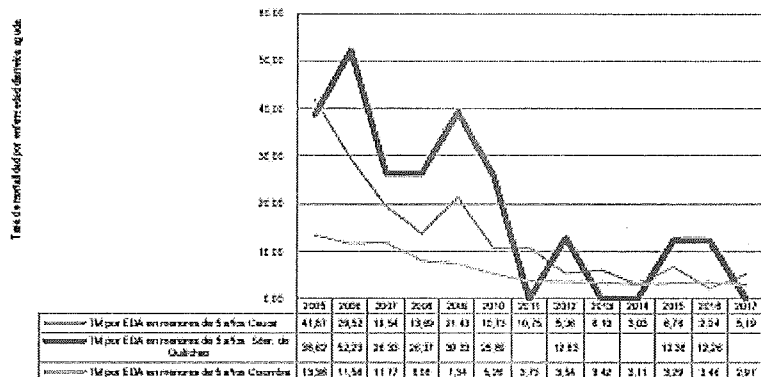


Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

### j) Mortalidad por EDA

Científicamente está demostrado que el Rotavirus es el principal patógeno productor de enfermedad diarreica en población infantil. La tasa de mortalidad de Santander de Quilichao presenta hasta mitad de periodo diferencias significativas con respecto a la nación y al departamento del Cauca, sin embargo, el indicador presenta una tendencia descendente, la tasa ajustada para 2020 disminuyó 100% en relación a la tasa de 38,62 muertes por cada cien mil en 2005.

**Figura 43. Tasa mortalidad por EDA, Santander de Quilichao, 2005 –2016**

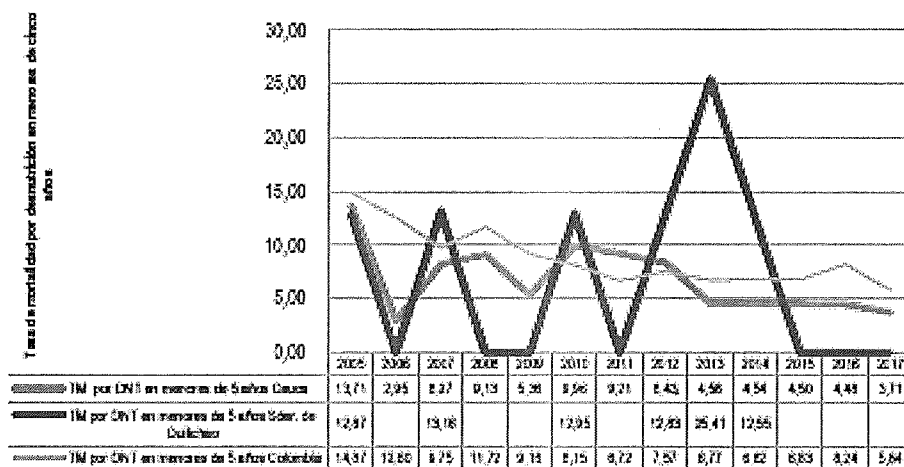


Fuente: DANE SISPRO-MSPS

k) Mortalidad por DESNUTRICIÓN

Es de resaltar que el comportamiento de la desnutrición aguda en menores de 5 años se mantiene por encima de las tasas departamentales y nacionales, sin embargo, cabe mencionar que en los años 2016 y 2020 no se presentaron indicadores por esta patología. (Ver figura 42)

**Figura 44. Tasa mortalidad por DESNUTRICION, Santander de Quilichao, 2005 -2020**



Fuente: DANESISPRO-MSPS

Mortalidades por IRA, EDA y DNT en niños de 5 años, son intolerables en general y más aún en el marco de la salud pública. La pobreza, el hacinamiento, bajas coberturas de vacunación, inequidades sociales, la etnia, la falta de higiene, agua no potable, bajo peso al nacer, deficiente alimentación con leche materna, el difícil acceso a los alimentos, sumado a la baja accesibilidad a los servicios de salud y poca intervención en los determinantes sociales de la salud potencializan el estado de vulnerabilidad de los grupos poblacionales. La presencia de estas enfermedades en una sociedad visibiliza el bajo grado de desarrollo de un municipio, departamento

o la nación.

**l) Identificación de prioridades identificadas por mortalidad general, específica y materno -infantil**

A continuación, se analizan las prioridades identificadas en la mortalidad general por las grandes causas, mortalidad específica por subgrupo y la mortalidad materno – infantil y niñez, de acuerdo a las diferencias relativas, la tendencia y los determinantes sociales de la salud.

Priorizar significa situar los problemas de acuerdo con el orden en que deben ser abordados, esto permitirá una mejor intervención en las actividades de promoción y prevención y la asignación de los recursos de manera eficiente en los próximos años y por consiguiente mejorar la salud de la población

Dentro de las principales prioridades se identificaron los 16 grupos de riesgo según el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

**Tabla 12. Identificación de prioridades en salud del municipio de Santander de Quilichao, 2005-2020**

Mortalidad	Prioridad	Santander de Quilichao 2020	Cauca 2020	Tendencia 2005 a 2018	Grupos de Riesgo (MIAS)
General por grandes causas*	1. Enfermedades del sistema circulatorio	121,26	131,08	Disminución	001
	3. Causas Externas	101,58	73,68	Disminución	012
	2. Las demás causas	106,55	96,78	Disminución	000
	4. Neoplasias	113,08	84,1	ascendente	007
Específica Por Subcausas o subgrupos	1. Enfermedades del sistema circulatorio:				
	Enfermedades isquémicas del Corazón	47,48	61,24	Disminución	001
	Enfermedades cerebrovasculares	37,58	34,36	Disminución	001
	2. Las demás causas:				
	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	16,64	23,29	Disminución	002
	Diabetes mellitus	21,24	14,72	Disminución	002
	3. Causas Externas:				
Agresiones (homicidios)	52,45	36,67	Disminución	012	
Accidentes de transporte terrestre	26,02	15,93	Disminución	012	
Mortalidad Infantil y de la niñez: 16 grandes causas	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	8		Constante	008
	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías Cromosómicas	2		Constante	008
Mortalidad Materno infantil y en la	Tasa de mortalidad en la niñez	12,48	15,60	ascendente	003

niñez: Indicadores trazadores					
-------------------------------------	--	--	--	--	--

Fuente: DANESISPRO-MSPS

## Conclusiones

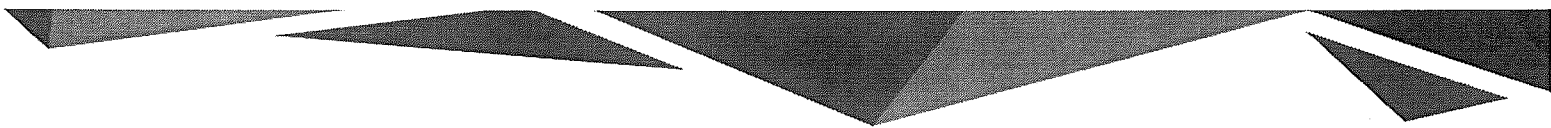
Durante el periodo analizado 2005- 2020

**las enfermedades del sistema circulatorio, muertes por causa externa, las demás causas y las neoplasias** generaron la mayor carga de mortalidad en la población Quilichagüeña. Este comportamiento se asemeja al departamental y nacional. Si bien estos grandes grupos de mortalidad son los responsables de la mayoría de las defunciones en la población en general, por sexo se halló que son las causas externas, las enfermedades del sistema circulatorio y las demás causas, las responsables de la carga de mortalidad masculina, mientras que en población femenina son las enfermedades cardiovasculares, las demás causas y las neoplasias. Se concluye entonces que es necesario desarrollar e implementar programas de promoción de estilos de vida saludable, fortalecer los programas de detección temprana y protección específica, promover la convivencia y la solidaridad, fortalecer entornos sanos, desarrollar políticas ambientales que contribuyan al buen vivir de la sociedad Quilichagüeña. Respecto al grupo de enfermedades del sistema circulatorio, la mayor parte de la mortalidad se ubica en enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares e hipertensivas, respectivamente. Para el grupo de las demás causas, la carga de mortalidad se concentra en las enfermedades de las vías respiratorias inferiores, diabetes mellitus, resto de las enfermedades del sistema digestivo y resto de las enfermedades

Dentro del grupo de las **enfermedades transmisibles** a nivel general, las tasas más altas de mortalidad se concentran en el subgrupo de las infecciones respiratorias, seguidas de enfermedades infecciosas intestinales y tuberculosis. En la población masculina los indicadores más altos se concentran en las infecciones respiratorias agudas, enfermedades infecciosas intestinales y un aumento en la prevalencia del VIH SIDA respectivamente, la población femenina padeció de las mismas causas, con excepción de la tuberculosis y la septicemia excepto neonatal que se ubica en el tercer lugar de mortalidad.

Dentro del grupo de las **neoplasias**, las tasas más altas de mortalidad se concentraron en los subgrupos tumor maligno de la próstata, tumor maligno de estómago, de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon, el tumor maligno de mama y el tumor maligno de cuello uterino.

Dentro del grupo de **causas externas**, los homicidios, suicidios y accidentes terrestres de tránsito son los culpables del mayor número de años de vida potencialmente perdidos, las cifras descritas dan cuenta de la magnitud del problema en Santander de Quilichao. Las poblaciones masculinas se ven afectados en la mayoría de los casos por enfrentamientos armados, ajuste de cuentas, bandas



de delincuenciales, situaciones de pobreza e inequidad.

En concordancia con el comportamiento de la **mortalidad infantil y la niñez** en la nación, el municipio de Santander de Quilichao viene presentando una disminución importante en la niñez, después de haber presentado tasas de mortalidad por encima de la media nacional y departamental. En cuanto a las causas de mortalidad se identifican ciertas afecciones al periodo perinatal, las malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas y ciertas enfermedades infecciosas, como las principales responsables de la carga de mortalidad en la niñez

## **2.2. Análisis de la morbilidad**

El análisis de la morbilidad es un componente importante, ya que además de que permite identificar la evolución del proceso salud – enfermedad y sus posibles causas, brinda a los planeadores y tomadores de decisión herramientas que ayudan a definir cuáles son las intervenciones para ejecutar desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Se realiza un análisis de la morbilidad agrupada, los eventos de alto costo, los eventos precursores y los eventos de notificación obligatoria, las fuentes de información corresponden a los Registros Individuales de Prestación de Servicios – RIPS, bases de datos de alto costo, del Sistema de Vigilancia de la Salud Pública – Sivigila, y otra información que contribuya al análisis de la morbilidad en el municipio.

Se estiman las medidas de frecuencia (prevalencia o proporciones, incidencia, letalidad) y medidas de razón de prevalencia, la razón de incidencias y la razón de letalidad junto con los intervalos de confianza al 95% por el método de por el método de Rothman, K.J.; Greenland.

### **2.2.1. Principales causas de morbilidad**

Para estimar las principales causas de morbilidad atendida se utilizó la lista del estudio mundial de carga de la enfermedad agrupa los códigos CIE10 modificada por el MSPS, que permite analizar las siguientes categorías de causas: condiciones transmisibles y nutricionales; condiciones maternas perinatales; enfermedades no transmisibles; lesiones, donde además de las lesiones intencionales y no intencionales se incluirá todo lo relacionado con los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de las causas externas; condiciones mal clasificadas.

- Morbilidad atendida

Dentro de las grandes causas de morbilidad atendida registradas en el año 2018 predominan los diagnósticos asociados a condiciones transmisibles y nutricionales, seguido de condiciones maternas y en tercer lugar las enfermedades no transmisibles.

**Primera infancia (0-5 años):** Para el año 2018 se registraron un total de 25.771 atenciones, siendo **las enfermedades no transmisibles** con un total de 12.882, la principal causa de consulta, donde se observa en comparación con el año 2020 un incremento del 28,3%, seguida de las de **condiciones transmisibles y nutricionales** con 6.955 consultas, donde también se observa un aumento de 6,36% en relación con el año anterior. En tercer lugar, se ubican las **condiciones mal clasificadas** con un total de 4.294 consultas, un aumento del 21,38% en relación con el año anterior.

**Infancia (6-11 años):** En el 2018 se registraron 16.886 atenciones. Las principales causas de morbilidad atendida en el año 2018 son las **enfermedades no transmisibles** con 9.248, se observa una disminución de 2,67% en relación con el 2020, seguida de las **condiciones transmisibles y nutricionales** con 3472 consultas, donde también se observa una disminución de 8,93% frente al año anterior. El tercer lugar lo ocupan las **condiciones mal clasificadas** presentando un aumento en relación con el año anterior del 18,78%, es decir un total de 3061 consultas.

**Adolescencia (12-17 años):** En la adolescencia para el año 2018 la principal causa de morbilidad atendida son las **enfermedades no transmisibles** con un total de 14.298 consultas, 2,3% de incremento frente al año 2020. La segunda causa de morbilidad atendida son las **condiciones mal clasificadas** con 3765 consultas, donde se observa un aumento del 14,69% en comparación con el año 2020, seguida de las **condiciones transmisibles y nutricionales** con 2461 consultas, donde se observa una disminución del 5,08 frente al año anterior.

**La juventud (18-28 años):** La principal causa de morbilidad atendida son las **enfermedades no transmisibles** con un total de 17.941 consultas, se observa una disminución del 4,34% en relación al 2020. La segunda causa son las **condiciones mal clasificadas** con 6.214 consultas, se observa un aumento del 9,32% frente al año anterior. Y en tercer lugar se encuentran **las lesiones** con un total de 3.782 consultas, presentando un aumento del 33.34% comparado con el año 20120.

**Adulthood (29-59 años):** La principal causa de morbilidad atendida con las **enfermedades no transmisibles** con un total de 59.866 consultas, esto representa un aumento del 2,2% frente al año 2020, la segunda causa de morbilidad atendida son las **condiciones mal clasificadas** con un total de 12255 atenciones, esto

representa un aumento del 11,31% frente al año 2020. La tercera causa de morbilidad son las **condiciones transmisibles y nutricionales** con un total de 6.496 atenciones, en comparación con el año anterior disminuyó un 9,56%.

**Mayores de 60 años:** En la vejez las mayores causas de morbilidad atendida son las **enfermedades no transmisibles** con un total de 53.853 atenciones, se observa un aumento del 3,15% en relación al 2020, la segunda causa de morbilidad son las **condiciones mal clasificadas**, con un total de 7138 atenciones, esto representa un aumento del 20,24% en comparación con el año 20120, en tercer lugar, se ubican las **lesiones** con un total de 2790 atenciones, en comparación con el año anterior se observa un aumento del 12,40%.

**Tabla 13. Principales causas de morbilidad, Total municipio de Santander de Quilichao Cauca 2009 – 2018**

Ciclo vital	Categorías de morbilidad	Total										Δ pp 2016-2017
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	45,36	42,87	48,41	39,00	42,25	35,08	37,87	38,32	31,34	25,96	-4,68
	Condiciones infecciosas	0,83	0,59	2,35	2,95	1,96	1,02	1,78	1,81	1,75	1,59	-0,17
	Enfermedades no transmisibles	32,34	37,03	31,71	35,42	39,51	43,05	48,70	46,13	44,34	43,90	-0,15
	Lesiones	3,98	5,53	4,14	6,89	5,79	5,80	5,30	5,54	5,36	4,73	-0,58
	Condiciones mal clasificadas	14,31	13,90	12,42	10,06	11,78	13,55	13,34	13,90	16,40	11,96	-0,29
Infancia (6 - 15 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	30,46	27,25	24,21	21,22	25,67	20,15	20,09	20,27	22,26	22,56	-0,70
	Condiciones infecciosas	0,00	0,00	0,12	0,02	0,00	0,07	0,13	0,38	0,35	0,42	0,27
	Enfermedades no transmisibles	47,73	50,73	55,31	58,04	57,10	60,10	53,10	52,74	55,90	54,77	-0,12
	Lesiones	3,53	7,52	8,30	10,18	6,51	5,32	7,41	7,00	8,55	8,12	-0,73
	Condiciones mal clasificadas	13,49	14,12	11,72	11,65	10,62	11,27	13,23	13,55	14,45	18,12	3,17
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	20,20	18,91	18,00	12,01	13,82	11,80	14,00	14,42	11,74	11,73	-0,01
	Condiciones infecciosas	2,42	3,52	3,95	4,13	2,10	2,09	2,35	2,88	2,89	2,49	-0,40
	Enfermedades no transmisibles	53,08	54,55	60,03	57,37	63,08	63,73	60,87	60,86	62,77	62,25	-0,42
	Lesiones	9,12	8,67	8,39	12,78	8,18	5,00	7,08	7,00	8,00	8,00	0,00
	Condiciones mal clasificadas	12,18	13,24	11,63	12,21	11,58	12,88	14,11	14,14	14,50	16,42	1,92
Juventud (14 - 29 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	17,42	15,38	12,18	12,07	12,03	12,12	12,78	12,06	11,34	9,89	-0,68
	Condiciones infecciosas	5,53	8,25	7,70	7,34	5,09	6,06	6,26	7,49	8,79	7,03	-0,25
	Enfermedades no transmisibles	57,40	59,08	58,83	58,33	64,27	61,83	60,98	59,07	59,89	53,36	-3,54
	Lesiones	7,12	6,65	8,13	9,18	6,90	7,08	7,50	8,89	7,80	11,25	3,25
	Condiciones mal clasificadas	12,37	12,23	11,08	12,18	11,42	11,64	13,30	13,74	17,13	18,48	1,95
Adultez (30 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	13,90	11,50	9,34	8,32	10,34	10,48	10,42	10,02	8,57	7,52	-0,95
	Condiciones infecciosas	0,14	0,38	1,43	1,40	1,16	1,38	1,38	1,42	1,20	1,35	0,04
	Enfermedades no transmisibles	68,83	69,09	73,06	72,22	73,78	71,48	71,48	69,52	70,40	70,24	-0,25
	Lesiones	9,05	9,35	5,79	6,74	5,19	5,62	5,46	6,54	6,54	6,41	-0,12
	Condiciones mal clasificadas	10,49	11,02	9,85	10,22	9,25	11,04	11,30	11,90	13,00	14,38	1,98
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	7,87	6,88	5,22	5,13	4,91	4,03	5,64	4,43	4,66	3,65	-0,71
	Condiciones infecciosas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Enfermedades no transmisibles	78,76	80,80	83,33	86,73	84,38	82,85	83,25	85,23	82,48	81,08	-1,38
	Lesiones	5,15	4,38	4,47	4,23	3,98	5,61	3,26	2,89	3,88	4,20	0,24
	Condiciones mal clasificadas	8,11	7,83	9,25	9,31	8,75	7,30	7,52	7,42	9,00	11,75	1,95

Fuente: RIPS-SISPROMSPS

d) Principales causas de morbilidad en hombres

**Primera infancia (0-5 años):** Para el año 2018 se registraron un total de 12,233 atenciones, siendo **las enfermedades no transmisibles** con un total de 5.838, la principal causa de consulta, donde se observa en comparación con el año 2020 un incremento del 17,51%, seguida de las de **condiciones transmisibles y nutricionales** con 3.451 consultas, donde también se observa un aumento de 4,71% con relación al año anterior. En tercer lugar, se ubican las **condiciones mal clasificadas** con un total de 2.097 consultas, un aumento del 18,41% en relación al año anterior.

**Infancia (6-11 años):** En el 2018 se registraron 8.744 atenciones. Las principales causas de morbilidad atendida en el año 2018 son las **enfermedades no transmisibles** con 4.785, se observa un aumento de 5,33% en relación con el 2020, seguida de las **condiciones transmisibles y nutricionales** con 1.825 consultas, donde se observa una disminución de 7,85% frente al año anterior.

El tercer lugar lo ocupan las **condiciones mal clasificadas** presentando un aumento en relación con el año anterior del 29,13%, es decir un total de 1.531 consultas.

**Adolescencia (12-17 años):** En la adolescencia para el año 2018 la principal causa de morbilidad atendida son las **enfermedades no transmisibles** con un total de 5.537 consultas, 7,3% de incremento frente al año 2020. La segunda causa de morbilidad atendida son las **condiciones mal clasificadas** con 1.348 consultas, donde se observa un aumento del 17,95% en comparación con el año 2020, seguida de las **condiciones transmisibles y nutricionales** con 1.171 consultas, donde se observa aumento del 1,2 frente al año anterior.

**La juventud (18-28 años):** La principal causa de morbilidad atendida son las enfermedades no transmisibles con un total de 5.671 consultas, se observa un aumento del 4,80% en relación al 2020. La segunda causa son las Lesiones con 2.547 consultas, se observa un aumento del 40,71% frente al año anterior. Y en tercer lugar se encuentran las condiciones mal clasificadas con un total de 1.649 consultas, presentando un aumento del 23.35% comparado con el año 2020.

**Adulthood (29-59 años):** La principal causa de morbilidad atendida con las **enfermedades no transmisibles** con un total de 18.608 consultas, esto representa un aumento del 4,27% frente al año 2020, la segunda causa de morbilidad atendida son las **condiciones mal clasificadas** con un total de 3.437 atenciones, esto

representa un aumento del 16,53% frente al año 2020. La tercera causa de morbilidad son las **lesiones** con un total de 3.143 atenciones, en comparación con el año anterior aumento un 15,80%.

**Mayores de 60 años:** En la vejez las mayores causas de morbilidad atendida son **las enfermedades no transmisibles** con un total de 21.303 atenciones, se observa un aumento del 6,10 en relación al 20120, la segunda causa de morbilidad son **las condiciones mal clasificadas**, con un total de 3.067 atenciones, esto representa un aumento del 19,01% en comparación con el año 2020, en tercer lugar, se ubican **las lesiones** con un total de 1.372 atenciones, en comparación con el año anterior se observa un aumento del 13,92%.

#### e) Principales causas de morbilidad en mujeres:

**Primera infancia (0-5 años) :** Para el año 2018 se registraron un total de 13.538 atenciones, siendo **las enfermedades no transmisibles** con un total de 7.044 atenciones, la principal causa de consulta, donde se observa en comparación con el año 20120 un incremento del 37,34%, seguida de las de **condiciones transmisibles y nutricionales** con 3.504 consultas, donde también se observa un aumento de 7,96% en relación con el año anterior. En tercer lugar, se ubican las **condiciones mal clasificadas** con un total de 2.197 consultas, un aumento del 24,21% en relación con el año anterior.

**Infancia (6-11 años) :** En el 2018 se registraron 8.142 atenciones. Las principales causas de morbilidad atendida en el año 2018 son las **enfermedades no transmisibles** con 4.463, se observa una disminución de 11,25% en relación con el 2020, seguida de las **condiciones transmisibles y nutricionales** con 1.647 consultas, donde también se observa una disminución de 10% frente al año anterior. El tercer lugar lo ocupan las **condiciones mal clasificadas** presentando un aumento en relación al año anterior del 8,43%, es decir un total de 1.530 consultas.

**Adolescencia (12-17 años) :** En la adolescencia para el año 2018 la principal causa de morbilidad atendida son las **enfermedades no transmisibles** con un total de 8.761 consultas, 0,8% de incremento frente al año 2020. La segunda causa de morbilidad atendida son las **condiciones mal clasificadas** con 2.417 consultas, donde se observa un aumento del 12,87% en comparación con el año 2020, seguida de las **condiciones transmisibles y nutricionales** con 1.290 consultas, donde se observa una disminución del 10,78 frente al año anterior.

**La juventud (18-28 años) :** La principal causa de morbilidad atendida son las **enfermedades no transmisibles** con un total de 12.270 consultas, se observa una disminución del 8,57 al 2020. La segunda causa son las **condiciones mal clasificadas** con 4.565 consultas, se observa un aumento del 4,25% frente al año anterior. Y en tercer lugar se encuentran **las condiciones maternas** con un total de

2.349 consultas, presentando un aumento del 6,17% comparado con el año 2020.

**Adulthood (29-59 años):** La principal causa de morbilidad atendida son las **enfermedades no transmisibles** con un total de 41.258 consultas, esto representa un aumento del 1,36% frente al año 2020, la segunda causa de morbilidad atendida son las **condiciones mal clasificadas** con un total de 8.818 atenciones, esto representa un aumento del 9,56% frente al año 2020. La tercera causa de morbilidad son las **condiciones transmisibles y nutricionales** con un total de 4.062 atenciones, en comparación con el año anterior disminuyo un 13,17%.

**Mayores de 60 años :** En la vejez las mayores causas de morbilidad atendida son las **enfermedades no transmisibles** con un total de 32.550 atenciones, se observa un aumento del 1,22% en relación al 2020, la segunda causa de morbilidad son las **condiciones mal clasificadas**, con un total de 4.071 atenciones, esto representa un aumento del 21,17% en comparación con el año 2020, en tercer lugar se ubican las **condiciones transmisibles y nutricionales** con un total de 1.634 atenciones, en comparación con el año anterior se observa una disminución del 16,65%.

**Tabla 15. Principales causas de morbilidad en mujeres, municipio de Santander de Quilichao 2009 – 2018**

Categoría	Descripción de la enfermedad	Mujeres										Año 2018
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Menores (0-18 años)	Enfermedades transmisibles y nutricionales	224,48	228,43	228,18	227,27	228,24	228,00	228,20	228,24	228,17	228,17	228,17
	Enfermedades no transmisibles	1,23	1,13	2,17	2,18	2,22	1,20	1,20	1,23	1,23	1,23	1,23
	Enfermedades mal clasificadas	223,25	227,30	226,01	225,09	226,02	226,80	227,00	227,01	226,94	226,94	226,94
	Lesiones	0,97	0,97	0,98	0,93	0,99	0,99	0,99	0,99	0,99	0,99	0,99
Adolescencia (12-18 años)	Enfermedades transmisibles y nutricionales	222,88	222,80	222,48	222,48	222,48	222,48	222,48	222,48	222,48	222,48	222,48
	Enfermedades no transmisibles	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Enfermedades mal clasificadas	222,88	222,80	222,48	222,48	222,48	222,48	222,48	222,48	222,48	222,48	222,48
	Lesiones	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Jóvenes (19-28 años)	Enfermedades transmisibles y nutricionales	18,88	17,24	18,20	17,42	18,20	18,20	18,20	18,20	18,20	18,20	18,20
	Enfermedades no transmisibles	0,14	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17
	Enfermedades mal clasificadas	18,74	17,07	18,03	17,25	18,03	18,03	18,03	18,03	18,03	18,03	18,03
	Lesiones	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Adultos (29-58 años)	Enfermedades transmisibles y nutricionales	18,87	18,21	18,21	18,20	18,20	18,20	18,20	18,20	18,20	18,20	18,20
	Enfermedades no transmisibles	1,72	1,68	1,72	1,72	1,72	1,72	1,72	1,72	1,72	1,72	1,72
	Enfermedades mal clasificadas	17,15	16,53	16,49	16,48	16,48	16,48	16,48	16,48	16,48	16,48	16,48
	Lesiones	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Personas mayores (59 años y más)	Enfermedades transmisibles y nutricionales	12,88	11,28	12,82	12,82	12,82	12,82	12,82	12,82	12,82	12,82	12,82
	Enfermedades no transmisibles	1,58	1,58	1,58	1,58	1,58	1,58	1,58	1,58	1,58	1,58	1,58
	Enfermedades mal clasificadas	11,30	9,70	11,24	11,24	11,24	11,24	11,24	11,24	11,24	11,24	11,24
	Lesiones	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: RIPS-SISPROMSPS

### 2.2.2. Morbilidad específica

#### Morbilidad específica por subgrupo - Total

En el subgrupo de condiciones transmisibles y nutricionales, sobresalen las

enfermedades infecciosas y parasitarias y las infecciones respiratorias. El primer lugar lo ocupan las **enfermedades infecciosas** con un total de 12.436 atenciones, en comparación con el año anterior se observa una disminución del 4,87%, en el segundo lugar se ubican las **infecciones respiratorias** con un total de 10922 atenciones, también presenta una disminución del 11,67 frente al año anterior, y por último se ubican las deficiencias nutricionales con 1.974 consultas, 23,96% más que el año anterior.

Con respecto a las condiciones maternas perinatales, sobresalen **proporcionalmente las condiciones maternas** con un total de 3809 consultas, 0,92% disminuyo frente al año anterior. Por otro lado, el número de consultas para las **condiciones derivadas del periodo perinatal** fueron 761, un aumento del 30,22% frente al año 2020.

Dentro del subgrupo de las enfermedades no transmisibles, sobresalen **las enfermedades, cardiovasculares, las condiciones orales y las enfermedades musculo- esqueléticas**, con el 17,56%, 15,01% y 12,36% respectivamente. Estas tres enfermedades presentan incremento en comparación con el año anterior. Lo que coincide también con las causas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares. Cabe mencionar que la diabetes mellitus presenta una tendencia al aumento.

En el municipio de Santander de Quilichao en el año 2018 se presentaron 14.060 consultas por **traumatismos, envenenamientos u otras consecuencias de causas externas**, esto representa un 87,12 % del total de consultas, esto representa un 9,26% de aumento frente al año 2020. En segundo lugar, se concentras las **lesiones no intencionales** con 12,02%, en comparación con el año anterior se presenta un aumento del 25,98%.

Tabla 16. Morbilidad específica por subgrupos en TOTAL - municipio de Santander de Quilichao 2009 – 2018

#### b) Morbilidad específica por subgrupo - Hombres

Entre los años 2009 y 2018 en los hombres, respecto al subgrupo de condiciones transmisibles y nutricionales, **las enfermedades infecciosas y parasitarios** se encuentran en el primer lugar con un total de 5.833 consultas, lo que representa un 52.02% del total de consultas, presenta una leve tendencia al descenso del 0,14% frente al año anterior, seguidas de **las infecciones respiratorias** con 42,74%, equivalente a 4790 consultas, 0,14% de disminución frente al año anterior. El tercer lugar lo ocupan las **deficiencias nutricionales** con un 5%.

En el subgrupo de las condiciones maternas el 98,10% de las consultas presentadas

fueron por **condiciones derivadas durante el periodo perinatal**, presenta una leve disminución frente al año anterior.

Ahora respecto de las enfermedades no transmisibles en la población masculina en el año 2018, **las enfermedades cardiovasculares, las condiciones orales y las enfermedades musculo-esqueléticas** ocupan los primeros lugares con el 17,44%, 16,63 y 11,88% respectivamente. En el 2020 estas enfermedades presentaban un peso porcentual de 17,56%, 17,15% y 11,05% respectivamente.

La población masculina consultó con mayor frecuencia por **traumatismos, envenenamientos u otras consecuencias de causa externa** con un total de 8670 consultas, equivalentes al 92,12% del total, 12,68% de incremento frente al 2020. La segunda causa de consulta fueron las lesiones no intencionales.

### c) Morbilidad específica por subgrupo – Mujeres

Con relación al subgrupo de condiciones transmisibles y nutricionales en la población femenina, **las enfermedades infecciosas y parasitarias** ocupan el primer lugar de importancia con 46,76% de un total de 6602 consultas, 9,04% de disminución frente al 2020, **las infecciones respiratorias** se ocupan en segundo lugar con 43,43%, presenta igualmente una disminución del 14,20% frente al año 2020. Y en tercer lugar se encuentran **las deficiencias nutricionales** con un 9,81%. Equivalente a un 25% más que el año anterior. Con respecto del subgrupo de condiciones maternas y perinatales, el primer motivo de consulta lo ocupan las **condiciones maternas** con un 88,32%, un decremento del 0,87% en relación con el año anterior, por último, se ubican **las condiciones derivadas durante el periodo perinatal** con un 11,68%, un aumento del 58,2% frente al 2020. En cuanto al subgrupo de enfermedades no transmisibles para el año 2018, sobresalen las **enfermedades cardiovasculares, las condiciones orales y las enfermedades genitourinarias** con 17,63%, 14,07% y 13,08% respectivamente, en comparación con el año 2020 -se presentó un aumento del 5,08% en las enfermedades cardiovasculares y disminución en las condiciones orales y las enfermedades genitourinarias del 15,5% y 15,53% respectivamente. En cuanto a las lesiones el 80,1% de las consultas fueron por **traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas extremas**, esto representa un incremento del 3,77% frente al año 2020, el segundo lugar lo ocupan las **lesiones no intencionales** con 18,58%, esto es un 49,20% de incremento frente al 2020.

#### d) Salud Mental

La Organización Mundial de la Salud declaró la importancia de la salud mental y estableció la necesidad de promover el bienestar, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de las personas con trastornos mentales, de ahí la importancia de la implementación y fortalecimiento de las políticas públicas encaminadas en alcanzar el bienestar y el desarrollo humano, según la OMS las enfermedades mentales tienen un impacto negativo sobre la economía, ya que disminuyen el ingreso personal y limitan el trabajo de los cuidadores. El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 incluye la convivencia social y la salud mental como prioridades, y se espera un cambio sustancial para la salud mental del territorio.

##### • Morbilidad en salud mental

**Primera infancia (0-5 años)** : Para el año 2018 se registraron un total de 1131 atenciones, siendo **los trastornos mentales y del comportamiento** con un total de 973, la principal causa de consulta, representando el 86,0% del total, donde se observa en comparación con el año 2020 un incremento del 16,55%, seguida de **epilepsia** con 154 consultas (13,6%), donde también se observa un aumento de 26,62% en relación con el año anterior. En tercer lugar, se ubican los **trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas** con un total de 4 consultas, un aumento del 25,00% en relación con el año anterior.

**Infancia (6-11 años)** : En el 2018 se registraron 2139 atenciones. Las principales causas de morbilidad atendida en salud mental en el año 2018 son **los trastornos mentales y del comportamiento** con 2.084 consultas, se observa una disminución del 18,57% con relación al 2020, seguida de la **epilepsia** con 55 consultas, donde también se observa una disminución del 90,91% frente al año anterior. No se registraron **trastornos mentales y del comportamiento** debido al uso de sustancias psicoactivas.

**Adolescencia (12-17 años)** : En la adolescencia para el año 2018 la principal causa de morbilidad atendida en salud mental son los **trastornos mentales y del comportamiento** con un total de 998 consultas, se observa una disminución del 18,93% frente al año 2020. La segunda causa de morbilidad atendida es la **epilepsia** con 87 consultas, donde se observa un aumento del 6,90% frente al año anterior, seguida de los **trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas** 35 consultas, donde se observa una disminución del 71,43% frente al año anterior.

**La juventud (18-28 años)** : La principal causa de morbilidad atendida en salud mental son los **trastornos mentales y del comportamiento** con un total de 955 consultas, se observa un incremento del 0,2% en relación con el 2020. La segunda causa es la **epilepsia** con 253 consultas, se observa una disminución del 9,09% frente al año anterior. Y en tercer lugar se ubican los **trastornos mentales y del**

**comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas** con un total de 249 consultas, presentando un aumento del 19,68% comparado con el año 2020.

**Adulthood (29-59 años):** La principal causa de morbilidad atendida son **los trastornos mentales y del comportamiento** con un total de 2618 consultas, esto representa una disminución del 2,18% frente al año 2020, la segunda causa de morbilidad atendida es la **epilepsia** con un total de 881 atenciones, esto representa un aumento del 6,36% frente al año 2020. La tercera causa de morbilidad son **los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas** con un total de 114 atenciones, en comparación con el año anterior disminuyó el 7,02% el número de consultas.

**Mayores de 60 años:** En la vejez las mayores causas de morbilidad atendida en salud mental son **los trastornos mentales y del comportamiento** con un total de 1070 atenciones, se observa una disminución del 26,92% en relación al 2020, la segunda causa de morbilidad es la **epilepsia**, con un total de 249 atenciones, esto representa una disminución del 46,99% en comparación con el año 2020, en tercer lugar se ubican los **trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas** con un registro para el año 2018.

**Tabla 19. Principales causas de morbilidad en salud mental, Total municipio de Santander de Quilichao Cauca 2009 – 2018**

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Años										A pp. 2018-2017
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Primera infancia (0-2 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	88,88	88,87	87,81	79,85	82,71	79,89	79,88	87,85	84,84	82,85	0,82
	Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas	0,80	0,80	0,80	0,87	0,88	0,80	0,84	0,80	0,80	0,81	0,83
	Epilepsia	17,14	23,12	27,19	34,20	44,27	50,45	54,49	62,59	67,66	74,73	10,76
Infancia (3-17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	26,77	26,87	27,30	26,92	24,29	25,18	26,26	28,79	28,79	28,18	0,82
	Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas	0,80	1,45	7,14	0,00	0,02	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00
	Epilepsia	21,29	19,84	0,50	1,47	0,72	4,82	19,84	21,29	4,82	4,82	0,00
Adolescencia (18-17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	48,22	28,80	63,77	27,71	28,48	78,08	88,84	82,80	64,71	64,71	0,82
	Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,02	0,54	0,00	8,52	10,14	9,24	0,00	1,81	1,81	0,00
	Epilepsia	48,22	28,80	22,74	0,00	15,82	11,73	9,62	13,13	3,47	3,47	0,00
Jovenes (18-34 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	80,85	88,70	88,87	88,84	88,81	88,88	88,87	88,89	78,08	78,08	0,82
	Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas	1,50	2,73	13,40	0,13	27,09	8,52	11,57	8,19	2,43	2,43	0,00
	Epilepsia	20,68	42,54	20,20	20,15	13,40	22,62	23,40	24,91	19,48	19,48	0,00
Adultos (35-59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	88,88	88,87	79,80	79,88	88,81	78,82	78,42	73,82	80,86	80,86	0,82
	Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas	0,40	0,03	1,87	0,72	0,00	2,54	1,88	1,70	1,81	1,81	0,00
	Epilepsia	88,81	84,34	25,23	29,87	28,85	20,82	18,71	20,79	17,43	17,43	0,00
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	88,88	74,30	88,18	88,88	80,88	82,72	88,48	82,80	82,88	82,40	0,82
	Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas	0,00	1,13	0,00	0,00	0,18	0,00	0,02	0,00	0,12	0,12	0,00
	Epilepsia	12,80	24,86	10,00	10,62	7,12	4,18	3,64	0,10	17,76	17,76	0,00

Fuente: RIPS-SISPROMSPS

### 2.2.3. Morbilidad de eventos de alto costo

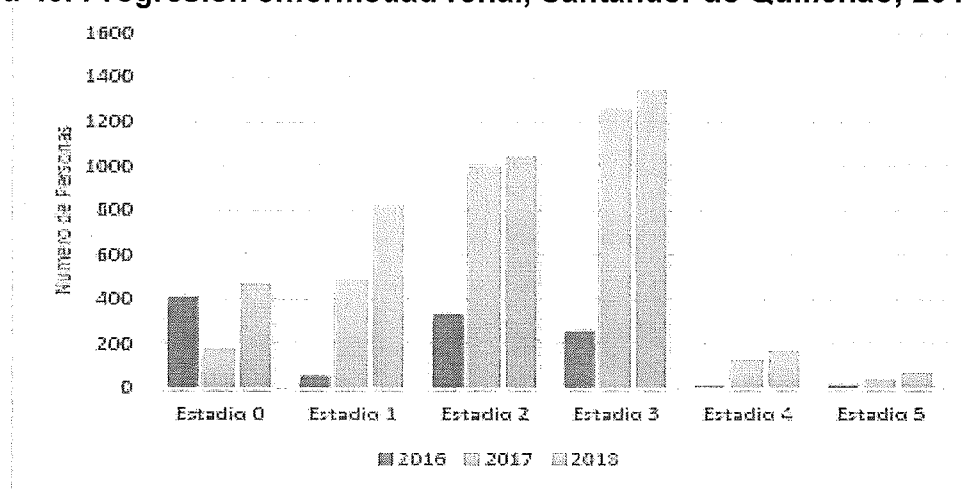
La semaforización de los eventos de alto costo para el municipio de Santander de Quilichao, no permite hacer apreciaciones contundentes sobre la tendencia de los eventos de alto costo debido a la falta de datos.

**Tabla 20. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costos del municipio de Santander de Quilichao, 2006-2018**

Evento	Cauca	Santander de Quilichao	Comportamiento														
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
Prevalencia en Diagnósticos de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de sustitución o reemplazo renal.	1,56	1,80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de sustitución o reemplazo renal por 100.000 afiliados	8,39	7,34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de incidencia de VIH notificada	15,52	9,27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mieloide (menores de 15 años)/2017	0,49	3,20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfóide (menores de 15 años)/2017	3,64	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: RIPS-SISPROMSPS

**Figura 45. Progresión enfermedad renal, Santander de Quilichao, 2016-2018**



La prevalencia de la enfermedad renal crónica aumenta fundamentalmente en consecuencia del incremento de la incidencia de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. Los pacientes hipertensos tienen mayor riesgo de padecer enfermedades no solo cardiovasculares sino también renales. Evidencias epidemiológicas ponen de manifiesto el significado de la hipertensión arterial en el inicio y la progresión de la enfermedad renal, como se describió anteriormente la carga de mortalidad por hipertensión arterial en Santander de Quilichao es progresiva, si a ese factor le

agregamos la diabetes, el riesgo aumenta de manera considerable. El análisis de la situación de salud del periodo 2005- 2018 permite observar la tendencia progresiva de estas dos enfermedades.

#### 2.2.4. Morbilidad de eventos precursores

Según la semaforización de los eventos precursores para el municipio de Santander de Quilichao, se observa que la prevalencia de diabetes mellitus y de hipertensión tiende a descender, indicadores que no se reflejan dentro de los grandes grupos de enfermedades con alta carga de mortalidad. No obstante, se esencial mejorar el proceso de captación y seguimiento de estas enfermedades e incorporar la población afectada en programas de enfermedades crónicas, con el fin de prevenir complicaciones y mortalidad prematura.

**Tabla 21. Semaforización y tendencia eventos precursores del municipio de Santander de Quilichao, 2011-2018**

Evento	Cauca	Santander de Quilichao 2018	Comportamiento									
			2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Prevalencia de diabetes mellitus	1,83	2,60	-	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘
Prevalencia de hipertensión arterial	5,18	6,21	-	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘

Fuente: RIPS-SISPROMSPS

#### 2.2.5. Morbilidad de eventos de notificación obligatoria


Los eventos de notificación obligatoria que presentan peor situación con respecto al departamento en el año 2020 es la tuberculosis pulmonar, para el 2018 no se dispone aún de información.

#### Análisis de la peor situación

La letalidad por tuberculosis pulmonar se encuentra en peor situación en año 2020 con respecto al departamento.

El Ministerio de Salud y Protección Social garantiza el diagnóstico y tratamiento gratuitos en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), sin embargo, es fundamental la concurrencia de otros sectores con el fin de dar un soporte integral a los pacientes y sus familias, dado que la Tuberculosis afecta con mayor frecuencia a las poblaciones con mayor vulnerabilidad agravando sus condiciones de pobreza.

La más efectiva forma de prevención de la tuberculosis es el diagnóstico precoz y el tratamiento con esquemas terapéuticos adecuados de todos los casos, para



cortar la cadena de transmisión, aspectos que se fortalecen mediante la comunicación y educación a las comunidades y al personal de salud.

Se deben realizar pruebas a los contactos de las personas enfermas para comprobar si se han infectado o no. La vacunación con BCG tiene gran importancia para prevenir las formas progresivas y graves de la enfermedad, principalmente la meningitis tuberculosa y la tuberculosis miliar.

**Tabla 23 Tabla de eventos de notificación obligatoria del municipio de Santander de Quilichao, 2008- 2018**

Eventos Sivigila 2008-2018												
AÑO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total general
19698 - Santander De Quilichao	596	649	761	800	998	1.319	1.332	1.362	1.359	1.375	1.436	11.987
ACCIDENTE OFIDICO	3	8	6	5	2	5	3	4	2	3	3	45
BAJO PESO AL NACER					5	30	18	31	35	30	48	197
MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN						1	1					2
DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5									2	4	7	13
CÁNCER DE LA MAMA Y CUELLO UTERINO									26	25	8	59
CHAGAS					5	1						6
DENGUE	42	238	321	49	43	115	52	60	126	8	50	1.104
CHIKUNGUNYA								65	79	1		145
DENGUE GRAVE	4	18	21			4	4		5			56
EVENTO ADVERSO SEGUIDO A LA VACUNACION			1	1		2	1	2	1	1		9
AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	414	105	165	448	499	539	606	568	522	640	534	5.040
FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	2											2
HEPATITIS A (BROTE)	1	17	10	48	14	15	4	2	2	2	1	116
HEPATITIS B	5	1		1	4		2		1		4	18
ENFERMEDADES HUERFANAS - RARAS									2		27	29
HIPOTIROIDISMO CONGENITO								1				1
ESI - IRAG (VIGILANCIA CENTINELA)	3	66	25	2	1	3	7	7	12	28	39	193
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA					1	2	1	4	2	6	8	24
INTENTO DE SUICIDIO									41	60	76	177
INFECCION ASOCIADA A DISPOSITIVOS									3		4	7
INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS	17	23	26	33	39	49	41	39	39	33	14	363
INTOXICACIÓN POR FÁRMACOS	11	16	12	13	20	25	30	37	8	20	16	209
INTOXICACIÓN POR METANOL										4		4
INTOXICACIÓN POR SOLVENTES	1		2	3		2			2	1		11
INTOXICACIÓN POR OTRAS SUSTANCIAS QUÍM.					18	21	23	22	16	19	18	137
INTOXICACION POR MONOXIDO DE CARBONO Y OTROS GASES				1							2	3
INTOXICACION POR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS			1	1	12	7	5	4	2	6	6	44
LEISHMANIASIS CUTÁNEA	5	1	8	2	5	3	4	2			1	31

Eventos Sivigila 2008-2018												
AÑO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total general
LEISHMANIASIS MUCOSA					1							1
LEPRA		2	3		1	1			1	1	1	10
LESIONES POR ARTEFACTOS EXPLOSIVOS							4	13	5	8	13	43
LEPTOSPIROSIS	3	54	3	2	5		1	1	2	3	31	103
LEUCEMIA AGUDA PEDIATRICA LINFOIDE	1			1	2	2		3		1		10
LEUCEMIA AGUDA PEDIATRICA MIELOIDE					1					1		2
LESIONES POR POLVORA	3	9	10	7	11	7	5				6	58
CANCER INFANTIL							7	2	3	1		13
MALARIA ASOCIADA (FORMAS MIXTAS)			1			9						10
MALARIA FALCIPARUM	1	2	1	2	1	3	1					11
MALARIA VIVAX	4	9	19	7	2	22			2			65
MALARIA COMPLICADA	1					2	1			1		5
MENINGITIS MENINGOCÓCCICA				1					1			2
MENINGITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE			3									3
MENINGITIS POR NEUMOCOCCO										1		1
MENINGITIS TUBERCULOSA					1		2	2	1	1		7
MORBILIDAD MATERNA EXTREMA					11	6	27	45	41	37	39	246
MORTALIDAD MATERNA	3		1	4		1		4	2			15
MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDIA	26	21	22	14	25	21	22	31	29	26	23	260
MORTALIDAD POR EDA 0-4 AÑOS		3	1		1			1		1		7
MORTALIDAD POR IRA		3			1					1		5
PAROTIDITIS		1	15	21	10	11	24	14	15	12	15	138
RABIA HUMANA	2											2
ANOMALIAS CONGENITAS			1	6	6	9	15	16	10	11		74
SÍFILIS CONGÉNITA	5	6	7	7	9	6	6	3		1	3	53
SÍFILIS GESTACIONAL	7	6	11	10	14	14	7	10	1	7	6	93
TOSFERINA		3	3	4	5	4	1		3		2	27
TUBERCULOSIS EXTRA PULMONAR	3	3	2	5		4	6	6	11	6		48
TUBERCULOSIS PULMONAR	10	11	15	10	21	24	29	29	20	14		183
VARICELA INDIVIDUAL	3	13	39	88	140	153	137	96	81	102	85	937
VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	6	3	6	4	10	7	18	9	16	12	43	136
VCM, VIF, VSX					52	188	217	229	164	216	281	1.347
ZIKA									23		2	25

Fuente: Sivigila. Consultado el 13.12.2019

## 2.2.6. Análisis de la población en condición de discapacidad 2019

Informes de la Organización Mundial de la Salud sobre discapacidad, describen que algunas de las razones por las cuales aumenta el número de personas con discapacidad a nivel mundial, es el envejecimiento de la población y la prevalencia e incidencia de las enfermedades crónicas, como las enfermedades del sistema cardiovascular, enfermedades del sistema nervioso y sistema renal.

En el mundo, alrededor de un 15% de la población, o mil millones de personas, viven con algún tipo de discapacidad, según el Informe Mundial sobre la Discapacidad de la OMS publicado en 2011.

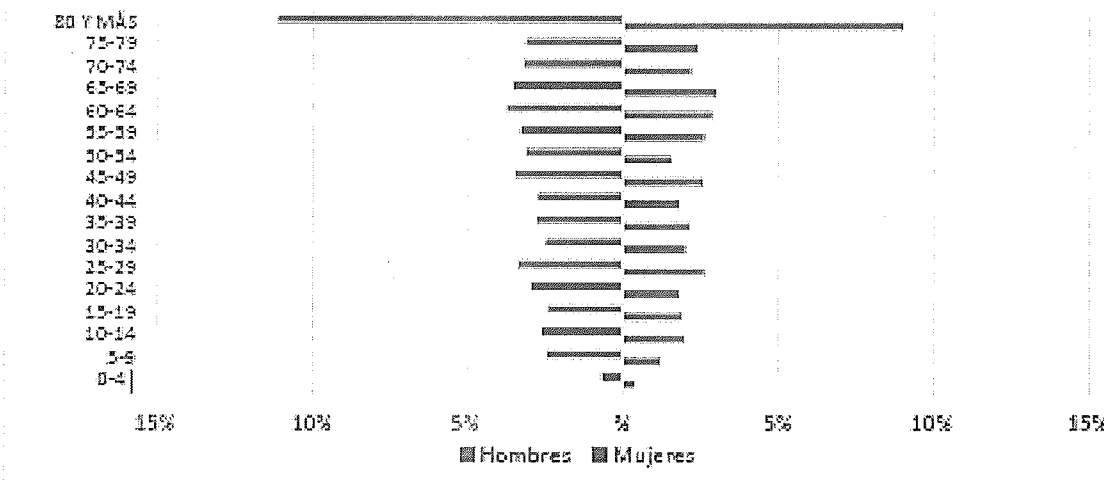
El movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas ocupan la primera causa discapacidad, la segunda causa el sistema nervioso, la tercera causa los ojos, la cuarta causa la voz y el habla, la quinta causa de discapacidad los oídos. El 57,53% de las personas en situación de discapacidad son hombres y el 43% mujeres. El 20% de las personas en situación de discapacidad son mayores de 80 años y el 50% son personas entre 40 y 79 años. Ver tabla 32.

**Tabla 24. Población en condición de discapacidad por grupos de edad y sexo año 2019**

Personas con Discapacidad por edad	F	M	Total general	%
De 0 a 04 años	10	16	26	1,06
De 05 a 09 años	30	59	89	3,06
De 10 a 14 años	43	63	112	4,03
De 15 a 19 años	47	58	105	4,34
De 20 a 24 años	45	72	117	4,64
De 25 a 29 años	64	81	145	6,00
De 30 a 34 años	50	60	110	4,55
De 35 a 39 años	53	67	120	4,96
De 40 a 44 años	45	66	111	4,50
De 45 a 49 años	63	84	147	6,08
De 50 a 54 años	39	75	114	4,71
De 55 a 59 años	64	80	144	5,96
De 60 a 64 años	70	91	161	6,66
De 65 a 69 años	73	85	158	6,53
De 70 a 74 años	54	77	131	5,42
De 75 a 79 años	59	76	135	5,58
De 80 años a más	221	272	493	20,39
<b>Total</b>	<b>1048</b>	<b>1382</b>	<b>2410</b>	<b>100</b>

**Fuente** Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD). Datos disponibles en el cubo de discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social. Corte 25 de septiembre de 2019, existen 25 registros en los cuales se desconoce el sexo y el tipo de discapacidad, por tal razón no están representados en esta grafica.

**Figura 47. Pirámide poblacional de las alteraciones permanentes año 2019**



**Fuente** Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD). Datos disponibles en el cubo de discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social. Corte 25 de septiembre de 2018

Dentro de las alteraciones permanentes el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas son las que registran mayor frecuencia en el municipio de Santander de Quilichao seguido las del sistema nervioso, de las alteraciones de los ojos, voz y habla, oídos. Ver Tabla 47.

**Tabla 25. Distribución de las alteraciones permanentes del municipio de Santander de Quilichao, 2019**

Tipo de discapacidad	Personas	Proporción**
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	1.347	55,14
El sistema nervioso	1125	46,05
Los ojos	965	39,50
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	412	16,88
Los oídos	581	22,98
La voz y el habla	704	28,82
La digestión, el metabolismo, las hormonas	234	9,58
El sistema genital y reproductivo	227	9,29
La piel	112	4,58
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	106	4,34
Ninguna	0	0,00
<b>Total</b>	<b>2.443</b>	

Corte Septiembre de 2019

\*\* Una persona puede tener más de una discapacidad por lo tanto la suma de la columna de proporciones no será 100%

Fuente Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD).

Datos disponibles en el cubo de discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social.

### 2.2.7. Identificación de prioridades principales en la morbilidad

Tabla 26. Prioridades identificadas en la morbilidad atendida, eventos de alto costo y eventos de notificación obligatoria municipio de Santander de Quilichao, 2018

Morbilidad	Prioridad	CAUCA 2018	SANTANDER 2018	Tendencia	Grupos de Riesgo (MIAS)
<b>General por grandes causas</b>	1.Primera infancia- Enfermedades transmisibles y nutricionales	33,15	49,99	Aumento	0
	2.Infancia - Enfermedades no transmisibles	51,49	54,77	Disminución	0
	3.Adolescencia- Enfermedades no transmisibles	57,24	62,35	Disminución	0
	4-Juventud -Enfermedades no transmisibles	54,85	53,36	Disminución	0
	5-Adulterez-Enfermedades no transmisibles	69,33	70,24	Disminución	0
	6-Persona mayor-Enfermedades no transmisibles	82,03	81,09	Disminución	0
<b>Específica por Subcausas o subgrupos</b>	<b>No transmisibles:</b>				
	1. Enfermedades cardiovasculares	21,3	17,56	Aumento	1
	2. Condiciones orales	13,66	15,01	Disminución	6
	3. Enfermedades musculo esqueléticas	11,77	12,36	Aumento	0
	<b>Transmisibles y nutricionales:</b>				
	1. Enfermedades infecciosas y parasitarias	44,98	49,09	Aumento	9
	2. Infecciones respiratorias	48,37	43,12	Disminución	0
	<b>Lesiones</b>				
	1. Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas	92,47	87,12	Disminución	12
	<b>Morbilidad por condiciones Maternas</b>				
	2. Condiciones maternas	83,18	83,35	Disminución	8
	<b>Neoplasias:</b>				
	1. Neoplasias malignas	1,87	2,26	Aumento	7
<b>Precusores</b>	1. Prevalencia de Hipertensión Arterial	5,18	6,97	Aumento	1
	2.Prevalencia de Diabetes Mellitus	1,83	2,03	Aumento	1
<b>Eventos de Notificación Obligatoria (ENO)</b>	<b>Transmisión Área y Contacto</b>				
	Tuberculosis pulmonar	7,66	14,29	Disminución	9
<b>Discapacidad</b>	1. El movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas	49,97	55,14	Disminución	0
	2.Enfermedad del Sistema Nervioso	47,34	46,05	Aumento	0
	3.Enfermedad de los Ojos	32,3	39,5	Disminución	0

Fuente: elaboración a partir de Indicadores SISPRO y RLCPD

## Conclusiones

En la morbilidad atendida en Santander de Quilichao durante el periodo 2009-2020 se observa, a nivel general que a partir del ciclo vital de la infancia (6-11 años) la mayor carga de morbilidad atendida la presentan las **enfermedades no transmisibles**, seguidas de las **condiciones mal definidas**, y el tercer lugar lo ocupan **las enfermedades transmisibles y nutricionales**. Durante la primera infancia e infancia encontramos las mismas enfermedades, pero con una pequeña alteración en su orden, así; **las enfermedades no transmisibles, las enfermedades transmisibles y nutricionales y seguidas de las condiciones mal definidas**.

Las enfermedades no transmisibles representan con diferencia la causa de defunción más importante en el mundo, pues acaparan un 63% del número total de muertes anuales. Las enfermedades no transmisibles son las responsables de quitarle la vida a más de 36 millones de personas cada año. Cerca del 80% de las muertes por ENT se concentran en los países de ingresos bajos y medios.

Las enfermedades crónicas se definen como procesos fisiopatológicos de largo tiempo sin capacidad de resolución espontánea, con baja expectativa de curación representando una carga socioeconómica con alto potencial de dependencia y discapacidad.

El aumento de la edad se relaciona con el aumento de las enfermedades crónicas, según las cifras analizadas las enfermedades más representativas son las enfermedades cardiovasculares, las condiciones orales y las enfermedades musculoesqueléticas, donde llama la atención que las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus, los desórdenes endocrinos, las enfermedades genitourinarias prevalecen en la población femenina.

Es de resaltar el número en aumento de casos de morbilidad atendida por Diabetes Mellitus e Hipertensión arterial y neoplasias, la mejora en aspectos como cobertura universal y/o acceso al sistema de salud han contribuido al registro de estos datos, no obstante existen múltiples factores de riesgo asociados a estas patologías, por ejemplo: los inadecuados hábitos de vida, como el excesivo consumo de sal, consumo de azúcar y de harinas, la baja ingesta de frutas y verduras, el sedentarismo de la población, el consumo de cigarrillo y de bebidas alcohólicas y la mala adherencia a los tratamientos. Las instituciones educativas, las EAPB, la institucionalidad y otros actores están llamados a fortalecer y promocionar actividades que hagan énfasis en estilos de vida saludable, la creación de entornos sanos para la actividad física. Las EAPB deben realizar esfuerzos dirigidos a fortalecer a edades cada vez más tempranas actividades de promoción y tamizajes, pero también no dejar de lado unos de los factores esenciales de la Atención Primaria en Salud, nos referimos al Empoderamiento comunitario. Las condiciones más clasificadas ocupan una proporción representativa dentro de este grupo, la alta

presencia de condiciones mal clasificadas seguramente se relaciona con el Registro Individual de Prestación de Servicios y clasificación inadecuada de los datos, quizá debido a brechas de conocimiento sobre el sistema de clasificación ICD-10 , se considera pertinente recomendar a los centros asistenciales y a todas las EAPB la asesoría y asistencia técnica de su personal asistencial con el fin de optimizar la calidad del dato y brindar una atención oportuna, integral y de calidad a la población Quilichagüeña.

Durante el análisis del periodo 2009-2018 las lesiones se concentran con mayor proporción en adolescencia y juventud, la principal causa son los traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias por causa externa

### **3. DIAGNOSTICO CONTEXTO INTERNO ESE QUILISALUD**

#### **3.1 DIAGNOSTICO Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad**

Según el Decreto 1011 de 2006 se definen como componentes del SOGC para los Prestadores de Servicios de Salud y Entidades Administradoras, los siguientes:

##### **3.1.1 Sistema Único de Habilitación:**

Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.

**El diagnóstico presentado por la ESE, se realizó bajo lo estipulado en la Resolución 3100 de 2019** "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud", En la cual se estipula lo siguiente:

**Artículo 3.** *Condiciones de habilitación que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud.* Los Prestadores de Servicios de Salud, para su entrada y permanencia en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, deben cumplir las siguientes condiciones:

- a) Capacidad Técnico-Administrativa. – Cumple
- b) Suficiencia Patrimonial y Financiera. - Cumple
- c) Capacidad Tecnológica y Científica. – Cumple

### a) Capacidad Técnico-Administrativa.

Las condiciones de capacidad técnico-administrativa están referidas al cumplimiento de criterios que se ajustan a la normatividad que regula la materia de acuerdo con la clasificación de las empresas según su naturaleza jurídica, así

- **Existencia y representación legal**

QUILISALUD ESE, está clasificada según su naturaleza jurídica así:

Tabla 27. Naturaleza Jurídica

<b>Naturaleza</b>	<b>Modalidades</b>	<b>Tipo</b>
Derecho público	Empresas Sociales del Estado	Municipal

Fue creada mediante acto administrativo No. 036 de 4 de enero 1997 por el cual se le dio vida jurídica.

Sistema contable La institución prestadora de servicios de salud cuenta con registros contables con las especificaciones definidas en el plan general de contabilidad pública, cuando se trate de una entidad descentralizada del orden nacional, y territorial, entidad autónoma y entidad.

QUILISALUD ESE, lleva su contabilidad con en el Programa Sistema Integrado de Información Financiera y Administrativa PRECONT.

### b) **Suficiencia patrimonial y financiera**

Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de la Institución Prestadora 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.

Las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera de la Institución Prestadora de Servicios de Salud se evidencian con los estados financieros certificados por el revisor fiscal o el contador.

Tabla 28. Indicadores de suficiencia patrimonial y Financiera

INDICADOR	FORMULA	2021	2022	2023
Patrimonio	<u>Patrimonio Total</u>	275,11	320,20	362,36
	Capital			
Obligaciones Mercantiles	Sumatoria de los montos de obligaciones mercantiles vencidas en <u>más de 360 días</u>	0,00	0,00	0,03
	Pasivo Corriente			
Obligaciones Laborales	Sumatoria de los montos de obligaciones laborales vencidas en <u>más de 360 días</u>	0,00	0,00	0,00
	Pasivo Corriente			

Fuente: Oficina Contabilidad Quilisalud ESE

De acuerdo a los indicadores de Suficiencia patrimonial indica que la Empresa Quilisalud E.S.E. presenta solvencia económica con la cual puede realizar la prestación adecuada, oportuna y con la calidad requerida de los servicios de salud, debido a que cuenta con el respaldo financiero para cubrir las obligaciones como cuentas por pagar, beneficios a empleados y otras cuentas por pagar.

Durante estas vigencias al cierre de cada periodo no se reflejan pasivos por conceptos de cuentas por pagar y obligaciones laborales por lo cual los indicadores de obligaciones mercantiles y obligaciones laborales dan en 0%.

### c) Capacidad Tecnológica y Científica.

Las condiciones tecnológicas y científicas tienen como misión proteger y dar seguridad a los usuarios al garantizar el cumplimiento de unos criterios mínimos para el funcionamiento de los servicios que cualquier tipo de prestador de servicios de salud habilite, a partir de los estándares de habilitación.

A continuación, se presenta el porcentaje de cumplimiento para el Sistema único de habilitación, en los 5 NAP que conforman QUILISALUD ESE para la vigencia 2024, bajo la resolución 2003 de 2019.

Tabla 29. Condensado cumplimiento SUH

NOMBRE PRESTADOR		QUILISALUD NAP CENTRO		COD. REPS 196980002610
ESTANDAR		No. Criterios que aplican a la NAP	No. Criterios que se cumplen	% CUMPLIMIENTO
Capacidad tecnológica y científica.	1. Talento humano.	6	5	80%
	2. Infraestructura.	17	12	50%
	3. Dotación.	5	3	40%
	4. Medicamentos, dispositivos médicos e insumos.	7	5	80%
	5. Procesos Prioritarios.	9	7	60%
	6. Historia Clínica y Registros.	8	7	80%
	7. Interdependencia.	2	1	90%

NOMBRE PRESTADOR		NAP Morales Duque		COD. REPS 196980002601
ESTANDAR		No. Criterios que aplican al Centro	No. Criterios que se cumplen	% CUMPLIMIENTO
Capacidad tecnológica y científica.	1. Talento humano.	6	5	80%
	2. Infraestructura.	17	13	65%
	3. Dotación.	5	3	70%
	4. Medicamentos, dispositivos médicos e insumos.	7	5	80%
	5. Procesos Prioritarios.	9	7	60%
	6. Historia Clínica y Registros.	8	7	80%
	7. Interdependencia.	2	1	90%

NOMBRE PRESTADOR		NAP Antonio Nariño		COD. REPS 196980002602
ESTANDAR		No. Criterios que aplican al Centro	No. Criterios que se cumplen	% CUMPLIMIENTO
Capacidad tecnológica y científica.	1. Talento humano.	6	5	80%
	2. Infraestructura.	17	15	70%
	3. Dotación.	5	3	70%
	4. Medicamentos, dispositivos médicos e insumos.	7	5	80%
	5. Procesos Prioritarios.	9	7	60%
	6. Historia Clínica y Registros.	8	7	80%
	7. Interdependencia.	2	1	90%

NOMBRE PRESTADOR		NAP Mondomo		COD. REPS 196980002604
ESTANDAR		No. Criterios que aplican al Centro	No. Criterios que se cumplen	% CUMPLIMIENTO
Capacidad tecnológica y científica.	1. Talento humano.	6	5	80%
	2. Infraestructura.	17	17	100%
	3. Dotación.	5	3	70%
	4. Medicamentos, dispositivos médicos e insumos.	7	5	80%
	5. Procesos Prioritarios.	9	7	60%
	6. Historia Clínica y Registros.	8	7	80%
	7. Interdependencia.	2	1	90%

NOMBRE PRESTADOR		NAP UNIDAD DE ATENCION DEL RIESGO		COD REPS 196980002 611
ESTANDAR		No. De Criterios que aplican al centro	No. Criterios que se cumplen	% Cumplimien to
Capacidad tecnológica y científica	1. Talento Humano	6	5	85%
	2. Infraestructura	17	1	80%
	3. Dotación	5	3	90%
	4. Medicamentos, dispositivos médicos e insumos.	7	5	90%
	5. Procesos prioritarios.	9	7	70%
	6. Historia clínica y registros.	8	7	75%
	7. Interdependencia	2	1	80%

Fuente: Oficina de Planeación y Calidad Quilisalud ESE

En cuanto a la verificación de servicios inscritos en REPS y no prestados encontramos para los 5 NAP:

#### Habilitados NO prestados

- Terapia Ocupacional
- Terapia Respiratoria
- Pediatría
- Nefrología
- Oftalmología
- Fonoaudiología y Terapia del lenguaje

En cuanto a servicios certificados para la Habilitación, se observa que los servicios registrados en el REPS por QUILISALUD ESE, no están certificados.

### 3.1.2 SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN

Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, 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.

Para las IPS's de baja complejidad, la Autoevaluación de acreditación está enmarcada bajo el manual de acreditación para servicios ambulatorios y hospitalarios de Colombia versión 3.1 resolución 5095 de 2018y la Resolución 408 de 2018, estándar No. 1 Mejoramiento continuo de la Calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior, los resultados obtenidos en la vigencia 2021 – 2023 son los siguientes.

Tabla 30. Resultados SUA Vigencia 2020 - 2023

RESULTADOS POR VIGENCIA		
Año 2021	Año 2022	Año 2023
1.47	1.49	1.51

Fuente: Oficina de Planeación y Calidad ESE

En este diagnóstico debemos aclarar, que los estándares del Sistema Único de Acreditación, además, de la autoevaluación cualitativa donde se identifican fortalezas y oportunidades de mejoramiento, también realiza autoevaluación de tipo cuantitativo que implica tres dimensiones: **ENFOQUE** se refiere a las directrices, métodos y procesos que la institución utiliza para ejecutar y lograr el propósito solicitado en cada tema o variable que se va a evaluar; La dimensión **IMPLEMENTACIÓN**: Se refiere a la aplicación del enfoque, a su alcance y extensión dentro de la institución y la dimensión **RESULTADOS**: Se refiere a los logros y efectos de la aplicación de los enfoques.

Al realizar una auditoria en los ejes de acreditación, en el NAP Mondomo, Antonio Nariño, centro, Morales Duque y en la unidad de gestión del riesgo, además a la documentación que reposa en la ESE para el eje de cliente asistencial, Seguridad del Paciente, Gestión del Riesgo, Humanización, gerencia de la información, y Gestión de la Tecnología, se observa que la calificación dada a las dimensiones son acordes, con el nivel de implementación y evaluación de los documentos diseñados para estos ejes , sin embargo hay algunas calificación altas no acordes a la evolución de algunos procesos.

Se realiza análisis con junta directiva de la ESE, planeación y Calidad y se comenta que se ejecutó la autoevaluación y se evidencia, deficiencias en la interpretación de los criterios definidos en la hoja radar en cuanto a la evaluación cuantitativa. Por lo cual se decide realizar la autoevaluación 2024 mucho más detallada, según lo estipulado en la hoja radar, con el fin de obtener el resultado más aterrizado de dicha autoevaluación, obteniendo una calificación general de 1.24.

### 3.1.3 SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD.

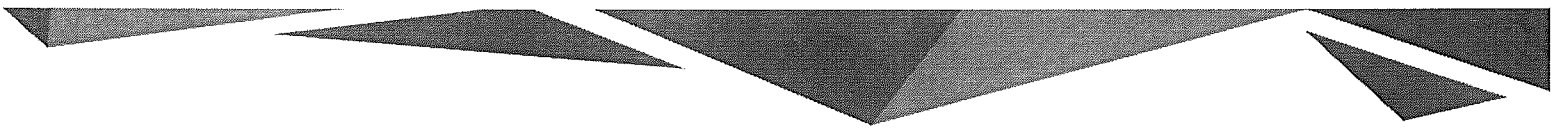
"Sistema de Información para la Calidad" con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad 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.

El Ministerio de la Protección Social incluirá en su página web los datos del Sistema de Información para la Calidad con el propósito de facilitar al público el acceso en línea sobre esta materia.

Tabla 31. Resultado indicadores de Calidad Vigencia 2021 a 2023

INDICADOR	RESULTADO 2021	RESULTADO 2022	RESULTADO 2023	UMBRAL DESEMPEÑO ACEPTABLE
Oportunidad de asignación de cita medica general	1,1	1,4	1,2	3
Oportunidad de asignación de cita odontologica general	1,3	1,9	1,2	3
Porcentaje Satisfaccion Global del usuario	94%	94,30%	99,40%	93%
Porcentaje de gestion de las caidas clasificadas como evento adversos en el servicio de consulta externa y servicio de apoyo diagnostico	100%	100%	100%	100%

Fuente: SIHO 2021 - 2023



En el análisis de los indicadores de calidad, se observa que para las vigencias 2021 -2023 se dio cumplimiento a la meta establecida para cada año, cabe resaltar que por la emergencia sanitaria de covid19 en el 2020 estas mediciones no se evaluaron sin embargo se midieron para los indicadores Oportunidad en la asignación de cita de consulta médica general, odontología general, satisfacción y gestión de caídas también teniendo cumplimiento.

Para Asignación de cita primera vez consulta médica general y odontología se observa que el Indicador que se ha mantenido dentro del umbral aceptable de desempeño no superando los 3 días según registros.

Dentro de los eventos e incidentes adversos reportados, analizados y clasificados como caídas fueron en su totalidad analizados y gestionados.

Para los indicadores de calidad la ESE no ha implementado el documento "Orientaciones técnicas para la gestión de los resultados del monitoreo de la calidad", expedido por el Ministerio de Salud, en el año 2016.

La medición de satisfacción hace parte de los indicadores de Experiencia en la Atención, según lo definido en la Resolución 256 de 2016, para ello se aplican encuestas de satisfacción por servicio que incluye las siguientes preguntas:

#### **3.1.4 Programa De Auditoria Para El Mejoramiento De La Calidad (PAMEC)**

El Decreto 1011 de 2006 define Auditoria para el Mejoramiento como "el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada de la atención de salud", la cual se realiza mediante el documento PAMEC.

A continuación, se relaciona las acciones planteadas y ejecutadas para la vigencia 2017 - 2019, que fueron reportadas a la Supersalud, bajo los lineamientos de la Circular 012 de 2016, así como las auditorias y los procesos priorizados.

Tabla 34. Resultado PAMEC 2021 - 2023

Vigencia	Acciones Programadas	Acciones Ejecutadas	Auditorías Internas Programadas	Auditorías Internas Ejecutadas	Documento Soporte	Procesos Estandarizados
2021	11	10	3	3	22	Consulta externa; Laboratorio clínico; PE Y DT; Siau; Sistemas De Información; Gestión Activa.; Talento humano
2022	12	12	3	3	39	Seguridad Del Paciente Consulta Externa; Laboratorio Clínico; PE Y DT SIAU; Sistemas De Información; Gestión Administrativa; talento humano
2013	11	11	3	3	31	Código De Ética, Deberes Y Derechos Del Paciente Y Humanización Del Servicio, Indicadores talento humano

Fuente: Cargue SISPRO 2021 - 2023

Según los resultados obtenidos en los periodos de evaluación se observa que para la vigencia 2021, el cumplimiento de la Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud fue del 90%, para el 2022 y 2023, se ejecutaron en un 100% las Acciones planteadas y las auditorias programadas.

### 3.2 DIAGNOSTICO MIPG

Es una herramienta que simplifica e integra los sistemas de desarrollo administrativo y Gestión de la Calidad y los articula con el sistema de control interno, para hacer los procesos dentro de la entidad más sencillos y eficientes.

A continuación, se presenta los resultados para la vigencia 2021 a 2023.

Tabla 40. Diagnostico MIPG

Dimensión	2021	2022	2023
Talento Humano	55,90%	69,90%	77,00%
Código de Integridad	64,50%	74,50%	75,50%
Direccionamiento estratégico y Planeación	85%	88%	89%
Plan Anticorrupción	92,20%	92,20%	94,00%
Gestión Presupuestal	87,60%	87,60%	90,60%
Gobierno Digital	50,30%	52,30%	68,30%
Defensa Jurídica	68,10%	72,10%	78,10%
Servicio al Ciudadano	63,10%	63,10%	68,10%
Trámites	39%	49%	60%
Participación Ciudadana	25,50%	25,50%	88,70%
Rendición de Cuentas	95%	95%	95%
Seguimiento y evaluación de desempeño	68,80%	68,80%	77,80%
Gestión documental	58,60%	60,60%	70,70%
Transparencia y acceso a la información pública	41,90%	41,90%	56,40%
Gestión del conocimiento	55%	60%	69%
Control Interno	60%	74%	85%

Fuente: Oficina de Planeación y Calidad ESE

La dimensión con mayor cumplimiento es Rendición de cuentas con un cumplimiento del **95%** para las tres vigencias, seguida de Plan anticorrupción con **94%** Gestión Presupuestal con el **90%**, se observa un cumplimiento bajo para la vigencia 2023 de **56,4%** para Transparencia y acceso a la información pública.

### 3.3 SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO

En cumplimiento de lo señalado en el artículo el Decreto 1757 de 1994 por el cual se organizan y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 4 del Decreto-Ley 1298 de 1994, QUILISALUD ESE, cuenta con un área encargada de recibir, tramitar las Peticiones, Quejas, Reclamos, sugerencias o felicitaciones que los usuarios formulen, y que se relacionen con el cumplimiento de la misión de la Institución.

A continuación, se describen los resultados obtenidos para las vigencias 2021 al 2022, en el cumplimiento de trámite de PQRSDf:

Tabla 35. Oportunidad en el trámite de PQRSDf

Tramite	2021	2022	2023
No. De PQRSDf tramitadas oportunamente	<15 días	<15 días	<15 días
No. De PQRSDf tramitadas extemporaneamente	<15 días	<15 días	<15 días
No. De PQRSDf no tramitadas	<15 días	<15 días	<15 días

Fuente: Oficina ATENCION AL USUARIO

En cuanto a la oportunidad de trámite de PQRSDf, se observa que se dio respuesta dentro de los días contemplados por la normatividad.

En los NAP se cuenta con buzones, los cuales son aperturados por la líder del sistema de información y atención al usuario SIAU acompañada de un representante de la liga de usuarios y la auxiliar de SIAU de cada nap, la gestión se consigna en una matriz por cada caso y las quejas reposan en carpetas por NAP.

### 3.4 GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

A junio del 2020, Quilisalud ESE, no contaba con un proceso de Talento Humano, debidamente estructurado, algunas actividades estaban a cargo del Líder de planeación y Calidad, como capacitación e inducción. Para abril de 2024, se puede observar que ya se cuenta con un proceso estructurado, en el que se puede evidenciar:

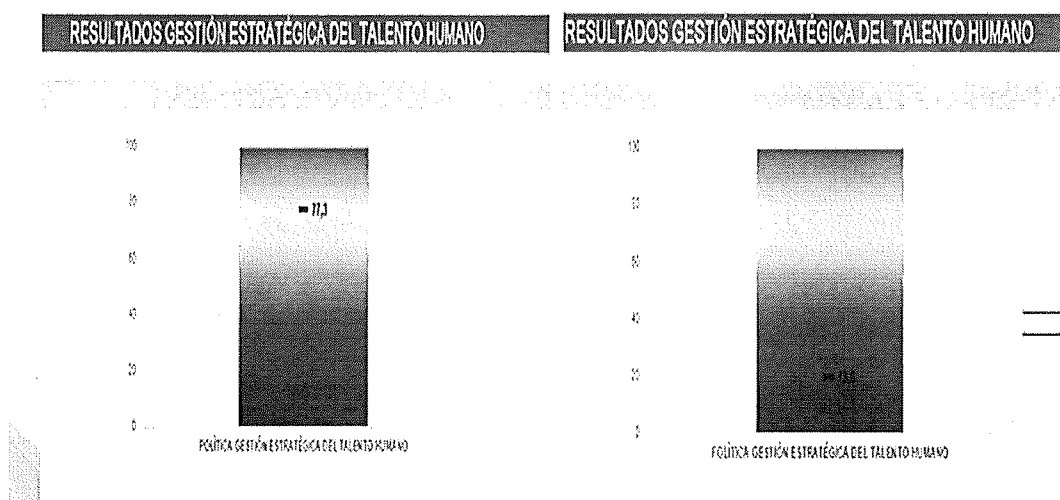
- Proceso caracterizado
- Desde la gestión de Calidad, se cuenta con procedimientos documentados con sus respectivos formatos implementados.
- Matriz de Talento Humano del MIPG, actualizada año por año, desde el año 2020.
- La ESE cuenta con todos los planes estratégicos de talento humano, dando cumplimiento a la normatividad: Decreto No. 612 del 4 de abril de 2018, por

el cual se fijan directrices para la integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción por parte de las entidades del Estado y se encuentran publicados en la página web de la entidad, así:

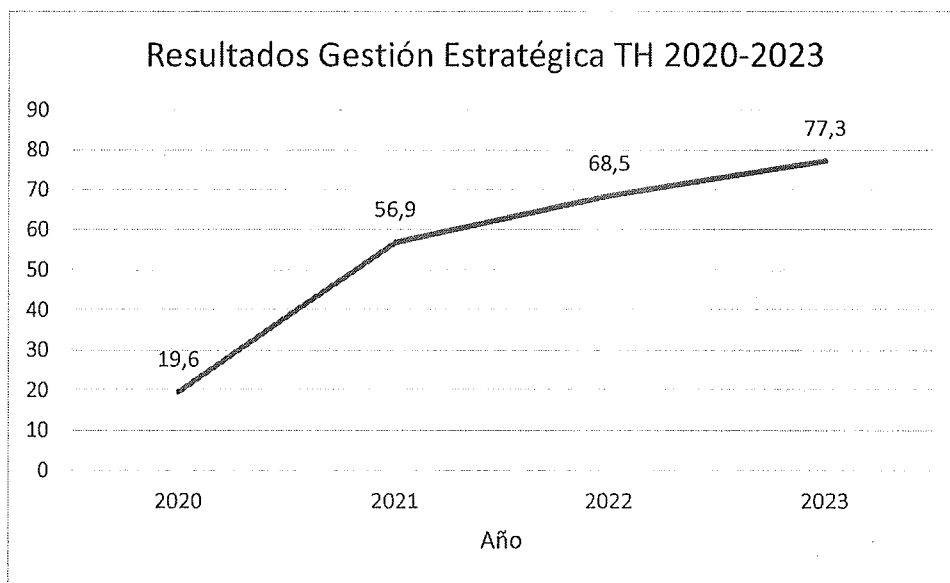
- Plan Estratégico de Talento Humano: PLA-TH-03
  - Plan Institucional de Formación y Capacitación: PLA-TH-02
  - Plan de Bienestar e Incentivos: PLA-TH-01
  - Plan Anual de Vacantes: PLA-TH-04
  - Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo (A cargo del Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo).
- Proceso de Formación y Capacitación, diseñado implementado y evaluado, teniendo en cuenta los lineamientos del Plan Nacional de Bienestar del DAFP.
  - Proceso de Inducción y Reinducción, diseñado implementado y evaluado.
  - Proceso de Evaluación del Desempeño Laboral estructurado, adoptado modelo tipo de la CNSC y evaluaciones del desempeño al día en plataforma SEDEL.
  - Plan de Bienestar e Incentivos estructurado, con implementación de caracterización de Servidores Públicos, encuesta de necesidades de bienestar e indicadores de cumplimiento, teniendo en cuenta los lineamientos del DAFP, establecido en el Programa Nacional de Bienestar.
  - SIGEP actualizado al 100% en el componente de Servidores Públicos.
  - Comisión de Personal conformada y funcionando.
  - Manual de Funciones actualizado a la normatividad legal vigente (2023).
  - Diagnóstico Clima Organizacional 2023 y Diagnóstico de Riesgo Psicosocial para Funcionarios.
  - Cargos vacantes Reportados a la CNSC – Plataforma SIMO al 100%.
  - Protocolo de Acoso Laboral y Acoso Sexual Laboral implementado.
  - Política de Integridad diseñada, Código de Integridad adoptado y socializado a Servidores y Colaboradores.
  - Programa de Atención Humanizada, diseñado, estructurado e implementado.
  - Par enero de 2022, la nómina y las liquidaciones de prestaciones sociales de la entidad se realizaba en una hoja de Excel, para el 2023, se implementó un programa integrado de nómina, que permitió el mejoramiento de la información de la entidad.
  - Para el año 2020, se evidenciaron errores en la fecha de liquidación de algunas prestaciones sociales, las cuales fueron corregidas.
  - Para los años 2019 a 2020, se evidenciaron errores en la liquidación de parafiscales a Comfacauca, SENA e ICBF, los cuales fueron corregidos.

## Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG.

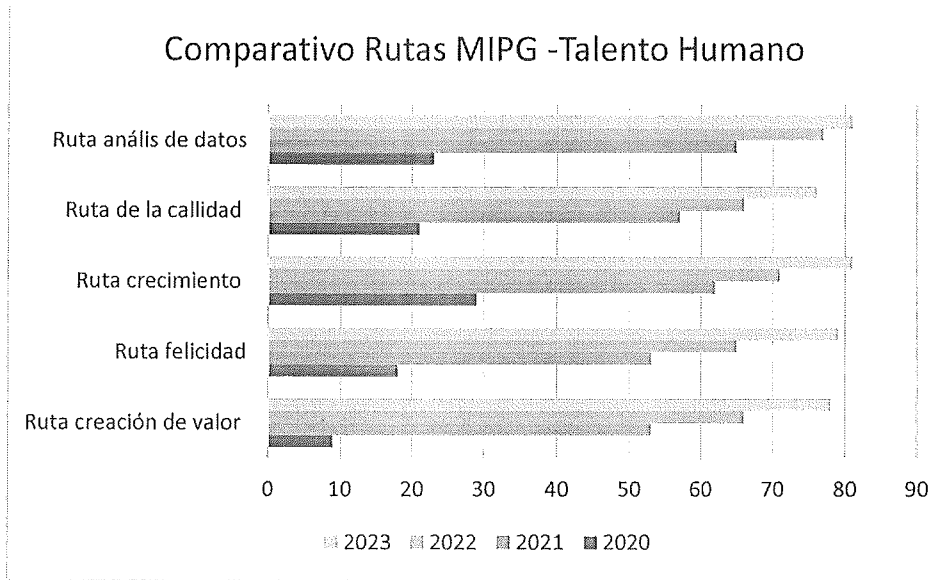
De acuerdo con los resultados del diligenciamiento del autodiagnóstico de la matriz GETH de MIPG, con corte a diciembre 30 de 2023, el estado de madurez en el que se encuentra la gestión estratégica del talento humano de Quilisalud ESE es el de transformación, con una puntuación de 77.3, lo que implica que la entidad ha adelantado una buena gestión estratégica del talento humano, aspecto que se puede observar si se comparan los resultados obtenidos en la evaluación de la vigencia 2021, que se encontraba en 19.6



**Vigencia 2023** **Vigencia 2020**  
**Resultados Gestión Estratégica Talento Humano 2020 – 2023:**



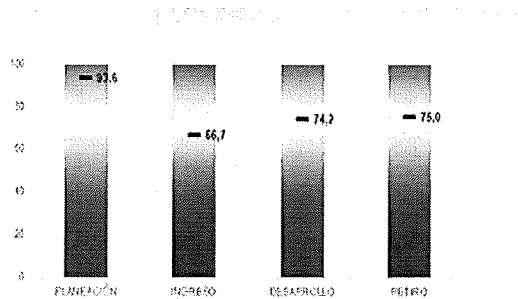
## Rutas de Valor Matriz MIPG



En la gráfica, se puede observar el comportamiento, por vigencia, de cada una de las rutas de valor.

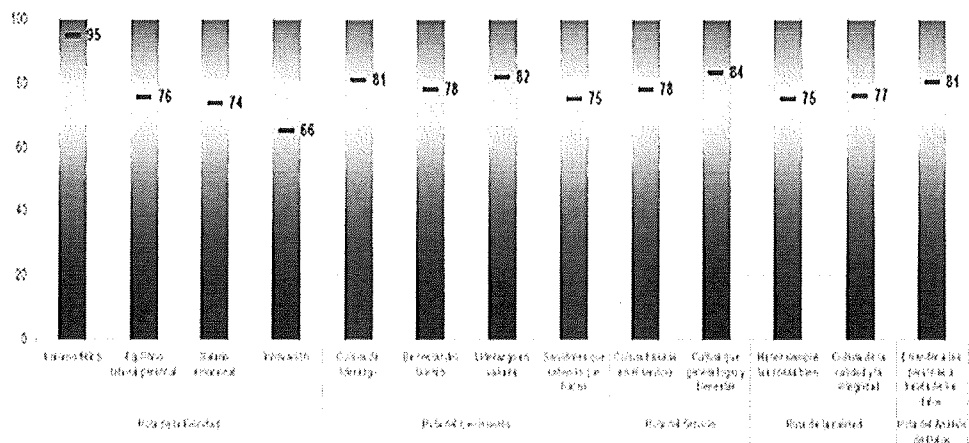
## Vigencia 2023:

2. Calificación por componentes:



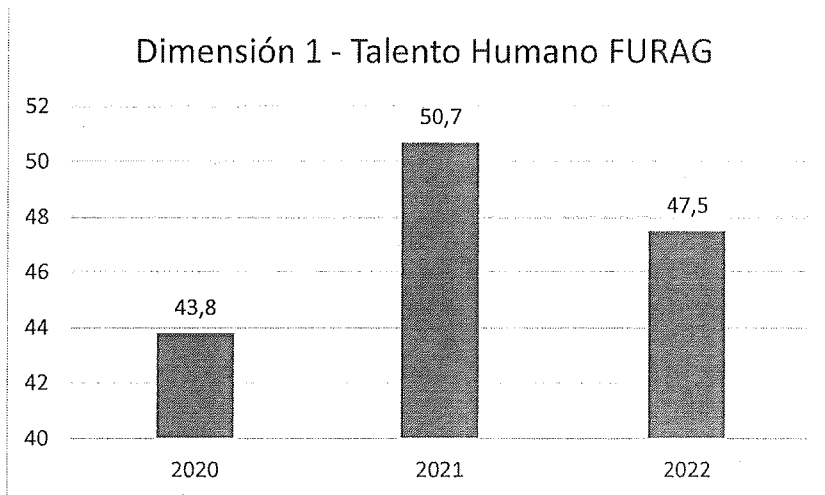
Gestión Estratégica del Talento Humano a diciembre de 2023.

#### 4. Desagregación de la Rutas de Creación de Valor:



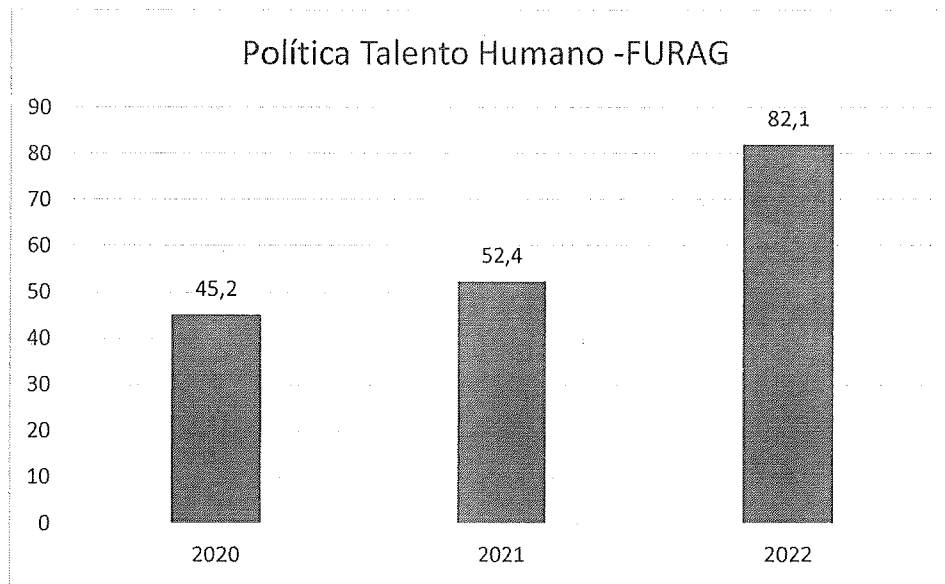
### Medición Formulario Único Reporte de Avances de la Gestión – FURAG

#### Comparativo vigencias – Dimensión TH



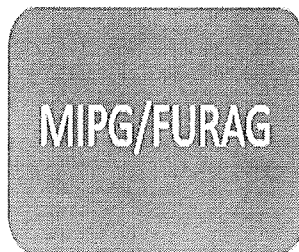
Se observa un crecimiento entre la vigencia 2020 a 2021 del 16%, sin embargo, se debe resaltar que los resultados de la vigencia 2022 no son comparables con los resultados de las mediciones de vigencias anteriores, ya que se realizaron cambios significativos a las preguntas de las políticas, dado los procesos de actualización de las temáticas y directrices.

## Cuadro comparativo de los Resultados de la Política de TH por vigencia



Entre el 2020 y el 2021, se puede observar un incremento del 16%, dado el cumplimiento de las recomendaciones establecidas por el FURAG.

### Actividades Importantes de implementar



- Diagnóstico Cultura Organizacional - Implementación Estrategias
- Estrategias de Salario Emocional
- Fortalecer Procedimiento Gestión del Retiro
- Fortalecer Procedimiento Administrativo para Transferir el Conocimiento

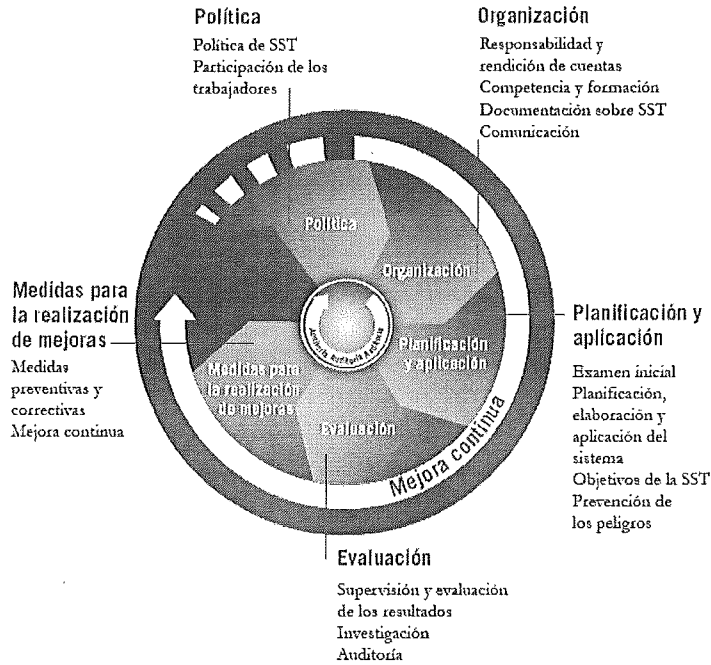
### **3.5 SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN E TRABAJO**

Los Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, permiten mejorar la prestación de servicios, brindando ambientes de trabajo sanos, seguros y saludables; con el objeto de proteger a los trabajadores de los peligros encontrados en su ambiente de trabajo y así mantener el más alto grado de bienestar físico, mental y social, a través de la implementación de sistemas, programas y mecanismos de promoción y prevención que eviten la aparición de enfermedades laborales, la presencia de accidentes de trabajo y emergencias, dando cumplimiento a la normatividad vigente.

Con el fin de mejorar la calidad de vida laboral, lograr una reducción de los costos generados por los accidentes y las enfermedades de origen laboral, mejorar la calidad de los servicios de salud y ante todo generar ambientes de trabajo sanos y saludables.

QUILISALUD ESE, Cuenta con su Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, con un cumplimiento del 100% de los estándares mínimos que exige el ministerio de trabajo, contemplado en la planeación, diseño, organización, ejecución y evaluación de las acciones que permita la gestión de los peligros con la aplicación del ciclo Deming de PHVA. (PLANEAR, HACER, VERIFICAR, ACTUAR).

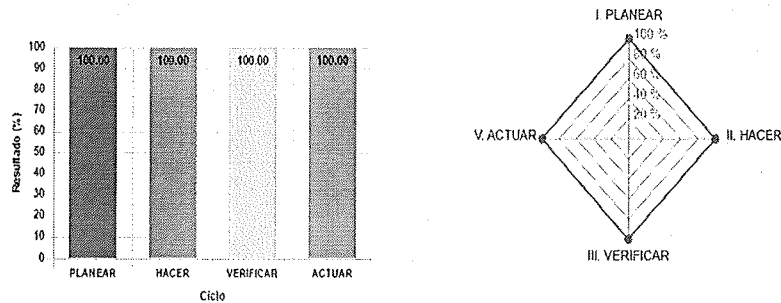
El Talento Humano en salud es super importante para la E.S.E. QUILISALUD que se ha enfatizado en la prevención de accidentes y enfermedades de origen laboral, con la ejecución de actividades de medicina preventiva y del trabajo, de higiene y seguridad industrial, mediante la planificación, organización, ejecución y evaluación de las actividades.



**CONSTANCIA**

Positiva Compañía de Seguros S.A., hace constar que la empresa **QUILISALUD ESE**, identificada con NI 817003632 afiliada en el ramo de seguros laborales, registró el **16/12/2023** la autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST para la vigencia **2023** conforme a la Resolución **0312 del 2019**, Aplicando el capítulo II y obteniendo un resultado del **100%, ACEPTABLE**

**Resultados Evaluación por Ciclo**



Ciclo	Resultado Esperado	Resultado Obtenido	Porcentaje del Ciclo Obtenido
PLANEAR	25,00%	25,00%	100,00%
HACER	60,00%	60,00%	100,00%
VERIFICAR	5,00%	5,00%	100,00%
ACTUAR	10,00%	10,00%	100,00%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Ejecución del **100% en el cumplimiento** de los Estándares Mínimos, Resolución 0312 de 2019.

### **Principales logros del proceso Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST**

Se cuenta con el sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo SG-SST, Implementado con una política y objetivos de seguridad.

Matriz de Identificación de peligros, valoración y gestión de los riesgos que puedan llegar a afectar al personal (Matriz de Peligros por NAPs). GTC 45:2012.

Protocolo de Bioseguridad para la Contención de Contagio del Covid-19 y la Prevención Accidentes de Trabajo de Peligro Biológico y Traumáticos.

Conformación, capacitación y reuniones mensuales y semanales en pandemia del Comité paritario de seguridad y salud COPASST. Resolución 031 de abril de 2021 y disposiciones legales R. 2013/86 – D 1072/15 CAP 6.

Conformación y capacitación Comité de Convivencia Laboral. Resolución 032 de abril de 2021 y disposiciones legales L. 1010/06 – R. 652/12 - R.1356/12.

Fortalecimiento de señalización informativa y preventiva; así como, las Rutas de Evacuación, salidas de emergencia y los puntos de encuentro de los NAP.

Inspecciones de seguridad y EPP con Coordinadoras de NAPS y COPASST.

Elaboración del Plan de Prevención, Preparación y Respuesta ante Emergencias.

Análisis de Vulnerabilidad por NAPS. Amenazas naturales, antrópicas y sociales.

Procedimiento de accidente de trabajo, que incluye el Protocolo de atención para los accidentes de trabajo de riesgo biológico.

Procedimiento de investigación de accidente de trabajo, Resolución 1401 de 2007.

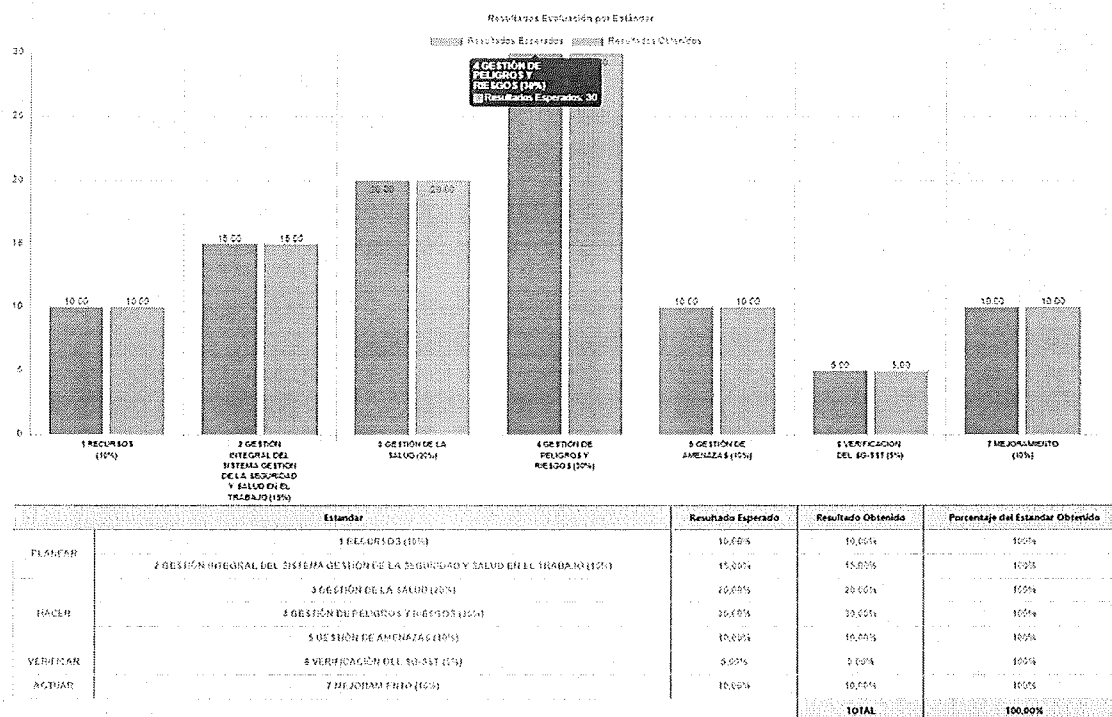
Inspecciones en los Núcleos de Atención de Nariño, Mondomo, Morales Duque y Centro con el propósito de verificar el uso y conservación de los elementos de protección personal, condiciones y actos inseguros por los trabajadores.

valoraciones médicas ocupacionales ingreso, periódicos y egreso. Igualmente, con los exámenes complementarios a las valoraciones médicas.

Se registra en la plataforma del ministerio de trabajo Mediante Circular 07 del 30 de noviembre 2020 el Ministerio del Trabajo el cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Resolución 0312 de 2019 por parte de QUILISALUD E.S.E. CAPITULO II

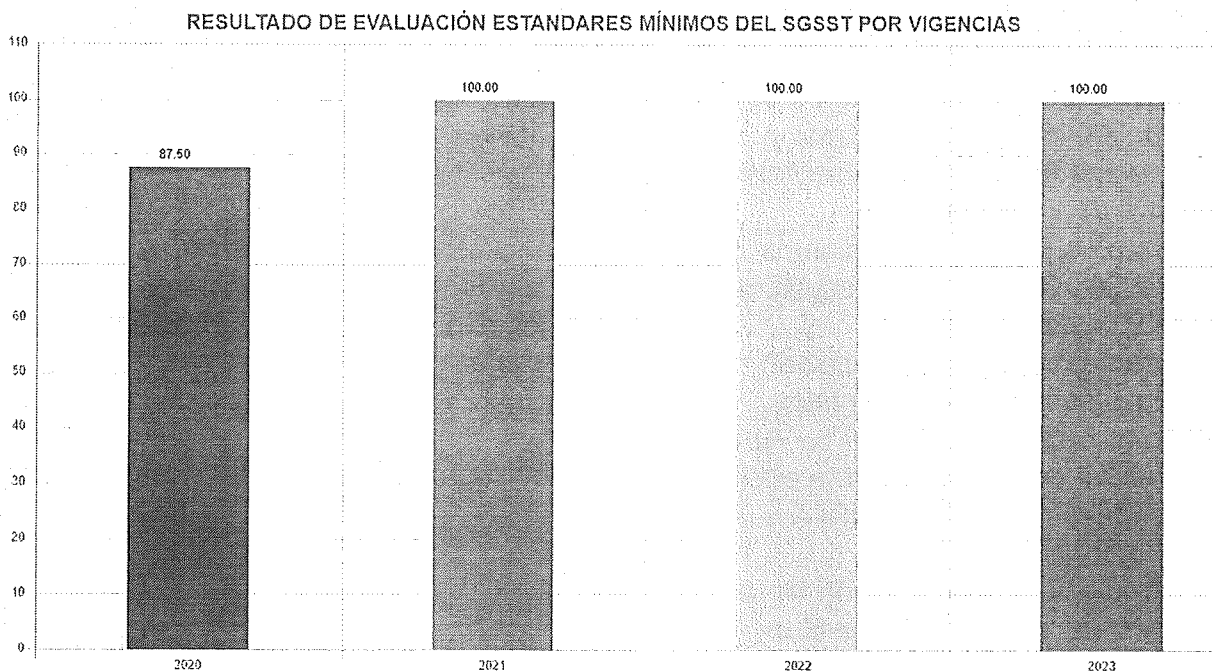
Se envió informe mensual con las evidencias adjuntas y anexas de las intervenciones al ministerio de trabajo oficina seccional del cauca, amescobar@mintrabajo.gov.co, a la inspectora Ana Mireya Escobar Tierradentro. Cumplimiento del 96% en MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD.

### Resultados Evaluación por Estándar



### Cumplimiento gestión Estándares Mínimos 2019-2023.

Ejecutado el Plan de Acción y evaluado los Estándares mínimos del año 2021, se obtuvo un cumplimiento del 100%, en donde se adoptó la Resolución 015 del 25 de Enero de 2021 por medio del cual se implementó el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, se conformaron los comités COPASST y COCOLA, se identificaron los peligros y riesgos por sedes, NAPS y por cargos y se elaboraron los procedimientos y programas del SG-SST.



En la vigencia 2024 se continua con cumplimiento del 100% de los Estándares Mínimos, resaltando la disminución de la accidentalidad, la ejecución de profesigramas y del programa de medicina preventiva y del trabajo e implementación del programa de Pausas Activas y Reglamento de higiene y seguridad industrial en los NAPS y sedes.

### 3.6 GESTION AMBIENTAL

ACTIVIDAD	RESULTADOS OBTENIDOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caracterización procesos ambiental QUILISALUD ESE</li> <li>• Seguimiento a indicadores de gestión proceso ambiental procesos ambiental QUILISALUD ESE</li> <li>• Seguimiento mapa de riesgo proceso ambiental procesos ambiental QUILISALUD ESE</li> </ul>	Identificación de entradas y salidas, requerimientos, riesgos, seguimiento y cumplimiento de las actividades que hacen parte del plan de mejora del proceso ambiental

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulación procedimientos para la identificación de aspectos e impactos ambientales para cada punto de atención</li> <li>• Formulación y actualización matriz de aspectos e impactos ambientales para cada punto de atención</li> </ul>	<p>Identificación detallada de servicios prestados por la entidad y el impacto que presenta frente al medio ambiente, establecimiento y cumplimiento de planes y acciones de mejora para minimización de impactos</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulación procedimientos para la identificación de requisitos legales ambientales</li> <li>• Formulación y actualización matriz de requisitos legales ambientales</li> </ul>	<p>Identificación y cumplimiento de los requerimientos legales ambientales para entidades prestadoras de salud</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actualización del plan de gestión integral de residuos generados en la atención en salud y otras actividades PGIRASA 2021, 2022, 2023, 2024</li> <li>• Formulación de resolución de actualización PGIRASA y política ambiental</li> <li>• Gestión del Concepto técnico del PGIRASA 2022 emitido por la Corporación autónoma Regional del Cauca CRC</li> </ul>	<p>Establecimiento de los procedimientos para cada una de las etapas de la gestión interna de residuos generados en la atención en salud</p> <p>Concepto técnico favorable del PGIRASA 2022 emitido por la Corporación Autónoma Regional del Cauca CRC.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseño de formatos gestión interna codificados y aprobados (RH1 acta de baja medicamentos vencidos, acta de baja insumos vencidos, formato entrega residuos reciclables, formato seguimiento limpieza desinfección unidades de almacenamiento de residuos, formato seguimiento limpieza desinfección tanques de almacenamiento de agua, lista de chequeo auditoria empresa gestora de residuos peligrosos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejecución del PGIRASA 2021-100% 2022-100% 2023-100% enero a junio 2024=50%</li> <li>• Conceptos sanitarios favorables emitidos por la Secretaría de salud departamental del Cauca en el NAP Centro, Morales Duque, Antonio Nariño, Mondomo, sede unidad de atención en salud del riesgo materno y cardiovascular.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejecución cronograma de capacitación y sensibilización ambiental 2021, 2022, 2023, enero a junio 2024</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organización documentación física y digital de registros de asistencia capacitación sensibilización ambiental 2021, 2022, 2023, enero a junio 2024</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejoramiento en las acciones de separación del personal de la entidad</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organización documentación física y digital formatos RH1 2020, 2021, 2022, 2023, enero-junio 2024</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compromiso de todo el personal frente a la correcta gestión de residuos</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumplimiento en reunión GAGAS y registro actas GAGAS 2021, 2022, 2023, enero a junio 2024</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumplimiento de las condiciones físicas que involucra la gestión interna de residuos en la entidad (recipientes para depósito de residuos, contenedores para recolección de</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organización documentación digital certificados de disposición final de residuos peligrosos 2020, 2021,2022, 2023, enero a mayo 2024</li> </ul>	residuos, unidades técnicas de almacenamiento de residuos)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación a la etapa de segregación en la fuente</li> <li>• Seguimiento a la cuenta de empresa gestora de residuos peligrosos ASERHI (facturas, certificados de disposición final, comprobantes de recolección)</li> <li>• Reporte informe de gestión interna de residuos generados en la atención en salud 2021, 2022, 2023 secretaria de salud Departamental del Cauca</li> <li>• Actualización del registro RESPEL ante plataforma del IDEAM 2020, 2021 2022, 2023</li> <li>• Auditorías externas empresa gestora de residuos peligrosos 2021, 2022, 2023</li> <li>• Formulación instructivo uso kit anti derrames</li> <li>• Gestión kit anti derrames en los cinco núcleos de atención de la entidad Centro, Morales Duque, Antonio Nariño, Mondomo, sede unidad de atención del riesgo materno y cardiovascular</li> <li>• Gestión compra de recipientes y contenedores para depósito y almacenamiento de residuos</li> <li>• Gestión de diseño e impresión de adhesivos para recipientes para depósito de residuos y señalética instalada en cada unidad de almacenamiento. central de residuos</li> <li>• Gestión en adecuación de las unidades técnicas de almacenamiento central de residuos en los cinco núcleos de atención de la entidad Centro, Morales Duque, Antonio Nariño, Mondomo, sede unidad de atención en salud del riesgo materno y cardiovascular</li> <li>• Formulación de resolución, política y programa cero papeles</li> <li>• Gestión en la caracterización fisicoquímica de aguas residuales 2021, 2022, 2023</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulación de resolución, política y programa manejo integral de plagas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A través del cumplimiento del programa de manejo integral de plagas de QUILISALUD</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión frente a las actividades de desinfección y fumigación en puntos de atención, puestos de salud, unidad odontológica y ambulancias</li> </ul>	se logró la minimización y control de vectores y roedores en las instalaciones de la entidad
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión en la caracterización fisicoquímica y microbiológica de la evaluación de la calidad del agua potable para consumo humano 2024</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguimiento y evaluación de las condiciones del agua almacenada en los tanques</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulación programa de ahorro y uso eficiente de agua y de energía</li> <li>• Formulación de resolución, política y programa limpieza y desinfección</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilización y conciencia en el personal frente al uso correcto y ahorro del recurso agua y energía</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención a entidades de control y vigilancia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escenario positivo y cumplimiento de los requerimientos establecidos por la normatividad ambiental vigente</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión en la asignación presupuesto ambiental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación y asignación de presupuesto para cada una de las actividades que hacen parte del proceso ambiental</li> </ul>

Fuente: Oficina Gestión Ambiental

### 3.5 DIAGNOSTICO TIC'S

#### Gobierno de TI

El proceso de gestión de tecnologías de la información y las comunicaciones de la empresa social del Estado Quilisalud al recibirlo, encuentro que tiene, un proceso conformado por cuatro personas, las cuales tienen definido unos roles que le permiten administrar la infraestructura de servicios de tecnología de información y comunicaciones de las cuales disponen, los sistemas de información y la gestión de incidencias. Estas personas se encargan de revisar, de mantener y brindar soporte de los siguientes grupos o secciones:

1. Soporte financiero
2. Soporte historia clínica Y asistencial.
3. Soporte de infraestructura TI
4. Coordinación y gestión del proceso.

A nivel general, el proceso cuenta con una estructura definida, pero presenta grandes inconvenientes referente a la implementación de un nuevo software que se adquirió en el año 2022 y se implementó durante la vigencia 2023. La Implementación de este software ha tenido gran demanda de tiempo y gestión de

casos de parte de los demás servicios y procesos de la entidad. Lo cual, no ha permitido que el proceso de TI presente un mayor avance y cobertura en otros aspectos que deberían estar brindando dentro de su portafolio y catálogo de servicios de tecnología como valor agregado.

El proceso cuenta con los documentos exigidos normativamente, como lo son:

1. Plan estratégico de las tecnologías de la información y comunicaciones (PETI)
2. Plan de seguridad de la información.
3. Plan de tratamiento y privacidad de la información.
4. Plan de contingencia de servicios de TI.
5. También tiene incorporado las políticas de gobierno digital y privacidad de la información.

Sobre lo anterior, es importante dar a conocer, que se refleja un nivel de madurez de estos documentos en un estado inicial. En noviembre de la vigencia 2023, se expidió por parte del Ministerio de las tecnologías de la Información y las comunicaciones la versión 3 del PETI y ahora debe incorporarse esta guía en la formulación y más aún, por el nuevo PEI que se va a formular. Dado a conocer esto, esos documentos deben ser actualizados con esta nueva guía y con el nuevo plan de desarrollo institucional.

También encuentro que la metodología aplicada para la formulación de estos documentos debe alinearse con la versión 3 del PETI. Que dispone el Ministerio de la Tecnología de la Información y las Comunicaciones para las entidades públicas del Estado colombiano.

### **Sistemas de Información**

En cuanto a los sistemas de información, el paso de software anterior al nuevo le permitió a la entidad la posibilidad de contar con un software que integra toda la información asistencial, Financiera y administrativa, lo que representa un buen avance corporativo. No obstante, aún se tienen inconvenientes por el proveedor de software, ya que se evidencia ó se percibe, que quizás este proveedor no tenía la experiencia suficiente en el sector público y con la entidad Quilisalud han aprendido. Hoy se tiene como reto mejorar todo el tema referente al soporte que esta entidad para nuestra IPS brinda en cuanto a la oportunidad y resolutiveidad del componente asistencial especialmente. De acuerdo con las directrices se tiene como proceso continuar con las actividades de referenciación de otros softwares., que permitan contar con elementos de juicio y técnicos para valorar la evolución del software adquirido, para que, al momento de tomar decisiones, en caso de no encontrar avances en lo que el proveedor de software debe cumplir y lo que el software ofrece para la entidad, con relación a la necesidad institucional.

También está pendiente realizar un proceso de interoperabilidad del sistema de laboratorio con el sistema clínico para que los resultados de los laboratorios tomados a los pacientes pueden ser interpretados y justificados en historia clínica. Respecto a información administrativa, como indicadores o K P I, Dashboard, bajo un sistema específico, en el momento no se tienen desarrollados.

La entidad tiene contratada los servicios de Microsoft para la suite Business Basic donde cuenta con la ofimática y la gestión de correos electrónicos, almacenamiento en la nube de una tera por cada cuenta. Es importante resaltar que no todos los procesos tienen correo corporativo, pero sin más del 90%.

En general, en el componente de sistemas de información, abarca grosso modo para la mayoría de todos los procesos, pero aún existen islas o procesos que deben ser soportados con un sistema de información.

### **Servicios e infraestructura de TI**

A nivel de infraestructura de TI, la entidad cuenta con sedes ubicadas en diferentes sitios o geográficos que se encuentran interconectadas por redes extendidas, fibra óptica y radioenlace, como es el caso de Mondomo. En la operación Extramural, también se cuenta con una funcionalidad adquirida por medio del software anterior y el nuevo de entornos offline, que permiten diligenciar la información clínica de los pacientes y facturar cuando no hay conexión directa al servidor principal. Las unidades móviles, también tienen dotación de equipos de cómputo e impresoras para la prestación del servicio. Y los demás equipos biomédicos correspondientes. En cuanto a la seguridad del Sistema de información, en la vigencia, 2023, se trabajó en el reforzamiento de la seguridad perimetral pero la compra de servidores se hizo efectiva a comienzos del 2024, también se adquirió nuevo servidor para el nuevo software y para el almacenamiento con un servidor NAS.

Sobre ese aspecto se tiene pendiente hasta el momento en poner en marcha el firewall. El servidor de respaldo de copias de seguridad y el servicio de Internet Information Services.

En cuanto a las comunicaciones, se tiene implementado un servidor asterisk, con el cual se tienen implementadas algunas extensiones telefónicas. Es de resaltar que frente a este aspecto de telecomunicaciones, el servicio de Call Center, no se encuentra enlazado con este servicio y funciona con un sistema independiente en la nube, el cual debe ser pagado de acuerdo a un contrato pactado inicialmente y que vence en el año 2024. Aquí en ese aspecto, es importante revisar, la posibilidad de aprovechar el servidor Asterix que se cuenta y verificar sí, implementando una troncal SIP móvil de 10 canales puede mejorar todo el tema de Call Center!. Pero se debe trabajar en la consecución de información que permita tener métricas y seguimiento a la gestión de los agentes, ya que según tengo conocimiento, ese fue uno de los temas que incidió en no utilizar ese servicio.

En cuanto a los circuitos cerrados de televisión, se hace una revisión Inicial y se encuentra que existen puntos, los cuales aún no están con línea de vista y es importante cubrirlos para minimizar los riesgos de pérdida de recursos físicos y económicos, así como la información que se encuentra en ellos. Sobre esto, ya se empezó a trabajar en la proyección y consecución de cotizaciones para ampliar cobertura en todos los NAPS, así como reubicar cuando sea necesario.

Otro aspecto importante que se tiene que revisar, es que las sedes de Nariño y Morales Duque cuentan con la red de datos de mayor antigüedad y está en una topología de cable de red que no es adecuada para las demandas de tráfico de datos actuales en la entidad. Adicionalmente, el circuito eléctrico ya no cumple con la especificación, capacidad y requerimiento de todos los equipos conectados. Se ha presentado en diferentes ocasiones, fallas eléctricas con repercusión en equipos quemados por sobrecarga. A sí mismo, donde se encuentra ubicado el centro de datos, no es un espacio que fue diseñado inicialmente para esto y como ha sido adaptado, se requieren ajustes para que todos los servidores se encuentren en un espacio correcto y que se pueda cumplir mínimamente con los requerimientos técnicos por seguridad de la información, ya que en éstos se encuentran los activos. No físicos de la entidad y es, toda la información clínica y financiera.

En general, el proceso tiene un amplio portafolio de servicios de TI, pero debe trabajar bastante en la documentación alineado a las directrices y guías dadas por el Ministerio de las TICs que son aplicables a las entidades públicas. Así mismo, debe trabajar, en el mejoramiento del proceso de la mesa de ayuda, los procesos de uso y apropiación de las tecnologías, y mayor cobertura a los demás procesos de la entidad, porque no tienen el 100%, como son ventanilla única y gestión documental.

Sobre la sede de Mondomo y ahora San Antonio, así como las brigadas se tiene como oportunidad de mejora en implementar la conectividad con internet satelital, ya que para Colombia ya se tiene cobertura y con esto, se puede contar con la información en tiempo real.

Se cuenta con personal en el área de TI con muy buenas capacidades que ha permitido obtener estos resultados, pero hay que replantear algunas tareas y aprovechar mejor estas capacidades.

Finalmente, dos aspectos muy importantes institucionalmente para fortalecerse:

- Es la gestión de la información y el aprovechamiento de toda la data de la entidad, ya que permanentemente existen requerimientos de información de las entidades que vigilan y realizan seguimiento y es información que debe construirse de manera automática, pasar por filtros para descartar inconsistencias. Este proceso debe de estar acompañado por el área de TI y herramientas de análisis de datos de una mayor complejidad, por esta razón es importante articularse más con estadística y proyectar y contar con una unidad de análisis de datos que como algunas entidades han adoptado y es tener un proceso de gobierno de datos.
- Es clave que, de manera institucional, se considere en fortalecer procesos de implementación de desarrollo de software al interior de Quilisalud, ya que

los casos de éxitos de sistemas de información en entidades de salud tienen detrás procesos de desarrollo de software a la medida.

### 3.7 DIAGNOSTICO MANTENIMIENTO HOSPITALARIO

De conformidad con el artículo 1o del Decreto 1769 de 1994 los recursos financieros destinados al mantenimiento de la infraestructura y de la dotación hospitalaria corresponden al cinco por ciento (5%) del presupuesto total en los hospitales públicos, en el artículo 9o del Decreto 1769 de 1994 Tratándose de los hospitales públicos, los recursos destinados a las actividades de mantenimiento de la infraestructura y de la dotación hospitalaria serán presupuestados inicialmente para cada vigencia, con base en la apropiación total de ingresos aprobados para la institución. Dichos recursos deberán ajustarse durante la vigencia de manera tal que, al adicionarse los ingresos totales, simultáneamente se adicionen los recursos destinados al mantenimiento.

A continuación, se presenta el cumplimiento del plan de mantenimiento para la vigencia 2021 – 2023.

Tabla 41. Cumplimiento Plan de Mantenimiento

Criterios	2021	2022	2023
% Cumplimiento Calibración equipos biomédicos	100%	100%	100%
% cumplimiento control de plagas y roedores (4 Veces al año)	100%	100%	100%
% Cumplimiento Mantenimiento Equipos Biomedicos	100%	100%	100%
% Cumplimiento Mantenimiento equipos computo administrativos	50%	100%	100%
% cumplimiento Mantenimiento equipos industriales	100%	100%	100%
% Cumplimiento Mantenimiento infraestructura	100%	100%	100%
% Cumplimiento Mantenimiento aires acondicionados	100%	100%	100%
% Cumplimiento Mantenimiento tanques de agua	40%	40%	50%
Total	89%	93,75	98,75%

Fuente; Oficina de Planeación y Calidad ESE

Los indicadores de gestión del Plan de mantenimiento muestran los siguientes resultados de la vigencia 2021, 2022 y 2023, con una ejecución por debajo del 95%, según lo estipulado por el Decreto 1769.

### **3.8 DIAGNOSTICO GESTION PRESUPUESTAL**

La entidad inicia su año fiscal con un presupuesto aprobado de \$19.096.905.000.00 y a 30 de marzo de 2024, su presupuesto total asciende a: \$38.449.438.453.00 debido a las adiciones presupuestales de los recursos girados por el Ministerio de Salud y Protección Social para los proyectos de:

- Cofinanciación de proyecto de transporte asistencial que permitan mejorar la calidad de la atención en salud de la población más vulnerable por valor de \$1.664.991.000.00
- Para el fortalecimiento del nivel primario, basado en la atención primaria en salud \$1.303.616.440
- Para la cofinanciación de la reposición del centro de atención de Quilisalud del Barrio Centro para la atención urbana de Quilisalud ESE en Santander de Quilichao por valor \$16.383.926.013.00.

Que del total del presupuesto de gastos a 31 de marzo de 2024 se comprometieron recursos por un total de \$24.048.058.173,38 de los cuales el 96% corresponde a los recursos girados por el Ministerio de Salud y Protección Social, el otro 4% comprometido corresponde a los gastos de funcionamiento de la entidad.

Del total del presupuesto de ingresos a 31-03-2024, se logró recaudar por venta de servicios \$3.474.492.980,29 que corresponde al 21% del valor total proyectado en recaudo por venta de servicios.

El proceso de presupuesto a 31-03-2024 se encuentra al día con la rendición de informes a los entes de control.

#### **Logros del proceso.**

- Trabajo en equipo
- Fortalecimiento de competencia laborales
- Cumplimiento del 100% en entrega de informes a los entes de control
- No se contaba con un software integrado en los procesos que hacen parte de la área financiera.

#### **Principales dificultades**

- Inconsistencias en la calidad de la información por parte del nuevo software en lo referente a los reportes de la ejecución presupuestal.

#### **Pendientes:**

- Actualización de la caracterización del proceso de presupuesto.

### 3.8 DIAGNOSTICO GESTION CONTABLE

1. Se recibió la documentación contable digital la cual reposa en el equipo de Contabilidad / Unidad C. La documentación contable física del año 2023 reposa en la oficina de Contabilidad en el archivo de gestión y del año 2022 hacia atrás reposa en el Archivo central ubicado en el Nap de Mondomo.

2. Los siguientes informes a Entes de Control quedaron debidamente presentados por el responsable del Proceso Contable anterior:

REPORTES E INFORMES PRESENTADOS A ENTES DE CONTROL EN EL PRIMER TRIMESTRE 2024				
REPORTE	PERIODICIDAD	ENTE DE CONTROL A PRESENTAR	PLATAFORMA	FECHA PRESENTACIÓN
PUBLICACIÓN ESTADOS FINANCIEROS A MARZO 2024	MENSUAL	PAGINA WEB INSTITUCIONAL	PAGINA WEB INSTITUCIONAL	Fueron publicados en el mes siguiente al cierre de cada uno.
DECLARACIÓN DE RETENCIÓN EN LA FUENTE A MARZO 2024	MENSUAL	DIAN	DIAN	Quedaron presentadas todas las declaraciones dentro de los plazos establecidos.
INFORMACIÓN SALDOS Y MOVIMIENTOS, OPERACIONES RECIPROCAS, VARIACIONES TRIMESTRALES PRIMER TRIMESTRE 2024	TRIMESTRAL	CONTADURIA GENERAL DE LA NACION	CHIP	Se validó y fue aceptada la información el 19/04/2024.
ARCHIVO FT-004 CUENTAS POR PAGAR CIRCULAR 016 DE 2016 PRIMER TRIMESTRE 2024	TRIMESTRAL	SUPERSALUD	SUPERSALUD	Fue presentado y aceptado 19/04/2024
FT-002 PUBLICACIÓN ESTADOS FINANCIEROS CIRCULAR 016 DE 2016	ANUAL	SUPERSALUD	SUPERSALUD	Fue presentado y aceptado 06/04/2025
DECLARACIÓN DE INGRESOS Y PATRIMONIO AÑO GRAVABLE 2023	ANUAL	DIAN	DIAN	Responsable Anterior del Proceso Contable la dejó elaborada, posteriormente se revisó y se presentó el 03 de mayo 2024 con visto bueno de Revisoría Fiscal.

3. Los siguientes informes quedaron pendientes de presentar por el responsable del Proceso Contable anterior:

REPORTES E INFORMES PENDIENTES				
REPORTE	PERIODICIDAD	ENTE DE CONTROL A PRESENTAR	PLATAFORMA	FECHA PRESENTACIÓN
INFORMACIÓN DE ACUERDO DECRETO 2193 PRIMER TRIMESTRE 2024	TRIMESTRAL	SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL/MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	SIHO	Quedó pendiente de presentar por el Responsable Anterior del Proceso Contable debido a la falta de apertura de plataforma; posteriormente se registró la información en plataforma, se validó, se subsanaron inconsistencias y se sustentó el 27 mayo 2024, fecha programada por la Secretaría Departamental de Salud.
INFORMACIÓN EXÓGENA AÑO GRAVABLE 2023	ANUAL	DIAN	DIAN	Se canceló el Contrato suscrito debido a que el Responsable Anterior no pudo continuar en la Empresa; Quedó presentada y validada 13 y 15 de mayo, cuya fecha de vencimiento fue el 17 mayo 2024.

#### 4. Actividades Pendientes

Continuar con la amortización de los recursos recibidos por anticipado de parte de la Agencia Española, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización de la Naciones unidas, de acuerdo con ejecución.

Continuar con la depuración de la información registrada en los Estados Financieros para tener cifras, cada vez, más razonables.

Continuar con el desarrollo de las actividades con base en la caracterización y el manual de procedimientos y con la lista de chequeo de cierre mensual de Estados Financieros.

Al recibir el Proceso Contable, se realizó desde los meses de marzo a junio 2024 verificación de saldos de los Estados Financieros entre Emédico y Precont, se evidenció que el Sistema Emédico presenta inconsistencias en varias cuentas, las cuales se detallan en correo electrónico del 22 julio 2024 enviado al Área de Gestión de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, con copia a Gerencia y Coordinación Administrativa y Financiera de la Empresa Quilisalud E.S.E; correo que fue escalado a Emédico para su revisión.

### **3.9 DIAGNOSTICO FACTURACION Y AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS**

1. Se evidencian inconsistencias al ingresar glosas al sistema, es decir, cuando se ingresa otros procesos no la logran identificar
2. En cada actualización de E-MEDICO genera retrasos y reprocesos en el área de auditoria
3. Sin cronograma de organización entre cartera y auditoria
4. Se evidencia debilidades en soportes entregados por personal de Facturación en cuanto la normatividad vigente y contratación
5. Se evidencia debilidades en soportes entregados por personal de Facturación en cuanto la normatividad vigente y contratación
6. Sin trazabilidad en revisión tarifas del sistema
7. Sin contratación vigente para realizar auditoria 2024.

### **DEVOLUCIONES**

1. No existía un responsable en área de devoluciones
2. No se evidencio un histórico de Devoluciones de facturas, algunas facturas en desorden
3. No se radicaban facturas devueltas
4. No existía trazabilidad de facturas devueltas, por ejemplo: nota crédito, radicación, etc

### **FACTURACION**

1. No se evidencia actas de capacitación en normatividad a facturadores y contratación
2. Se evidencia debilidades en el sistema E\_MEDICO en cuanto generación de informes en RIPS
3. Se evidencia debilidades en entrega de cuotas a diario
4. Se evidencia facturadores nuevos sin conocimiento en atención en salud

### 3.10 DIAGNOSTICO GESTION DE CARTERA

Por medio de este diagnóstico se busca fortalecer las estrategias de recaudo, examinar el estado en el cual se encuentra el proceso de cartera además de dar evidencia de la estrategia del plan de mejora y métodos para el recaudo de la cartera de la ESE QUILISALUD a través de la depuración de la cartera, la cual brindara una claridad con las diferentes carteras que se tienen con las EAPB, Logrando un recaudo eficiente y oportuno de las cuentas por cobrar de la ESE QUILISALUD.

El objetivo es Coordinar, supervisar y controlar las actividades de gestión de recaudo de las obligaciones adquiridas por las EAPB, realizando las respectivas acciones de cobro según lo dicta la norma (Ley 1066 del 2006), enviando el estado de la cartera a cada una de las EAPB, con el fin de mejorar el flujo de efectivo.

Además de realizar lo siguiente:

- Elaborar informes que reflejen los estados de la cartera (RED DE CARTERA)
- Realizar cruces de información entre procesos (CARTERA-FACTURACIÓN-PRESUPUESTO-CONTABILIDAD-TESORERIA- AUDITORIA)
- Dar control y verificación a los acuerdos pagos que se pacten con las EAPB.
- Elaborar la programación de actividades que tengan interrelación con Los demás procesos.
- Controlar estadísticamente la cartera, tanto vigente como vencida.
- Controlar las obligaciones al cobro jurídico.

#### DIAGNOSTICO PROCESO DE CARTERA CON CORTE A 30 DE JUNIO DE 2024

La cartera 2024 respecto a la del 2023, tiene una variación del 122%, concentrada en la cartera corriente con un 61% y un 39% en lo no corriente del 2024, como se detalla en la siguiente tabla:

VIGENCIA	CARTERA CORRIENTE	CARTERA NO CORRIENTE	TOTAL CARTERA	% parti. Corriente	% parti. No corrient	Variación de la cartera 2023/2024
2023	1.549.512.696	1.708.580.046	3.258.092.742	48%	52%	122%
2024	4.416.012.791	2.822.778.154	7.238.790.945	61%	39%	

En comparación con la cartera de la vigencia 2024, la cartera menor a 360 días es mayor, ya que representa el 61% del total de la cartera y la cartera no corriente ha disminuido en comparación a la vigencia anterior, ya que para la vigencia 2024 la cartera superior a los 360 días representaba el 39%.

Al realizar el análisis de la evolución de la cartera del año 2024, se encuentra por régimen y total, la cartera con mayor valor, la tenemos en el régimen subsidiado con un porcentaje de participación del 86.15% donde el 30.33% de participación está ubicada en la cartera mayor a 360 días, especialmente en las siguientes EAPB:

REGIMEN SUBSIDIADO						
EAPB	VALOR	MENOR A 60 DIAS	HASTA 360 DIAS	MAYO DE 360 DIAS	% DE PARTIC SUB	% DE PARTIC >360
ASMET SALUD EPS S.A.S.	3.368.722.509,23	576.174.104,00	1.509.196.608,00	1.283.351.797,23	46,54%	17,73%
NUEVA EPS	1.129.504.254,12	445.536.416,00	558.104.416,12	125.863.422,00	15,60%	1,74%
AIC	634.563.274,00	201.794.744,00	334.216.506,00	98.552.024,00	8,77%	1,36%
EMSSANAR	384.446.581,00	32.727.183,00	184.498.922,00	167.220.476,00	5,31%	2,31%
OTRAS	719.263.136,10	65.896.627,00	132.899.600,00	520.466.909,10	9,94%	7,19%
<b>TOTAL RG SUB</b>	<b>6.236.499.754,45</b>	<b>1.322.129.074,00</b>	<b>2.718.916.052,12</b>	<b>2.195.454.628,33</b>	<b>86,15%</b>	<b>30,33%</b>
<b>TOTAL CARTERA</b>	<b>7.238.790.945,10</b>					

En comparación del año 2023 al 2024 encontramos que en la depuración de cartera que se ha venido realizando se ve notablemente que se ha recogido cartera que se encontraba mayor a 360 y que el resultado puede ser mejor, pero algunas EPS no reconocen la totalidad de la cartera radicada en años anteriores y solicitan documentos soportes de radicación que conlleva a debilitar el equilibrio financiero de la E.S.E, en esta cartera encontramos que nuestros mayores deudores se encuentran en el régimen subsidiado, Con una participación del 86.15%.

En cuanto al régimen contributivo la participación es del 8.12% donde el 4.41% de participación está ubicada en la cartera mayor a 360 días, se puede notar que el porcentaje comparado con el año anterior disminuyo el 0.56% y esto se debe al recaudo, y su mayor participación está ubicada en las siguientes EAPB:

REGIMEN CONTRIBUTIVO						
EAPB	VALOR	MENOR A 60 DIAS	HASTA 360 DIAS	MAYO DE 360 DIAS	% DE PARTICIPACION	% DE PARTIC >360
ASMET SALUD EPS S.A.S.	213.311.321,00	29.022.125,00	133.451.186,00	50.838.010,00	2,95%	0,70%
SANITAS	133.860.989,00	8.004.331,00	28.819.159,00	97.037.499,00	1,85%	1,34%
S.O.S.	75.653.273,00	1.776.000,00	5.942.073,00	67.935.200,00	1,05%	0,94%
OTRAS	164.686.499,19	22.733.803,00	38.512.747,00	103.439.949,19	2,28%	1,43%
<b>TOTAL RG CONT</b>	<b>587.512.082,19</b>	<b>61.536.259,00</b>	<b>206.725.165,00</b>	<b>319.250.658,19</b>	<b>8,12%</b>	<b>4,41%</b>
<b>TOTAL CARTERA</b>	<b>7.238.790.945,10</b>					

El nivel de la cartera aumento debido a que las EAPB Asmet Salud, Emssanar, Nueva EPS, Sanitas están bajo medida de vigilancia especial a cargo de Superintendencia Nacional de Salud, lo cual hace que el flujo de efectivo se vea afectado.

En cuanto al valor del giro directo autorizado por las EPS podemos decir que se han cumplido en un 85%.

El estado de la Liquidación de contratos se encuentra en proceso, con Asmet salud se concilió y se obtuvo la liquidación de 5 contratos de los años 2018, 2019 y 2020, además se envió estado de cartera con corte a 30 de JUNIO de 2024 de las modalidades de cápita, PGP y evento para su respectivo cruce y conciliación con la EPS ASMET SALUD, donde se envió los soportes de una facturación que la EAPB afirma no estar radicada y que se está revisando por parte de Asmet para dar respuesta a la misma y así poder firmar un acuerdo de pago. Con AIC se sigue conciliando la cartera mensual, al igual que con Emssanar, Nueva EPS, Mutual Ser, Famisanar, Comfenalco, Capital salud, Mallamas Entre otros, se están haciendo conciliación de cartera con corte a 30 de junio de 2024, esto con el fin de hacer una depuración de cartera.

Con Emssanar se está trabajando en la depuración y cruce de pagos, para enviar un estado de cartera depurado a la EAPB y llegar a una conciliación, por lo tanto mediante la gestión realizada por el gerente de la ESE QUILISALUD se lograron acuerdos de pago por valor de \$329.396.136 correspondiente al incremento del UPC del 13% del retroactivo de los meses de enero a octubre de 2023, además del pago del contrato de capitación de los meses de noviembre y diciembre de 2023, incluirán el incremento del 13% del UPC y el acuerdo por \$149.843.691. Además de la liquidación del contrato de la cápita de enero y febrero de 2022 y el contrato de capitación de julio a diciembre de 2021, Mallamas se realizan la liquidación de contratos de años anteriores, se envía cartera para la depuración nuevamente con corte a Junio de 2024, la E.S.E ha venido participando en mesas de saneamiento por el departamento del Cauca para la respectiva conciliación, dando cumplimiento a la norma, además de las conciliaciones que se realizan extras mes a mes, con la Secretaria de Salud Departamental se envió la certificación de la cartera con corte a Diciembre de 2023 y sólo quedan unas pocas de otras EAPB pendientes de radicar por problemas de plataforma, cabe anotar que la Secretaria de Salud también fue convocada a las mesas de la Súper Salud en las cuales no se presentaron, pero en las últimas mesas de circular 030 solicitaron por medio de la firma auditora el estado de cartera para su respectiva revisión.

Además de que se está procediendo a realizar una depuración de cartera con todas las EAPB es con el fin de aclarar los saldos y poder llegar a acuerdos para mantener el flujo de recurso efectivo.

### **3.11 DIAGNOSTICO CONTRATACIÓN EAPB**

El Decreto 441 de 2022 regula los aspectos generales de los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago y los prestadores de servicios de salud o proveedores de tecnologías en salud, celebrados entre dos o más personas naturales o jurídicas para la prestación o provisión de servicios y tecnologías en salud, en sus etapas precontractual, contractual y post contractual, establecer mecanismos de protección a los usuarios y regular aspectos relacionados con la facturación y pago de los servicios, y tecnologías en salud.

Los ajustes allí definidos, aplicarán de forma obligatoria para los acuerdos celebrados entre dos o más personas naturales o jurídicas para la prestación o provisión de servicios y tecnologías en salud en todas las etapas del proceso de contratación; es decir, precontractual, contractual y postcontractual.

La ESE Quilisalud viene fortaleciendo este proceso en articulación de los otros, como prestación de servicios, facturación y auditoria, logrando una mayor integración y una mejor ejecución de lo convenido contractualmente con las diferentes EPS.

## CONTRATACIÓN VIGENCIA 2023

Para la vigencia 2023, Quilisalud realizó la contratación con las EPS, por valor de \$12.696.037.372, según reporte realizado a SIHO.

Tabla 1. Relación de contratos por EPS y modalidad. Vigencia 2023.

EMPRESA	CONTRATO	TIPO CTO	MODALIDAD	REGIMEN	INICIA	FINALIZ A	VALOR ACUMULADO
EMSSANAR	128-2CS220002_20220405	PRORROGA	CAPITA	SUBSIDIADO	00/01/2023	31/08/2023	\$3.097.886.361
EMSSANAR	128-2ES220004_20220406	PRORROGA	EVENTO	SUBSIDIADO	00/01/2023	31/08/2023	\$276.665.612
EMSSANAR	128-2EC220002_20220406	PRORROGA	EVENTO	CONTRIBUTIVO	00/01/2023	31/08/2023	\$348.063.186
ASMETSALUD	CAU-584-S22	OTROSI	CAPITA	SUBSIDIADO	00/01/2023	31/12/2023	\$2.718.422.630
ASMETSALUD	CAU-586-S22	OTROSI	CAPITA	SUBSIDIADO	00/01/2023	31/12/2023	\$1.409.085.370
ASMETSALUD	CAU-588-S22	OTROSI	EVENTO	SUBSIDIADO	00/01/2023	31/12/2023	\$161.559.212
ASMETSALUD	CAU-585-C22	OTROSI	EVENTO	CONTRIBUTIVO	00/01/2023	31/12/2023	\$89.662.279
ASMETSALUD	CAU-587-C22	OTROSI	EVENTO	CONTRIBUTIVO	00/01/2023	31/12/2023	\$95.760.188
ASMETSALUD	CAU-034-23-PGP	CONTRATO	PGP	SUBSIDIADO	28/08/2023	28/08/2024	\$639.805.246
NUEVA EPS	02-02-03-0017-2023	CONTRATO	CAPITA	SUBSIDIADO	00/01/2023	02/05/2025	\$1.454.963.977
NUEVA EPS	02-01-03-	PRORROGA	EVENTO	SUBSIDIADO	00/01/2023	00/05/2023	\$6.077.338
NUEVA EPS	02-01-03-006552023	CONTRATO	EVENTO	SUBSIDIADO	00/06/2023	31/05/2024	\$16.881.500
AIC	156-2023	CONTRATO	EVENTO	SUBSIDIADO	00/01/2023	31/12/2023	\$870.306.087
				CONTRIBUTIVO			\$64.552.106
AIC	513-2023	CONTRATO	EVENTO	SUBSIDIADO Y CONTRIBUTIVO	00/02/2023	31/12/2023	\$0
MALLAMAS	20231969817657	PRORROGA	EVENTO	SUBSIDIADO	00/01/2023	28/02/2023	\$31.496.657
MALLAMAS	20231969817657	CONTRATO	EVENTO	SUBSIDIADO	00/03/2023	31/12/2023	\$214.810.118
MALLAMAS	20231969817659	PRORROGA	EVENTO	CONTRIBUTIVO	00/01/2023	28/02/2023	\$1.011.481
MALLAMAS	20231969817659	CONTRATO	EVENTO	CONTRIBUTIVO	00/03/2023	31/12/2023	\$7.684.408
PIC MUNICIPAL SANTANDER QUILICHAO	266 DE 2023	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO	MONTO FIJO	PIC	03/03/2023	03/12/2023	\$958.843.616
PIC DEPARTAMENTAL		CONTRATO	MONTO FIJO	PIC			\$232.500.000
<b>TOTAL CONTRATOS</b>							<b>\$ 12.696.037.372</b>

Las EPS más representativas en la contratación, financieramente hablando, son: Asmet Salud que representa el 40%, Emssanar el 29% y Nueva EPS el 12%.

Tabla 2. Relación de contratos por EPS. Vigencia 2023.

EPS	VALOR ACUMULADO
AIC	\$ 870.306.087,00
ASMETSALUD	\$ 5.114.294.925,00
EMSSANAR	\$ 3.722.615.159,00
MALLAMAS	\$ 223.506.007,00
MALLAMAS	\$ 31.496.657,00
NUEVA EPS	\$ 1.477.922.815,12
PIC DEPARTAMENTAL	\$ 232.500.000,00
PIC MUNICIPAL SANTANDER QUILICHAO	\$ 958.843.616,02
<b>TOTAL CONTRATOS</b>	<b>\$ 12.696.037.372</b>

Los contratos con modalidades de prospectivas equivalen al 71% del total de la contratación, Cápita es el 66% y PGP el 5%, seguido de los contratos por Evento con el 17% y monto fijo el 9%.

La modalidad de pago prospectiva se define por anticipado el valor esperado de la frecuencia de uso de un conjunto de servicios y tecnologías en salud y de su costo, y que permite determinar previamente un pago por caso, persona o global, que tienen características similares en su proceso de atención, garantizando un mejor flujo de caja para la ESE Quilisalud.

Tabla 3. Relación de contratos por Modalidad. Vigencia 2023.

MODALIDAD	VALOR ACUMULADO	%
CAPITA	\$ 8.680.358.338	68%
EVENTO	\$ 2.119.978.066	17%
MONTO FIJO	\$ 1.191.343.616	9%
PGP	\$ 639.805.246	5%
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 12.760.589.478</b>	

### CONTRATACIÓN VIGENCIA 2020-2023

La ESE Quilisalud ha venido realizando el fortalecimiento del proceso contractual, el cual muestra su mayor avance para el año 2023. Iniciamos el periodo de Gerencia, en el año de pandemia 2020, con una contratación de 8.600 millones terminando en el 2023 con casi 12.700 millones contratados; en gran medida este resultado se obtuvo gracias a la ampliación del Portafolio de Salud, orientado a ofertar una mayor integralidad en todo lo relacionado con Rutas de promoción y mantenimiento de la Salud, Ruta materno perinatal y Grupos de riesgo (Crónicos) y al logro de una contratación más integral.

Grafico 1. Total de servicios contratados. Años 2020-2023

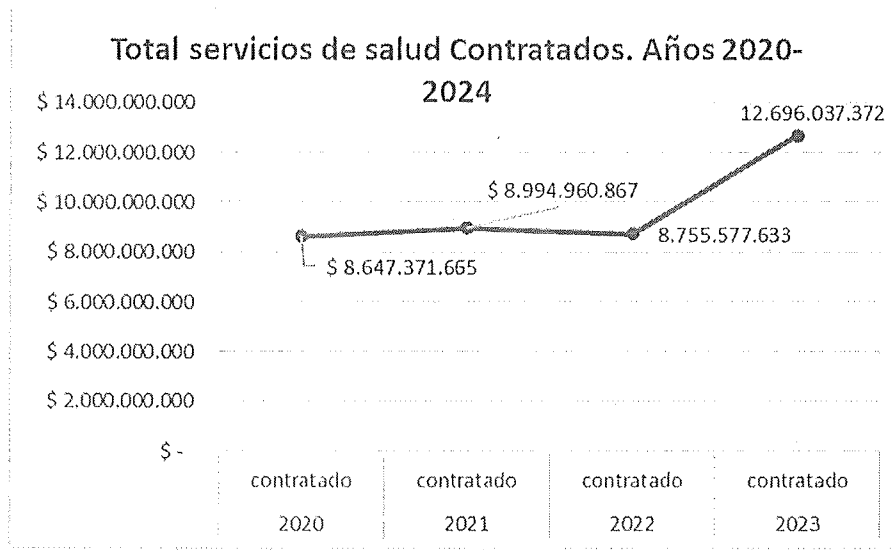


Tabla 1. Total de servicios contratados, por concepto. Años 2020-2023

concepto	2020		2021		2022		2023		Consolidado	
	contratado	%	contratado	%	contratado	%	contratado	contratado	contratado	%
Régimen Contributivo	\$ 183.039.134	2%	\$ 182.692.779	2%	12.000.000	5%	606.733.648	984.465.561	3%	
Régimen Subsidiado	\$ 7.459.797.227	86%	\$ 7.112.540.418	79%	7.588.025.749	77%	10.897.960.108	33.058.323.502	85%	
Población Pobre en lo No Cubierto con Subsidios a la Demanda	\$ -	0%	\$ -	0%	-	1%	-	-	0%	
...Población Pobre no afiliada al Régimen Subsidiado	\$ -	0%	\$ -	0%	-	1%	-	-	0%	
SOAT (Diferentes a ECAT)	\$ -	0%	\$ -	0%	-	0%	-	-	0%	
ADRES (Antes FOSYGA)	\$ -	0%	\$ -	0%	-	0%	-	-	0%	
Plan de intervenciones colectivas (antes PAB)	\$ 940.112.104	11%	\$ 1.387.831.934	15%	1.155.551.884	12%	1.191.343.616	4.674.839.538	12%	
Otras Ventas de Servicios de Salud	\$ 64.423.200	1%	\$ 311.895.736	3%	-	4%	-	376.318.936	1%	
<b>Total venta de servicios de salud</b>	<b>\$ 8.647.371.665</b>	<b>100%</b>	<b>\$ 8.994.960.867</b>	<b>100%</b>	<b>8.755.577.633</b>	<b>100%</b>	<b>12.696.037.372</b>	<b>39.093.947.537</b>	<b>100%</b>	
	22%		23%		22%		32%			

En la Tabla 1 podemos evidenciar como la contratación del régimen subsidiado, que equivale en promedio al 85%, es la que impacta financieramente a la ESE Quilisalud, seguido de la contratación de todo lo relacionado con el Plan de Intervenciones Colectivas municipal y Departamental (12%). El año con mayor incremento financiero frente al total del período reportado, es el año 2023, que representa el 32% del total del recurso contratado.

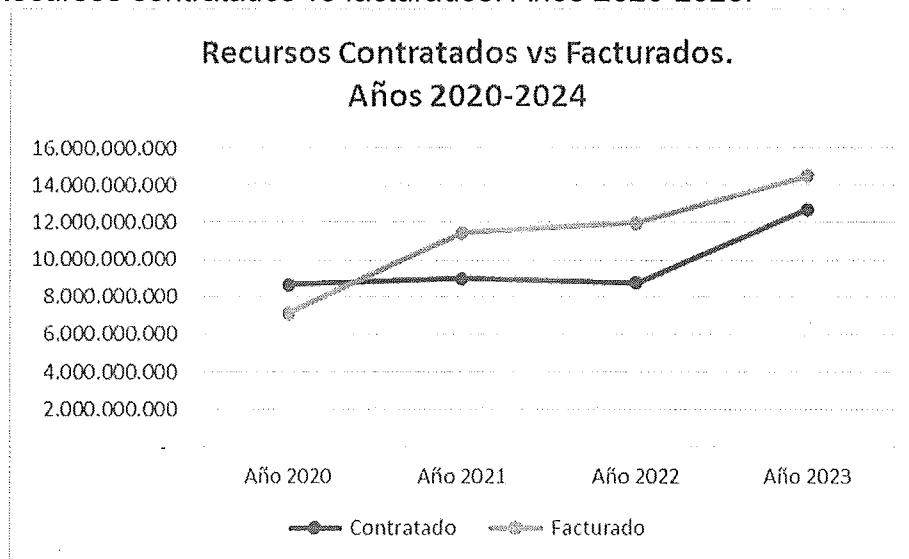
Tabla 2. Total de servicios facturados, por concepto. Años 2020-2023

concepto	2020		2021		2022		2023		Consolidado	
	facturado	%	facturado	%	facturado	%	facturado	%	facturado	%
Régimen Contributivo	\$ 257.447.365	4%	\$ 627.315.654	5%	452.114.003	4%	476.140.185	3%	1.813.017.207	4%
Régimen Subsidiado	\$ 6.168.627.092	86%	\$ 8.818.488.727	77%	9.937.096.324	83%	12.728.556.669	88%	37.652.768.812	84%
Población Pobre en lo No Cubierto con Subsidios a la Demanda	\$ 917.033	0%	\$ 166.225.106	1%	-	0%	-	0%	167.142.139	0%
...Población Pobre no afiliada al Régimen Subsidiado	\$ 917.033	0%	\$ 166.225.106	1%	-	0%	-	0%	167.142.139	0%
SOAT (Diferentes a ECAT)	\$ 2.870.729	0%	\$ 3.957.426	0%	3.747.662	0%	2.859.903	0%	13.435.720	0%
ADRES (Antes FOSYGA)	\$ -	0%	\$ -	0%	199.190	0%	306.240	0%	505.430	0%
Plan de intervenciones colectivas (antes PAB)	\$ 593.872.395	8%	\$ 1.400.370.557	12%	1.337.563.890	11%	1.145.599.121	8%	4.477.405.963	10%
Otras Ventas de Servicios de Salud	\$ 120.291.186	2%	\$ 422.963.229	4%	240.477.316	2%	172.552.891	1%	956.284.622	2%
<b>Total venta de servicios de salud</b>	<b>\$ 7.144.025.800</b>	<b>100%</b>	<b>\$ 11.439.320.699</b>	<b>100%</b>	<b>11.971.198.385</b>	<b>100%</b>	<b>14.526.015.009</b>	<b>100%</b>	<b>45.080.559.893</b>	<b>100%</b>
	16%		25%		27%		32%		100%	

En cuanto a servicios facturados, y en correlación con lo contratado, la facturación del régimen subsidiado equivale al 84% del total, seguido de PIC y en menor proporción el régimen contributivo y otras ventas de servicios.

Si observamos el siguiente gráfico, encontramos que los valores de los servicios facturados están siempre por encima de los contratados, excepto en el año 2020 en donde la Pandemia cambió esta dinámica.

Gráfico 2. Recursos contratados vs facturados. Años 2020-2023.



En total se contrataron \$39.093.947.537 y se presentaron cuentas por \$45.080.559.893. con un incremento progresivo, que se hace más representativo en al año 2023, tanto en lo contratado como en lo facturado.

Tabla 3. Valores Contratados vs Facturados. Años 2020-2023

Año	Año 2020	Año 2021	Año 2022	Año 2023	Total
Contratado	8.647.371.665	8.994.960.867	8.755.577.633	12.696.037.372	<b>39.093.947.537</b>
Facturado	7.144.025.800	11.439.320.699	11.971.198.385	14.526.015.009	<b>45.080.559.893</b>

\*Informe 2193 - SIHO

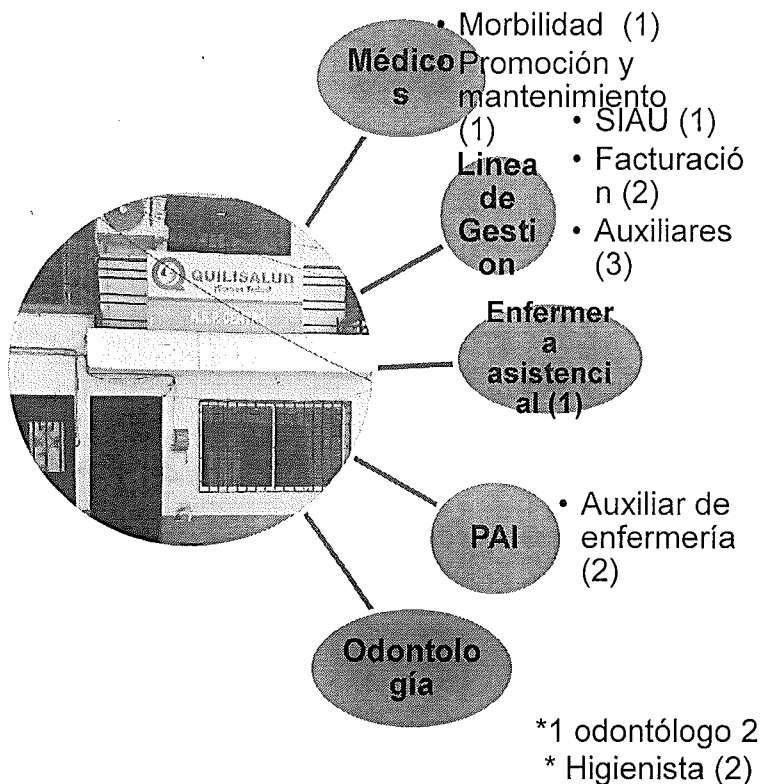
### 3.11 DIAGNOSTICO MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

La operación y ejecución de la prestación de servicios de las diferentes modalidades de atención (Extramural, Intramural y Telemedicina) que se esbozan según lo establecido en la política de atención integral en salud – PAIS - en tres componentes de atención: el componente atención comunitaria y social, el componente de atención básica y el componente de atención especializada.

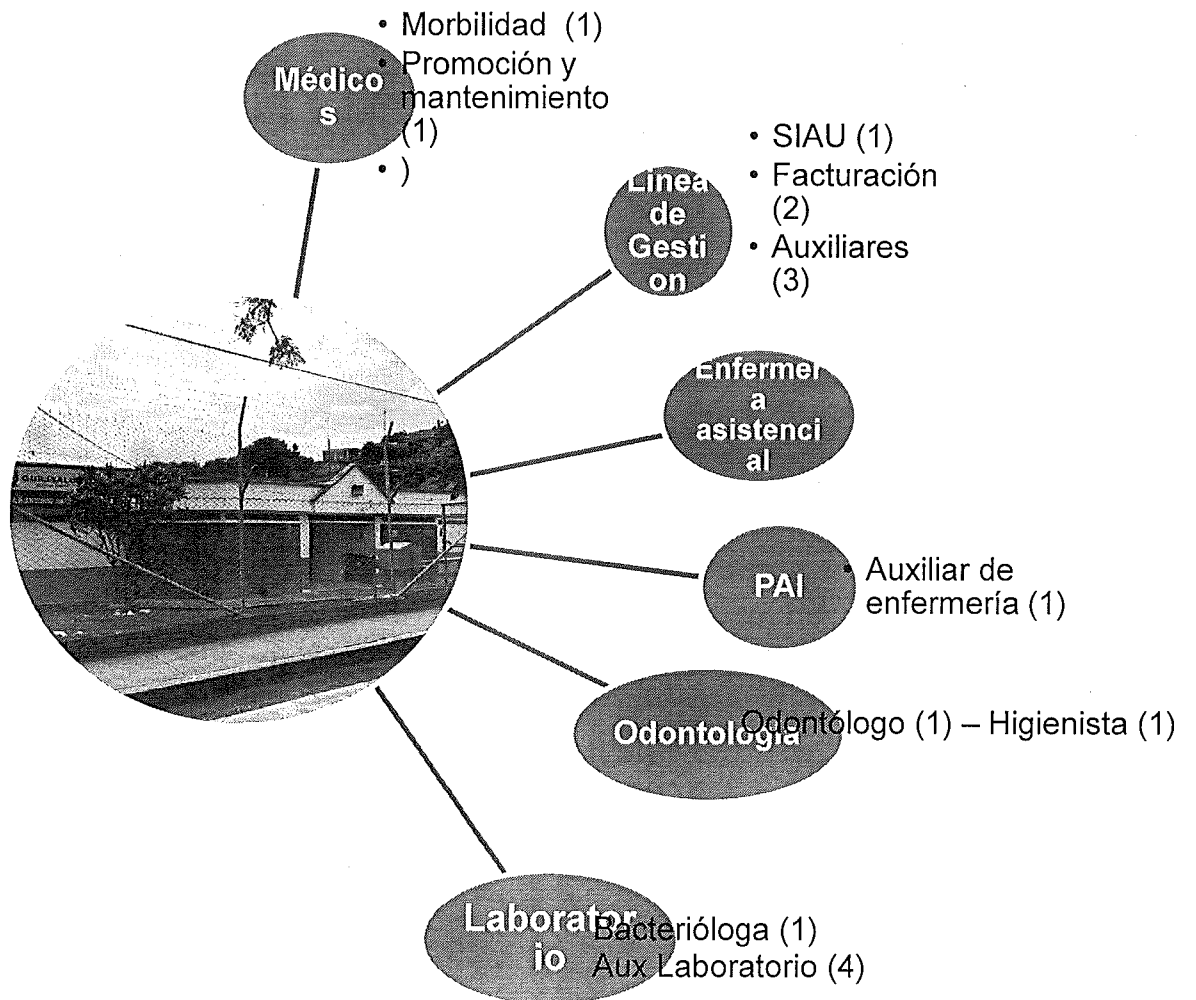
También de los procesos asistenciales, los cuales son: Promoción y mantenimiento de la salud , atención integral a grupos de riesgo y morbilidad con enfoque de riesgo, los cuales contemplan lo solicitado en las Rutas integrales de atención en salud (RIAS) en el marco de los diferentes programas que se incluyen en la operación del mismos y las dimensiones, dimensión 2: ERC, AR, EPOC, Cáncer, dimensión 4: Tx mental, SPA, Violencias, dimensión 5: Servicios amigables, Maternoperinatal, dimensión 6: COVID, TB, ETV, ITS, Dim 9: Poblaciones vulnerables y PAI.

#### SEDES INTRAMURALES

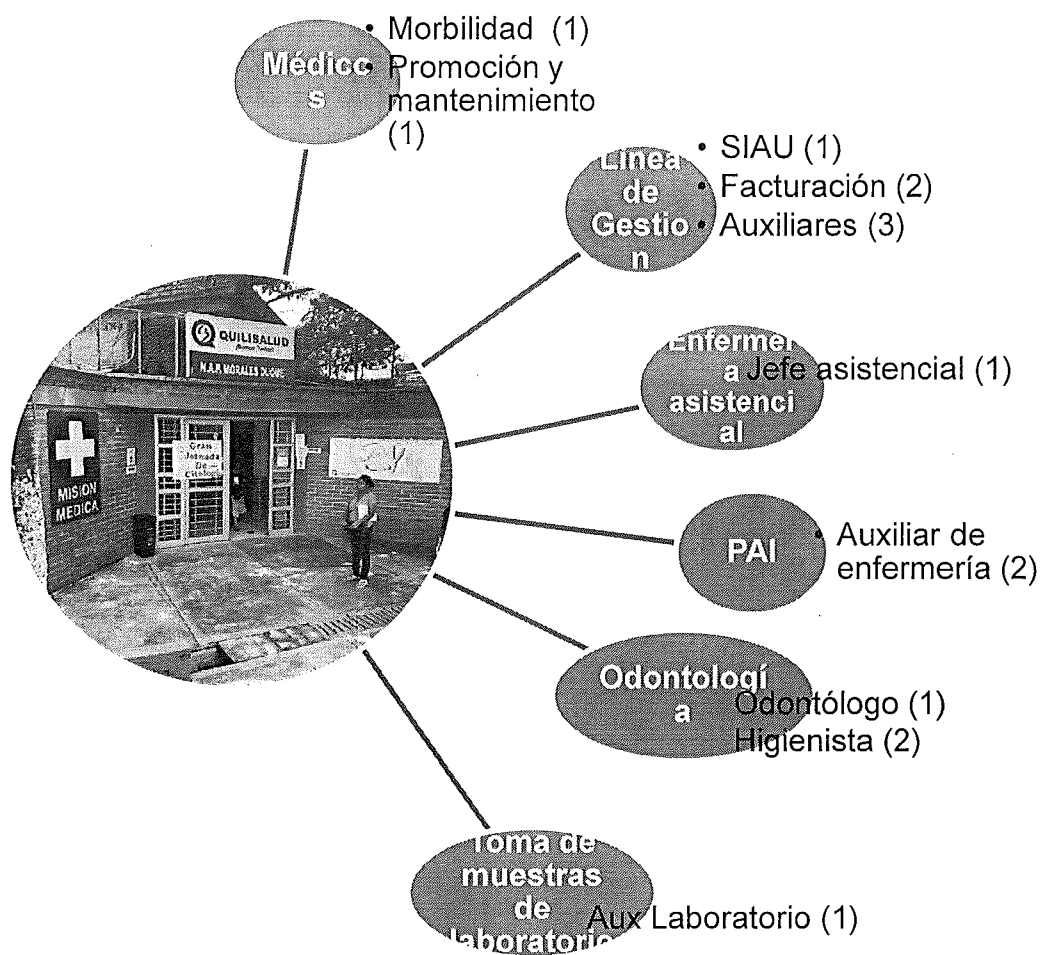
##### SEDE CENTRO



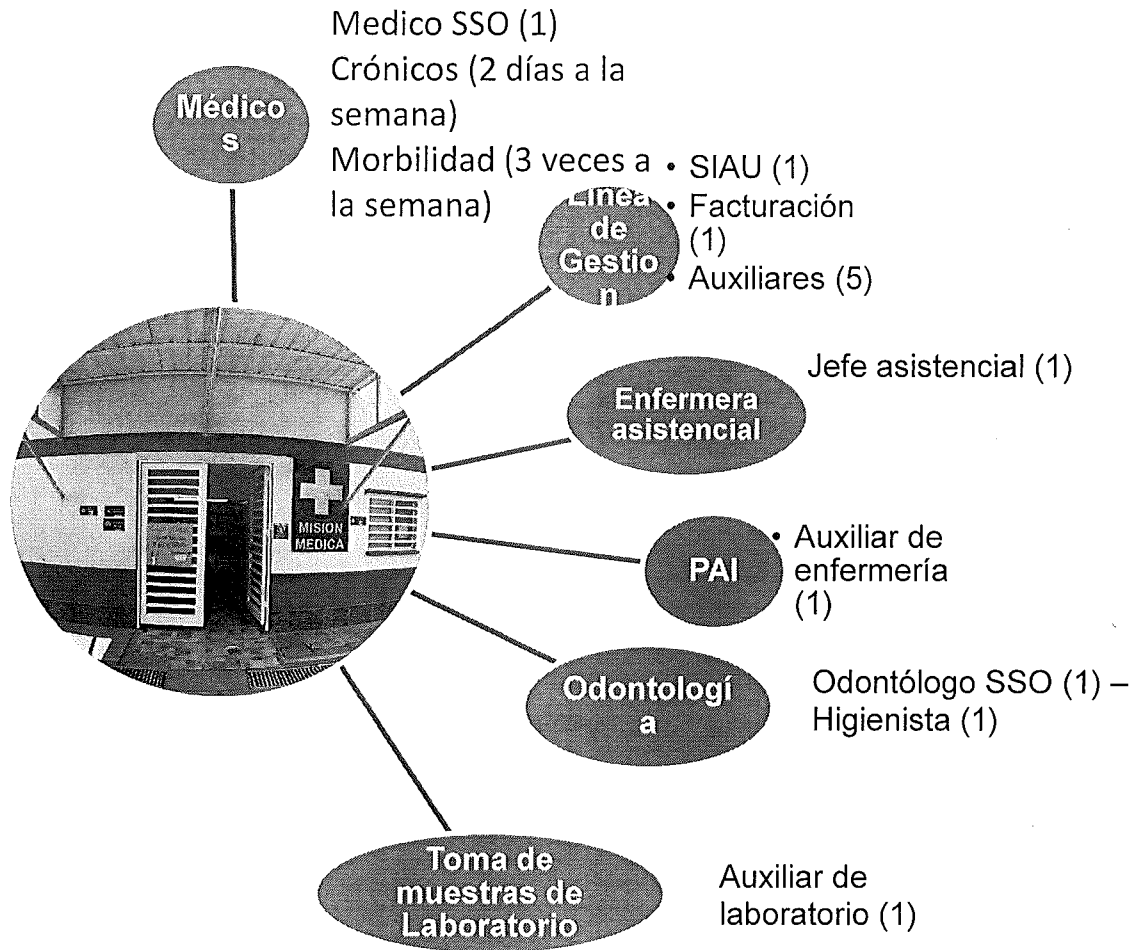
## SEDE NARIÑO



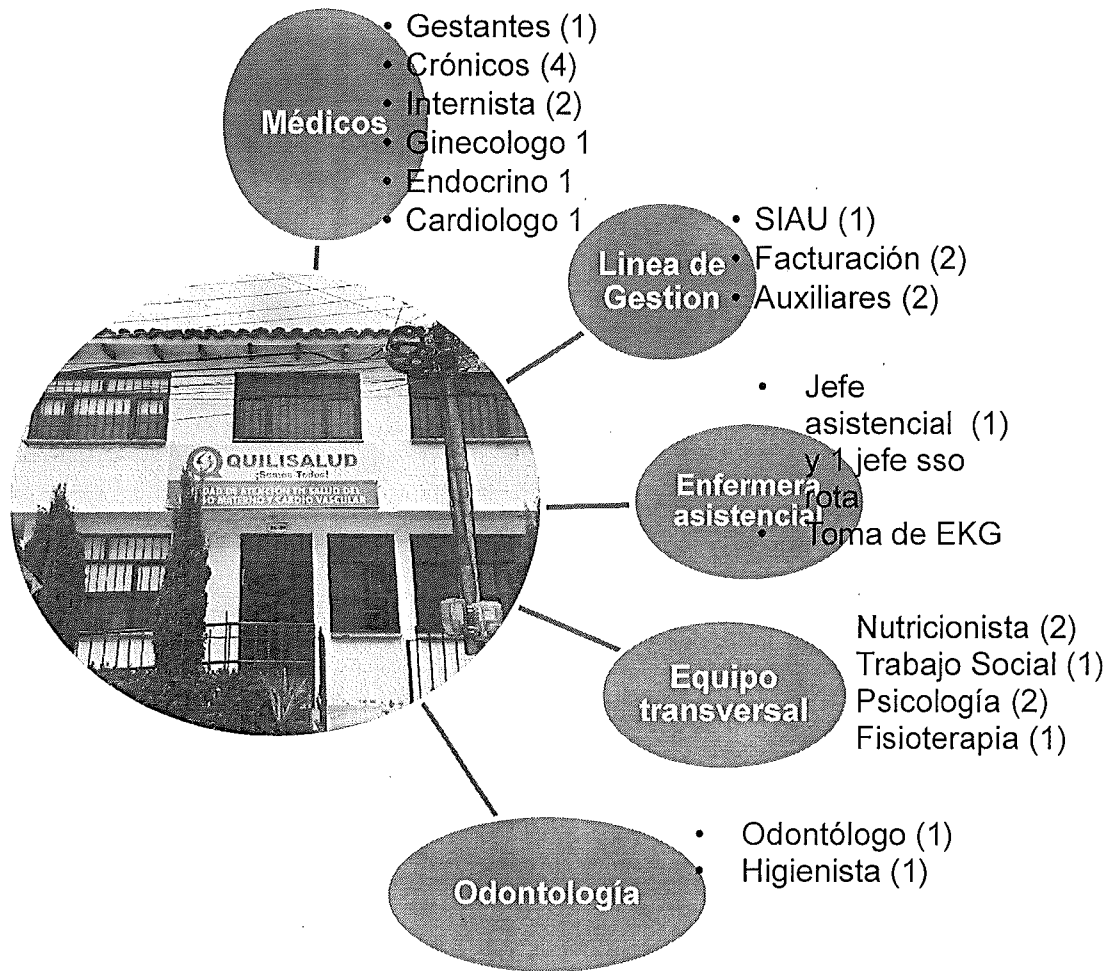
## SEDE MORALES DUQUE



## SEDE MONDOMO

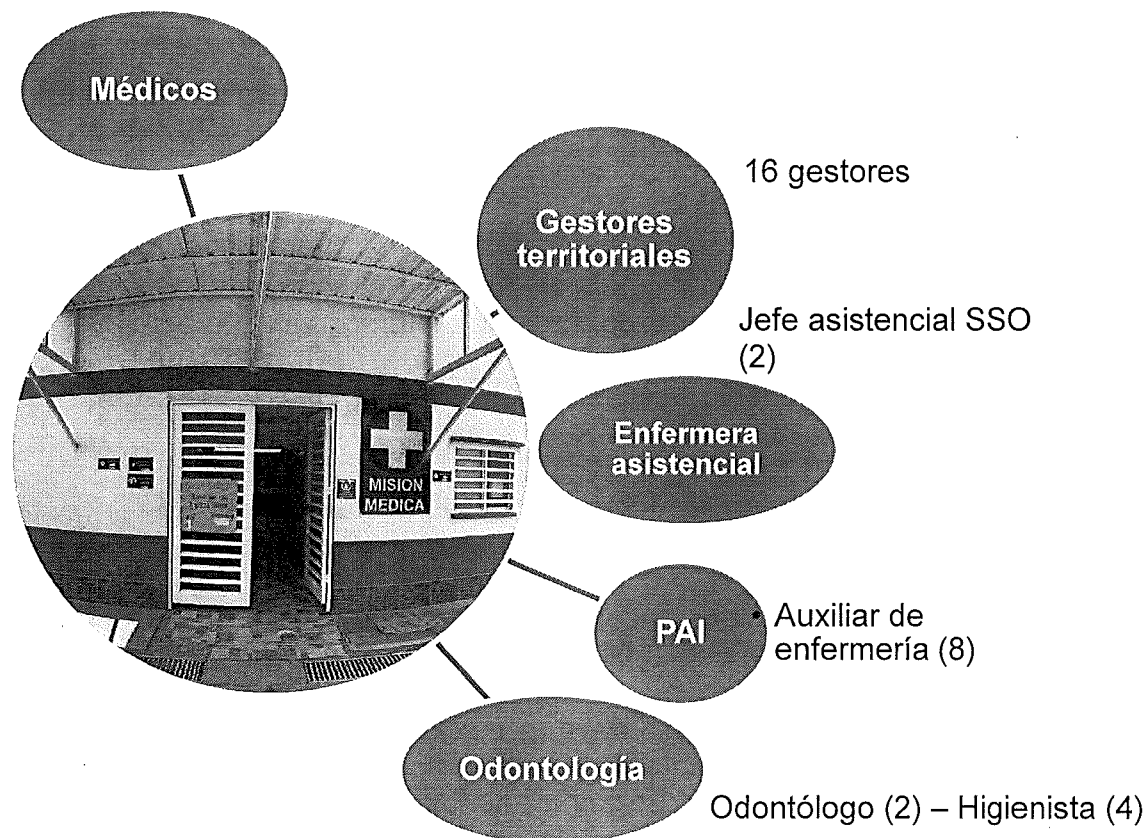


**SEDE CANALON: Unidad de atención en salud del riesgo materno y cardiovascular**



## EXTRAMURAL

Medico (3)



La jornadas son de forma diaria, hace falta un médico, se trabaja en jornada continua. .

Los cuadros se realizan en compañía de los líderes de salud pública el de médicos. Jefes, el de odontología lo envía la líder se validad, posterior se envía a la sindical.

## IMPACTO EN INDICADORES Y ESTIMACIONES.

**ASMET SALUD**, se realiza incumplimiento, con el 70% en las estimaciones, descuentos por año:

2022	\$ 205.419.163
2023	\$ 540.000.000

No se ha realiza cierre de ninguna de las dos vigencias, no se ha realizado mesa de evaluación de I trimestre dado a cambios internos en el personal.

El tablero de cumplimiento a estimaciones es manejado por al jefe Jenifer Izasa líder de PYMS.

**EMSSANAR**: maneja indicadores de descuento para el año 2023, se genera un descuento del 5% del valor del contrato.

Se debe realizar mesa de concertación dado que sus resultados no coinciden con los nuestros, cada líder debe generar el espacio con su par de la EAPB.

Se llevan también indicadores de la resolución 4505, donde se quedó que debían enviar acta dado que hay indicadores que no nos corresponden y no los miden como por ejemplo dispensaciones de medicamentos.

**Nueva EPS**: Se cuenta con indicadores en un tablero donde se especifica si son de descuento o informativos. Pendiente reunión de cierre 2023 dado que no se aceptan lo enviado por ellos, lo cual se encuentra en la carpeta que dice SOPORTES NUEVA EPS INDICADORES.

Ellos cuentan con una página donde se puede validar los resultados de indicadores de riego.

<https://nuevaeps.sigires.co/>  
Usuario: 196980002610\_6077  
Contraseña: Resolucion202

## PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD.

Desde el programa de promoción y mantenimiento de la salud se han venido realizando una serie de estrategias y seguimientos al proceso que antes no se realizaban, ya que en el año 2023 el proceso tuvo una intermitencia con la coordinación de este; para el año 2024 recibo el proceso con deficiencias en relación con las siguientes acciones:

- Plan de capacitación inconcluso y ejecutado parcialmente, sin soportes de actas con relación a lo que determina el programa.
- Comité de promoción y mantenimiento de la salud sin ejecución con la periodicidad que se determina bajo resolución.
- Estimaciones sin medición consecutiva y plan de acción frente a incumplimiento.
- Programa AIEPI sin seguimiento y ejecución como lo establece la norma.
- Plan de acción para el año 2023 no definido y por ende sin un seguimiento de ejecución.

Para el año 2024 se realiza una reestructuración del programa donde se priorizan acciones que permitan subsanar las dificultades mencionadas anteriormente, mediante un plan de trabajo articulado con las diferentes lideres de salud pública, así como también una apropiación del proceso por parte de todo el personal asistencial, enfocándonos en la importancia de la documentación y ejecución del programa y estrategias para una demanda inducida efectiva, que permita impactar la salud de toda la población quilichagueña; lo anterior se logra afianzando conocimientos e involucrando a todo el personal asistencial en cada acción planteada.

## ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

**Trasmisibles.**  
**Tuberculosis:**

Mes	Enero	Febrero	Marzo
Numerador	46	65	82
Denominador	48	49	49
Resultado	96%	133%	167%
Meta	95%	95%	95%

Para el primer trimestre del año 2024 en la captación de sintomáticos respiratorios, como visualizamos en la tabla de manera mensual contamos con una meta de captación de 49 sintomáticos, teniendo unos resultados para el mes de enero de un 96%, febrero de 133% y marzo de 167%.

TRIMESTRE	PRIMER TRIMESTRE
Numerador	2
Denominador	2
Resultado	100%
Meta	100%

Para el éxito de tratamiento, en el primer trimestre del año 2024, contamos con un resultado del 100%, para este indicador.

TRIMESTRE	PRIMER TRIMESTRE
Numerador	24
Denominador	1
Resultado	24
Meta	<24H

Para el indicador de oportunidad de diagnóstico, en el primer trimestre del año 2024 tenemos un resultado de 24 horas, dentro de la meta establecida institucionalmente es menor a 25 horas.

**VIH:**

Mes	Enero	Febrero	Marzo
Numerador	190	286	234
Denominador	98	98	98
Resultado	194%	292%	239%
Meta	95%	95%	95%

En la tamización de VIH para el primer trimestre tenemos en el mes de enero un porcentaje de cumplimiento de 194%, mes del febrero 292% y mes de marzo 239%.

**DENGUE:**

Mes	Enero	Febrero	Marzo
Numerador	20	48	38
Denominador	20	48	39
Resultado	100%	100%	97%
Meta	95%	95%	95%

En el indicador de casos reportados de dengue en el siviigila, tenemos un cumplimiento de 100% en el mes de Enero y febrero, un 95% en el mes de febrero, por lo cual se toman acciones frente al personal médico.

## CÁNCER

### CÉRVIX:

Mes	ITRIMESTRE
Numerador	664
Denominador	3277
Resultado	20%
Meta	90%

Desde el programa de cáncer de cérvix para el primer trimestre del año 2024 contamos con un cumplimiento de 20%, por lo cual se han trabajado varias estrategias dentro de las cuales está el aumento de jornada de tomas de citologías, demanda inducida y articulación con cada EAPB, para la demanda.

### MAMA:

Mes	ITRIMESTRE
Numerador	634
Denominador	1043
Resultado	61%
Meta	70%

Desde el programa de mama se ha llevado a cumplimiento un 61% de demanda inducida para toma de mamografías, en todas la EAPB.

## RUTA MATERNO PERINATAL

Como objetivos principales de la dimensión 5, sexualidad derechos sexuales y reproductivos, es promover y generar mecanismos que garanticen las condiciones para el ejercicio pleno y autónomo de los derechos sexuales y reproductivos de las personas, de modo tal que sea posible la contribución en la reducción de condiciones de vulnerabilidad y la atención integral de la población.

Los programas pertenecientes a la dimensión 5 han tenido un crecimiento considerable tanto en implementación, gestión y ejecución, mostrando un mejor resultado en calidad de la atención.

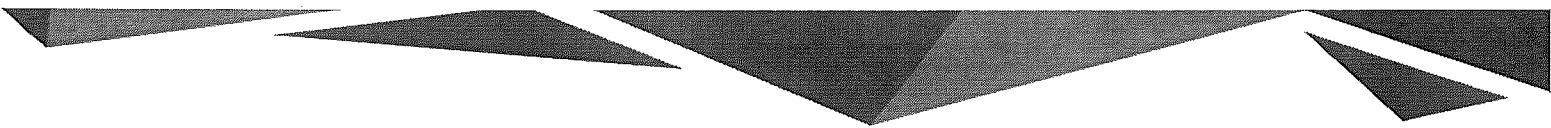
Dentro de las estrategias establecidas para la atención y canalización de las mujeres en los diferentes programas de SSR, se encuentra la evaluación de la intención reproductiva, a toda mujer en edad fértil (MEF) y asista a consultas de morbilidad, de modo que sea posible conocer al igual el plazo de la intención reproductiva y el uso de anticonceptivos. De igual manera se realizan pruebas rápidas de embarazo, en las mujeres que por criterio clínico así lo requieran tanto en las atenciones intra como extramurales.

Todo esto permitirá la derivación hacia las diferentes rutas, de acuerdo con el deseo de las usuarias, la mejora en la captación temprana de la gestación, y un impacto positivo

Actualmente para la Ruta Materno Perinatal, en el hito de **Atención Preconcepcional**, cuenta con una implementación según la normatividad vigente, res 3280/2018 y se lleva a cabo la intensificación en las búsquedas de mujeres en edad fértil a través de diferentes acciones tales como: visitas en el territorio por parte del equipo extramural, brigadas en salud, llamadas telefónicas y envío de mensajes de texto, además de entrega de educación en salud sexual y reproductiva por medio de folletos y videos promocionales del programa a través de las diferentes redes sociales.

Para el hito de **Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)**, la ESE cuenta con la ruta establecida, socializada e implementada, para la atención de toda persona con capacidad de gestación que refiera deseo de iniciar el proceso, de modo tal que pueda conocer y elegir libremente las opciones del embarazo, de acuerdo con lo amparado por la ley. En la ruta se garantiza la atención según la normatividad vigente; sentencia C055/2022 y res 051/2023 para la asesoría, acompañamiento y garantía de la ruta IVE.

La ESE Quilisalud, actualmente garantiza el manejo de la IVE con método farmacológico en usuarias que cuenten con los criterios clínicos para la misma y que se encuentren por debajo de las 12 semanas. De igual forma se lleva a cabo el



seguimiento del proceso, asignación de controles médicos posteriores y consulta para asesoría e inicio de anticoncepción post evento obstétrico, a fin de llevar a lograr un tránsito por la ruta de manera segura y eficaz.

En las pacientes que por condiciones clínicas o por edad gestacional no es posible llevar a cabo IVE farmacológica, se remiten a la red complementaria asignada, de acuerdo a la EAPB de afiliación.

En los casos en los que exista dificultades administrativas para la garantía de la ruta, el equipo de la dimensión 5 de la ESE, ha establecido canales de comunicación con las diferentes EAPB que permitan la asistencia, gestión y garantía del proceso de acuerdo a los tiempos establecidos según la norma.

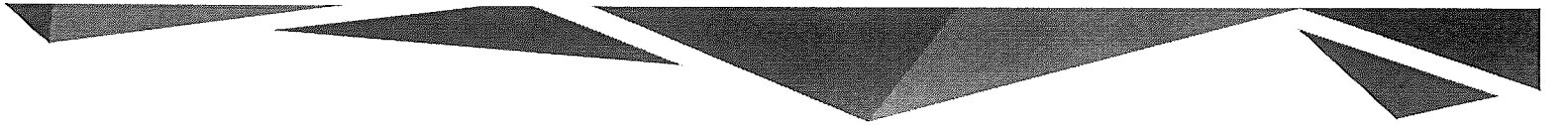
De igual forma, todo el equipo médico asistencial ha sido capacitado de acuerdo con los lineamientos técnico-operativos de ministerio de salud y protección social, para conocer la ruta, establecer el manejo pertinente y garantizar el acceso efectivo y sin barreras en las usuarias, fortalecer las competencias en el equipo y unificar el proceso de atención todas las sedes.

Para el hito de **Control Prenatal**, la ESE cuenta con todo el despliegue de capacitación técnico-operativa al personal asistencial, de acuerdo con el cambio normativo según res 3280/2018 para la evaluación e intervención del riesgo y la creación de la ruta institucional.

El programa cuenta con la unidad de atención de riesgo, la cual es una sede exclusiva para la atención materno perinatal, donde un equipo integral realiza las atenciones normativas establecidas en la RIA. También cuenta con la posibilidad de atención domiciliaria en la unidad móvil, búsquedas en el terreno por parte de los gestores en salud y seguimiento a la cohorte en los casos de usuarias con alta dispersión geográfica o dificultad en el desplazamiento a los centros de salud.

La ESE realiza la gestión del riesgo de las pacientes a través de la oferta y atención de todas las acciones normativas correspondientes al prestador primario, tales como atenciones de primera vez y controles por medicina general y especializada, toma y procesamiento de todos los paraclínicos de ruta, las tamizaciones por pruebas rápidas de VIH, sífilis y Hepatitis B en el 100% de la población gestante, realización de ecografías gineco obstétricas, atención por el equipo transversal ; nutrición, psicología, trabajo social, atenciones por salud oral, asesorías en lactancia materna y curso para la preparación de la maternidad y paternidad.

También cuenta con el equipo de búsqueda en el terreno a pacientes inasistentes a los controles prenatales, de recién nacido o puerperio para la intervención de los riesgos y la gestión en salud.



El personal médico asistencial es capacitado de forma permanente en todos los hitos que conforman la Ruta Materno Perinatal, con el objetivo de fortalecer las capacidades técnico operativas que puedan dar garantía de atenciones con pertinencia, calidad y humanización.

Para el programa de **Planificación Familiar**, a partir de la implementación de la res 3280/2018, se llevan a cabo las asesorías en DSR a la población de mujeres en edad fértil aunado a la toma de pruebas rápidas de embarazo para el dx, canalización y atención oportuna en materia de anticoncepción, también se da la intensificación de la promoción del programa a través de inducción a la demanda en todos los NAP de las mujeres asistentes a diferentes tipos de consultas, entrega de folletos informativos, y llamadas telefónicas de las MEF presentes en los tableros de planificación familiar otorgados por las diferentes EAPB, con el fin de monitorizar y reportar novedades de las usuarias.

### **Dimensión 2: Programa de riesgo cardiovascular**

En esta dimensión se define lo relacionado con la gestión del riesgo de la población con enfermedad crónica no transmisible, que conforma en nuestra institución los siguientes programas: Precursoras de enfermedad renal crónica, EPOC, asma y artritis.

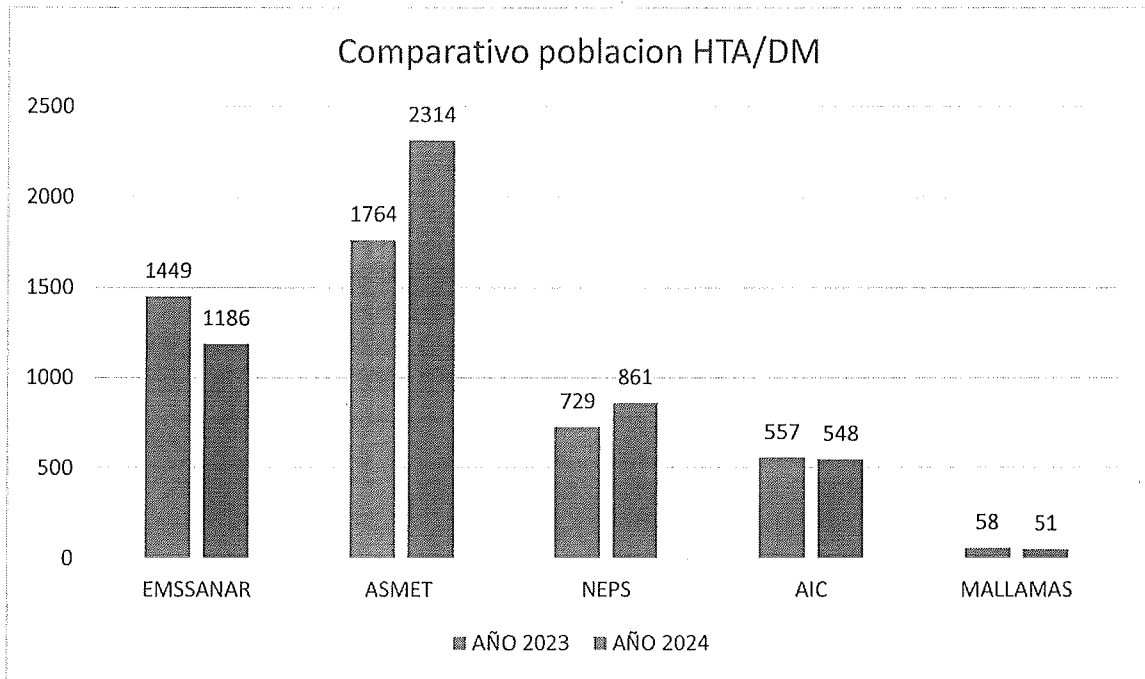
Esta dimensión ha mostrado un crecimiento grande a través del transcurso del tiempo los usuarios con diagnóstico de enfermedad precursoras que han ingresado al programa de las diferentes EABP contratadas.

Para el año 2023 cerramos con 1449 usuarios de Emssanar, Mallamas 58, AIC 557, Nueva Eps 729 usuarios.

Para septiembre del año 2023 La ESE logra obtener el contrato del programa cardiovascular de la EAPB Asmet salud, donde fue entregada una población de 2735 pacientes.

A corte de diciembre 2023 se logró la atención de 1764 pacientes llegando a coberturas de 64 % un poco más de la mitad de la población entregada en 3 meses. Actualmente para el año 2024 a corte del mes de Julio 2024 la población de hipertensos y diabéticos a crecido en gran proporción:

Para lo que se lleva del año 2024 Emssanar tenemos 1186 usuarios, Mallamas 51, AIC 548, Nueva Eps 861 y Asmet salud 2314 usuarios.



En la tabla se relaciona la variación de población con diagnóstico de HTA y/o Dm del programa de RCV de la ESE, por cada EAPB contratada, teniendo en cuenta que muchos usuarios cambian de municipio, se van del país, cambian de residencias o no desean volver a pasar a los controles.

Actualmente se ofertan servicios de consultas por equipo multidisciplinario como lo son endocrinología, internista, fisioterapia para los pacientes de la EAPB Asmet Salud y para la EAPB Nueva Eps consulta por internista.

### **PROGRAMA DE EPOC**

Para el año 2024 se enfatiza en la detección temprana de pacientes con EPOC con la implementación en historia clínica del tamizaje breve de EPOC para hacer canalización efectiva de los usuarios con factores de riesgo detectados para padecer EPOC. Las HC sistematizadas fueron ajustadas para poder realizar la identificación de riesgos y poder realizar un diagnóstico y seguimiento adecuado.

### **PROGRAMA RIESGO METABOLICO**

Para el año 2024 se continua con enfoque en este programa donde se promueve la identificación de estos pacientes que aún no han llegado al grupo de enfermedades precursoras, pacientes con diagnóstico de obesidad, dislipidemias, prehipertensión esto con el fin de establecer un plan de cuidado durante 6 meses donde se estima controlar su enfermedad, promover hábitos de saludables en el paciente, atenciones del equipo psicosocial.

## **ASMA Y ARTRITIS**

Estos programas tienen como objetivo de proporcionar a los profesionales recomendaciones prácticas basadas en la evidencia científica, para abordar el tratamiento más efectivo y el seguimiento de esta enfermedad teniendo en cuenta que solo Asmet salud y Emssanar tiene una ruta estipulada para el tratamiento de estas 2 patologías para las demás EAPB se realiza consultas y sus respectivas remisiones para autorización.

Se realiza salidas extramurales donde se da educación a la población y se ofertan las actividades entorno a los programas.

Para captación de usuarios al programa de Riesgo cardiovascular, se tiene en cuenta la estrategia del tamizaje conoce tu peso saludable, donde se lleva a cabo la tarea de promover la identificación del riesgo para los pacientes de tener diabetes o hipertensión.

## **SALUD MENTAL**

En el mes de Junio recibo programas de la dimensión 3 y dimensión 9, Salud mental y poblaciones vulnerables lo cual encuentro en el I semestre del 2024 caídos todos los indicadores de ambas dimensiones en rojo con un porcentaje de salud mental 16% y poblaciones vulnerables 11%, con un atraso notorio de PAPSIVI en Nueva eps una población de 4.268 sin atención y Asmet sin ninguna atención de PAPSIVI Por lo cual al mes de agosto se ha subido indicadores de salud mental 38% y poblaciones vulnerables 31%, por lo cual se está trabajando ya que no se hacia el cargue adecuado de estos porque suman si son por evento entonces se espera que en septiembre se aumente notoria mente con el trabajo realizado.

La dimensión 9 de poblaciones vulnerables aborda una situación de alta relevancia en el municipio de Santander de Quilichao, dando un abordaje integral en la población discapacidad siendo notorio el aumento de este ya que durante el periodo del 2021 se certifican 90 personas, para el año 2022 se sostuvo el proceso de certificación de personas con discapacidad beneficiando alrededor de 130 personas, para el 2023 se logran aumentar llegado a certificar 380 personas en condición de discapacidad mediante la facilitación del acceso de atención en salud y activación de otras rutas con el concepto multidisciplinar entregado, alcanzando ser la ESE del norte de cauca que mayor certificado realizo para ese año.

De igual manera, se generaron acciones de seguimiento al riesgo y captación de usuarios en condición de vulnerabilidad a nuestros programas de atención, mediante el seguimiento a bases de datos y la demanda inducida acorde a condiciones de riesgo detectada.

El programa de PAPSIVI en este I semestre del 2024 se capacito para el proyecto de la población víctima del conflicto armado, se dio respuesta a oficio para ser seleccionados para dicho proyecto por el cual en el mes de julio inscribir al personal para curso de PAPSIVI, para dar un mejor abordaje en la consulta, en la actualidad ya estamos con la resolución 820 del 2024 ejecutando todo para una mejoría de esta población y del municipio.

## Coberturas de vacunación

### 1. Coberturas de terceras dosis de pentavalente en niños menores de 1 año.

COBERTURAS PAI ESE, IPS QUILISALUDESE 2024												
COBERTURA PENTAVALENTE												
<1 AÑO	AÑO 1192	MES 100	TERCERAS DOSIS									
NIÑOS SIN VACUNAR	29	57	76	176	276	376	476	576	676	776	876	976
NIÑOS MES	100	200	300	400	500	600	700	800	900	1000	1100	1200
MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
VACUNADOS	71	72	81									
ACUMULADO	71	143	224	224	224	224	224	224	224	224	224	224
PROGRAMADO	7,9	15,8	23,75	31,7	39,6	47,5	55,4	63,3	71,25	79,2	87,1	95
COBERTURA	6,0	12,0	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8
DEFICIT %	2,0	3,8	5,0	12,9	20,8	28,7	36,6	44,5	52,5	60,4	68,3	76,2

Para el mes de marzo se tenía una meta a vacunar de 300 niños con terceras dosis de pentavalente en donde se logran vacunar 224 niños quedando una meta acumulada de 76 niños logrando una cobertura del 18.8%, cobertura la cual se encuentra em riesgo alto.

### 2. Coberturas de primeras dosis de Triple Viral en niños de 1 año.

COBERTURAS PAI ESE, IPS QUILISALUDESE 2024												
COBERTURA TRIPLE VIRAL												
1 AÑO	AÑO 1208	MES 101	TRIPLE VIRAL 1 AÑO									
NIÑOS SIN VACUNAR	6	24	56	157	257	358	459	559	660	761	861	962
NIÑOS MES	101	201	302	403	503	604	705	805	906	1007	1107	1208
MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
VACUNADOS	95	82	69									
ACUMULADO	95	177	246	246	246	246	246	246	246	246	246	246
PROGRAMADO	7,9	15,8	23,75	31,7	39,6	47,5	55,4	63,3	71,25	79,2	87,1	95
COBERTURA	7,9	14,7	20,4	20,4	20,4	20,4	20,4	20,4	20,4	20,4	20,4	20,4
DEFICIT %	0,1	1,2	3,4	11,3	19,2	27,1	35,1	43,0	50,9	58,8	66,7	74,6

En la tabla anterior se relacionan la cobertura de primeras dosis de Triple Viral en niños de 1 año de edad en donde se tenía una meta de 302 niños, logrando vacunar 246 niños de 1 año con triple viral, quedando una población pendiente por vacunar de 56 niños, logrando una cobertura del 20.4%, cobertura la cual se encuentra en riesgo medio.

### 3. Coberturas de primer refuerzo de Triple viral en niños de 18 meses.

COBERTURAS PAI ESE, IPS QUILISALUDESE 2024												
COBERTURA TRIPLE VIRAL PRIMER REFUERZO												
1 AÑO	AÑO	MES	PRIMER REFUERZO 18 MESES									
	1192	100										
NIÑOS SIN VACUNAR	36	75	94	194	294	394	494	594	694	794	894	994
NIÑOS MES	100	200	300	400	500	600	700	800	900	1000	1100	1200
MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
VACUNADOS	64	61	81									
ACUMULADO	64	125	206	206	206	206	206	206	206	206	206	206
PROGRAMADO	7,9	15,8	23,75	31,7	39,6	47,5	55,4	63,3	71,25	79,2	87,1	95
COBERTURA	5,4	10,5	17,3	17,3								
DEFICIT %	2,5	5,3	6,5	14,4	22,3	30,2	38,1	46,1	54,0	61,9	69,8	77,7

Para el trazador del primer refuerzo de Triple viral en niños de 18 meses se tenía una meta de 300 niños, en donde se logran vacunar 206 niños, quedando un acumulo de 94 niños, en donde se logra una cobertura de 17.3%, siendo una cobertura en riesgo alto para el programa.

#### 4. Cobertura del refuerzo de DPT en niños de 5 años.

COBERTURAS PAI ESE, IPS QUILISALUDESE 2024												
COBERTURA DPT SEGUNDO REFUERZO												
5 AÑOS	AÑO	MES	SEGUNDO REFUERZO									
	1197	100										
NIÑOS SIN VACUNAR	-4	-2	27	127	227	327	426	526	626	726	825	925
NIÑOS MES	100	200	299	399	499	599	698	798	898	998	1097	1197
MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
VACUNADOS	104	97	71									
ACUMULADO	104	201	272	272	272	272	272	272	272	272	272	272
PROGRAMADO	7,9	15,8	23,75	31,7	39,6	47,5	55,4	63,3	71,25	79,2	87,1	95
COBERTURA	8,7	16,8	22,7	22,7	22,7	22,7	22,7	22,7	22,7	22,7	22,7	22,7
DEFICIT %	-0,8	-1,0	1,0	8,9	16,9	24,8	32,7	40,6	48,5	56,4	64,4	72,3

En la tabla anterior se relaciona la cobertura para el segundo refuerzo de DPT en niños de 5 años en donde se tenía una meta de 299 niños y se lograron vacunar 272 niños, quedando un rezago de 27 niños, logrando una cobertura del 22.7%, siendo una cobertura en riesgo bajo.

### PROCESO REPORTE ACTIVIDADES DE LA RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD Y MATERNO PERINATAL POR MEDIO DE LA RESOLUCION 4505 -202 Y RESOLUCION 2175.

A partir del 1 de julio de 2024 se realizó cambio de la líder encargada de estos reportes.

En este proceso de 4505-202 se deben cargar a las diferentes EAPB los anexos técnicos de la resolución de manera mensual los cuales se han cargado oportunamente durante lo corrido del año 2024, este reporte se debe cruzar con los diferentes RIPS, fuentes adicionales como bases de datos propios de la ESE, ADRESS, historias clínicas sistematizadas o manuales, laboratorio, Sivigila, RUAF y de más fuentes que se requieran.

Además, se han cumplido con las capacitaciones al personal asistencial y administrativo sobre la norma y las dificultades en el correcto diligenciamiento de

los soportes en historias clínicas, correlación con las fuentes adicionales dado que esta información debe reflejarse en el reporte mensual.

Se debe tener en cuenta para el reporte de información de 4505-202, que cada EAPB tiene su propio validador o plataforma para el cargue y tienen unas fechas establecidas para dicho cargue, y para el cargue de la resolución 2175 se debe cargar directamente a PISIS también de manera mensual.

Las EAPB a quienes se envía la información de la Resolución 4505-202 son:

1. Asociación indígena del Cauca.
2. Asmet salud
3. Nueva EPS
4. Mallamas
5. Emssanar
6. PPNA

A continuación, se presenta un resumen de los cargues de enero a julio 2024.

Tabla. 1. Número de personas reportadas con una o más actividades de las rutas de PYM y Materno perinatal por mes a cada EAPB.

	AIC	Asmet Salud	Mallamas	PPNA	Nueva EPS	Emssanar
Enero	349	385	104	0	607	849
Febrero	364	1622	144	0	720	937
Marzo	353	1398	95	0	611	835
Abril	389	1533	123	0	728	929
Mayo	364	1395	105	0	1123	855
Junio	401	1427	148	0	658	936
Julio	0	1455	121	0	772	774
Total	2220	9215	840	0	5219	6115

Como podemos darnos cuenta en la tabla anterior a la EAPB que más registros de personas con actividades se cargan a los validadores de 4505-202 es Asmet Salud, luego Emssanar, Nueva EPS, AIC, Mallamas y por ultimo PPNA el cual no se reporta ninguna persona que gracias a la SAT (Sistema de afiliación transaccional) donde toda aquella persona sin afiliación a una EAPB deberá ser afiliada al momento de solicitar una atención en salud a cualquiera de las EAPB del municipio, por lo que este reporte de PPNA que se realiza mensual a la Secretaria de Salud Municipal va sin actividades.

Tabla 2. Comparación año 2023 -2024 de enero a junio.

	AIC		Asmet Salud		Mallamas		PPNA		Nueva EPS		Emssanar	
	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023
Enero	349	235	385	1129	104	65	0	0	607	305	849	689
Febrero	364	285	1622	1375	144	89	0	0	720	402	937	911
Marzo	353	324	1398	1467	95	93	0	0	611	409	835	957
Abril	389	321	1533	1522	123	98	0	0	728	439	929	921
Mayo	364	336	1395	1503	105	117	0	0	1123	465	855	914
Junio	401	286	1427	1490	148	85	0	0	658	430	936	882
Julio	0	284	1455	1280	121	111	0	0	772	323	774	800
Total	2220	2071	9215	9766	840	658	0	0	5219	2773	6115	6074

En la tabla anterior podemos analizar que en el mismo periodo enero a junio años 2023 y 2024, la cantidad de personas reportadas a cada EAPB en el reporte de 4505-202, para el año 2024 ha ido en aumento, excepto para Asmet salud, que para 2023 se reportaron 9766 personas y en el año 2024 un total de 9215, esto tal vez como consecuencia del traspaso de la población a otras EPAB, como en su mayoría a Nueva EPS la cual en el año 2024 aumento en su reporte de personas.

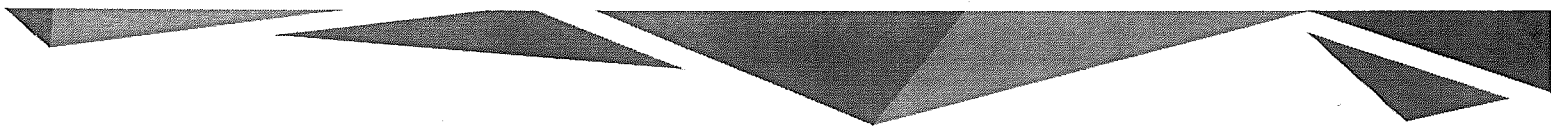
### 3.12 Diagnostico área de Estadística

Aunque ha mejorado, sigue siendo imprecisa la consecución y el uso de la información del software de facturación Emedico para la generación de reportes estadísticos.

La generación de los Rips no queda registrada de la misma manera que se presenta a las diferentes EAPB, ya que al generarlos salen muchas consultas con finalidades erradas, sin diagnósticos o con diagnósticos no pertinentes, de acuerdo a lo que se presenta mes a mes

Al enviar los Rips para validación por parte de la secretaria de salud Dptal, se debe colocar diagnósticos de acuerdo a las finalidades que reporten los rips sin tener en cuenta su pertinencia ya que de ser así es muy dispendioso saber cuáles están errados desde el archivo general y no por EAPB, los diagnósticos de morbilidad faltantes en los archivos se van en blanco generando mala información para la morbilidad o causas de atención en la ESE.

Se Identifica la necesidad de establecer estrategias o mecanismos para determinar el correcto diligenciamiento de la información desde el área de citas y/o línea de gestión al usuario ya que el reporte de usuarios atendidos no es posible saber la ubicación al menos por barrios y veredas.



El proceso de Estadística Vitales ha mejorado en un 90%, ya que los errores por causa de defunción son mínimos.

El diligenciamiento de las fichas de siviigila presenta errores por mala aplicación de los protocolos de vigilancia en salud Pública lo que impiden el correcto diligenciamiento en el web y/o reportes tardíos.

Los cruces de bases de datos en muchas ocasiones no son oportunos por la poca capacidad del equipo que se tienen en el área de estadística.

### 3.13 DIAGNOSTICO GESTION DOCUMENTAL

#### **PROPOSITO DE LA DEPENDENCIA.**

El objetivo central de la gestión documental es el garantizar el completo control, organización y clasificación de los documentos, todo por medio de un seguimiento y análisis constante tanto de la estructura organizacional y las prioridades desde la utilidad informativa de cada archivo creado o recibido. Sin embargo, existen otras funciones y objetivos que nos ayudarán a entender su importancia, por ello sus objetivos más destacables son:

- Establecer y gestionar políticas para la creación y administración de los documentos.
- Organizar de manera lógica, eficaz y categorizada la documentación.
- Establecer estrategias técnicas y de gestión que permitan la conservación de la información.
- Garantizar la inmediatez de consulta y acceso a la información.
- Conservar y salvaguardar la información, por medio de su digitalización.

Estos objetivos y funciones le permiten a la entidad mantener unos estándares de calidad altos frente al manejo de la información tanto física como electrónica. A parte de esto, su aplicación nos deja bastantes ventajas, como:

- Optimización de procesos.
- Reducción de gastos.
- Mejor manejo del uso del tiempo.
- Reducción de tiempo de consulta.
- Aumento de seguridad.
- Acceso total a la información.
- Custodia inteligente de archivos.

Como puedes notar, la gestión documental contribuye al crecimiento exponencial de una empresa, dándole un buen manejo a la información, así como a las bases de su estructura organizacional.

## **DEFINICION DE METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO INTEGRAL DE ARCHIVO**

### **Estructura Orgánica de la Empresa Social del Estado Quilisalud E.S.E.**

Tras la liquidación de la Dirección Departamental de Salud del Cauca incluidos sus Hospitales y Unidades dependientes prestadoras de servicios de salud la cual se dio para reorganizar la Red Pública de Prestadores de Servicios de Salud del departamento del Cauca. Para el municipio de Santander de Quilichao se realizó la liquidación de la Unidad Nivel 1 y a creación y fortalecimiento de EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO QUILISALUD E.S.E

QUILISALUD E.S.E. creada mediante Acuerdo Municipal No 036 del 4 de enero de 1.997 como establecimiento público descentralizado con el fin de cumplir con lo ordenado en la Ley 10 de 1.990, Ley 60 de 1.993, Ley 100 de 1.993, Decreto Ley 1298 de 1.994 y el

Decreto 1876 de 1.994.

Se fijan sus estatutos con el Acuerdo de la Junta Directiva No 001 el 25 de enero del 2.000. Su principal fuente de ingresos es la venta de servicios de salud a la población objeto del municipio de Santander de Quilichao; principalmente al régimen subsidiado que en su momento contaba con 52.476; habida cuenta que actualmente no prestamos servicio a CAPRECOM usuarios cargados a la BDUA y al municipio para la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas, el cual contrata el municipio y el departamento con la ESE cierto porcentaje; por las zonas de influencia se atiende población pobre no asegurada PPNA.

La estructura organizacional de la Empresa Social del Estado Quilisalud E.S.E se establece así:

### **Organigrama**

La representación gráfica de la estructura orgánica de la Empresa Social del Estado Quilisalud E.S.E., quedara así:

### **Diagnóstico archivístico**

#### **Infraestructura Del Depósito Archivo**

El depósito de archivo central e histórico de la Empresa Social del Estado Quilisalud E.S.E. se encuentra ubicado NAP de Mondomo y centro (Archivos de gestión).

Las unidades de conservación utilizadas en el archivo de la entidad son cajas referencia X 200 carpetas de dobles y tipo dos alas al medio en cartón yute, empastados y libros de contabilidad de gran formato que entraron en desuso y que deben ser conservados de manera permanente por su formato y contenido. De otra parte, se debe mencionar que el sistema de iluminación es artificial y se utiliza lámparas fluorescentes que son las recomendadas para depósitos de archivo.

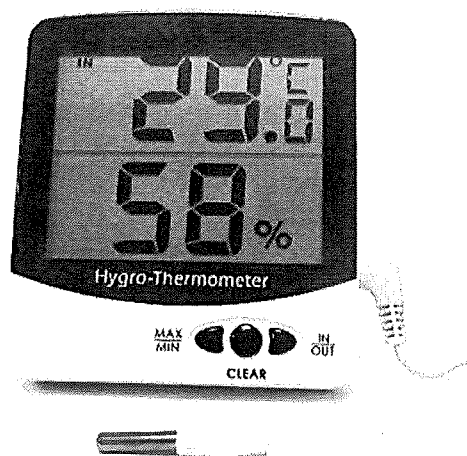
El espacio destinado para la custodia de los documentos en Quilisalud E.S.E., debe proporcionar el mejor almacenamiento, con seguridad y fácil acceso, así como garantizar la preservación de los documentos minimizando los riesgos a los cuales

están expuestos. Por tal motivo, la entidad ubicó las unidades de instalación teniendo en cuenta los parámetros archivísticos a saber:

### **Condiciones Ambientales**

Las condiciones ambientales representan para los documentos un factor fundamental en el momento de su conservación, debido a la relación directa que establece con el ambiente. Por lo tanto, es necesario registrar la información de la medida de temperatura y humedad, al ser los factores que más influyen en la preservación documental, con un termo higrómetro modelo SH-109 con sensor externo, con el fin de calcular el promedio de estas variables, para determinar el porcentaje de humedad relativa y el grado de temperatura a los cuales estaban expuestos los documentos, durante dos veces al día, con el fin de implementar medidas que garanticen la preservación y conservación de los documentos.

### **EQUIPOS HUMEDAD Y TEMPERATURA**



***Termo higrómetro digital, rango -50 a 70 °C, 20 a 99 %HR, resolución 0,1 °C y 1 %, higrómetro interno***

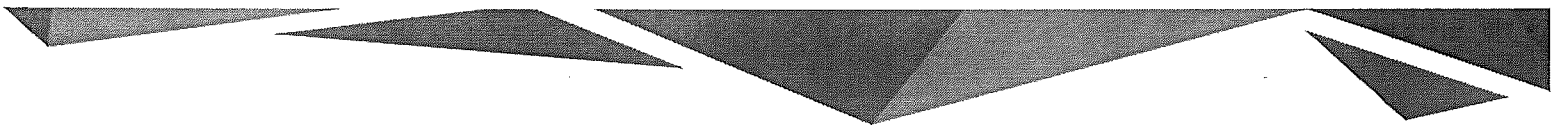
La medición de las condiciones ambientales en los depósitos de archivo de Quilisalud E.S.E., se realiza dos veces al día.

#### **Medición de las Condiciones Ambientales**

Según el Acuerdo 049 de 2000 del AGN, la Humedad relativa de los depósitos debe oscilar entre 45% y 60% con fluctuación diaria del 5%. En las mediciones de humedad y temperatura.

Es necesario instalar equipos que ayuden a mitigar este riesgo, en ese sentido ya se encuentran instalados en el depósito de archivo dos (2) deshumidificadores que controlan y nivelan los porcentajes de humedad relativa en el ambiente.

De igual manera la temperatura de los depósitos debe oscilar entre 15 a 20 °C con una fluctuación diaria de 4°C. Las mediciones de temperatura muestran un promedio de 20,8 °C en horas de la mañana y en horas de la tarde 21,6°C, lo cual



evidencia que se encuentra en el límite superior, y por lo tanto requiere de estrategias para controlar este factor en el depósito de archivo.

## **Características de los Documentos**

### **Limpieza y desinfección**

Son dos componentes básicos que constituyen dos de las principales estrategias para la conservación de los archivos dentro de los estándares de calidad. Una limpieza inadecuada o la falta de ella es en muchos casos la causa de daños costosos y algunas veces irreparables.

La acumulación del polvo y suciedad, unida a condiciones elevadas de humedad relativa, genera el desarrollo de microorganismos y la formación de manchas sobre el material documental.

- Dotación para funcionarios: cada institución deberá asegurar la dotación de los siguientes implementos para los funcionarios que custodian, manejan y administran los archivos de su entidad: overoles o batas (preferiblemente con cierre de cremallera y puño ajustado), tapabocas o respiradores desechables, gorros desechables, guantes desechables (de látex o de nitrilo), gafas protectoras plásticas transparentes, jabón antibacterial líquido, suero fisiológico, gel antibacterial.
- Implementar acciones y medidas de aseo para el ingreso al archivo, como el uso de jabón desinfectante al momento de ingresar al archivo, cambiar de tipo de actividad o consumir algún tipo de alimento en horas de descanso. Se recomienda que en el archivo cuente con personal debidamente capacitado en el área de conservación del patrimonio en este caso del archivo. Una persona que no está capacitada en limpieza y desinfección de archivo puede generar daños irreparables a los archivos, haciendo que estos se pierdan en su totalidad por ello se hace esta recomendación.
- Como sugerencia tenemos que el mantenimiento de los documentos debe ser permanente y periódico.

### **Consideraciones y procedimiento al aplicar una jornada de aseo del archivo**

El proceso de limpieza documental SIEMPRE se debe hacer en seco. NUNCA aplicar ningún tipo de producto sobre los documentos. Eliminar material metálico como clips y grapas presentes en la unidad de ser necesario, sustituir el material eliminado por clips con recubrimiento plástico.

Ubicar los documentos en sus respectivas carpetas dentro de las cajas de archivo conservando el orden estrictamente.

### **Limpieza y desinfección puntual de documentos en papel atacado por hongos**

Es fundamental no mezclar las actividades de limpieza de material contaminado con material no contaminado, ya que se podría propagar el deterioro a toda la documentación. Realizar las jornadas de limpieza necesarias solo con el material contaminado y extremar las medidas de desinfección y limpieza de los espacios. De manera que deben colocarse en una carpeta de cartulina blanca con los datos de identificación para aislarlo del resto de la documentación. Es importante dejar un folio testigo en el lugar de donde se hayan extraído los documentos, donde se anote cuál documentación fue extraída temporalmente y hacer un listado de relación.

### **Instructivo para la limpieza y desinfección en las áreas donde se encuentra archivos**

A nivel nacional todas las instituciones ejecutan programas anuales de Saneamiento Ambiental de Instalaciones, los cuales en algunos casos se pueden coordinar con las Secretarías Distritales o Municipales de Salud (Servicio de Atención al Medio Ambiente) que incluyen labores de desinsectación, desratización y desinfección de espacios.

#### **Desinfección**

Toda el área se fumigará completamente por medio de un proceso de nebulización, este tratamiento se realiza en las áreas de depósito SIN RETIRAR LOS DOCUMENTOS con el fin de reducir la carga microbiana, ácaros.

#### **Desinsectación**

Este proceso está encaminado a erradicar cualquier tipo de invertebrado y ácaros no deseados en los archivos, en las regiones geográficas con clima templado o cálido, especialmente al control de termitas, las cuales son responsables de grandes daños en los documentos.

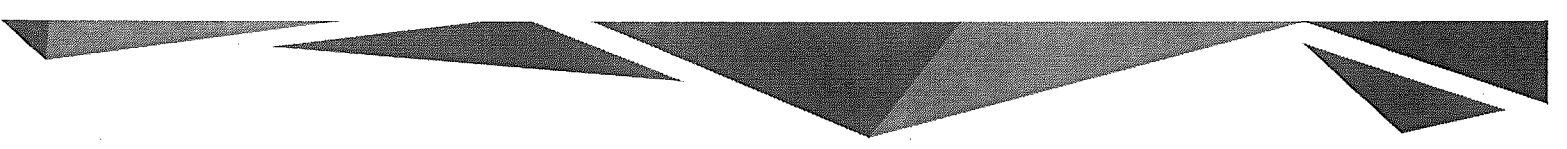
El procedimiento se realiza por medio de una fumigación por aspersión con un producto y las dosis certificados en el mercado por la secretaría de salud de cada región. Por lo general estos productos son elaborados a base de piretrinas, bromuro de metilo, óxido de etileno, óxido de propileno o de cualquier otro que resulta tóxico para el ser humano. Es importante llevar a cabo la fumigación contra insectos en toda la infraestructura de la entidad tanto interna como externa. Si en la estructura física de la edificación existen terminados en madera, es recomendable planear acciones de inmunización, empleando productos específicos para tal fin, que conlleven a la prevención de termitas o de coleópteros como los gorgojos.

#### **Desratización**

Con este proceso se busca erradicar ratas y ratones, por lo que se hace necesario aplicar el tratamiento tanto en interiores como en exteriores, de las áreas de depósito de archivo como de la totalidad de la infraestructura de la entidad. Para esto se empleará un agente raticida que sea eficaz, de fácil aplicación, que no emita olores, ni genere descomposición en los animales que lo consuman. Los productos y dosis deben ser certificados en el mercado por la secretaría de salud.

#### **Nivel de conservación**

La documentación se encuentra en carpetas almacenadas en cajas X-200; sin embargo, se puede encontrar documentación cuyo almacenamiento se realiza en



forma equivocada y no apropiada por sus especificaciones técnicas. El diseño del mobiliario es el adecuado y cuenta con las condiciones propias para los documentos de gran formato de acuerdo con sus dimensiones y volumen para facilitar su manipulación y conservación.

En este depósito de archivo se tiene un plan de limpieza y desinfección de la documentación

### **Nivel de organización**

Los procesos de organización de archivos son tres: clasificación, ordenación y descripción. A pesar de la aparente claridad, la primera dificultad que se encuentra al trabajar en archivos consiste en determinar qué se entiende archivísticamente por cada uno de ellos, pues las palabras mismas requieren atención por parte de los encargados de archivos para aclarar sus especificidades.

**Clasificación:** Identificar y agrupar en expedientes todos los documentos pertenecientes a una dependencia, teniendo en cuenta las series y subseries definidas en la tabla de retención documental.

**Ordenación:** Es la forma como se organiza los tipos documentales dentro de cada una de las unidades archivísticas (Carpetas, tapas Legajadoras), llevando un estricto orden. Descripción: Es el proceso de análisis de los documentos de archivo o de sus agrupaciones, materializando en representaciones que permitan identificar, localizar y recuperar la información para la gestión o la investigación.

A continuación, se describirán los lineamientos para la organización de los Archivos de gestión de la Empresa Social del Estado Quilusalud E.S.E., con base en la Ley 594 de 2000 o Ley general de archivos, y el acuerdo No. 042 del Consejo Directivo del Archivo General de la Nación, de la fecha 31 de octubre de 2002.

### **Clasificación**

Es el primer paso del conjunto de procesos destinado a la organización de archivos tendientes a controlar, recuperar y conservar la información contenida en los documentos para su utilización administrativa, jurídica y científica. De acuerdo a la ley que rige en Colombia sobre archivo.

La Empresa Social del Estado Quilusalud E.S.E clasifica sus documentos en el depósito de archivo central de la siguiente manera:

**Sección:** el archivo se encuentra clasificado según la estructura organizacional de la entidad (dependencia) por estantería y año de creación de los documentos.

**Subsección:** Los documentos están organizados según la necesidad que genere cada oficina.

**Series:** conjuntos de documentos producidos como resultado de un mismo procedimiento administrativo o jurídico.

Como proceso archivístico, la clasificación permite la identificación y el agrupamiento sistemático de documentos semejantes con características comunes, teniendo como base la estructura orgánica funcional de la entidad y los trámites administrativos que adelantan las dependencias en el ejercicio de las funciones

La clasificación debe reflejar la estructura de cada entidad de tal manera que las agrupaciones documentales resultantes correspondan las subdivisiones que conforman la institución.

## **Ordenación**

Operación que consiste en establecer secuencias naturales cronológicas o alfanuméricas. La ordenación es el proceso mediante el cual se establecen con claridad las relaciones entre los documentos de una serie, es el que determina que documento va primero y cuáles van después, es decir, es el proceso que une y relaciona las unidades documentales de una serie. Los depósitos de archivo de Quilisalud E.S.E. se encuentra estructurado de la siguiente forma: Sistema de ordenación. En los archivos se utilizan varios sistemas de ordenación que plantean la idea de secuencia. Como, por ejemplo: sistema de ordenación numérico, cronológico, alfabético, toponímico (o alfabético-geográfico), temático, alfanumérico y ordinal cronológico. De acuerdo a esto se encontró que el sistema de ordenación que maneja la empresa es de tipo alfanumérico, donde las carpetas y las cajas se encuentran ordenadas en los estantes según la dependencia o área y año de creación.

## **Foliación**

Consiste en dar un número consecutivo desde 1 a todos los folios escritos de cada unidad de conservación. La forma correcta de foliar la documentación se hace de la siguiente manera:

Folio recto: primera cara de un folio, cuya numeración se aplica solo a esta. Folio vuelto: Segunda cara de un folio y a la cual NO se le escribe número. Importante saber diferenciar entre foliar y paginar.

Folio: Hoja

Foliación: acción de numerar hojas

Página: Cara de una hoja. Lo escrito o impreso en una cara  
Paginar: acción de numerar páginas

La foliación es de suma importancia ya que permite ubicar y localizar de manera puntual un documento; además es requisitos ineludibles para las transferencias tanto primarias (archivo de gestión al archivo central) como secundarios (archivo central al archivo histórico). En este sentido encontramos que a la fecha se encuentran sin foliar o su foliación fue mal realizada en su momento.

## **Descripción**

Establecer los criterios y los formatos de descripción de los distintos tipos de documentos y agrupaciones documentales del archivo central de Quilisalud E.S.E., teniendo en cuenta su adecuación a las reglas de descripción archivística del Archivo General de la Nación, con el objetivo último de facilitar la identificación, gestión, localización y acceso de los documentos, así como de informar sobre su contexto de creación y accesibilidad.

Los documentos del archivo se encuentran inventariados, se puede observar que existe una base datos o herramienta que permita la rápida ubicación de los documentos y garantice su control y administración mediante el formato único de inventario documental FUID.

## PROCEOS DE LA GESTION DOCUMENTAL

### Planeación

- La entidad tiene actualizado el Programa de Gestión Documental, publicado en la página web como instrumento de la gestión pública.
- Se realiza la organización de los documentos del Archivo Histórico, Central y del Archivo de Gestión de la Empresa Quilisalud E.S.E, incluyendo la conformación de los expedientes físicos
- Se cuenta con el respaldo de Gerencia y de algunos directivos, para la sostenibilidad y continuidad del mejoramiento continuo sobre la administración documental en la entidad. Hacemos la invitación a los demás para que se mejoren los aspectos previamente mencionados lo cual redundará en la gestión institucional frente a los criterios de evaluación en transparencia y acceso a la información.

### Producción documental

- La producción de comunicaciones, corresponde a documentación generada a través de sistemas ofimáticos e impresa en soporte papel.
- La gestión de comunicaciones oficiales se controla centralizadamente por la unidad de Correspondencia- ventanilla única y secretaria de gerencia
- Está implementada una estrategia para la reducción del consumo de papel en las oficinas mediante un número de control de código de usuario- al momento de imprimir, que permite llevar indicadores e identificar y hacer seguimiento a las dependencias, usuarios con mayor número de impresiones en soporte papel.
- Se cuenta con una política de cero papel.

### Gestión y trámite

- En términos generales, la administración de comunicaciones oficiales cumple con los procedimientos relacionados con recepción, radicación y distribución de correspondencia definido en el Acuerdo No. 060 del Archivo General de la Nación e implementado y manejado mediante la unidad de Correspondencia y archivo- ventanilla única
- A nivel de disposición de la unidad de Correspondencia y archivo- ventanilla única cuenta con un punto principal de recepción de correspondencia, cumpliendo con sus funciones principales desde el primer piso de la Sede Central de Quilisalud ESE ubicada en la calle 3# 7ª 17 barrio Centro.

## **Organización documental**

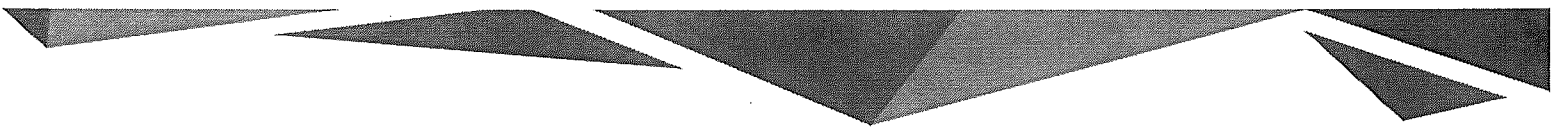
- Durante el año 2021, se realizó el cambio de unidades de conservación como fueron cajas y carpetas de tipo cuatro alas pasan a ser carpetas dos tapas con gancho legajado en material plástico en cada una de las dependencias de la institución garantizando la seguridad y conservación de la información allí contenida.
- se utilizan estantes metálicos para archivos, archivadores de madera. Archivadores de 3 gavetas.
- Existe aplicación del Formato Único de Inventario Documental – FUID, establecido en el Acuerdo 042 de 2002 del AGN, pero se hace necesario recordar su obligatoria aplicación en los archivos de gestión.
- El Archivo Central e histórico está administrado directamente por el responsable de Gestión Documental ubicado en el NAP de Mondomo.

## **Transferencia**

- A partir del año 2020 se implementa cada vigencia un cronograma para transferencias documentales el cual se realizan al comienzo de cada vigencia, mediante la circular N° 13 de 2024.
- Para las transferencias documentales se utiliza el Formato única de Inventario Documental FUID adoptado por la ESE.

## **Disposición de documentos**

- Se realiza eliminación de documentales en el archivo de gestión sobre documentos de apoyo y copias resultantes de intervenciones realizadas por el responsable de Gestión y el responsable del proceso.
- Recepción actual de consentimientos e historias clínicas.
- La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley, según la Resolución N° 1995 DE 1999 “Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica” y Resolución 839 de 2017, que “establece el manejo, custodia, tiempo de retención, conservación y disposición final de los expedientes de las historias clínicas” Por consiguiente cumplimiento características de la historia clínica de Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica, Disponibilidad y Oportunidad el área de archivo de historias clínicas se encuentra en una



preocupación ya que el volumen físico (historias y consentimientos manuales) de estas se ha venido incrementando con una frecuencia muy alta, ya que la persona asignada para el área de archivo se está quedando atrasado en sus funciones (archivar) por el alto número de estas para archivar. Esta preocupación se expone al área de coordinación asistencial, sindicato y gerencia para que adopten su respectiva acción.

Se adjunta fotografías de consentimientos recibido en el mes de junio indicando el volumen.

### **Preservación**

- La entidad se encuentra actualizando los riesgos en las áreas de Archivos de Gestión y en el depósito Archivo Central e histórico.
- Se observa que existen documentos en soportes diferentes al papel domando como ejemplo (CD'S Planos arquitectónicos) administrados en los Archivos de Gestión y el Archivo Central, en los cuales se debe mejorar las condiciones básicas para la preservación de documentos, desde el mobiliario y unidades de almacenamiento.
- Se debe elaborar el Sistema Integrado de Conservación – SIC-, como parte integral del Programa de Gestión Documental.

### **Valoración**

- Se deben realizar el proceso de actualización y tramitación de convalidación de las Tablas de Retención Documental convalidación ante el Concejo Departamental de Archivo.
- Las Tablas de Valoración Documental se deben crear ya que no contamos con este instrumento archivístico en la entidad.

### **Acceso a los documentos**

- Se recomienda realizar seguimiento continuo a las devoluciones documentales de los archivos que estén en calidad de préstamo, para dar cumplimiento a las directrices que, desde las normativas archivísticas, civiles penales y disciplinarias se han impartido para prevenir la pérdida de documentos públicos.
- Para el acceso a los documentos que se encuentran en los Archivos de Gestión, se debe implementar en algunas oficinas instrumentos para el control del préstamo, pero deben aplicarse los instrumentos técnicamente aprobados por el Sistema Integrado de Gestión.

## PERSONAL ASIGNADO AL PROCESO DE GESTIÓN DOCUMENTAL

- **Gabriela Castillo Serna**

Auxiliar de Archivo y ventanilla Única  
Tipo de vinculación: Contrato Sindical  
Puesto de trabajo: Nap Centro

- **Juan José Campo**

Auxiliar de archivo  
Tipo de vinculación: Contrato Sindical  
Puesto de trabajo: Nap Centro

### **Actividad a realizar**

Recibir, radicar, organizar y entregar documentación requerida por cada una de las áreas, de acuerdo con los procedimientos establecidos por la entidad para el manejo y administración de la correspondencia interna y externa y el archivo.

Clasificar diariamente documentos de acuerdo a estándares sugeridos por jefe inmediato.

Organizar el archivo

Custodiar el archivo

Participar activamente en los procesos de Calidad que adelante la empresa y que este dentro del área profesional del afiliado

Asistir cumplidamente a las reuniones o Comités de carácter científico y/o administrativos que se programen en la institución.

Desempeñar las demás actividades que en el marco de la naturaleza del perfil del colaborador se deriven de los planes, programas o proyectos de la Empresa y que le sean asignadas por su jefe inmediato.

### **Limitaciones.**

Actualmente el depósito de gestión documental tiene grandes falencias en su infraestructura y es prioritario para la institución adecuar esta área la cual fue diseñada para el funcionamiento de atención a usuarios (consultorios) y actualmente funciona el archivo central la cual en estos momentos No contamos con el espacio suficiente para el desarrollo de las actividades de almacenamiento, y el personal insuficiente ya que solo se cuenta con dos persona a cargo del proceso idóneo para el área, teniendo en cuenta los procesos que hay que implementar y requieren de un equipo Interdisciplinario.

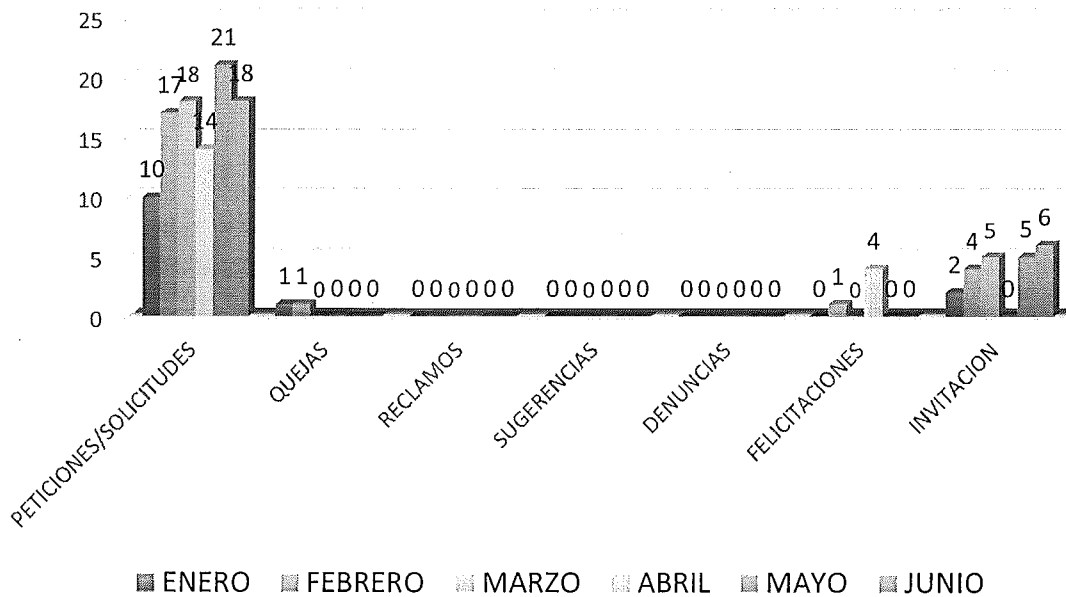
### CONSOLIDADO PQRSDF PRIMER SEMESTRE 2024 VENTANILLA UNICA.

Se presenta informes de Peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias de actos de corrupción (PQRSD) recibidas y atendidas por Quilisalud ESE, con el fin de determinar la oportunidad de las respuestas y formular las recomendaciones a la Alta Dirección y a los responsables de los procesos, que conlleven al mejoramiento continuo de la Entidad

#### CONSOLIDADO PQRSDF PRIMER SEMESTRE 2024 VENTANILLA UNICA

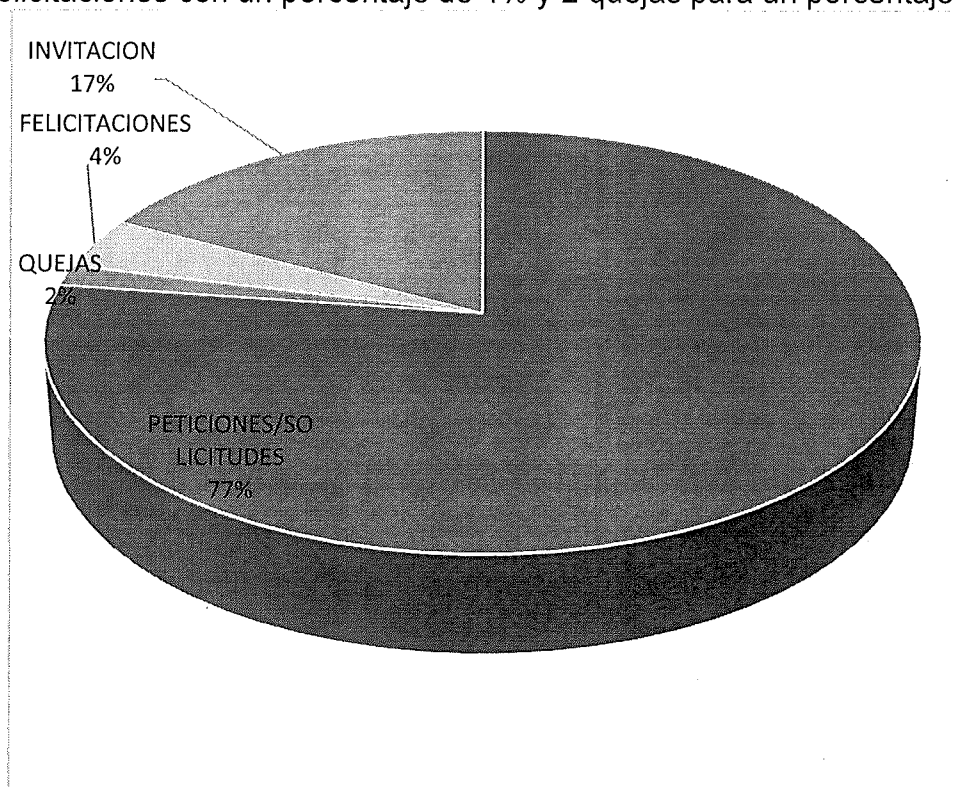
PQRSDF	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
PETICIONES/SOLICITUDES	10	17	18	14	21	18	98
QUEJAS	1	1	0	0	0	0	2
RECLAMOS	0	0	0	0	0	0	0
SUGERENCIAS	0	0	0	0	0	0	0
DENUNCIAS	0	0	0	0	0	0	0
FELICITACIONES	0	1	0	4	0	0	5
INVITACION	2	4	5	0	5	6	22
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>23</b>	<b>23</b>	<b>18</b>	<b>26</b>	<b>24</b>	<b>127</b>

#### CONSOLIDADO PQRSDF PRIMER SEMESTRE 2024 VENTANILLA UNICA



En conclusión en Ventanilla Única se recibieron de 57 PQRDS y por medio de la página web o mediante correo electrónico (contactenosquilisalud@gmail.com ) fue de 70 PQRDS, para un total de 127 PQRDS, de los cuales 98 corresponden a

peticiones /solicitudes que equivalen al 77%, 22 invitaciones que corresponden al 4%,5 felicitaciones con un porcentaje de 4% y 2 quejas para un porcentaje de 2%



## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### CONCLUSIONES

- Se diseñó el Plan Institucional de Archivo PINAR y Programa de Gestión Documental- PGD acorde con las políticas del Archivo General de la Nación.
- Se organizó el archivo de historias clínicas ubicado en NAP de Mondomo.
- Se capacitó a los funcionarios de QUILISALUD ESE en temas básicos de Gestión Documental y la unidad de correspondencia ventanilla única.
- Publicación de la información en la web de conformidad con lo previsto en la Ley 1712 de 2014.

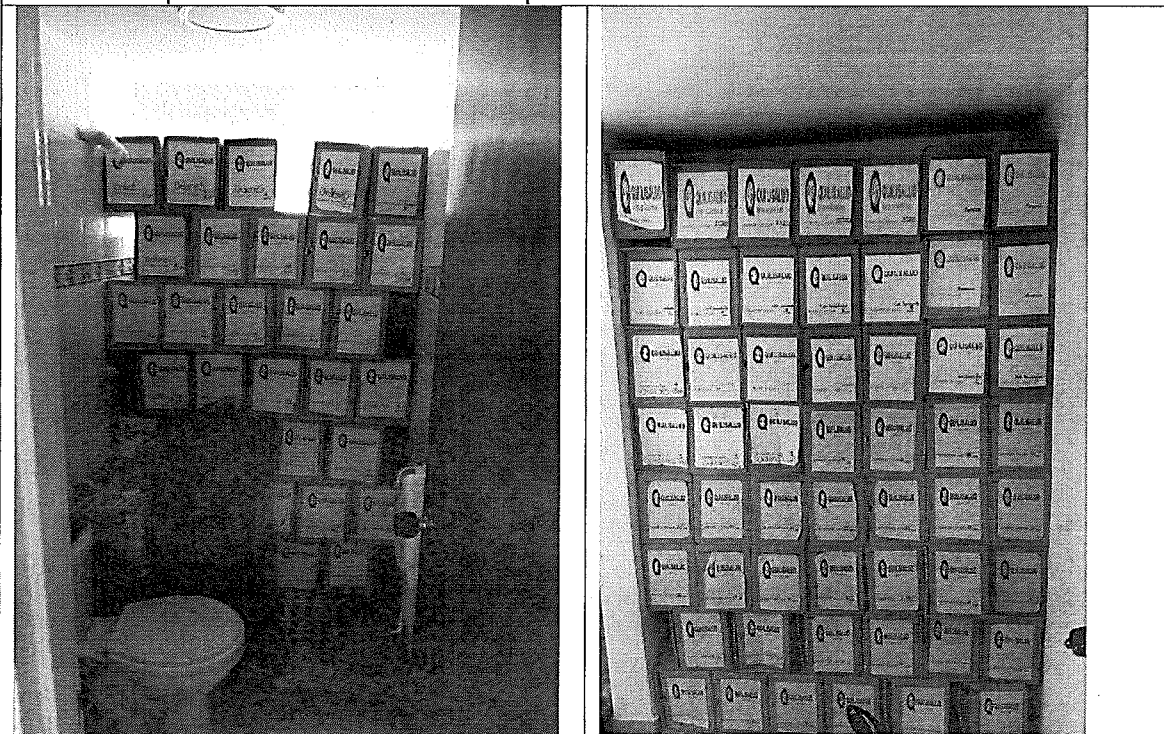
## RECOMENDACIONES

- Se requiere que los demás sistemas de la Entidad sean interoperables con el sistema de Gestión Documental QUIILISALUD ESE, con el fin de garantizar la aplicación del ciclo de vida y, por ende, la integridad, disponibilidad y acceso a la información.
- Elaborar las tablas de valoración documental (TVD) y actualización de las tablas de retención documental (TRD), estas permiten planificar las acciones que deben adelantarse para asegurar el adecuado tratamiento de la documentación en su segunda y tercera fases, además señalan los tiempos en que deben seleccionarse y eliminarse los documentos.
- Elaborar las tablas de control de acceso, tanto para documentos en soporte papel, como para documentos electrónicos.
- Re-socializar los procesos, procedimientos, guías, manuales y formatos, etc. Que componen el proceso de Gestión Documental, con los funcionarios de la institución QUIILISALUD ESE.
- Incentivar la participación de los funcionarios en las jornadas de capacitación.
- Realizar las transferencias documentales primarias.
- La sistematización de la documentación es cada vez más usada por las empresas porque permite realizar el trámite y consulta de los archivos de una manera más eficaz y rápida, una herramienta útil para llevar a cabo esta es el SGDEA (Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo).
- Continuar con las jornadas de limpieza y desinfecciones a los depósitos de archivos de manera periódicas y permanentes.
- Requiere compromiso institucional en materia presupuestal, ya que algunos de estos procesos son costosos, dispendiosos y a la vez requieren de un equipo humano especializado e idóneo.
- Se requiere con urgencia espacio suficiente e idóneo para el normal cumplimiento de sus actividades
- Actualización y convalidación de la tabla de retención documental y la tabla de valoración documental.
- Adopción y desarrollo de un sistema de información o aplicativo integral para la gestión documental.

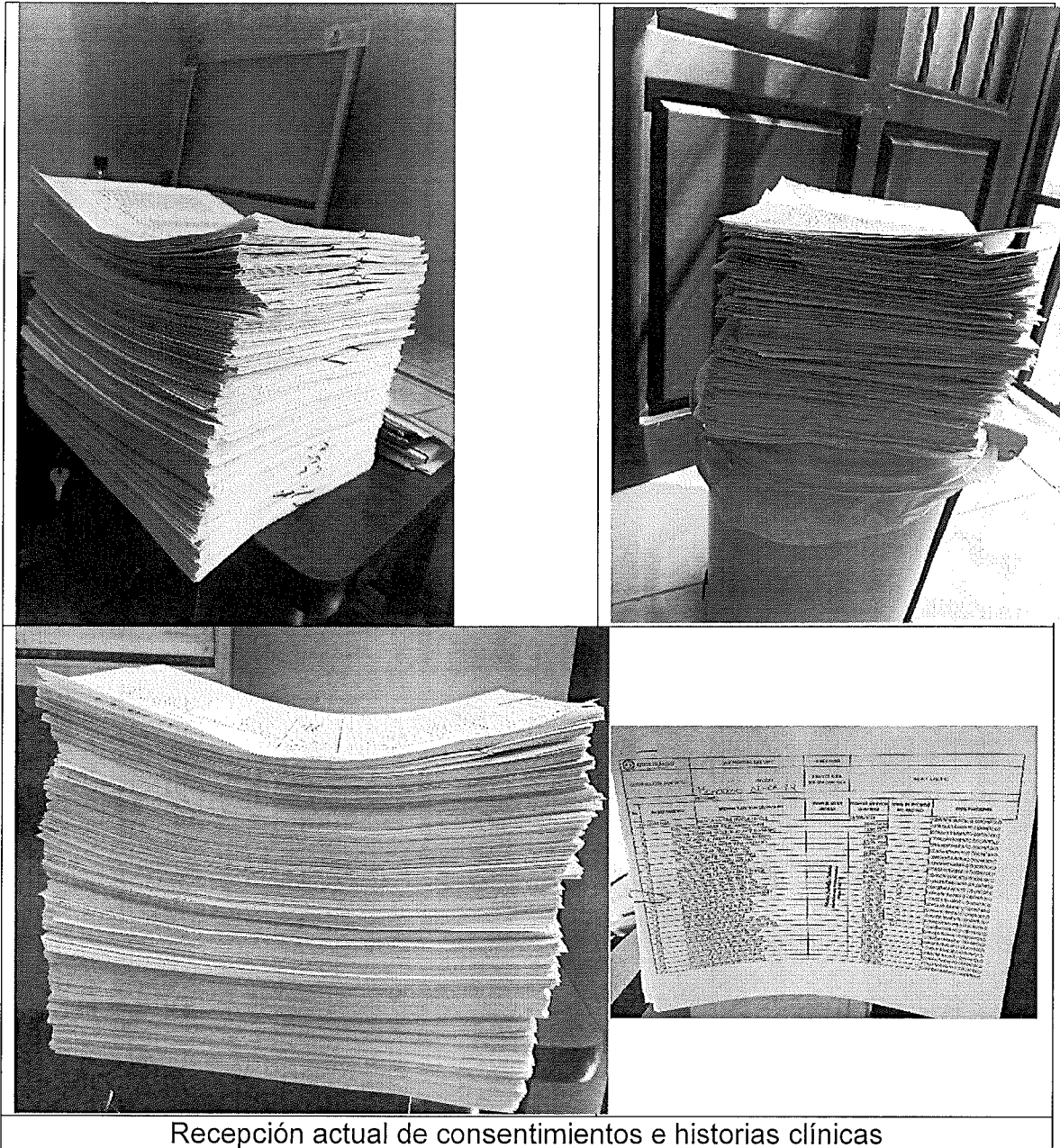
## REGISTRO FOGRAFICO



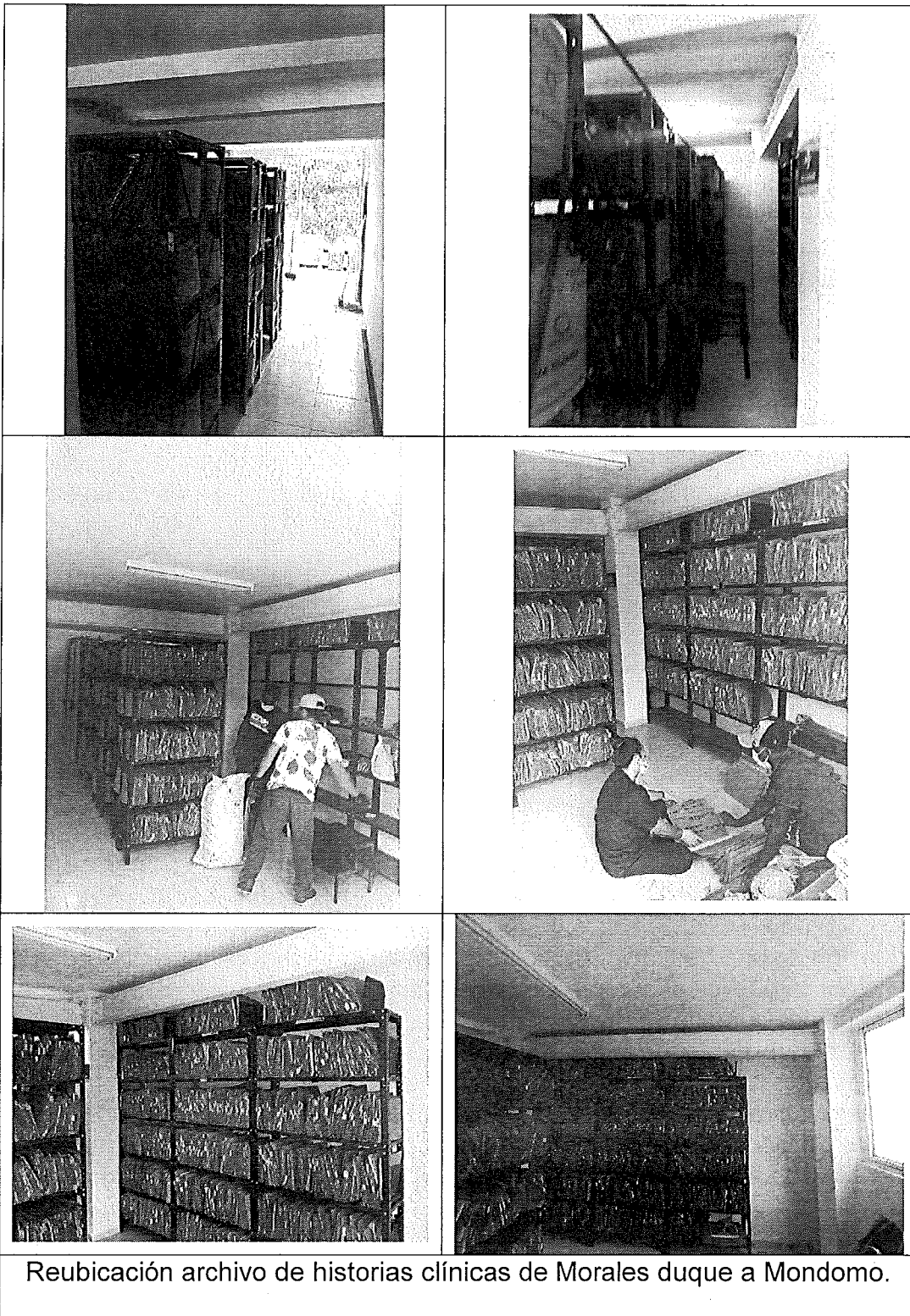
Capacidad de instalación depósito archivo administrativo cuarto 1



Capacidad de instalación depósito archivo administrativo cuarto 2 y baño.



Recepción actual de consentimientos e historias clínicas



### CAPITULO III. FORMULACIÓN DE ESTRATEGIAS Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO.

La Gerencia de QUILISALUD ESE, definió para el cuatrenio 2024-2027, que su Direccionamiento Estratégico, se esfuerzos se enfocaran en 11 estrategias, como punto de referencia para la acción. Cada una de estas estrategias cuenta con un desarrollo en términos de líneas de acción, indicadores, metas, responsables, fechas y recursos asignados, que conformaran el Plan de Acción Estratégico.

#### 1. LINEAS ESTRATEGICAS Y SU ARTICULACIÓN CON LOS PLANES NACIONALES, DEPARTAMENTALES, MUNICIPALES Y POLITICAS

Las políticas del Sector Salud y Protección Social permiten avanzar en el cumplimiento de la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible, adoptada por la asamblea general. Contribuyendo de forma particular al logro de los 17 objetivos de Desarrollo Sostenible “ODS” acordados en el 2015.



El Plan de Desarrollo Institucional de QUILISADU ESE, 2024 – 2027 “ “ Se diseño bajo las siguiente Líneas Estratégicas:

#### 1.1 LÍNEA ESTRATÉGICA No.1: FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL Y ESTANDARIZACION DE PROCESOS.

La adopción de una gestión por procesos permite la mejora de las actividades de la administración pública orientada al servicio público y para resultados. Los procesos, son entendidos como la secuencia ordenada de actividades, interrelacionadas, para crear valor, se debe tener en cuenta que el ciudadano es el eje fundamental de la gestión pública (CLAD: 2008). Los procesos se pueden clasificar en **estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación**, enfocándose en la **Gestión del Riesgo**, tanto para procesos administrativos como para procesos asistenciales, lo que permitirá la adecuada gestión y prestación del servicio de la organización<sup>9</sup>.

<sup>9</sup> Manual Operativo MIPG – Pag. 47

Tabla 61. Acciones Línea Estratégica No. 1

OBJETIVO ESTRATEGICO	PLAN, PROYECTO PROGRAMA	META PRODUCTO	ACCIONES
Fortalecer el modelo de operación de la ESE, con las respectivas funciones generales requeridas para cumplir con sus propósitos fundamentales para generar resultados	Plan de reingeniería de procesos	Fortalecimiento Modelo integrado de planeación y gestión MIPG	Rediseñar el Mapa de procesos y organigrama institucional
			Actualizar los procedimientos Asistenciales y Administrativos
			Documentar manual de procesos y procedimientos
			Actualizar las caracterizaciones de los procesos Asistenciales y Administrativos
			Actualización del Mapa de Riesgos por procesos donde incluya seguimiento.

Tabla 62. ARTICULACIÓN CON LOS PLANES NACIONALES, DEPARTAMENTALES, MUNICIPALES Y POLITICAS

Política de Atención integral en Salud	<p>Estrategia No. 3. La gestión integral del riesgo en salud: Utiliza métodos de clasificación de riesgos y apropiación de métodos de seguimiento de cohortes de usuarios y aplicación de estrategias costo efectivas para la identificación de personas en riesgo y el monitoreo sobre los efectos de las intervenciones implementadas.</p> <p>El objetivo de esta estrategia es el logro de un mejor nivel de salud de la población, una mejor experiencia de los usuarios durante el proceso de atención, y costos acordes a los resultados obtenidos.</p> <p>Los elementos y procesos de la gestión integral del riesgo en salud son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis de riesgo de la población con enfoque diferencial</li> <li>• Caracterización y clasificación del riesgo de las personas</li> <li>• Conformación de grupos de riesgo</li> <li>• Clasificación y seguimiento según métodos de diferenciación según riesgo y tipo de intervención clínica</li> <li>• Monitoreo y seguimiento de intervenciones y sus efectos</li> <li>• Vigilancia de la gestión del riesgo</li> </ul>
--	---

Plan de desarrollo Nacional, Colombia potencia mundial de la vida	<p>Alianza contra la corrupción:</p> <p>Meta: Todos los sectores y todos los departamentos tendrán mapas de riesgo para evitar que ocurran actos corruptos.</p> <p>Objetivo: Mejorar la percepción de transparencia e integridad de las instituciones públicas y privadas del país.</p>
---	---

**1.2 LÍNEA ESTRATÉGICA No. 2: SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD, SEGURIDAD Y HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN.**

Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

Tabla 63. Acciones Línea Estratégica No. 2

OBJETIVO ESTRATEGICO	PLAN, PROYECTO O PROGRMA	META PRODUCTO	ACCIONES
Desarrollar de acciones estratégicas para el mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios ofertado	Plan para Consolidación y Seguimiento Sistema Único de habilitación	Cumplimiento de las condiciones mínimas de habilitación	Autoevaluación Estándar Talento Humano
			Autoevaluación Estándar de infraestructura
			Autoevaluación Estándar de Dotación
			Autoevaluación Estándar de Medicamentos y Dispositivos Médicos
			Autoevaluación Estándar de Proceso Prioritarios
			Autoevaluación Estándar de Historias Clínicas
			Autoevaluación interdependencia de servicios
	Sistema Único de Acreditación	Matriz de autoevaluación	Autoevaluación Acreditación
			Definir acciones

	Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad	Cumplimiento Plan Auditoria Mejoramiento de la Calidad	Definir Auditorias
	Sistema de Información para Calidad	Cumplimiento del sistema de información para la Calidad	Seguimiento a indicadores mediante trazabilidad
			Acciones de mejoramiento indicadores que no cumplen la meta
Fortalecer programas que permitan minimizar riesgos asociados en la atención en salud	Programa de seguridad del paciente	Gestión de eventos adversos	Seguimiento y evaluación de EA
		Implementación de GBPSP	Realizar Evaluación de implementación de GBPSP
	Programa de Farmacovigilancia	Informe Monitoreo de cumplimiento	Realizar evaluación de Adherencia al programa
	Programa de Tecnovigilancia	Informe Monitoreo de cumplimiento	Realizar evaluación de adherencia al programa
	Programa de Reactivo vigilancia	Informe Monitoreo de cumplimiento	Realizar evaluación de adherencia al programa
	Programa Humanización	Informe cumplimiento Programa Humanización	Fortalecimiento del programa
	Plan Institucional de Capacitación	Informe cumplimiento Plan Institucional de Capacitación	Diseñar Plan Institucional de Capacitación para cada vigencia
			Realizar convocatoria de asistencia a capacitaciones

Tabla 64. ARTICULACIÓN CON LOS PLANES NACIONALES, DEPARTAMENTALES, MUNICIPALES Y POLITICAS

<p>Política de Atención integral en Salud</p>	<p>Estrategia No. 3. La gestión integral del riesgo en salud: Utiliza métodos de clasificación de riesgos y apropiación de métodos de seguimiento de cohortes de usuarios y aplicación de estrategias costo efectivas para la identificación de personas en riesgo y el monitoreo sobre los efectos de las intervenciones implementadas.</p> <p>El objetivo de esta estrategia es el logro de un mejor nivel de salud de la población, una mejor experiencia de los usuarios durante el proceso de atención, y costos acordes a los resultados obtenidos.</p> <p>Los elementos y procesos de la gestión integral del riesgo en salud que aplican a esta línea Estratégica son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión de la calidad de los procesos de atención</li> <li>• Coordinación administrativa- técnica de los servicios.</li> </ul> <p>En el marco del plan de desarrollo municipal se cuenta con siete (7) proyectos detonantes definidos de esta manera puesto que están inmersos en las líneas estratégicas del plan de desarrollo y se miden por su alto impacto que requerirá que la institucionalidad tanto pública como privada y la comunidad trabajen al unísono para lograrlos; es por esto, que la ESE Quilisalud será clave para uno de los proyectos que se encuentra bajo el liderazgo de la secretaria de salud municipal, el cual busca un plan de atención integral con enfoque psicosocial en la zona de ladera del municipio, esto bajo el precepto de que es en esta zona donde se encuentran las condiciones socioculturales más complicadas que lleva un aumento de la tasa de violencia en el municipio.</p> <p>Es por esto que la ESE Quilisalud quiere sumarse a esta importante iniciativa para definir un plan de atención en salud que priorice la población de esta zona identificada, que permita coadyuvar al nivel de bienestar de esta población y se evidencie mejoras en los resultados en salud de la población que la habita, fortaleciendo la atención integral en salud en el contexto comunitario con una estrategia fuerte de participación social comunitaria en el marco de la atención primaria en salud que la ESE busca implementar.</p>
---	---

Plan de desarrollo Nacional, Colombia potencia mundial de la vida	<p>Objetivo 2. Definir prioridades e implementar las intervenciones en salud pública, para la transformación de la calidad de vida con deberes y derechos;</p> <p>Objetivo 3. Articular todos los agentes del sector salud en torno a la calidad a) Robustecer los sistemas de habilitación y acreditación para prestadores y aseguradores;</p> <p>Objetivo 4. Lograr más infraestructura y dotación en salud, como soporte al acceso efectivo y la calidad</p> <p>Meta: Crearemos mecanismos para evaluar la calidad de los operadores que prestan servicios sociales</p>
Plan de Desarrollo Departamental "La fuerza del pueblo"	<p>LÍNEA ESTRATÉGICA 1: EQUIDAD PARA PAZ TERRITORIAL</p> <p>SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL</p> <p>Programa: Inspección, vigilancia y control</p> <p>Producto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio de auditoría y visitas inspectivas</li> <li>• Servicio de asistencia técnica en inspección, vigilancia y control</li> </ul>
Plan de Desarrollo Municipal "Quilichao somos todos"	<p>EJE ESTRATEGICO: Quilichao territorio Saludable</p> <p>PROGRAMA: Dimensión Transversal Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria.</p> <p>METAS: Realizar plan de Auditoría y visitas inspectivas para verificar el cumplimiento de los estándares y normatividad vigente a EPS e IPS públicas y privadas</p>

### 1.3 LÍNEA ESTRATÉGICA No.3 GESTION DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN ATENCION PRIMARIA EN SALUD (APS).

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.

Tabla 65. Acciones Línea Estratégica No. 3

OBJETIVO ESTRATEGICO	PLAN, PROYECTO PROGRAMA	META PRODUCTO	ACCIONES
<p>Contribuir al crecimiento de los servicios de salud mediante el fortalecimiento del modelo de atención integral en salud centrado en el usuario la familia y la comunidad, con énfasis en APS y la gestión del riesgo con enfoque diferencial</p>	<p>Programa Sistema de Salud Primarios Basados en APS</p>	<p>Fortalecimiento de la atención comunitaria</p>	<p>Mantener la Red de Centinelas de la salud existentes en el Municipio</p>
			<p>Informe de seguimiento al equipo de Gestores de Salud comunitario que operen articuladamente con la Red</p>
			<p>Operar la prestación de servicios con los equipos multidisciplinarios en salud en los micro territorios</p>

<p>Contribuir al crecimiento de los servicios de salud mediante el fortalecimiento del modelo de atención</p>	<p>Programa Sistema de Salud Primarios Basados en APS</p>	<p>Fortalecimiento de la promoción y mantenimiento de la salud</p>	<p>Evaluar cumplimiento de la atención en el marco de las RIAS Priorizadas y operadas en la Institución.</p>
---	---	--	--

<p>integral en salud centrado en el usuario la familia y la comunidad, con énfasis en APS y la gestión del riesgo con enfoque diferencial</p>			<p>Programa para la atención con integralidad de los grupos de riesgo como crónicos y pacientes con epilepsia /Socialización al personal acerca de lo programas /. Evaluación de adherencia a los programas. / Plan de mejora</p>
<p>Contribuir al crecimiento de los servicios de salud mediante el fortalecimiento del modelo de atención integral en salud centrado en el usuario la familia y la comunidad, con énfasis en APS y la gestión del riesgo con enfoque diferencial</p>	<p>Programa Sistema de Salud Primarios Basados en APS</p>	<p>Desarrollo de la infraestructura física, equipamiento y medio ambiente</p>	<p>Remodelación de los puestos de salud de Lomitas, San Isidro y El Turco  Reposición de la unidad de atención de Morales Duque  Proyecto de adquisición de 2 unidades móviles medico/odontológica  proyecto de adquisición de ambulancia de transporte asistencial básico.  Seguimiento en la Implementación del PGIRASA</p>

Tabla 66. ARTICULACIÓN CON LOS PLANES NACIONALES, DEPARTAMENTALES, MUNICIPALES Y POLITICAS

	<p>Estrategia No. 3. La gestión integral del riesgo en salud: Utiliza métodos de clasificación de riesgos y apropiación de métodos de seguimiento de cohortes de usuarios y aplicación de</p>
--	---

<p>Política de Atención integral en Salud</p>	<p>estrategias costo efectivas para la identificación de personas en riesgo y el monitoreo sobre los efectos de las intervenciones implementadas.</p> <p>El objetivo de esta estrategia es el logro de un mejor nivel de salud de la población, una mejor experiencia de los usuarios durante el proceso de atención, y costos acordes a los resultados obtenidos.</p> <p>Los elementos y procesos de la gestión integral del riesgo que aplican a esta línea Estratégica son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tamización, identificación y seguimiento de personas en riesgo de enfermedad</li> <li>• Conformación de cohortes para seguimiento de personas de acuerdo con riesgos de enfermedad.</li> <li>• Análisis de riesgo de la población con enfoque diferencial</li> <li>• Caracterización y clasificación del riesgo de las personas.</li> <li>• Conformación de grupos de riesgo.</li> <li>• Planeación de la atención según grupos de riesgo con enfoque diferencial.</li> <li>• Implantación de intervenciones hacia la apropiación social del riesgo.</li> <li>• Intervención sobre la apropiación individual del riesgo</li> <li>• Definición de rutas integrales de atención en salud para los diferentes grupos de riesgo.</li> <li>• Modificación del riesgo a través de acciones costo efectivas aplicadas por personal de salud y prestadores de servicios.</li> </ul>
<p>Plan de desarrollo Nacional Colombia, potencia mundial de la vida</p>	<p>Pacto No. 3: política social moderna centrada en la familia, eficiente, de calidad y conectada a mercados”; Punto “B. Salud para todos con calidad y eficiencia, sostenible por todos”;</p> <p>Estrategia 2: 2) Objetivo 2. Definir prioridades e implementar las intervenciones en salud pública, para la transformación de la calidad de vida con deberes y derechos.</p> <p>Pacto No. 3 “Pacto por la equidad: de oportunidades para grupos indígenas, negros, afros, raizales, palenqueros y Rrom.</p> <p>Estrategías:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementaremos rutas de atención en salud diferenciadas con enfoque diferencial étnico.</li> <li>• Diseñaremos e implementaremos un modelo de atención integral étnico para los niños, las niñas, los adolescentes y las familias de estas comunidades que permita la llegada a</li> </ul>

	<p>territorios dispersos o de difícil acceso.</p> <p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar la atención integral de los niños con pertenencia étnica desde la primera infancia hasta la adolescencia.</li> <li>• Mejorar el acceso y los resultados en salud de los grupos étnicos incorporando el enfoque intercultural.</li> </ul>
<p>Plan de Desarrollo Departamental “La fuerza del pueblo”</p>	<p>LÍNEA ESTRATÉGICA 1: EQUIDAD PARA PAZ TERRITORIAL</p> <p>SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL</p> <p>Programa: 5 Salud Pública</p> <p>Indicador de bienestar: Tasa de fecundidad específica en mujeres adolescentes de 10 a 14 años</p> <p>Producto: Servicio de gestión del riesgo en temas de salud sexual y reproductiva</p> <p>Indicador de bienestar: Tasa de fecundidad específica en mujeres adolescentes de 15 a 19 años</p> <p>Indicador de bienestar: Tasa de mortalidad prematura por Enfermedades crónicas no transmisibles ECNT (Hipertensión arterial, diabetes, Enfermedad renal crónica)</p> <p>Productos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio de educación informal en temas de salud pública</li> <li>• Servicios de promoción de la salud y prevención de riesgos asociados a condiciones no transmisibles</li> </ul> <p>Indicador de bienestar: Prevalencia del consumo de Sustancias Psicoactivas - SPA</p> <p>Productos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio de gestión del riesgo en temas de consumo de sustancias psicoactivas</li> <li>• Servicio de gestión del riesgo para temas de consumo, aprovechamiento biológico, calidad e inocuidad de los alimentos</li> </ul> <p>Indicador de bienestar: Tasa de mortalidad materna</p> <p>Productos : Servicio de gestión del riesgo en temas de salud sexual y reproductiva</p> <p>Indicador de bienestar: Tasa de incidencia por malaria</p> <p>Producto: Servicio de promoción; prevención, vigilancia y control de vectores y zoonosis</p> <p>Indicador de bienestar: Prevalencia en lepra</p>

	<p>Producto: Servicio de gestión del riesgo para enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas</p> <p>Programa: Prestación de servicios de salud</p> <p>Producto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio de apoyo con tecnologías financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado</li> <li>• Servicio de atención en salud a la población</li> </ul>
<p>Plan de Desarrollo Municipal "Quilichao somos todos"</p>	<p>EJE ESTRATEGICO: Quilichao territorio Saludable</p> <p>PROGRAMA: Dimensión Transversal Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria</p> <p>METAS: Fortalecer infraestructura hospitalaria de primer nivel de atención a través de la dotación con equipos y mobiliario, Incluye centros de salud, puestos de salud e infraestructura local de prestación de servicios.</p> <p>Diseñar e implementar Estrategias de promoción de la salud</p> <p>Diseñar e implementar estrategias de promoción de la salud para enfermedades inmunoprevenibles</p> <p>Meta: Mantener la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares</p> <p>Meta: Incrementar en un % las coberturas de prevención y detección temprana de las ENT, las alteraciones de la salud bucal, visual, auditiva y crónicas y factores de riesgo.</p> <p>Meta: Mantener la Coberturas de vacunación del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) por encima del 95 %, en los niños y niñas menores de 1 año.</p> <p>Programa: Salud Publica Dimensión Sexualidad Derechos Sexuales y Reproductivos</p> <p>Meta : Mantener la razón de mortalidad materna</p> <p>Meta: Reducir a 7 por cada 1000 nacidos vivos la mortalidad perinatal.</p> <p>Producto: por definir con QUILISALUD ESE y la IPS-I ACIN</p> <p>Meta Realizar seguimiento a controles prenatales a las gestantes hasta la semana 12 según los establecido en la resolución 4505 de 2014.</p>

	<p>Producto: seguimiento a 100% de controles prenatales a las gestantes reportadas en la base de datos de la red pública hasta la semana 12.</p> <p>Meta: Reducir a 34 embarazos por cada mil adolescentes con edades entre 10-19 años</p> <p>Programa: Salud Publica Dimensión Transversal Gestión diferencial de Poblaciones Vulnerables Meta: Garantizar la atención integral al 90% de la población en condición de discapacidad Producto: fortalecer la política pública de discapacidad en el municipio.</p> <p>Meta: Mantener la tasa Mortalidad en Niños y Niñas de 1 a 5 años por Infección Respiratoria Aguda Producto: por definir con QUILISALUD ESE y la IPS-I ACIN</p> <p>Meta: Mantener la tasa Mortalidad en Niños y Niñas de 1 a 5 años por Enfermedad Diarreica Aguda.</p> <p>Meta: Mantener la tasa Mortalidad en Niños y Niñas de 1 a 5 años por Desnutrición.</p>
--	--

#### 1.4 LÍNEA ESTRATÉGICA No. 4. SOSTENIBILIDAD FINANCIERO

Además de Garantizar la Prestación de Servicios de Salud, permite definir procesos con el fin de gestionar el flujo de recursos, permitiendo agilizar los pagos de las EAPB con las cuales se tiene contratos, contribuyendo a mejorar la situación financiera que se enfrenta por cuenta de las excesivas demoras en los pagos y la complejidad de los trámites de auditoría de cuentas.

Tabla 67. Acciones Línea Estratégica No. 4

OBJETIVO ESTRATEGICO	PLAN, PROYECTO PROGRMA	META PRODUCTO	ACCIONES
Mantener la sostenibilidad financiera para Garantizar los recursos para la Prestación de	Plan de Fortalecimiento de la Gestión Financiera	Disponer de los ingresos recaudados necesarios para mejorar la	Planeación cronograma radicación de cuentas Planeación de Conciliación Cartera con las EAPB Planeación de conciliación de glosas y devoluciones

Servicios de forma Oportuna		operatividad financiera	Asistir a las mesas de conciliación de la SUPERSALUD Utilizar medios establecidos por la Ley para cobro Realizar la Gestión de cobro de manera oportuna y permanente que garantice el recaudo para el cumplimiento de las obligaciones adquiridas por la Empresa
			Ofertar servicios a las EAPB que tiene población en el municipio  Seguimiento a la venta de servicios
			Socialización Contratos Parametrización contratación Auditorias Preventivas
			Gestión de cobro permanente Seguimiento mensual al recaudo de cartera
			Seguimiento a los gastos comprometidos Seguimiento a las Cuentas por pagar

Tabla 68. ARTICULACIÓN CON LOS PLANES NACIONALES, DEPARTAMENTALES, MUNICIPALES Y POLITICAS

Plan Nacional Colombia potencia mundial de la vida	En el Pacto No. III. "Pacto por la equidad: política social moderna centrada en la familia, eficiente, de calidad y conectada a mercados".  Punto "B. Salud para todos con calidad y eficiencia, sostenible por todos"; Estrategia 2; 2) Objetivo 6. Sostenibilidad financiera, una responsabilidad de todos. Alcanzar la
--	---

	eficiencia en el gasto optimizando los recursos financieros disponibles y generando nuevos con el aporte de todos
Plan de Desarrollo Departamental "la fuerza del pueblo".	LÍNEA ESTRATÉGICA 1: EQUIDAD PARA PAZ TERRITORIAL  SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL  Programa: Prestación de servicios de salud Producto: Servicio de apoyo con tecnologías financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado  Servicio de atención en salud a la población Meta: 100% de financiamiento de las cuentas presentadas por servicios y tecnologías cubiertos o no por la UPC a la población no Asegurada y la población migrante.
Plan de Desarrollo Municipal "Quilichao somos todos"	EJE ESTRATEGICO: Quilichao territorio Saludable.  METAS: Implementar servicio de apoyo financiero para dotar con bienes y Servicio de interés para la salud pública

### 1.5 LÍNEA ESTRATEGICA No. 5. PARTICIPACIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA COMO PROCESO DE LA GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA.

Esta meta vela porque QUILISADLU ESE, Garantice mecanismos de atención a sus usuarios y canalicen adecuadamente sus peticiones.

Así como tender y canalizar las veedurías ciudadanas y comunitarias, que se presenten en salud, ante la institución, sin perjuicio de los demás controles establecidos legalmente.

Tabla 69. Acciones Línea Estratégica No. 5

OBJETIVO ESTRATEGICO	PLAN, PROYECTO PROGRAMA	META PRODUCTO	ACCIONES
Fomentar la participación efectiva	Programa de Participación ciudadana en la gestión, articulada a la planeación y gestión institucional	Construir la estrategia de Participación ciudadana en la gestión Institucional	Garantizar el trámite oportuno de las PQRSDF
			Implementación de la atención con enfoque diferencial
			cumplimiento del plan anual de participación social

		Fortalecimiento en la aplicación de las encuestas de satisfacción
		Construir la estrategia de Rendición de cuentas y celebración de esta

Tabla 70. ARTICULACIÓN CON LOS PLANES NACIONALES, DEPARTAMENTALES, MUNICIPALES Y POLITICAS

		<b>PACTO POR LA LEGALIDAD</b>
Plan Nacional de desarrollo, "Colombia potencia de la vida"		<p>Derrotaremos la corrupción si todos nos comprometemos con la transparencia, la integridad y la legalidad</p> <p>Meta: Todos los sectores y todos los departamentos tendrán mapas de riesgo para evitar que ocurran actos corruptos</p> <p>Objetivo: Mejorar la percepción de transparencia e integridad de las instituciones públicas y privadas del país.</p> <p>Estrategia: Consolidaremos una plataforma de rendición de cuentas donde los ciudadanos supervisen la destinación de cada peso del presupuesto público.</p>
Plan de Desarrollo Departamental "La fuerza del pueblo".		<p><b>LÍNEA ESTRATEGICA 4: Transparencia y buen gobierno</b></p> <p>Programa: Participación ciudadana y política y respeto por los derechos humanos y diversidad de creencias.</p> <p>Producto: Servicio de promoción a la participación ciudadana (Iniciativas para la promoción de la participación ciudadana implementada).</p>
Plan de desarrollo municipal "Quilichao somos todos"		<p>Quilichao territorio saludable</p> <p>Programa: Fortalecer el Servicio de Atención al Ciudadano en el marco de servicio de gestión de peticiones, quejas, reclamos y denuncias enmarcados en el SGSSS</p>

  
**IVAN ANTONIO LEDEZMA GOMEZ**  
 Gerente QUILISALUD ESE