



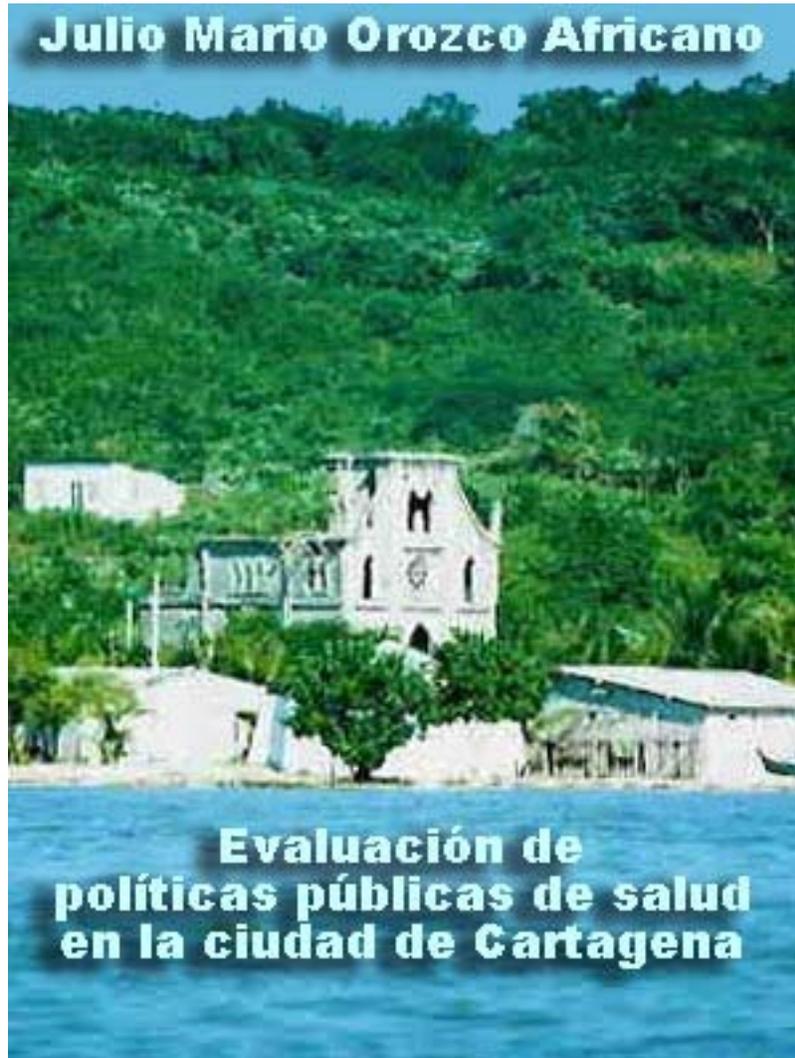
USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA



Casals & Associates



FUNICAR
Fundación ProCartagena



editado por
eumed.net

Cartagena de Indias, D. T. y C. – Agosto 18 de 2006



EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD EN EL DISTRITO DE CARTAGENA DE INDIAS

Investigador y Consultor: Julio Mario Orozco Africano ¹

¹ Médico y Cirujano, Universidad de Cartagena; Magíster en Dirección y Gestión de Servicios de Salud, Universidad de Alcalá de Henares, España; Especialista en Gerencia en Salud; Especialista en Derecho de Seguridad Social. Consultor Organización Iberoamericana de Seguridad Social, Consultor del Centro de Consultoría y Servicios de la Universidad del Norte; Docente de la Universidad y miembro del Grupo de Investigación en Economía de la Salud de la Universidad de Cartagena.

Tabla de Contenido

Presentación	8
Capítulo 1. MARCO CONCEPTUAL	9
1.1. Definiciones de Salud.....	9
1.2. La relación entre salud y enfermedad.....	11
1.2.1. El modelo ideal: salud como ausencia de enfermedad.....	11
1.2.2. El modelo global: salud como más que ausencia de enfermedad.....	12
1.2.3. El modelo médico: Enfermedad como más que ausencia de salud.....	12
1.2.4. Limitaciones de nuestros modelos de salud y enfermedad.....	12
1.3. Concepto de Salud Pública.....	13
Capítulo 2. DESAFÍOS ESTRATÉGICOS EN SALUD PÚBLICA EN LAS AMÉRICAS	15
2.1. Desafíos con relación al impacto diferencial que tienen los problemas de salud.....	15
2.2. Desafíos con relación a la pobreza y a la exclusión social.....	15
2.3. Desafíos relacionados con factores políticos y de gobierno.....	16
2.4. Desafíos relativos a los cambios producidos por la globalización.....	16
2.5. Desafíos relativos a los desastres naturales y a la calidad del entorno físico.....	17
2.6. Desafíos relativos a la ciencia, tecnología, investigación e información.....	17
2.7. Desafíos relativos a los sistemas de salud y al acceso universal a servicios de salud.....	18
2.8. Desafíos relativos a los recursos humanos en salud.....	19
2.9. Desafíos relativos a los recursos financieros.....	20
2.10. Desafíos con respecto a la cooperación internacional en salud.....	20
Capítulo 3. MARCO GENERAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS	22
3.1. Objetivos Del Milenio En Salud.....	22
3.1.1. Colombia ante los Objetivos del Milenio.....	22
3.2. Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP):.....	26
3.3. Política Nacional de Salud Plan Nacional de Desarrollo 2002 – 2006.....	27
3.3.1. Ampliación y mejoramiento de la protección y la seguridad social.....	27
3.3.2. Sostenibilidad financiera.....	28
3.3.3. Salud pública.....	29
3.3.4. Familia y niñez.....	29
3.4. Programas de salud en el Plan Nacional de Desarrollo.....	30
3.4.1. Fortalecer el aseguramiento.....	30
3.4.2. Garantizar sostenibilidad financiera del SGSSS.....	32
3.4.3. Mejorar el acceso y la prestación de servicios de salud en el SGSSS.....	33
3.4.4. Acciones prioritarias en salud pública.....	34
3.4.5. Protección a la familia, la juventud y la niñez.....	35
3.4.6. Programa para la juventud y la mujer.....	38
3.4.7. Desarrollo de los programas para la infancia.....	38
3.4.8. Articulación de los programas de asistencia y protección social.....	39
3.4.9. Implementación del Sistema social de riesgo.....	40
Capítulo 4. COMPETENCIAS DEL DISTRITO EN MATERIA DE SALUD	41
4.1. Competencias del Distrito de Cartagena como municipio.....	41
4.1.1. De dirección del sector en el ámbito municipal:.....	41
4.1.2. De aseguramiento de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud.....	41
4.1.3. De Salud Pública.....	42
4.2. Competencias del Distrito de Cartagena al comportarse como departamento:.....	43
4.2.1. De dirección del sector salud en el ámbito departamental.....	43
4.2.2. De prestación de servicios de salud.....	43
4.2.3. De Salud Pública.....	44
4.3. PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS QUE EL DADIS DEBE IMPLEMENTAR.....	45
4.3.1. MACROPROCESOS:.....	45
4.3.2. PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS POR CADA MACROPROCESO:.....	45
Capítulo 5. LA SALUD EN PLAN DE DESARROLLO DE CARTAGENA 2005 -2007	51
5.1. ESTRATEGIA SALUD SOCIAL.....	51

5.1.1.	Ampliación de Cobertura y Continuidad Régimen Subsidiado de Salud.....	51
5.1.2.	Plan de Atención Básica.....	51
5.1.3.	Mortalidad Infantil.....	51
5.1.4.	Atención en Salud a la población pobre, vulnerable y desplazados.....	52
5.1.5.	Sistema Integrado de Red de Urgencias.....	52
5.1.6.	Desarrollo Institucional.....	52
5.1.7.	Interventoría externa del Régimen Subsidiado.....	52
5.2.	Metas.....	53
5.3.	COMENTARIOS AL COMPONENTE DE SALUD DEL PLAN DE DESARROLLO.....	54
5.3.1.	Ampliación de Cobertura y Continuidad Régimen Subsidiado de Salud.....	55
5.3.2.	Plan de Atención Básica.....	55
5.3.3.	Mortalidad Infantil.....	56
5.3.4.	Atención en Salud a la población pobre, vulnerable y desplazados.....	56
5.3.5.	Sistema Integrado de Red de Urgencias.....	56
5.3.6.	Desarrollo Institucional.....	56
5.3.7.	Interventoría externa del Régimen Subsidiado.....	57
5.3.8.	Comentarios de las Metas del Plan de Desarrollo.....	57
Capítulo 6.	CÓMO ESTÁ ORGANIZADO ACTUALMENTE EL DADIS.....	58
6.1.	Reseña histórica.....	59
6.2.	Estructura Organizacional del DADIS.....	60
6.3.	POLÍTICAS DEL DADIS.....	60
6.4.	Misión.....	61
6.5.	Visión.....	61
6.6.	Objetivos.....	61
6.6.1.	General.....	61
6.6.2.	Específicos.....	61
6.7.	PROCESOS CÓMO ESTÁN CONCEBIDOS ACTUALMENTE EN EL DADIS.....	61
6.7.1.	Oficina Asesora de Planeación.....	61
6.7.2.	Subdirección Técnica.....	63
6.7.3.	Subdirección de Seguridad Social.....	69
6.7.4.	Oficina de atención a la comunidad.....	72
6.7.5.	Subdirección Administrativa y Financiera.....	72
Capítulo 7.	GESTIÓN DEL DADIS 2005 2006.....	77
7.1.	ACCIONES Y RESULTADOS: CUALITATIVOS - CUANTITATIVOS.....	77
7.1.1.	Cómo opera el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Cartagena.....	77
7.1.2.	Población objeto.....	77
7.1.3.	Costos comparativos del sistema de salud en Cartagena 2004 – 2006.....	78
7.1.4.	Evaluación de la competencia de dirección:.....	78
7.1.5.	Estado inicial:.....	78
7.1.6.	Acciones:.....	78
7.1.7.	Ajustes en el funcionamiento del DADIS:.....	79
7.1.8.	Propuesta de ajustes a la Misión Institucional del DADIS:.....	79
7.1.9.	Propuesta de ajustes al objetivo general de entidad:.....	79
7.1.10.	Evaluación de la competencia de Aseguramiento.....	82
7.1.11.	Evaluación del Aseguramiento en el Régimen Subsidiado de Salud.....	82
7.1.12.	Evaluación de la atención de la población pobre no asegurada.....	83
7.1.13.	Atención a la población desplazada:.....	84
7.1.14.	Tratamiento a la Crisis Hospitalaria.....	85
7.1.15.	Evaluación de la competencia de salud pública.....	86
7.1.16.	Optimizar los Sistemas de Vigilancia y Control.....	89
7.1.17.	Estado de la Red prestadora de servicio de primer nivel.....	89
7.1.18.	Algunos problemas en la prestación de los servicios.....	91
7.2.	Resultados en salud pública.....	92
7.2.1.	Perfil de mortalidad en Cartagena.....	92
7.2.2.	Toxi Infecciones.....	97
7.2.3.	Enfermedades transmitidas por vectores.....	99

7.2.4.	ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES.....	102
7.2.5.	PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES	106
7.2.6.	LEPTOSPIROSIS:.....	107
7.2.7.	MORTALIDAD MATERNA.....	110
7.2.8.	MORTALIDAD PERINATAL:	112
7.2.9.	HEPATITIS A, B y C.....	113
7.2.10.	SÍFILIS CONGÉNITA	115
7.2.11.	VIH/SIDA.....	116
7.2.12.	TUBERCULOSIS Y LEPROA.....	118
7.2.13.	HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	119
7.2.14.	MORTALIDAD POR IRA y EDA EN MENORES DE 5 AÑOS.....	121
7.2.15.	MORBILIDAD Y MORTALIDAD GENERAL.....	121
Capítulo 8.	PROCESOS CRÍTICOS EN LA GESTIÓN SANITARIA DE CARTAGENA.....	125
8.1.	RIESGOS EN LA GESTIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO	125
8.1.1.	INTEGRACIÓN Y DEPURACIÓN DE LA BASE DE DATOS	125
8.1.2.	ELABORACIÓN BASE DE DATOS INICIAL DE PRIORIZADOS.....	126
8.1.3.	ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE LA BASE DE DATOS DE POTENCIALES BENEFICIARIOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD.....	126
8.1.4.	SELECCIÓN E INSCRIPCIÓN DE ARS.....	126
8.1.5.	PLANEACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA LIBRE ELECCIÓN DE ARS (PREPARACIÓN PARA LA AFILIACIÓN).....	126
8.1.6.	LIBRE ELECCION DE ARS	127
8.1.7.	TRASLADOS DE ARS.....	127
8.1.8.	EXCEPCIONALIDADES PARA LA AFILIACION A ARS.....	127
8.1.9.	CONFORMACIÓN DE BASE DE DATOS DE AFILIADOS PARA CONTRATACIÓN CON ARS	127
8.1.10.	SUSCRIPCIÓN Y LEGALIZACIÓN DE CONTRATOS	128
8.1.11.	MANEJO DE NOVEDADES.....	128
8.1.12.	REEMPLAZOS E INCLUSIONES.....	128
8.1.13.	CERTIFICACIÓN DE PAGOS.....	129
8.1.14.	SEGUIMIENTO E INTERVENTORÍA DE CONTRATOS.....	129
8.1.15.	LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS.....	129
8.1.16.	PLANEACIÓN DE LA GESTIÓN FINANCIERA	129
8.1.17.	ADMINISTRACIÓN DEL PRESUPUESTO DISTRITAL DE INGRESOS	130
8.1.18.	ADMINISTRACIÓN DEL PRESUPUESTO DISTRITAL DE GASTOS	130
8.1.19.	ADMINISTRACIÓN DE TESORERÍA	131
8.2.	PARTICIPACIÓN SOCIAL	132
8.2.1.	RENDICIÓN DE CUENTAS Y EVALUACIÓN PARTICIPATIVA	132
8.3.	INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL.....	132
8.3.1.	SOBRE EL EJE DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y SALUD PÚBLICA	132
8.3.2.	SOBRE EL EJE DE ASEGURAMIENTO.....	133
8.3.3.	SOBRE EL EJE DE FINANCIAMIENTO.....	133
8.3.4.	DE COORDINACIÓN DE AGENTES DE CONTROL.....	134
8.3.5.	DE APLICACIÓN DE MECANISMOS PARA EL CONTROL:.....	135
8.4.	EN LA GESTIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA (PAB) y RECURSOS DEL 4.01% DE LA UPC-S	136
8.4.1.	ETAPA DE PLANEACIÓN.....	136
8.4.2.	ETAPA DE CONTRATACIÓN.....	136
8.4.3.	ETAPA DE SEGUIMIENTO A CONTRATO.....	136
Capítulo 9.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	137
9.1.	CONCLUSIONES.....	137
9.2.	RECOMENDACIONES.....	137
	RECOMENDACIÓN N° 1. REESTRUCTURACIÓN DE LA DIRECCIÓN DISTRITAL DE SALUD.....	137
	RECOMENDACIÓN N° 2. REORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DISTRITAL DE SALUD.....	138
	RECOMENDACIÓN N° 3. FORTALECIMIENTO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN PÚBLICO	138
	RECOMENDACIÓN N° 4. FORTALECIMIENTO DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD	138
	RECOMENDACIÓN N° 5. SANEAMIENTO FISCAL DEL SECTOR SALUD.....	139

RECOMENDACIÓN N° 6. FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE CALIDAD	139
RECOMENDACIÓN N° 7. TRANSPARENCIA EN LA CONTRATACIÓN.....	139

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Evolución de la desnutrición en niños menores de 5 años.....	29
Tabla 2. Clasificación de la población objeto de atención en salud en el distrito de Cartagena año 2.006	77
Tabla 3. Población objeto de atención en salud con recursos de oferta	78
Tabla 4. Evolución del aseguramiento en el Régimen Subsidiado de Salud	82
Tabla 5. Costo de contrato capitado para el portafolio de 1er. nivel.....	83
Tabla 6. Costo contrato IPS publicas y privadas portafolio 2, 3 Y 4º niveles.....	84
Tabla 7. Costo contratos IPS públicas y privadas portafolio 2,3 Y 4º nivel para población desplazada	84
Tabla 8. Comportamiento de las camas habilitadas por servicios en la ciudad de cartagena	85
Tabla 9. Costos del contrato del SIREN 2003 - 2005	86
Tabla 10. IPS publicas ubicadas por localidades	86
Tabla 11. Consolidado de la Red Pública	86
Tabla 12. Relación comparativa de las acciones de PAB y salud pública realizadas años 2.003 a 2.005	87
Tabla 13. Inversión por año en plan de atención básica (PAB).....	88
Tabla 14. Centros de Salud 24 horas	89
Tabla 15. Centros de salud con 8 horas de atención.....	90
Tabla 16. Puestos de salud que funcionan como servicio extramural.....	91
Tabla 17. Mortalidad en Cartagena 2005.....	92
Tabla 18. Mortalidad consolidada por sexo y grupos etáreos 2005 en Cartagena	95
Tabla 19. Veinte (20) primeras causas de morbilidad en el distrito de Cartagena 2005	95
Tabla 20. CASOS DE MUERTE POR HOMICIDIOS CARTAGENA 2005.....	96
Tabla 21. Mortalidad en urgencias de los pacientes reportados al CRU de Cartagena por grupo etáreo enero– marzo de 2006	96
Tabla 22. Causas de mortalidad de Urgencias Cartagena Enero Marzo de 2006	97
Tabla 23. CASOS DE VARICELA REPORTADOS AÑO 2.003 POR EDAD.....	102
Tabla 24. CLASIFICCIÓN DE CASOS DE MENINGITIS CARTAGENA 2.004.....	103
Tabla 25. CASOS DE VARICELA REPORTADOS AÑO 2.004 POR EDAD.....	103
Tabla 26. CASOS REPORTADOS DE PAROTIDITIS ENERO 1 A JUNIO 30 DE 2.005	104
Tabla 27. CASOS DE VARICELA REPORTADOS AÑO 2.005 POR EDAD.....	104
Tabla 28. CASOS DE VARICELA REPORTADOS AÑOS 2.003 A JUNIO 2.005 POR EDAD	104
Tabla 29. CLASIFICCIÓN DE CASOS DE MENINGITIS ENERO 1 A JUNIO 30 DE 2.005 CARTAGENA	105
Tabla 30. CLASIFICCIÓN DE CASOS DE MENINGITIS CARTAGENA 2.003 a JUNIO 2.005.....	105
Tabla 31. CASOS CONFIRMADOS DE MENINGITIS POR LOCALIDAD ENERO 1 A JUNIO 30 DE 2.005	105
Tabla 32. CASOS CONFIRMADOS DE MENINGITIS LOCALIDAD 1 POR EDAD Y SEXO ENERO 1 A JUNIO 30 DE 2.005 CARTAGENA.....	105
Tabla 33. CASOS CONFIRMADOS DE MENINGITIS LOCALIDAD 2 POR EDAD Y SEXO ENERO 1 A JUNIO 30 DE 2.005 CARTAGENA.....	105
Tabla 34. CASOS CONFIRMADOS DE MENINGITIS LOCALIDAD 3 POR EDAD Y SEXO ENERO 1 A JUNIO 30 DE 2.005 CARTAGENA.....	106
Tabla 35. COBERTURAS PAI 2002 AL 2005 CARTAGENA.....	106
Tabla 36. CASOS DE LEPTOSPIROSIS SEGÚN EDAD Y SEXO CARTAGENA AÑO 2003	107
Tabla 37. CASOS DE LEPTOSPIROSIS POR LOCALIDAD CARTAGENA AÑO 2003	107
Tabla 38. CASOS DE LEPTOSPIROSIS SEGÚN EDAD Y SEXO CARTAGENA AÑO 2004	107
Tabla 39. CASOS DE LEPTOSPIROSIS POR LOCALIDAD CARTAGENA AÑO 2004.....	107
Tabla 40. MORTALIDAD POR LEPTOSPIROSIS CARTAGENA AÑO 2004	107
Tabla 41. MORTALIDAD POR LEPTOSPIROSIS SEGÚN LOCALIDAD CARTAGENA AÑO 2004	108
Tabla 42. CASOS DE LEPTOSPIROSIS SEGÚN SEXO Y EDDA CARTAGENA ENERO A JUNIO AÑO 2005.....	108
Tabla 43. CASOS DE LEPTOSPIROSIS SEGÚN LOCALIDAD CARTAGENA ENERO A JUNIO AÑO 2005.....	108
Tabla 44. Mortalidad perinatal Cartagena 2005.....	112
Tabla 45. DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL DISTRITO DE CARTAGENA DURANTE EL AÑO 2003	122
Tabla 46. DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD CARTAGENA 2004	122

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Modelos de relación salud enfermedad.....	13
Ilustración 2. Localidades de Cartagena	58
Ilustración 3. Pirámide poblacional Cartagena 2005	77
Ilustración 4. Fiebre tifoidea 203 .2005 Cartagena	97
Ilustración 5. Toxiinfecciones alimentarias Cartagena 2003-2005.....	97
Ilustración 6. Intoxicaciones por medicamentos, gases y vapores Cartagena 2003-2005.....	97
Ilustración 7. Incidencia de paludismo Cartagena 2003-2005	99
Ilustración 8. Incidencia de Leishmaniasis Cartagena 2003-2005.....	99
Ilustración 9. Enfermedad de Chagas Cartagena 2003-2005	99
Ilustración 10. Incidencia de Dengue Cartagena 2003-2005	100
Ilustración 11. Casos confirmados de Dengue en Cartagena 2003-2005.....	100
Ilustración 12. Índice de infestación por Aedes Aegypti Cartagena 2003-2005.....	100
Ilustración 13. Índice de infestación por Aedes Aegypti Cartagena 2003-2005.....	101
Ilustración 14. Incidencia de la leptospirosis en Cartagena 2003 - 2005	108
Ilustración 15. Comportamiento de la leptospirosis 2004.....	109
Ilustración 16. Casos de mortalidad materna Cartagena 2005.....	110
Ilustración 17. Casos de muertes perinatales en Cartagena 2003 – 2005.....	112
Ilustración 18. Incidencia de muertes perinatales	112
Ilustración 19. Incidencia de hepatitis viral en Cartagena 2003-2005	113
Ilustración 20. Casos de hepatitis A por localidad Cartagena 2005.....	113
Ilustración 21. Casos de hepatitis B por localidad Cartagena 2005	114
Ilustración 22. Casos de hepatitis C por localidad Cartagena 2005	114
Ilustración 23. Sífilis en Cartagena a junio de 2005	115
Ilustración 24. Casos de SIDA Cartagena 2003 A 2005.....	116
Ilustración 25. Incidencia de SIDA en Cartagena.....	116
Ilustración 26. Mortalidad por SIDA en Cartagena, 1991 - 2002.....	116
Ilustración 27. Casos nuevos de Sida a junio de 2005	117
Ilustración 28. Casos de SIDA en Cartagena 2005 por localidad	117
Ilustración 29. Casos nuevos de TBC en Cartagena, 1998 - 2004.....	118
Ilustración 30. Incidencia de lepra en Cartagena, 2003 - 2004.....	118
Ilustración 31. Mortalidad por IRA y EDA en menores de 5 años en Cartagena, 2005	121
Ilustración 32. Mortalidad por EDA según localidades de Cartagena 2005	121

Presentación

El presente documento presenta la evaluación de la aplicación de las políticas públicas de salud en el Distrito de Cartagena de Indias. Este estudio se enmarca en el convenio Casals & Associates y Fundación ProCartagena Funcicar, con recursos de United States Agency for International Development – USAID.

Entre los objetivos que se persiguen, está el de realizar un análisis del sector salud de Cartagena para identificar los mayores riesgos de ineficiencia o corrupción, así como el de proponer, a partir de la documentación y análisis de las experiencias, un documento borrador de recomendaciones para el mejoramiento de la aplicación de las políticas públicas de salud que sirva de orientador del proceso que debe iniciarse con la participación de todos los estamentos de la ciudad.

El estudio, aunque no aparezcan con estos títulos, ha sido diseñado con la siguiente estructura básica, que se me antoja un tanto pragmática:

1. Lo que debería hacer el Distrito de Cartagena en materia de salud
2. Lo que está haciendo el DADIS²
3. Lo que no hace el DADIS
4. Recomendaciones para que el DADIS haga lo que debe hacer

Para abarcar el **aspecto número 1** (lo que debería hacer el DADIS), el documento inicia con un marco conceptual general, para luego bosquejar las principales políticas públicas en salud a nivel internacional, regional (América Latina y el Caribe) y nacional.

Después de analizar las principales tendencias internacionales y nacionales, se identifican las competencias de los distritos en materia de salud, a la luz de las exigencias de la Ley 715 de 2001 y la Ley 100 de 1993.

El **aspecto número 2** (lo que está haciendo el DADIS) se logra mediante la realización de un análisis de la estructura organizacional y los procesos que desarrolla el DADIS, así como los principales indicadores de gestión sanitaria. Esto nos da el marco de lo que está haciendo el DADIS y lo que no está haciendo.

El **aspecto número 3**, (lo que no hace el DADIS) es un análisis punto por punto de las competencias del distrito, las políticas nacionales e internacionales aplicadas al Distrito de Cartagena.

El **aspecto número 4**, (recomendaciones para que el DADIS haga lo que debe hacer) permite identificar los puntos de aplicación de política pública que son susceptibles de ajustar desde el ente territorial y aquellos en los que se perciben grandes riesgos de corrupción o ineficiencia.

Una nota final de advertencia:

Somos concientes de que al Distrito de Cartagena no le corresponde el diseño de las políticas públicas de salud, por cuanto son competencia de la nación. El ente territorial sólo se limita a adoptar y cumplir las políticas del orden nacional, las cuales a su vez son el reflejo de unas megatendencias internacionales. No obstante, luego de adoptarlas, la ley sí permite adaptarlas a la realidad económica, epidemiológica, social y política de la ciudad.

² Departamento Administrativo Distrital de Salud de Cartagena

Capítulo 1. MARCO CONCEPTUAL

No es posible hablar de la evaluación de la aplicación de políticas públicas de salud sin antes aclarar que entendemos por salud, la relación salud - enfermedad y lo que se denomina salud pública.

1.1. Definiciones de Salud

Existen varias concepciones para la definición de salud, la primera que se aborda es un concepto de salud que se refiere a un equilibrio inestable del ser humano, de su organismo biológico y de su cuerpo (entendido este como las representaciones del mismo), en relación con factores biológicos, medio ambientales, socioculturales y simbólicos, que permiten a cada ser humano además de crecer, potenciar sus posibilidades en función de sus propios intereses y de los de la sociedad en la cual se encuentra inmerso.

Cuando alguno de esos elementos se modifica todos los otros se alteran para buscar un nuevo equilibrio del ser humano. Dicho cambio puede ser transitorio, y como proceso se reinicia en forma intermitente ante hechos fortuitos o fugaces acaecidos en cualquiera de los factores antes mencionados. Las respuestas escogidas por el ser humano ante esos estímulos externos o internos son múltiples y variadas de acuerdo a sus propias capacidades.

La salud es pues, más que un estado, un proceso continuo de reestablecimiento del equilibrio, proceso que cuando alguno de los factores implicados cambia y dicho cambio se mantiene en el tiempo, el ser humano adopta una respuesta fija, que en algún momento previo fue adecuada para restablecer el equilibrio; pero, al tornarse, inflexible lleva a un estado catastrófico que puede ser incompatible con la vida (Canguilhem 1982). Esta concepción implica que mantener ese equilibrio requiere de una serie de factores socioeconómicos, ambientales, biológicos, y asistenciales que se aúnen para sostener ese equilibrio, el cuál se traduce en la capacidad de vivir como individuo, de producir, reproducir y recrear la cultura, entendida como la suma de producciones e instituciones que distancia la vida humana de la animal.

Otras escuelas de pensamiento, consideran la salud como un estado que se tiene o se pierde, y que su posesión implica el pleno uso de las capacidades físicas, mentales sociales y espirituales, para autores como Barro (1996), la salud es un bien de capital productivo y generador del crecimiento económico. Mushkin (1962) y Grossman (1972), establecen que la salud y la educación son determinantes del capital humano, estos autores expresan una doble connotación, la de ser un bien de consumo y un bien de inversión.

Los desarrollos teóricos sobre crecimiento económico endógeno, han introducido al capital humano como una pieza clave, incluyendo a la salud como un insumo de capital para la producción económica de un país, ya que las personas, como agentes productivos, mejoran con la inversión en estos servicios y proporcionarán un rendimiento continuo en el futuro. Por tal motivo consideran que el consumo de productos intermedios en salud es una inversión en capital humano, cuyo principal fin es el desarrollo económico de los individuos y del conjunto social; esta óptica deja de lado respecto a la vida humana, la capacidad de re-producción y re-creación de instituciones indispensables en el mantenimiento de la cultura.

El individuo recobra el equilibrio de su organismo biológico y de su cuerpo, demandando servicios asistenciales, los cuales son bienes intermedios cuyo limite social esta en relación con las acciones de

los reguladores y administradores del sector salud. En este proceso de prestación del servicio de salud, interviene por una parte el personal, equipos y elementos directamente involucrados en el acto médico y por otra, la infraestructura administrativa que crea y mantiene las condiciones que hacen posible la realización del acto.

La adecuada respuesta del sistema asistencial requiere de insumos humanos y tecnológicos tanto para el tratamiento de enfermedades, como para llevar a cabo las políticas de salubridad, lo que implica por supuesto una inversión alta en capital. El presente estudio busca evaluar la eficiencia con que se manejan dichos insumos con miras a prevenir y restablecer el equilibrio, considerando los factores socioeconómicos de los municipios de referencia como factores que condicionan la capacidad de inversión en dichos recursos.

Clásicamente la salud se ha definido en contraposición a la enfermedad. Así, salud es “el estado del ser orgánico que ejerce normalmente todas las funciones”, mientras enfermedad se refiere a la “alteración más o menos grave de la salud”.

En la antigüedad estar sano equivalía a poder desarrollar las actividades cotidianas. Alguien con capacidad para el trabajo y las relaciones familiares y sociales era considerada sana, aunque padeciese algunos de los procesos que hoy consideramos enfermedades. Se trataba de una noción sumamente pragmática que hacía compatible la definición de sano con el sufrimiento de algunas molestias, siempre que éstas no afectaran decisivamente a la actividad ordinaria.

Con el advenimiento de la medicina científica se generaliza la visión fisiologista, dominada por criterios negativos al considerar que la salud es la ausencia de enfermedad. Se buscaban lesiones subyacentes como causa de enfermedad. El estado de salud se define negativamente como ausencia de una “entidad morbosa”, es decir, de una lesión orgánica o un trastorno funcional objetivables.

En la segunda mitad del pasado siglo comenzó a adoptarse una perspectiva de la salud que trascendía este binomio. En 1956, René Dubos expresó una concepción bidimensional de la salud, referida tanto al bienestar físico como mental: "Salud es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado". También en la década de 1950 Herbert Dunn aportó una descripción de la salud de la que incluía tres grandes aspectos de la misma: orgánico o físico, psicológico y social. Esta incorporación de la dimensión social fue adquiriendo un progresivo énfasis en los años sucesivos.

El máximo exponente de esta perspectiva amplia de la concepción de la salud es la definición de la OMS recogida en su Carta Fundacional del 7 de abril de 1946 y concebida originalmente por Stampar (1945): "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Se trata de una definición que resultó sumamente innovadora, ya que abría las puertas a una concepción más subjetiva y menos “normativa” de entender la salud. Intenta incluir todos los aspectos relevantes en la vida, al incorporar tres aspectos básicos del desarrollo humano: físico, mental y social. Además, busca una expresión en términos positivos, partiendo de un planteamiento optimista y exigente.

Entre las críticas que ha sufrido esta definición, no es la menor la que considera que equipara la salud con alguna noción de felicidad, lo que la hace excesivamente utópica y poco realista. Tampoco facilita la medición de la salud de acuerdo con los parámetros que emplea. Su subjetividad hace que la definición de la OMS no ofrezca criterios de medición para cuantificar la salud. Ciertamente, esta definición tiene una reducida capacidad operativa, ya que, por ejemplo, todo aquel afectado – incluso

aunque no sea personalmente - por la tiranía, la injusticia, la desigualdad, o la marginación social, no puede ser incluido en la definición y debería ser etiquetado como insano.

Algunas voces críticas, como Milton Terris, han cuestionado este sentido absoluto de bienestar que incorpora la definición de la OMS y han propuesto la eliminación de la palabra “completo” de la misma. En la salud, como en la enfermedad, existen diversos grados de afectación y no debería ser tratada como una variable dicotómica. Una propuesta alternativa, respetuosa con los logros de esta definición, propugnaría un enunciado del tipo:

"La salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades". Existen otras relecturas de la definición de salud, como la que la define como "El logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social, y de capacidad de funcionamiento que permiten los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad".

Un examen de las distintas concepciones prevalentes de la salud no debería dejar de lado la definición propuesta en 1976 en el Xè Congrés de metges i biòlegs en llengua catalana: "La salud es una manera de vivir cada vez más autónoma, solidaria y gozosa". Se puede entender "autónoma" como la capacidad de llevar adelante una vida con el mínimo de dependencias, así como un aumento de la responsabilidad de los individuos y la comunidad sobre su propia salud. La preocupación por los otros y por el entorno vendría recogida en el término "solidaria", mientras "gozosa" recupera el ideal de una visión optimista de la vida, las relaciones humanas y la capacidad para disfrutar de sus posibilidades.

1.2. La relación entre salud y enfermedad

Aunque los conceptos de salud y enfermedad son generalmente vistos como opuestos que constituyen una "pareja de valor" sus relaciones pueden contemplarse desde diferentes perspectivas. A fin de no dar por supuestas cuestiones que por su obvia apariencia generan posteriores problemas de interpretación, en este epígrafe se tratan los diferentes modelos de relación entre salud y enfermedad, sus características y sus limitaciones. Para ello seguiremos la modelización recientemente propuesta por Hofmann. El gráfico que se incluye al final puede simplificar o sustituir su lectura.

1.2.1. El modelo ideal: salud como ausencia de enfermedad

El modelo más sencillo de relación entre los dos conceptos es el ya apuntado de la salud entendida como ausencia de enfermedad. Siguiendo a Hofmann llamaremos a éste el modelo ideal. En él, si estás sano no padeces ninguna enfermedad, y recíprocamente, si estás enfermo no puedes estar sano. El modelo ideal es el prevalente entre los profesionales de la salud. Las enfermedades son desarreglos de las estructuras o las funciones de algunas partes de cuerpo humano. En ausencia de estos desarreglos, la situación es de salud. Se cree que un manual de anatomía o psicología es una imagen de la salud humana. La normalidad es la ausencia de alteraciones. El carácter anómalo de la enfermedad se expresa en el lenguaje ordinario, cuando se habla de dis-función, des-orden, dis-capacidad, etc. En inglés uno de los términos más comunes para referirse a la enfermedad es dis-ease, algo bastante parecido a nuestro "mal-estar". En tal sentido, ya afirmaba Aristóteles en su "Metafísica" que la enfermedad existe por la ausencia de salud.

El modelo ideal plantea algunos problemas cuando se enfrenta con personas o situaciones que no responden estrictamente a la enfermedad, pero que obviamente tampoco son sanas. En la asistencia sanitaria es frecuente encontrar individuos que sufren "síntomas" molestos o dolorosos, pero a los que

no se les puede identificar que padezcan una enfermedad concreta. Es decir, la ausencia de enfermedad no implica automáticamente que una persona esté sana.

1.2.2. El modelo global: salud como más que ausencia de enfermedad

Un modo de superar la paradoja señalada pasa por introducir un nuevo modelo que entienda que la salud es más que la mera ausencia de enfermedad. La definición de salud de la OMS, analizada en el epígrafe anterior, es un claro ejemplo de la aplicación de ese modelo. Introduciendo criterios de salud que van más allá de la ausencia de enfermedad - como bienestar, felicidad, capacidad de logros vitales, etc. - la ausencia de enfermedad es una condición necesaria, pero no suficiente, para gozar de salud. En este modelo es perfectamente compatible no padecer una enfermedad y no disfrutar de salud al mismo tiempo. De esta manera puede explicarse que la ausencia de enfermedad identificada no signifique un estado saludable.

Sin embargo también existen algunas dificultades implícitas en esta concepción. Cabe encontrar individuos que según las definiciones propuestas no están sanos, pero para los que no se puede identificar una enfermedad. Ni el modelo tradicional ni el global son adecuados para enfrentarse a situaciones en las que la ausencia de salud no implique enfermedad. Surge la necesidad de ensayar otra perspectiva, representada por el modelo médico.

1.2.3. El modelo médico: Enfermedad como más que ausencia de salud

En este modelo de relaciones entre la salud y la enfermedad la enfermedad es algo más que la ausencia de salud. Para estar enfermo se requiere cumplir algunos criterios además del de no estar sano. En general estos criterios suelen ser que la enfermedad haya sido detectada e identificada de acuerdo con algunos métodos normalizados, como pruebas diagnósticas o exploraciones médicas. De este modo sólo se está enfermo si la enfermedad es identificable médicamente.

El modelo médico afirma que la falta de salud no es una condición suficiente para estar enfermo. Por tanto es posible estar al mismo tiempo no sano y no enfermo. Lo relevante es que destaca la existencia de criterios médicos para delimitar lo que es la enfermedad que son más estrictos que los existentes para la falta de salud. Una enfermedad concreta es el modo en que abstraemos conceptualmente una variedad de fenómenos: alteraciones orgánicas, percepción de sufrimiento o incomodidad, reconocimiento social del carácter patológico de ese acontecimiento, etc.

La enfermedad se define por sus manifestaciones objetivables, pero también por su encaje en nuestros conocimientos sobre el funcionamiento de los organismos. El diagnóstico de una enfermedad es el encaje de unas vivencias en alguna de las categorías que la ciencia ha ido construyendo como arquetipos patológicos, lo que Sydenham llamaba “especies morbosas”. En toda enfermedad confluyen percepciones subjetivas, etiquetados en categorías tecnológicas y reconocimiento social del proceso. Cuando falla alguna de éstas, puede darse que el individuo no se sienta bien, pero no seamos capaces de incluirlo en ninguno de nuestros modelos de enfermedad. Así, la ausencia de enfermedad - dado que su reconocimiento depende de una construcción “tecnológica” - no implica forzosamente que el individuo esté sano.

1.2.4. Limitaciones de nuestros modelos de salud y enfermedad

Tanto el modelo médico como el modelo global explican situaciones que desafían al modelo ideal. Ambos explican la situación en la que alguien no está ni enfermo ni sano. Pero ni el modelo médico ni el modelo global pueden dar cuenta de las situaciones en las que se presentan simultáneamente la salud

y la enfermedad. Para entenderlo es preciso reparar en que el modelo ideal presupone que la salud y la enfermedad son dos conceptos excluyentes y exhaustivos. Sin embargo, el modelo médico y el global asumen la condición de exclusividad, pero no la exhaustividad.

Todo lo anterior puede parecer innecesariamente abstracto si no se aplica a nuestras dudas actuales sobre la necesidad de redefinición de conceptos cuyo significado hemos ido desplazando en el curso del tiempo. Un sencillo ejemplo puede ayudar a entender las implicaciones de las distintas construcciones sobre la salud y la enfermedad. Un individuo que no experimenta ninguna molestia, malestar o restricción, pero que obtiene un resultado positivo ante una prueba genética ¿está o no sano? La respuesta a esta sencilla pregunta depende en buena medida del modelo de conceptualización que apliquemos.

Estas situaciones no son siempre resolubles con la aplicación de los modelos vistos. Una razón para ello es que todos consideran la salud y la enfermedad como conceptos independientes. Para entender los casos que escapan a la concepción general no se pueden definir de manera recíproca las nociones de salud y enfermedad. Para ello necesitamos superar esquemas clásicos y considerar la salud y la enfermedad como contrarias, pero parcialmente independientes. Las representaciones gráficas de los tres modelos y la alternativa descrita de independencia parcial sirven para clarificar los conceptos y proyectar aplicaciones y ejemplos.

Ilustración 1. Modelos de relación salud enfermedad



1.3. Concepto de Salud Pública

¿Qué es salud pública? Esta pregunta no tiene una respuesta fácil. Diversas definiciones se han planteado para intentar especificar este concepto. Uno de los principales innovadores en el desarrollo conceptual de la salud pública fue C. E. Winslow. Según Winslow, salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para:

- 1) el saneamiento del medio ambiente; 2) el control de las enfermedades transmisibles; 3) la educación sanitaria; 4) la organización de los servicios médicos y de enfermería; y 5) el desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren al individuo y a la comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud.

Quizá más importante que definir la salud pública es identificar para qué sirve. En este sentido, parece que la misión de la salud pública es satisfacer el interés de la sociedad en garantizar las condiciones que permiten a las personas tener salud. Las tres misiones fundamentales de la salud pública definidas por el INSTITUTE OF MEDICINE se vieron relacionadas con 10 prácticas fundamentales que debe prestar la salud pública y que fueron definidas y catalogadas por un grupo de trabajo establecido por el Public Health Practice Program Office de los CDC.

Estas definiciones ofrecen un marco estructural que define las actividades en salud pública:

A) Evaluar y monitorizar la salud: el objetivo es conocer el estado de salud de las comunidades y poblaciones en riesgo para identificar problemas y prioridades de salud. Para ello hay que proceder a la recolección, recopilación, análisis y disseminación de información sobre la salud de las poblaciones. Los servicios que la salud pública debe proporcionar para dar respuesta a esta misión son:

- 1) Evaluación de las necesidades de salud de la población.
- 2) Investigación de la aparición de problemas y riesgos para la salud.
- 3) Análisis de los determinantes de los riesgos para la salud identificados.

B) Formular programas y políticas públicas: en colaboración con la comunidad y las autoridades, es necesario diseñar planes y programas para resolver los problemas y prioridades de salud identificados a cada nivel, local, regional y nacional. Hay que ejercitar la responsabilidad de atender el interés público desarrollando un conjunto global de políticas públicas en salud, promoviendo el uso del conocimiento científico para la toma de decisiones, estimulando la participación comunitaria y evaluando resultados. Los servicios de la salud pública en este ámbito serían:

- 4) Adopción de un papel como mediador y portavoz.
- 5) Establecimiento de prioridades entre las necesidades detectadas.
- 6) Desarrollar programas y planes para dar respuesta a dichas necesidades.

C) Garantizar servicios: que toda la población tenga acceso a servicios que son adecuados y coste-efectivos, incluyendo servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, evaluando la efectividad de dichas intervenciones, garantizando la puesta en marcha de los servicios que son necesarios para conseguir alcanzar los objetivos planteados para dar respuesta a las necesidades puestas de manifiesto, estimulando que se desarrollen las acciones, regulando que se pongan en marcha o proporcionando los servicios directamente. Esto se conseguiría:

- 7) Gestionando recursos y desarrollando una estructura organizativa.
- 8) Poniendo en marcha los programas.
- 9) Evaluando los programas y estableciendo sistemas de garantía y mejora de la calidad.
- 10) Informando y educando a la población.

Capítulo 2. DESAFÍOS ESTRATÉGICOS EN SALUD PÚBLICA EN LAS AMÉRICAS

La Organización Panamericana de la Salud ha identificado los retos de la salud pública, edificándolos en los siguientes escenarios:

- a) las profundas transformaciones que operaron durante los últimos veinticinco años en la sociedad, el Estado y los sistemas de salud,
- b) la tendencia mundial hacia una mirada convergente, tanto con respecto a los retos que el mundo enfrenta, como con relación a las estrategias más amplias para encararlos;
- c) la convicción de que grandes avances pueden lograrse con un fuerte liderazgo político nacional e internacional, una apropiada gestión y distribución de los recursos internacionales disponibles para salud y desarrollo, y la articulación de lo internacional, lo nacional y lo local en la agenda de salud;
- d) un enfoque de salud basado en la población, que requiere tanto la acción intersectorial como la participación de una amplia gama de actores sociales.

2.1. Desafíos con relación al impacto diferencial que tienen los problemas de salud

Los países de América Latina y el Caribe enfrentan, de forma diferencial, problemas de salud que plantean enormes desafíos a la salud pública:

- la persistencia de tasas elevadas de mortalidad infantil, de fecundidad y mortalidad materna, el alto impacto de la malnutrición, enfermedades transmisibles y no transmisibles, sumados a problemas emergentes y a la propagación de la drogadicción y la violencia, hace necesario redoblar esfuerzos para enfrentar “la agenda inconclusa” al mismo tiempo que se cumple con “la nueva agenda”;
- el impacto diferencial de los problemas de salud de acuerdo con el ciclo de vida y con la condición socioeconómica de la población requiere que se amplíen las acciones sectoriales e intersectoriales en busca de la equidad;
- la distribución inequitativa de los beneficios de atención a la salud por razones de accesibilidad geográfica, económica o sociocultural, demanda el fortalecimiento de las acciones para el logro de una mayor equidad en salud;
- la necesidad de velar por el mantenimiento de los logros significativos que se han dado o están a punto de alcanzarse en la Región, como son el aumento de la esperanza de vida al nacer, la reducción de la tasa de mortalidad infantil, de las tasas de crecimiento de la población y la fecundidad, la erradicación de la viruela y la poliomielitis y la cercana erradicación del sarampión.

2.2. Desafíos con relación a la pobreza y a la exclusión social

La persistencia y la magnitud de la pobreza, así como la extrema desigualdad en los ingresos agravan la exclusión social y en salud. La mayor parte de los países de América Latina y el Caribe deben enfrentar retos relacionados con:

- un crecimiento lento e inestable, modelos estructurales adversos, distribución desigual de los ingresos, deterioro del empleo y de las oportunidades para el comercio; tomados en conjunto, estos países tienen el ingreso nacional bruto más elevado per cápita de todas las regiones, pero presentan las mayores desigualdades entre todas ellas;

- las diferencias que se registran con relación a la esperanza de vida, la que es mayor en los países que tienen ingresos per cápita elevados y en aquellos países que presentan menos dispersión en la distribución del ingreso entre las diferentes categorías ocupacionales y económicas;
- la desnutrición, que es uno de los principales problemas, donde el progreso es lento, a pesar de las iniciativas nacionales e internacionales para enfrentarla;
- el agravamiento de las condiciones de exclusión social y de salud, en parte por el deterioro de las condiciones laborales, el aumento del desempleo y la ampliación del sector no estructurado, y la persistencia de brechas importantes entre los trabajadores no calificados y calificados, entre los trabajadores formales e informales, y entre hombres y mujeres.

2.3. Desafíos relacionados con factores políticos y de gobierno

La democracia se está fortaleciendo y hay una creciente valoración de sus instituciones; los aspectos sociales del desarrollo han sido reconocidos por los niveles más altos de los gobiernos. A pesar de ello, el desasosiego social, la inestabilidad socioeconómica y la inseguridad socavan la confianza de las personas en el sistema. En el área social, esto podría acrecentarse ante la posibilidad de que las instituciones públicas disminuyan su capacidad para formular y hacer cumplir las políticas sociales y sanitarias, particularmente las políticas distributivas o reglamentarias que tienen como finalidad mejorar la equidad y proteger a la población. Entre los principales desafíos para la salud pública en esta área están:

- fortalecer el rol del Estado para enfrentar mejor los problemas de salud;
- fortalecer el liderazgo de la autoridad sanitaria a todos los niveles del Estado; uno de los factores importantes para el fortalecimiento de la función de rectoría de la autoridad sanitaria consiste en la reinscripción de la salud pública en la agenda de transformación del sector, y con ella, el cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública que le corresponden al Estado;
- reafirmar que la salud pública es una responsabilidad social e institucional, ya que su descuido afecta la capacidad de los gobiernos para ejercer plenamente su función rectora así como las funciones esenciales de salud pública, lo que, en un contexto de crecientes dificultades y/o profundas crisis políticas y socioeconómicas en varios países, determina retrocesos y pone en peligro los logros obtenidos, en especial, con respecto a la cobertura de los servicios de salud públicos y de la seguridad social;
- identificar y abordar las disparidades en salud mediante la formulación y ejecución de políticas públicas intersectoriales;
- administrar las presiones políticas que provienen del aumento del número de actores sociales que participan en la toma de decisiones en salud;
- incrementar la capacidad de ubicación y uso de los recursos de manera innovadora.

2.4. Desafíos relativos a los cambios producidos por la globalización

El proceso de globalización ha repercutido de muchas formas sobre la salud y el ambiente en el mundo. Como parte de los cambios, se ha intensificado la articulación asimétrica de las economías nacionales y subregionales a través del comercio, las finanzas y la producción en un mercado mundial que funciona mediante la comunicación interactiva y las redes de productores, proveedores, usuarios y consumidores. Además, la globalización coincide con otra megatendencia: la descentralización. Por un

lado, los procesos de reforma de los sistemas de salud han considerado la situación sanitaria un asunto local; y por el otro, la globalización supone el desafío de unificar las actividades internacionales para reducir los riesgos y aprovechar las oportunidades sanitarias.

Los principales desafíos para la salud pública son:

- el aumento de la transferencia internacional de riesgos, sean estos ambientales, asociados al movimiento fronterizo de individuos, asociados a la exportación de estilos de vida dañinos, asociados a la exportación de procesos de trabajo peligrosos, asociados al incremento del comercio internacional de sustancias (legales e ilegales) dañinas para la salud y riesgos asociados a la difusión de tecnologías médicas;
- el incremento notable del comercio internacional de servicios de salud, en especial en cuanto a la movilidad transfronteriza de servicios de salud y la movilidad transfronteriza de los consumidores de servicios de salud y de los propios prestadores;
- la necesidad de fortalecer la gobernanza nacional aumentando su poder de previsión, para identificar los riesgos transfronterizos de enfermedades, contaminantes ambientales y a la seguridad;
- el aumento vertiginoso de las oportunidades de intercambio de cooperación entre los países y las regiones en todos los niveles, así como el aumento de las oportunidades de canalizar los recursos hacia las áreas técnicas y las zonas que más los necesiten;
- el potencial de una mayor interconexión para mejorar el intercambio de conocimientos, la colaboración en salud y el manejo de las transferencias de tecnología.

2.5. Desafíos relativos a los desastres naturales y a la calidad del entorno físico

Las enfermedades transmisibles como el dengue y la malaria, las lesiones laborales y las enfermedades crónicas asociadas con agentes químicos y físicos reflejan los efectos del ambiente sobre la salud; los desastres naturales causan devastación,

desplazamientos de las poblaciones, enfermedades, accidentes, muertes y pérdidas económicas de tal magnitud, que suelen ocasionar un retroceso de varios años en el desarrollo nacional. Los principales desafíos que requieren la acción intersectorial y, en muchos casos, la acción internacional, son:

- reducción de las brechas en el suministro de agua potable y saneamiento básico;
- reducción de los riesgos de contaminación química y biológica de los recursos en el ambiente general y en el ambiente de trabajo;
- el mejoramiento del sistema normativo asegurando su cumplimiento;
- la preparación y mitigación de desastres;
- la reducción de los efectos dañinos de la urbanización, particularmente en las grandes ciudades.

2.6. Desafíos relativos a la ciencia, tecnología, investigación e información

A pesar de la gran heterogeneidad que se presenta en la Región, hay una serie de problemas que son comunes a la mayoría de los países; entre ellos se destacan la falta de políticas de ciencia y tecnología que sean compatibles y estén vinculadas a las políticas sanitarias nacionales y el bajo protagonismo de los ministerios de salud en la gestión de las políticas relativas a ciencia y tecnología. Se requiere, por lo tanto:

- aumentar la presencia de las autoridades nacionales de salud de los países de la región en los respectivos esfuerzos científicos y tecnológicos;
- estimular la elaboración de políticas nacionales de ciencia y tecnología en salud bajo el liderazgo de los ministerios de salud; esta política debe ser pensada como una política intersectorial y debe estar apoyada en el compromiso de combatir la desigualdad en salud;
- aumentar la capacidad inductora y de selectividad del sistema de fomento científico y tecnológico definiendo una agenda nacional de prioridades de investigación en salud; la Declaración de México sobre las Investigaciones Sanitarias, suscrita recientemente por los ministros de salud y participantes de 58 países del mundo, representa un avance en esta dirección y solicita la intervención de los gobiernos nacionales, la Secretaría de la OMS, los financiadores de la investigación sanitaria, la comunidad internacional y partes interesadas, y la comunidad de investigadores para enfrentar estos retos ix:
- apoyar políticas dirigidas a disminuir las enormes brechas existentes en el presente entre el conocimiento que se genera y las capacidades nacionales de aplicación de esos conocimientos;
- que la política de ciencia y tecnología incorpore propuestas dirigidas al complejo industrial de la salud, ya que los países tienen grandes necesidades de utilizar medicamentos, vacunas, sueros, hemoderivados, estuches de diagnóstico y equipos, etc., lo que exige un máximo de capacitación tecnológica y, en varios aspectos, autonomía y autosuficiencia tecnológicas;
- elaborar una política tecnológica y de innovación en salud cuyas directrices deben tener relación directa con los principios acordados en la Declaración de Doha, en donde se expresa que la salud pública debe prevalecer sobre los derechos patrimoniales concedidos por la propiedad industrial;
- adaptar las legislaciones nacionales para aprovechar al máximo las flexibilidades previstas en los acuerdos internacionales sobre patentes, auspiciar la celebración de acuerdos bilaterales para la adquisición de medicamentos e insumos y la ampliación y calificación de la capacidad productiva de los países;
- aumentar el intercambio regional de iniciativas que fortalezcan la capacidad de gestión de los gobiernos con relación al acceso a los medicamentos e insumos, en donde deben incluirse los procesos de investigación y desarrollo, producción, distribución y uso racional, en especial de los medicamentos genéricos y antirretrovíricos;
- seguir avanzando en el desarrollo de sistemas de información (ejemplo BIREME, los observatorios de recursos humanos, los bancos de datos sanitarios, etc.).

2.7. Desafíos relativos a los sistemas de salud y al acceso universal a servicios de salud

Los años ochenta y noventa configuraron un escenario de profundas transformaciones en los sistemas de salud, con repercusiones diversas en la situación de salud de las poblaciones, pero insuficientes para materializar las metas establecidas internacionalmente en esa esfera. Los principales desafíos con respecto a los sistemas de salud son:

- lograr una mayor equidad, ya que hay pocos ejemplos de que las reformas sectoriales contribuyeran a reducir las brechas en la cobertura de servicios y programas básicos y, en la mayoría de los países, no están influyendo en la reducción de las brechas en la distribución de los recursos;
- lograr una mayor eficacia y calidad, ya que, a pesar de que las reformas buscaron hacerlo, se han logrado relativamente pocos adelantos para mejorar la eficacia global del sistema, la calidad de la atención o la satisfacción de los usuarios;

- buscar una mayor eficiencia, ya que se observa que en el presente se obtienen más beneficios de la productividad y el desarrollo de las prácticas de adquisición que de reorientar la asignación de los recursos para, entre otros, reorientar el grado de protección social en materia de salud;
- propender a una mayor sostenibilidad, ya que en el presente muy pocos países están mejorando la generación de recursos a mediano o largo plazo para ampliar o mantener el nivel actual de la prestación de servicios y hay un grado elevado de dependencia del financiamiento externo aunado a la carencia de mecanismos para sustituir los flujos de recursos una vez que éstos cesan;
- enfrentar la segmentación del sistema de salud que aún persiste ya que, mientras algunos países tienen un gasto sanitario sumamente bajo, otros dependen en exceso de los recursos externos; aun cuando los países destinaran más recursos públicos a la salud, este aumento representaría un porcentaje relativamente pequeño si se compara con el aumento de los gastos de bolsillo necesarios para tener acceso a los servicios.

2.8. Desafíos relativos a los recursos humanos en salud

Hay una creciente conciencia acerca del protagonismo que tiene el trabajo sanitario para proteger el derecho efectivo a la salud y el acceso universal a servicios de salud de calidad, así como hay un creciente consenso en que uno de los principales obstáculos para concretar las metas de salud en las Américas ha sido la deficiencia de las políticas públicas relativas a los trabajadores, las que proponen grandes metas gerenciales y técnicas, haciendo a un lado a los agentes objetivos de su materialización. Los desafíos más importantes son:

formular políticas que incentiven la carrera pública sanitaria, reorganizando a los trabajadores en estructuras de carrera que satisfagan los requisitos de valoración del profesional, asignación del profesional conforme a las necesidades del sistema y atención a municipios y regiones donde hay mayor carencia de personal sanitario;

- formular políticas para eliminar la precarización del trabajo sanitario buscando la consolidación progresiva de relaciones de trabajo más estables, con apropiados mecanismos de financiamiento por parte de los gobiernos y en un contexto jurídico adecuado;
- formular políticas que promuevan la calidad de vida de los trabajadores y la humanización de las relaciones de trabajo sanitario;
- enfrentar los problemas que no han podido solucionarse y que, por el contrario, en muchos países tienden a aumentar; de estos problemas, los más importantes son la escasez de profesionales en muchas zonas, la distribución irregular con una gran concentración en centros urbanos y regiones más desarrolladas, la migración internacional de profesionales y técnicos en salud desde los países menos desarrollados hacia los más desarrollados, y la creciente especialización;
- mejorar el acceso de los administradores a información actualizada y de gran cobertura.

Con respecto a la educación de los recursos humanos presentes y futuros se requiere:

- evitar una acción sectorial fragmentada; es esencial encarar los problemas mediante una acción intersectorial en donde trabajen mancomunadamente los sectores salud, educación y trabajo para la formulación y puesta en práctica de políticas inductoras;
- la adopción impostergable de enfoques nuevos y más potentes para superar las dicotomías que aún persisten y sobre las cuales fueron construidas las iniciativas anteriores de cambio (individual frente a

colectivo, medicina clínica frente a salud pública, especialidad frente a generalidad, sofisticación tecnológica frente a abordajes simplificados);

- la educación permanente en salud debe ser la estrategia fundamental para reordenar las prácticas de formación, atención, administración, formulación de políticas y participación social en el sector salud, estableciendo acciones intersectoriales oficiales y regulares con el sector de la educación.

2.9. Desafíos relativos a los recursos financieros

Los principales desafíos que tienen los países de América Latina y el Caribe con respecto al gasto en salud están relacionados con los problemas que plantea el diseño e implementación de políticas públicas dirigidas a optimizar el gasto nacional en salud con criterio de equidad, ya que:

- las políticas de reforma y modernización del Estado dirigidas a mejorar la eficiencia operativa de las instituciones del sector salud tienen un efecto limitado, dada la composición (público/privado) del gasto nacional de los países;
- las políticas de reforma o reestructuras del sector salud que se limitan a la reforma de instituciones del sector público tendrán efecto en una parte relativamente pequeña del total del gasto nacional en salud;
- las políticas de reforma de la seguridad social tendrán mayor impacto en países con sistemas obligatorios de seguros de salud, administrados por instituciones públicas y privadas que tengan alta cobertura de salud;
- la tendencia al incremento absoluto y relativo de los costos de la atención no ha podido ser controlada, y no se prevé que ello suceda en el corto plazo;
- las grandes variaciones en la distribución del gasto público en servicios de salud y programas de salud pública indican que en la mayoría de los países falta mucho para que el gasto público sea una herramienta que permita un acceso más equitativo a los servicios asistenciales;
- es necesario realizar un mejor uso de las herramientas fiscales existentes para abordar cuestiones de salud y de equidad, y aumentar el gasto en programas y servicios de salud en todas las instituciones públicas, mejorando su repercusión distributiva.

2.10. Desafíos con respecto a la cooperación internacional en salud

Entre los principales desafíos que deben enfrentar los países con respecto a la cooperación internacional en salud están:

- la necesidad que los países desarrollen políticas públicas adecuadas con respecto a la cooperación internacional;
- el perfeccionamiento de la capacidad nacional para planificar y gestionar la cooperación internacional, considerando las tendencias actuales hacia una mayor cooperación bilateral y el cambio sistémico para pasar de proyectos de corto plazo hacia programas y enfoques sectoriales e intersectoriales;
- la integración de las metas mundiales a las prioridades y la programación nacional; el mejoramiento de los enfoques multilaterales y la colaboración en materia de preparativos y mitigación de desastres como parte del programa nacional;

- la promoción de la causa para mejorar el lugar que ocupa la salud en los programas internacionales de política y economía, crear conciencia de los vínculos entre la salud y el desarrollo, y establecer asociaciones eficaces;
- el adecuado entrenamiento de los recursos humanos nacionales que trabajan en cooperación internacional para representar una contraparte fuerte y provechosa para el proceso de cooperación.

Capítulo 3. MARCO GENERAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Veamos a continuación las políticas marco del sector salud más importantes:

3.1. Objetivos Del Milenio En Salud

Los Objetivos del Milenio para Salud son:

1. Erradicar la extrema pobreza y el hambre.
2. Conseguir una educación y salud primaria universal.
3. Promover la igualdad de género y empoderar a las mujeres.
4. Reducir la mortalidad y el maltrato infantil.
5. Mejorar la salud materna y prevenir el embarazo precoz.
6. Ampliar el acceso a la planificación familiar y combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades
7. Asegurar la sostenibilidad medioambiental para evitar los desastres naturales.
8. Participar en las redes globales para el desarrollo y la competitividad territorial.
9. Prevenir la accidentalidad, las dependencias y adicciones sobre todo en niños y jóvenes.
10. Promover el aprovechamiento del tiempo libre y la educación extraescolar en los espacios públicos y una vida activa en todos los sectores sociales.

3.1.1. Colombia ante los Objetivos del Milenio

Objetivo de Desarrollo del Milenio para Colombia: reducir la mortalidad infantil de 28.2 por mil a 17, entre el 2000 y el 2015; reducir la mortalidad materna de 99 por mil a 45; combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades graves. Se evalúan los avances en el progreso y cumplimiento de esta meta a través de 10 indicadores (mortalidad materna, mortalidad neonatal, dengue clásico y hemorrágico, tuberculosis, mortalidad por infecciones respiratorias agudas, cobertura promedio de vacunación, enfermedad diarreica aguda y parasitosis complicada, desnutrición, paludismo, VIH/Sida y cáncer uterino).

Resultados: todos los resultados problemáticos se asocian en primera instancia a deficiencias en la cobertura de servicios públicos, bajo aseguramiento en salud, analfabetismo y desplazamiento forzado.

Las 27 grandes ciudades (capitales departamentales con más de 200.000 habitantes) presentan niveles medios o bajos de mortalidad por mortalidad materna, neonatal, infección respiratoria aguda (IRA) y enfermedad diarreica aguda (EDA).

Dentro de ellas las de actividad económica intermedia como Barranquilla, Manizales, Cali, Palmira, Pereira e Ibagué tienen la mortalidad por IRA alta lo que se asocia a altos niveles de contaminación y un grado menor de cobertura en salud comparado con ciudades como Bogotá y Medellín.

Los municipios intermedios con población entre 15.000 y 200.000 habitantes presentan niveles precarios en salud. El 65% de estos municipios tienen altas tasas de mortalidad por violencia, desigualdad, contaminación ambiental, bajo acceso a servicios públicos y bajos niveles de aseguramiento.

- Mortalidad materna: La mortalidad materna afecta a las mujeres más pobres: sólo 11% había cursado secundaria incompleta o más; el 34% no tuvo asistencia médica; el 13% vivía en zona rural dispersa.

- El mayor riesgo en Colombia de muerte materna es ser madre adolescente, (16 años o menos) tasa de 6.800 por 100.000 nacidos vivos; el 46.8 por mil de los partos ocurridos en instituciones de salud no fueron atendidos por personal idóneo, 7.200 x 100.000 no tuvo control prenatal. Las lesiones externas por agresión intencional, accidentes y suicidio fueron 17.9%.

- Regionalmente: la región Pacífica presenta la peor condición 184 muertes por 100.000 nacidos vivos. San Andrés y Providencia no reportó ningún caso para el 2003 lo cuál confirma los logros educativos y los logros en esta meta.

- Mortalidad neonatal: niños nacidos vivos que mueren durante el primer mes de vida. Las peores tasas se encuentran en la Costa Atlántica, con 1.265 muertes por cien mil nacidos vivos, y las mejores en el Valle con 830.

- Dengue clásico y hemorrágico: esta enfermedad representa un alto riesgo para el país, pues 882 municipios se encuentran por debajo de los 1.800 metros sobre el nivel del mar, altura a la cual vive el mosquito (*Aedes Aegypti*), característico de zonas de alta humedad y pluviosidad.

En la última década la incidencia de estas enfermedades ha aumentado; esto se asocia al déficit en el servicio de acueducto y al precario servicio de recolección de basuras en los municipios.

- Tuberculosis: los altos niveles de pobreza a finales de los 90 agudizaron la presencia de la tuberculosis. Se han mantenido los niveles de mortalidad por esta enfermedad. Ello señala un déficit en la prestación de servicios de salud.

- Mortalidad por infecciones respiratorias agudas: es la primera causa de mortalidad en los niños menores de 5 años en el país. La tasa nacional promedio es de 31.2 por 100.000 habitantes. La menor tasa se reportó en San Andrés y Providencia (7.5) y la mayor en el Valle del Cauca (37.5). Excepcionalmente la incidencia más alta se da en los grandes centros urbanos debido a los altos niveles de contaminación. Tienen tasas superiores al nivel nacional las regiones central y oriental (36.8 y 32.4 respectivamente) y Bogotá (33.4).

- Cobertura promedio de vacunación: a partir de 1997 se dio un retroceso en materia de vacunación. Esto responde principalmente a: carencia de personal calificado, insuficiente dotación de biológicos y de equipo de refrigeración, inicio tardío de aplicación del esquema en alta proporción de niños, y efectos de desplazamientos masivos de población, entre otros factores.

- El promedio nacional en vacunación es del 78.5%. Valle (84%), Atlántico (82.4%), Central (81.1%) y Bogotá (80.3%) están por encima del nivel nacional. Las otras regiones se encuentran por debajo del nivel nacional. Se destacan negativamente Amazonía (67.7%) y San Andrés (52.7%) por presentar coberturas muy bajas.

- La diarrea aguda y los parásitos son las enfermedades que tienen los más altos índices en los menores de 5 años. La calidad de la vivienda y del agua, el manejo de alimentos perecederos, la pobreza y la baja escolaridad de la madre, se asocian directamente con esta enfermedad. La mortalidad se debe tanto a la falta de demanda de servicios (por estar viviendo lejos de un centro asistencial) como a la tardía o

inadecuada respuesta del sistema de salud. En el país, la región Atlántica es la que presenta una mayor tasa de mortalidad (6.6 por 100.000 habitantes).

- Desnutrición: la tasa de desnutrición crónica, una de las formas en que se expresa el hambre, es de 13.6%. Esta cifra alcanza a ser del orden de 24% en regiones costeras y en Departamentos de Nariño y Cauca. En Boyacá se encuentran los municipios con las más altas tasas de mortalidad por desnutrición en el país.

- Paludismo: las regiones con el riesgo más alto de transmisión de la malaria en Colombia son: la costa del Pacífico, la región del Urabá, la Orinoquía, la Amazonía, el río Cauca bajo y el río Sinú alto. Todos los municipios con tasas en rangos muy altos se encuentran en el Dpto. del Chocó, exceptuando Uribe (Meta). Cabe resaltar que en los municipios de la Costa Pacífica los parásitos han adquirido resistencia a los tratamientos convencionales.

- VIH/Sida: los municipios con el mayor número de casos son las ciudades principales y sus áreas metropolitanas. Son principalmente Medellín, Barranquilla, Bogotá, Manizales, Cartagena, Valledupar, Soacha, Riohacha, Cúcuta y Santa Marta. De los 29 municipios del país con rangos muy altos en la tasa de mortalidad por Sida, 16 están ubicados en Antioquia (tasa nacional: 4.88 por 100000 habitantes). Los municipios con tasa muy alta son Maceo (12), Puerto Triunfo (14.8) y Puerto Nuevo (14.3).

- Cáncer de cuello uterino: la tasa nacional es de 12.3 por 100.000 habitantes. Se destacan las altas tasas de los siguientes municipios: San Juanito (Meta) con 192.3, Colón (Génova) en el Dpto. de Nariño con 135.2 y Tipacoqué (Boyacá) con 153.8.

Seguridad Social

La salud es una libertad fundamental de las personas. Las instituciones de seguridad social se constituyen en un acuerdo social para alcanzarla. La salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos. Dentro de las garantías constitucionales está el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

El sistema de seguridad social implementado por la Ley 100 de 1993, incluye a los afiliados mediante el régimen contributivo, que se vinculan a través del contrato de trabajo; y los afiliados mediante el régimen subsidiado. La característica de los afiliados al régimen subsidiado es que se trata de personas sin capacidad de pago para cubrir el monto de la cotización.

En la mayoría de casos la población sin ningún tipo de afiliación supera a la población afiliada al régimen subsidiado. La región que presenta un mayor porcentaje total de la población sin ningún tipo de afiliación es la pacífica con un 47%, por debajo del promedio nacional, igual que las regiones Atlántica (44%), Valle del Cauca (42%) y Oriental (34%). En el otro extremo están las regiones con un menor porcentaje de población sin afiliación: San Andrés y Providencia (16%) y Bogotá con 22%.

Un hecho que refleja la situación de pobreza de la región Pacífica es que esta región registra el menor porcentaje de población afiliada al régimen contributivo, apenas el 14%, menos de la mitad del total nacional; tiene el mayor número de afiliados al régimen subsidiado (35%) y detenta el mayor porcentaje de población sin ningún tipo de afiliación.

Cobertura del régimen subsidiado

Para el análisis de la información municipal se construyó un indicador de la característica (cobertura del régimen subsidiado) de acuerdo con el nivel de desarrollo de los municipios⁴.

Las regiones que registran un mayor porcentaje de municipios en los niveles muy bajo y bajo (sumando los dos niveles por ser los más graves), es decir con alta población en el régimen subsidiado, son la región Atlántica con 24,5%, la región Central con 22,9% y la región Pacífica con 16,2%. Teniendo en cuenta que Bogotá y San Andrés son regiones-municipios, la que más se destaca es la Oriental con apenas el 8,9% de los municipios en los niveles bajo y muy bajo.

Población potencialmente beneficiaria:

Las regiones que tienen un mayor porcentaje de población por atender son: Atlántica (33,4%), Pacífica (32,9%) y Central (25,1%).

Estas tres regiones se caracterizan por:

- Bajo porcentaje de población en el régimen contributivo
- Alto porcentaje de población en el régimen subsidiado
- Alto porcentaje de población por fuera del régimen subsidiado con derecho a estar en él.

Sobresalen las regiones de San Andrés y Providencia (6,1%), Bogotá (11,2%) y Oriental (18,4%) por tener bajos porcentajes de población por atender. Son inferiores al nacional.

Los municipios más críticos en población por atender están ubicados en las regiones Atlántica y Pacífica. En la región Atlántica los departamentos que tienen el mayor porcentaje de municipios en situación delicada en términos de población por atender son Córdoba con el 89% de los municipios y Sucre con el 69%.

En la región Pacífica los departamentos con mayores dificultades son Cauca y Chocó. El 83% de los municipios de Cauca tiene una brecha de población por atender inferior al promedio regional. En Chocó, el 55% de los municipios están en igual situación.

En resumen:

- El país necesita enriquecer la información para poder lograr los ODM.
- El logro de los ODM exige focalizar políticas en la población más vulnerable de las regiones más rezagadas.
- Las regiones tienen un gran reto: la ejecución de los programas sociales se hace en las entidades departamentales y locales
- Excepto la región Pacífica, todas las demás regiones del país cumplen con los mínimos constitucionales. Sin embargo, al desagregar por zonas, se encuentra un espacio rural que está por debajo de esos mínimos en tanto que las urbanas se sitúan por encima.
- Educación: si no aceleramos el ritmo en años promedio de educación, gastaríamos 20 años en alcanzar, como país, los mínimos constitucionales de 9 grados.
- Colombia: su Índice de Condiciones de Vida³ es de 77 puntos sobre 100. Hay un aumento de 3 puntos en los últimos 6 años.

³ El ICV es un índice continuo que va de 0 a 100, donde 0 refleja las peores condiciones de vida y 100 las mejores condiciones de vida.

- Chocó no sólo es el más rezagado en ICV (62 sobre 100). También disminuyó su desarrollo en 8 puntos, así como la región Pacífica (Cauca, Chocó y Nariño). Todas las demás regiones aumentaron.
- La región Pacífica no logra, en promedio, el mínimo constitucional básico en educación, servicios y vivienda.
- Bogotá es la región con más alto ICV (89 sobre 100) pero la Región Oriental es la más dinámica.
- De los 1.101 municipios, 789 no ofrecen a la población los bienes públicos básicos que garantiza la Constitución de 1991.
- Reto Nacional: mejorar la información municipal (por ejemplo, muchos de los 567 municipios del país con 15 mil o menos habitantes tienen un subregistro sanitario).
- VIH/SIDA: los municipios con tasas más altas son Maceo, Puerto Triunfo, Puerto Nuevo. De los 29 municipios del país con rangos muy altos en reportes de VIH/SIDA, 16 están en Antioquia.
- Si se mide el analfabetismo por la población que no sabe leer ni escribir, el país estaría en cerca del 7 %. Si se plantea el analfabetismo funcional –según indica la UNESCO es cuando se cursan menos de tres grados- en el país habría 15.5%. En la región Pacífica son 18%.
- Muerte materna: el principal riesgo en Colombia es ser madre adolescente (16 años o menos) tasa de 6.800 por 100.000 nacidos vivos.
- La tasa de homicidios ha disminuido a nivel nacional.
- Se destaca el caso de Toribío, que ha logrado un espectacular progreso. De estar muy por debajo del promedio nacional en 1993 lo supera en el 2003.

El marco de las Funciones Esenciales de Salud Pública destaca las áreas principales del sistema de salud que necesitarán fortalecimiento adicional para que se puedan cumplir las metas de desarrollo del milenio:

3.2. Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP):

Otro instrumento estratégico de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud son las FESP:

1. Seguimiento, evaluación y análisis de situación de salud
2. Vigilancia en Salud Pública, investigación y control de riesgos y daños
3. Promoción de la salud
4. Participación de la comunidad
5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional para planificación y gestión
6. Fortalecimiento capacidad de Regulación
7. Acceso equitativo servicios de salud
8. Desarrollo y capacitación de Recursos Humanos

9. Garantía y mejoramiento calidad de Servicios
10. Investigación
11. Reducción impacto emergencias y desastres

En estas funciones deberían enmarcarse principalmente los procesos que desarrolle el DADIS, si quiere amoldarse estratégicamente a las megatendencias del mundo en materia de salud. Veamos ahora las políticas de salud de nuestro Plan Nacional de Desarrollo.

3.3. Política Nacional de Salud Plan Nacional de Desarrollo 2002 – 2006

3.3.1. Ampliación y mejoramiento de la protección y la seguridad social

La política del sector salud está enmarcada dentro del Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) creado por la Ley 100 de 1993. El SGSSS apunta hacia el logro de mayor equidad, solidaridad y calidad. El sistema contempla, por un lado, la cobertura de riesgos mediante el aseguramiento y, por el otro, el acceso y la mayor utilización de los servicios de salud. El Gobierno Nacional está comprometido con la profundización del SGSSS, en general, y con la expansión de la seguridad social, en particular.

El aumento de la cobertura de aseguramiento ha sido el principal logro del SGSSS (Cuadro 3). Entre 1992 y 1997, el sistema presentó una expansión notable, pasando de 8,9 millones a 22,0 millones de afiliados. La ampliación de los beneficios al grupo familiar y el acceso al régimen subsidiado fueron los factores determinantes del incremento en la afiliación. Los avances más significativos se dieron en términos de equidad: el 20% más pobre de la población amplió su cobertura de 4,2% al 43,1%.

Posteriormente, entre 1998 y 2000, el crecimiento en la cobertura disminuyó su dinamismo como resultado de varios factores: a) la caída en el número de afiliados cotizantes por efecto de la crisis económica; b) la caída del recaudo real del régimen contributivo que a su vez afectó los recursos de solidaridad del régimen subsidiado; c) la no inclusión en el Presupuesto General de la Nación de la totalidad de los recursos disponibles en la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga); d) la transformación, aún insuficiente, de los subsidios de oferta a demanda, ocasionada, en parte, por un gasto hospitalario creciente e ineficiente; y e) la evasión y elusión de aportes al sistema.

Los estudios disponibles revelan que el avance en el aseguramiento coincidió con una reducción en la desigualdad del acceso: mientras en 1993 el 40% más pobre representaba el 64% de la población no atendida, en el año 2000 este porcentaje no superaba el 50%. Los avances en la cobertura del aseguramiento también permitieron disminuir el gasto promedio en salud: los pagos de bolsillo de los hogares en consultas, drogas y exámenes disminuyeron 34% entre 1993 y 2000. Finalmente, la proporción de nacimientos que recibió atención médica prenatal aumentó de 82% en 1990 a 91% en el año 2000.

A pesar de los innegables progresos en cobertura y equidad, la operación del aseguramiento a cargo de las empresas administradoras (Entidades Promotoras de Salud -EPS- y Administradoras de Régimen

Subsidiado -ARS-) enfrenta deficiencias que deben corregirse⁴. Estas afectan, en especial, al Instituto de Seguros Sociales. El ISS presenta gastos insostenibles, así como insuficiencias en los sistemas de información y control que afectan el recaudo por afiliaciones y favorecen los sobrecostos en la prestación de los servicios de salud y en la facturación de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) propias y contratadas⁵. Estos problemas no sólo hacen inviable la operación del ISS, sino que afectan la del mercado de aseguramiento, la situación financiera de su red de prestadores y la garantía en la prestación de los servicios a los afiliados.

3.3.2. Sostenibilidad financiera

A partir de la aprobación de la Ley 100, el gasto público en salud pasó de 3,5% del PIB en 1993 a 4,5% en el año 2000. En el mismo periodo, el gasto total creció de 7,1% del producto a 8,2%. Pero a pesar de los nuevos recursos, el SGSSS presenta problemas financieros tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado y en los prestadores de servicios.

Los principales problemas del régimen contributivo tienen que ver con los altos niveles de evasión y elusión (cerca de 36%) y las deficiencias en los mecanismos de recaudo⁶. Adicionalmente, la crisis económica ocasionó una caída en el número de cotizantes y un aumento en la densidad familiar. El régimen subsidiado también ha sido afectado por la crisis, lo que ha limitado la ampliación de la cobertura y puesto en peligro la sostenibilidad del mismo. Igualmente, la asignación del gasto, que muchas veces privilegia el gasto institucional de los hospitales públicos, ha afectado las metas de ampliación de cobertura.

Los hospitales públicos vienen acumulando grandes pasivos como consecuencia de problemas internos de organización y gestión⁷. Entre los principales pasivos se cuentan las obligaciones laborales, las deudas con proveedores de bienes y servicios y las obligaciones financieras. Con posterioridad a la aprobación de la Ley 100 de 1993, los ingresos y los gastos de los hospitales públicos se incrementaron en términos reales. Mientras el total de ingresos de los hospitales creció 108% entre 1994 y 2000, el total de gastos creció 155% durante el mismo periodo. El déficit de los hospitales públicos comenzó a crecer a partir de 1996. Desde entonces, la brecha entre ingresos y gastos se ha ampliado de manera sistemática.

Desde tiempo atrás, el Gobierno Nacional cedió a las entidades territoriales la titularización de las rentas provenientes de los juegos de suerte y azar -que es un monopolio del Estado⁸⁶-, para financiar la atención en salud. Infortunadamente, su explotación no se ha adaptado a la evolución de demanda, lo que ha ocasionado la disminución de los recursos para el sector.

⁴ Se han identificado problemas de solvencia para cumplir compromisos con los proveedores, deficiencias en los sistemas de información, en los procesos administrativos dirigidos al usuario, en su capacidad para organizar los procesos de atención (incluida las acciones de promoción y prevención).

⁵ Un comportamiento similar exhiben Cajanal y Caprecom, las otras dos grandes EPS públicas.

⁶ En la gestión de recaudo, el proceso de compensación se caracteriza por ser complejo y poco consistente, lo cual propicia la existencia de múltiples declaraciones, inconsistencias de información, largos periodos de definición y difícil control.

⁷ Entre ellos se destacan: el desequilibrio entre la oferta y la demanda, baja capacidad productiva y de rendimiento del recurso humano, altos costos de operación debido a la alta carga salarial y prestacional, gestión administrativa y financiera deficiente, deterioro de la planta física y de equipos, bajo sentido de pertenencia, dificultad para adaptarse a los procesos de cambio por parte de los empleados hospitalarios, y baja capacidad resolutoria en las IPS públicas con especial énfasis en el primer nivel.

3.3.3. Salud pública

Las cifras disponibles muestran dos tendencias contrapuestas en el campo de salud pública. De un lado, la mortalidad infantil y la atención y el cuidado prenatal presentan progresos evidentes con posterioridad a la aprobación de la Ley 100. De otro lado, las coberturas de vacunación han caído de manera dramática en los últimos años. En particular, las coberturas de vacunación del Programa ampliado de inmunización (PAI) han venido cayendo desde 1996. Los mayores descensos se presentan en los años 1998 y 1999 con alguna recuperación en el 2000 y 2001.

Las causas de la caída en las coberturas de vacunación son múltiples: a) falta de claridad en las competencias de los diferentes agentes del sistema; b) deficiencias en los mecanismos de gestión y control; y c) fallas en su prestación por parte de las EPS y las ARS.

Preocupa también el aumento de sarampión, tos ferina, neumonía y enfermedades diarreicas, y en particular de malaria y dengue. Cada año se registran 150.000 nuevos casos de malaria, un total de 22.000 casos de dengue clásico y 2.200 de dengue hemorrágico⁸.

3.3.4. Familia y niñez

A pesar de la crisis económica, los índices de desnutrición en menores de 5 años han seguido la tendencia a la baja iniciada desde 1965. Las condiciones de nutrición de los niños han mejorado paulatinamente como consecuencia de los avances en materia de lactancia materna, las mejores condiciones educativas de las madres, el acceso a la seguridad social en salud y las acciones adelantadas a través del Plan nacional de alimentación y nutrición. Aunque la desnutrición aguda se redujo 43% entre 1995 y 2000, todavía persisten niveles de desnutrición crónica en menores de 5 años que alcanzan niveles de 13,5%.

Tabla 1. Evolución de la desnutrición en niños menores de 5 años.

Tipo de desnutrición	1965	1977	1995	2000
Crónica	32	22	15	14
Aguda	4	5	1	1
Global	21	10	8	7

Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDS-2000. Profamilia.

Resulta preocupante, que durante el periodo 1998-2001 los programas de prevención y asistencia al menor disminuyeron sus coberturas en 23% y los programas de alimentación escolar en 27%. A pesar de las menores coberturas, estos programas han presentado mejoras en cuanto al aporte nutricional y la oportunidad en el acceso.

De otra parte, el trabajo infantil y la violencia intrafamiliar siguen registrando magnitudes preocupantes. Cerca de 176.000 niños (3,8%) entre 7 y 11 años trabajan. Este fenómeno se asocia a la

⁸ Ministerio de Salud. Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos. 2000 y 2002.

pobreza y a la necesidad de mitigar la caída del ingreso familiar⁹. La violencia intrafamiliar presentó un aumento de 33% entre 1996 y 2000, al pasar de 51 mil a 68 mil casos¹⁰.

3.4. Programas de salud en el Plan Nacional de Desarrollo

Con la Ley 100 de 1993 el país ha avanzado en la ampliación progresiva de la seguridad social con equidad. A pesar del estancamiento que presentó en los últimos años, la afiliación al régimen subsidiado en salud se expandió hasta cubrir más de 11 millones de colombianos pobres. Sin embargo, las coberturas siguen siendo bajas.

Las razones residen en el sostenimiento de un gasto hospitalario que creció más allá de la propia capacidad de los hospitales públicos para financiarlo con la venta de servicios. En síntesis, el sistema se encuentra hoy atascado en un círculo vicioso: la cobertura de aseguramiento no crece pues una importante cuantía de recursos se dedica a subsidiar la oferta y los subsidios a la oferta se mantienen pues el aseguramiento no crece.

Adicionalmente, la transformación de subsidios de oferta a demanda en los últimos años no contribuyó a ampliar la cobertura ya que los recursos adicionales fueron dirigidos a cubrir la brecha de financiamiento de los hospitales públicos¹¹. De esta manera, para poder avanzar en la meta de cobertura universal es imperativo intervenir y reestructurar la operación de los hospitales públicos. Esto requerirá la acción coordinada de los gobiernos nacional y territorial para cofinanciar el ajuste hospitalario y suministrar incentivos correctos para su funcionamiento.

3.4.1. Fortalecer el aseguramiento

Para hacer posible el mayor acceso y el uso de los servicios, se incrementarán las coberturas de aseguramiento en salud. Conforme a lo establecido en la Ley 715 de 2001, a partir del 2004, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud deberá definir antes de diciembre de 2003, el plan de generación y reasignación de recursos, para recuperar la meta de lograr aseguramiento universal.

La cobertura del régimen subsidiado se incrementará por lo menos en cinco millones de nuevos afiliados. Este progreso estará sustentado en las siguientes estrategias.

1. Transformación de subsidios de oferta a demanda

La transformación debe incrementar la capacidad de los hospitales públicos para financiar su estructura de gasto con ingresos por venta de servicios. Como un primer paso, las entidades territoriales sustituirán los mecanismos tradicionales de pago a los hospitales (a través de presupuestos históricos) por mecanismos de pago asociados a los servicios efectivamente prestados.

Los nuevos criterios permitirán la ampliación de la cobertura del régimen subsidiado. La Nación asignará recursos para el ajuste de costos y la reorganización de hospitales públicos, y la cofinanciación tanto de la cobertura al régimen subsidiado como de los programas de salud pública. Adicionalmente, la cofinanciación de los servicios por parte de la Nación se fundamentará en la compra de los efectivamente suministrados por las entidades prestadoras del servicio.

2. Recaudo efectivo de las fuentes

⁹ ICBF - Misión Social-DNP. Los riesgos y las estrategias de las familias colombianas. Documento Técnico. 2002.

¹⁰ Consejería Presidencial para la Política Social. Política social, pobreza y desarrollo. Vol. 1. 2002. p. 190.

¹¹ Incluso, los recursos de la subcuenta de solidaridad del Fosyga fueron utilizados para financiar el gasto hospitalario en 1999. De la misma manera, a través de adiciones en el Presupuesto General de la Nación se han establecido incentivos perversos cuando se cubren año a año los crecientes costos hospitalarios.

El Gobierno Nacional y las entidades concertarán recursos y esfuerzos administrativos para alcanzar un impacto significativo sobre la cobertura durante el cuatrienio. La Nación, en cumplimiento del artículo 42 de la Ley 715 de 2001, garantizará los recursos suficientes para contribuir con la afiliación del régimen subsidiado, con un cuarto de punto de lo aportado por los afiliados al régimen contributivo. Los municipios participarán con recursos propios, disponibles en las condiciones establecidas en la misma Ley y con los que reciben por concepto de las rentas de la explotación de juegos de suerte y azar.

3. Ajuste en la estructura de las fuentes de financiamiento

Se realizará un ajuste a los mecanismos de generación y recaudo de los recursos provenientes de la explotación de los juegos de suerte y azar, y se propondrán nuevas fuentes de financiamiento para la salud de la población pobre del país. Durante los primeros dos años del gobierno, se realizarán estudios y se diseñarán metodologías para el análisis del mercado y de la potencialidad de generar ingresos, las cuales serán la base para modificar la estructura impositiva actual. Finalmente, se estudiará la posibilidad de gravar los planes complementarios de salud (medicina prepagada) con el fin de financiar el acceso al régimen subsidiado de los colombianos pobres.

Se estima que la afiliación al régimen contributivo, ligada a la creación y promoción del empleo formal¹² dentro del marco de las condiciones macroeconómicas previstas, evolucionará así: 14,1

millones de afiliados en el primer año, 14,4 millones en el segundo año, 14,7 millones en el tercer año, 15,1 millones en el cuarto año¹³.

La exención o reducción de aportes parafiscales se acompañarán del condicionamiento a la afiliación al régimen contributivo. Por lo tanto, las empresas que se beneficien con las exoneraciones del pago de las contribuciones para el Sena, ICBF y las Cajas de compensación familiar, y sean beneficiarias de los programas de generación de empleo con recursos públicos, deberán comprobar ante las autoridades competentes la afiliación de las personas de su empresa al régimen contributivo.

Se reducirá el nivel de evasión en por lo menos un 50% a través de una serie de medidas complementarias. Se otorgarán incentivos al cumplimiento de metas a las EPS que incrementen su afiliación en virtud de la capacidad de afiliación autorizada por la Superintendencia Nacional de Salud. Los incentivos monetarios provendrán de los rendimientos de la cuenta de compensación, siempre y cuando no se afecte la solidaridad interna ni el equilibrio financiero del sistema. Así mismo, se establecerá el Sistema único de registro y recaudo y el Número único de la seguridad social como instrumentos efectivos para el control de la evasión y elusión de aportes al sistema. Para esto la Registraduría Nacional del Estado Civil deberá realizar los ajustes a sus sistemas de registro, de manera que sean la base para la definición del número único.

También se implementarán acciones punitivas en contra de las personas con capacidad de pago que evadan y eludan su responsabilidad. Se concentrarán los esfuerzos de vigilancia y control en los sectores de la economía y de la población económicamente activa que más evada al sistema. Se promoverán mecanismos que coadyuven a fomentar la cultura del aseguramiento en salud y que destaquen la solidaridad del sistema. El Ministerio de Salud, las Entidades Promotoras de Salud y los

¹² Desde 1998 los cotizantes han variado poco. Los cambios de las principales variables macroeconómicas no han influido sustancialmente en el número de cotizantes y en los aportes al sistema. Se infiere que la masa crítica de aportantes se localiza en los empleos formales públicos, privados y en cuenta propia profesionales que aportan a pensiones, y que no se vieron fuertemente afectados por la crisis. La probabilidad de afiliación en este segmento de población es del 68%.

¹³ Cálculo DNP-DDS-SS, con base en la evolución trimestral histórica

gobiernos territoriales dispondrán de los recursos necesarios para financiar actividades que informen sobre el riesgo de enfermarse y sus costos.

3.4.2. Garantizar sostenibilidad financiera del SGSSS

La disponibilidad de recursos en el régimen subsidiado y el equilibrio del sistema en el régimen contributivo dependen de las fuentes de financiamiento (ingreso) y del gasto o valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que se reconoce por cada persona afiliada a las EPS.

Para salvaguardar la estabilidad financiera del sistema se implementarán las siguientes estrategias:

- Durante el primer año de gobierno, el Ministerio de Salud diseñará e implementará los mecanismos que permitan monitorear, evaluar y ajustar anualmente el valor de la UPC y el contenido de los planes de beneficios.
- El Sistema integral de información en salud, estará en plena operación en sus componentes esenciales de aseguramiento, prestación de servicios, salud pública, financiamiento y recursos humanos.
- El Gobierno Nacional redefinirá la metodología para calcular los patrimonios técnicos mínimos y los procedimientos administrativos que se exigen para acreditar u organizar una empresa aseguradora o reaseguradora, nacional o extranjera, que desee operar el aseguramiento en el sector salud.
- De igual manera, se fijarán las condiciones de permanencia a partir de la definición de: a) la metodología y cálculo de las reservas técnicas; b) el tipo de inversiones permitidos para cada una de las reservas; y c) los márgenes de solvencia¹⁴ y patrimonio técnico mínimo que estas instituciones deben garantizar. Adicionalmente, se definirán las condiciones de salida de las empresas aseguradoras que no ofrezcan garantías como tales. Para ello se fijarán restricciones de operación y procedimientos de liquidación compatibles con los estándares financieros mínimos.
- El Gobierno Nacional implementará un sistema de evaluación de la eficacia e impacto sobre los afiliados, de los programas de prevención y promoción a cargo de las aseguradoras, y de la satisfacción de los usuarios respecto a la accesibilidad y calidad de los servicios de salud personales que reciben.
- Para la operación del régimen subsidiado, el Ministerio de Salud definirá zonas de operación regional con el fin de lograr la concentración poblacional que permita la operación eficiente del aseguramiento y la adecuada prestación de servicios a los afiliados. El otorgamiento de las zonas de operación lo hará el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud por concurso público entre todas las EPS autorizadas, en especial aquellas sin ánimo de lucro, por un periodo no inferior a cuatro años. La población beneficiaria del régimen subsidiado podrá afiliarse libremente a cualesquiera de las EPS autorizadas en la respectiva zona de operación. Las direcciones municipales y distritales de salud serán responsables de convocar y contratar con las EPS autorizadas para la operación del régimen subsidiado en su jurisdicción y con las elegidas por los beneficiarios seleccionados a través del Sisben.
- Se modificarán las actuales condiciones del flujo de recursos, incluyendo, entre otros aspectos, trámites, requisitos, tenencia del recurso, gestión y control desde la generación hasta el usuario final.

¹⁴ El margen de solvencia garantiza la existencia de un patrimonio técnico en función de las primas y de los siniestros, con el fin de que las compañías de seguros cuenten en todo momento con los recursos necesarios para atender sus compromisos con los asegurados. El efecto del margen de solvencia tiene como consecuencia que el ente de control puede disponer que la empresa restrinja sus operaciones hasta tanto no acredite su cumplimiento.

La meta propuesta al finalizar el primer semestre de 2003 es reducir el trámite desde el cobro hasta el pago efectivo de 126 a 60 días.

- Se eliminarán los regímenes especiales en salud para los docentes, el personal de Ecopetrol, el Banco de la República y el Congreso. Esta medida contribuirá a la solidaridad y a la sostenibilidad financiera del sistema.
- La EPS del Instituto de Seguros Sociales no tendrá excepciones en las medidas aquí señaladas. Al contrario, para mejorar su operación y garantizar su sostenibilidad, deberá fortalecer su capacidad de gestión y hacer las veces de cualquier asegurador en el mercado. Ello exige el desarrollo de capacidades administrativas y gerenciales, así como de un adecuado manejo financiero que requiere la implementación de un sistema eficiente de información y monitoreo permanente de riesgos. Su administración será completamente independiente de los demás negocios de la empresa, y en tal sentido organizará la compra y prestación de los servicios a sus afiliados.
- Se formulará e implementará una Política nacional de medicamentos que reforzará el papel regulador del Ministerio de Salud en la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y el papel del Invima en la vigilancia y control de la calidad. El Gobierno Nacional procurará que la oferta de medicamentos en el país contribuya a los logros en salud pública. También se establecerán directrices que privilegien la comercialización y uso de medicamentos genéricos, y se pondrá en marcha un mecanismo de análisis y monitoreo del uso, pertinencia y costos de los medicamentos y su impacto en la UPC. Se reevaluará la composición y funciones de la Comisión Asesora de Medicamentos para una mayor eficiencia en la inclusión y exclusión de medicamentos en el POS.
- A partir de la definición de áreas estratégicas se implementará una política integral para el desarrollo de la investigación en salud que responda a la demanda de conocimientos del sector.
- Finalmente, se fortalecerá el esquema de inspección, vigilancia y control de conformidad con lo establecido en el Decreto Ley 1280 de 2002, y se impulsará la expedición de una ley estatutaria para el sector salud que defina el alcance de los derechos y deberes de los afiliados al sistema e imponga límites razonables al gasto en salud, en desarrollo de los artículos 48 y 49 de la Constitución Política.

3.4.3. Mejorar el acceso y la prestación de servicios de salud en el SGSSS

Con el fin de mejorar el acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de la población, se formulará e implementará una política de prestación de servicios que enfatice mayor nivel de calidad y capacidad resolutoria¹⁵ en el nivel de menor complejidad, y se implementarán mecanismos que integren la atención primaria, la ambulatoria y la entrega de los servicios de salud pública. Este modelo tomará en cuenta las necesidades de las diferentes regiones del país y las condiciones de salud de la población. Las estrategias al respecto serán las siguientes:

- Se regulará la entrada de Instituciones Prestadoras de Salud al mercado mediante el Sistema único de habilitación que determina, la operación de las IPS a partir de condiciones de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y, de capacidad técnica administrativa.

Del mismo modo, se regularán las IPS que se encuentran operando actualmente mediante el cumplimiento de requisitos esenciales que obliguen a las entidades no competentes a salir del mercado. Se establecerá un sistema de evaluación y monitoreo de la oferta y la demanda que sirva de base para identificar excedentes que puedan reubicarse, reestructurarse, fusionarse o cerrarse y, detectar

¹⁵ Capacidad para atender y solucionar el problema de salud que origina la consulta, de acuerdo con el grado de tecnología y de formación del recurso humano que tenga cada institución en particular.

deficiencias en la oferta para establecer un plan de inversión. El Ministerio de Salud diseñará e implementará una estrategia de asistencia técnica y cofinanciación para la evaluación de la vulnerabilidad sísmica de las instituciones de salud y el reforzamiento estructural en aquellas de máxima tecnología en zonas de riesgo dentro de los plazos establecidos en la Ley 715 de 2001.

- Se definirá un modelo de atención en el cual las aseguradoras establezcan redes de servicios. En este contexto, las secretarías de salud organizarán la prestación de los servicios a las personas pobres no aseguradas durante la transición a la cobertura universal de aseguramiento. Se implementarán mecanismos que privilegien e integren la atención primaria, la ambulatoria y los servicios de salud pública, teniendo en cuenta las necesidades de las diferentes regiones del país y las condiciones de salud de la población.

- La Nación y las entidades territoriales deberán concurrir, bajo la modalidad de créditos condonables, en el financiamiento del proceso de ajuste y reestructuración de las IPS públicas mediante convenios de desempeño con las instituciones hospitalarias. Estas obtendrán su financiamiento soportado en modalidades de pago diferentes a la transferencia directa, y será consistente con la cantidad y valor de los servicios efectivamente prestados. Aquellas instituciones que no hagan sostenible su operación, serán liquidadas.

- Se promoverá un programa piloto para la capitalización de los hospitales públicos y su transformación en empresas de economía mixta o solidaria, con la participación de los mismos trabajadores, las universidades y grupos de profesionales. En el mismo sentido, se pondrá en marcha un programa de administración delegada de estos hospitales con entidades externas bajo condiciones de eficiencia y calidad en la prestación de los servicios. Para estos propósitos se conformará una comisión del Gobierno integrada por el Ministerio de Salud, el Departamento Nacional de Planeación, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, con representación de municipios, departamentos y actores del sector prestador de servicios de salud.

- Antes de 2004, el Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud y las entidades territoriales deberán poner en marcha el Sistema único de habilitación y el Sistema de acreditación de EPS e IPS, y hacer efectivas las medidas de control para la salida del mercado de aquellas que no cumplan con las condiciones mínimas de operación, a la vez que generarán mecanismos de reconocimiento y difusión de los resultados en calidad.

- Se desarrollará un sistema de tarifas con codificación única y estímulos a las instituciones que ofrezcan servicios en condiciones de mayor eficiencia y calidad. También se implementarán mecanismos e instrumentos únicos y simplificados para reducir los costos de transacción y trámites dentro del sistema, entre los cuales se incluirá un sistema único de identificación de beneficiarios, mecanismos de facturación y cobranza únicos, al igual que sistemas de revisión y validación de cuentas.

3.4.4. Acciones prioritarias en salud pública

- La meta prioritaria para el cuatrienio es la consecución y sostenimiento de coberturas de vacunación útiles, superiores a 95% en menores de 5 años, en todos los biológicos del Programa ampliado de inmunización. Para alcanzar esta meta, se impulsará la adopción de una Ley de vacunas que establezca la obligatoriedad en el logro de metas útiles de vacunación, que garantice los recursos necesarios en el Presupuesto General de la Nación para adquirir los biológicos en cada vigencia y asegurar su adecuada distribución y conservación. Particularmente, se introducirá en forma definitiva la vacuna pentavalente.

- El Ministerio de Salud, las EPS y las entidades territoriales implementarán las acciones necesarias de comunicación que permitan concientizar a la población sobre la importancia del programa regular de vacunación, y adelantarán las acciones necesarias de capacitación y asistencia técnica a los actores del Programa ampliado de inmunización, integrando en este proceso a las aseguradoras.
- Se formulará e implementará la Política de salud reproductiva y sexual que contribuya a la reducción del embarazo en adolescentes al menos en un 40% antes de 2006. Igualmente, se trabajará para superar las brechas de uso de anticonceptivos por edad, nivel educativo y por regiones del país, disminuyendo la prevalencia de métodos de baja efectividad y aumentando el uso de anticonceptivos modernos. Esta política deberá enfatizar la corresponsabilidad de la familia y la comunidad en proveer condiciones favorables para el ejercicio responsable de la sexualidad.
- El Ministerio de Salud, las EPS y entidades territoriales, desarrollarán estrategias conjuntas para fortalecer la gestión territorial e institucional en vigilancia, prevención y atención integral de las enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el VIH.
- Como parte de las metas de cobertura en aseguramiento, se dará prioridad a las mujeres gestantes y a los menores de 5 años con el fin de reducir la mortalidad infantil y materna. La expansión de la cobertura en este grupo deberá ser del 100% al final del cuatrienio y se acompañará de la implementación y mejoramiento de mecanismos de vigilancia de la mortalidad materna y de control de calidad de la atención materno infantil. Así mismo, se dará prioridad en el aseguramiento a los niños declarados en abandono que se hallen bajo la protección del ICBF.
- Se fortalecerán las acciones integrales para la detección temprana y tratamiento oportuno del cáncer de cuello uterino con el fin de reducir significativamente, la mortalidad por esta causa. El Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de Cancerología, las entidades territoriales y las EPS, deben rendir anualmente cuentas sobre los avances en esta materia.
- Se impulsará el desarrollo de la red de laboratorios de salud pública, la red de bancos de sangre y de transplantes, incorporando para ello mecanismos regulatorios de habilitación y acreditación. Así mismo, se promoverá activamente la cultura de la donación de sangre y órganos y se desarrollarán mecanismos y procedimientos efectivos para garantizar una oferta suficiente y oportuna.
- Con el objetivo de disminuir la incidencia de malaria en 50% y la de dengue en 60%, se fortalecerá la estrategia de control integrado de vectores concentrando esfuerzos en las zonas de mayor riesgo. Las acciones incluirán mecanismos de participación comunitaria en los 140 municipios con mayor incidencia, seguimiento de la resistencia a fármacos antimaláricos, vigilancia en salud pública, adicionalmente se integrarán las acciones de diagnóstico, tratamiento, control e información a la comunidad entre las EPS y las entidades territoriales.

3.4.5. Protección a la familia, la juventud y la niñez

Se implementará una política pública de infancia que proteja y fortalezca el capital humano de la infancia y le garantice sus derechos fundamentales. Esta se basa en el reconocimiento de los niños y niñas como sujetos sociales y como ciudadanos con derechos. La política enfatiza la necesidad de focalizar la atención de manera prioritaria hacia aquellos sectores de la infancia que se encuentran en mayor riesgo, en situación de desprotección por su extrema pobreza o pertenezcan a grupos vulnerables.

Esta política contempla los siguientes elementos:

- Se promoverá la atención en el medio familiar y social comunitario, mientras que se desincentivará la atención institucional y el internado. Para aquellos excluidos del sistema educativo y de los cuidados al menor, el ICBF desarrollará en concurrencia con los municipios programas especiales. La atención integral será coordinada entre los sectores responsables de garantizar los derechos fundamentales de la niñez.

- El ICBF se especializará en la formulación y dirección de las políticas para la niñez y la supervisión de los programas. La ejecución se confiará paulatinamente a las entidades territoriales y organizaciones comunitarias, teniendo en cuenta sus diferentes grados de desarrollo institucional

Se evaluarán diferentes alternativas de administración a través de ONG y se pondrán en operación aquellas que garanticen mayor cobertura, eficiencia y calidad en el servicio. Asimismo, se prevé que el esquema de supervisión sea contratado. Además, se implementarán consultas municipales para la formulación participativa de la política pública de infancia que permitan fortalecer a las entidades territoriales en su ejecución y seguimiento

- Con miras a optimizar el uso de los recursos y propiciar mayores coberturas, se profundizará el esquema de cofinanciación de los programas con recursos parafiscales, recursos de las entidades territoriales y otros, orientados a financiar las acciones y programas de prevención, atención integral y protección de la población infantil

- Se crearán nuevas modalidades de atención con estándares técnicos y efectividad probada por el ICBF que permitan ampliar la cobertura en función de las necesidades definidas por la comunidad y en favor de la niñez. Se diseñarán participativamente planes municipales de acción con proyectos y programas sostenibles y accesibles a la población infantil y sus familias, adaptados a sus necesidades y acordes a las diferencias culturales, con el compromiso de los diferentes sectores, instituciones y la comunidad. Los planes deben garantizar que los niños, niñas y sus familias participen en su construcción y seguimiento

- La asignación de los recursos parafiscales de cofinanciación se hará en función de las necesidades y los riesgos que se van a cubrir en las diferentes regiones y de los resultados en la gestión. Estos serán evaluados con indicadores de cobertura, eficiencia y calidad. De esta manera, los esfuerzos municipales para la consecución de mayores coberturas y mejor calidad de la atención serán reconocidos en las asignaciones anuales. En todos los casos, los esquemas de cofinanciación se aplicarán sobre la base de la totalidad de los recursos de gasto social para la familia y la niñez disponibles por parte de la Nación y los entes territoriales, con el fin de evitar la dispersión de programas y la duplicación de acciones

- Los Consejos para la Política Social (CPPS) serán los encargados de adaptar las políticas y los programas a las necesidades de cada población. En 2006 estarán funcionando CPPS en el 100% de los municipios del país, al igual que se habrán incorporado a los respectivos planes de desarrollo territorial los programas, proyectos y recursos de inversión que sean definidos para proteger y fortalecer el capital humano de la infancia. Esta será condición necesaria para acceder a los recursos de cofinanciación con rentas parafiscales

- Cada municipio definirá los medios de generación de la información, para la construcción del Índice de Bienestar de la Niñez y lo aplicará, para analizar las condiciones de los niños y niñas y orientar la ejecución de los recursos hacia acciones prioritarias. Así mismo, se aplicará la estrategia de “Talleres de Construcción de Política Pública de Infancia” para que las aspiraciones de la comunidad sean identificadas y tenidas en cuenta

- Con el fin de generar espacios más amplios para el desarrollo de la infancia, se adoptará la modalidad de hogares múltiples como mecanismo de atención social-comunitario. Para su construcción y sostenimiento concurrirán recursos de las Cajas de compensación familiar, los gobiernos territoriales, la Nación, las comunidades y otras fuentes privadas. A través de la estrategia Creciendo y Aprendiendo, se cualificará el progreso de los niños desde su gestación, coordinando su atención entre la familia, la comunidad y las instituciones del Estado. Se implementarán estrategias permanentes de capacitación a los padres, agentes educativos y cuidadores, en la comprensión de los niños y jóvenes como sujetos con derechos, pautas de crianza, valores, pedagogía del afecto, economía familiar, anticoncepción responsable, prevención de la violencia intrafamiliar y del maltrato infantil
- A partir de 2004 la focalización de los beneficiarios de los programas del Servicio público de bienestar familiar (SPBF) se hará a través del Sistema de identificación de potenciales beneficiarios de programas sociales del Estado (Sisben) con prioridad en la población infantil menor de 5 años perteneciente a familias ubicadas en los niveles 1 y 2 del Sisben
- Se promoverá el cambio del Código del Menor hacia una Ley Marco de Infancia y Familia que refuerce los mecanismos jurídicos y legales de protección al menor, de tal forma que se castigue a quienes violen sus derechos y atenten contra su integridad, su desarrollo físico y moral, e incorpore la convención internacional de los derechos de los niños y demás tratados internacionales. En tal sentido, se definirán los instrumentos normativos y de aplicación de la justicia penal juvenil para los casos de infracción y contravención a la ley. En ellos se definirán elementos de protección y reeducación, así como la penalización de delitos atroces en cárceles especiales y la penalización de los sujetos que les inducen al crimen. Asimismo, se penalizará la violencia intrafamiliar. Con el propósito de garantizar el cumplimiento de los derechos de los niños y jóvenes se pondrá en funcionamiento un mecanismo para la medición de su cumplimiento desde su propia percepción. Este permitirá orientar las acciones conjuntas desde la familia, la sociedad civil y el Estado
- Se dará el ordenamiento jurídico de las instituciones prestadoras del Servicio Público de Bienestar Familiar. Con este fin, se realizará un registro de instituciones y se diseñará un sistema de habilitación y acreditación que incentive la eficiencia y la calidad de los servicios
- El ICBF deberá reestructurarse para cumplir de mejor manera su función como cabeza sectorial en la formulación y dirección de políticas, el análisis de información, la asistencia técnica a los programas y el apoyo a las comunidades en sus proyectos de desarrollo. A los centros zonales del ICBF les corresponderá ejercer la Secretaría Técnica de los CPPS en el nivel municipal y administrar los programas del Instituto en concurrencia con los programas ejecutados por los municipios
- Se desarrollarán estrategias permanentes y continuas de comunicación y mercadeo social orientadas al fortalecimiento de la institución familiar, las cuales deberán ofrecer información útil a la familia como la administración del presupuesto familiar, la prevención de accidentes o prácticas saludables en el hogar, los mismo que el acceso a los servicios, la información sobre derechos, seguridad alimentaria, programas nutricionales y de desarrollo del menor. Igualmente, servirán como canal permanente para mejorar la interacción entre las instituciones y los ciudadanos y para construir de manera conjunta mejores condiciones de bienestar
- Para los niños y jóvenes con derechos vulnerados, el Estado buscará el restablecimiento de vínculos familiares y comunitarios, al tiempo que fortalecerá la protección integral con el propósito de recuperar el ejercicio pleno de sus derechos; en especial de aquellos víctimas de violencia intrafamiliar, de desplazamiento forzado, del abuso y del delito organizado, vinculados al conflicto armado, o declarados en abandono, para construir proyectos de vida que aseguren su desarrollo personal y social.

Con el propósito de garantizar la preparación laboral e integración social de los niños y jóvenes con derechos vulnerados, se realizarán las gestiones necesarias para que culminen su ciclo educativo básico, desarrollen habilidades específicas y cuenten con formación técnica y tecnológica mediante convenios con el Sena, sectores productivos y organizaciones de la sociedad civil

- Se promoverán figuras asociativas de carácter precooperativo conformadas exclusivamente por madres comunitarias, a las que se les ofrecerá capacitación en nutrición, pautas de crianza, desarrollo infantil, organización, manejo de microempresas y acceso a líneas de microcrédito

Estas organizaciones se constituirán en un mecanismo de gestión autónoma para la consecución de sus objetivos sociales y económicos y podrán ofrecer el servicio de restaurantes infantiles y escolares, entre otros

3.4.6. Programa para la juventud y la mujer

El programa presidencial Colombia Joven, como entidad responsable de la construcción, coordinación y promoción de la política de juventud, en asocio con otras entidades del sector público y con la colaboración del sector privado, promoverá la cultura empresarial entre la juventud colombiana mediante la implementación del Programa nacional de voluntariado juvenil el cual busca que ella, mediante trabajo voluntario, adquieran la experiencia suficiente para buscar su primer empleo

De otro lado, Colombia Joven diseñará y pondrá en funcionamiento, políticas que permitan un tratamiento equitativo a la juventud teniendo en cuenta sus necesidades más apremiantes. Para esto deberá impulsar la formación de grupos de estudio sobre la problemática juvenil, la creación de conexiones permanentes entre universidades, centros de investigación especializados y entidades públicas y privadas y la implementación del Sistema nacional de información sobre la juventud

Por último, para fortalecer la lucha contra la corrupción, Colombia Joven y la Vicepresidencia de la República liderarán la conformación de comités de control social ciudadano en los cuales los jóvenes serán actores protagónicos para la recuperación de lo público. Así mismo, se incentivará la participación de los jóvenes líderes en sus comunidades a través de los consejos estudiantiles, los consejos de la juventud y organizaciones juveniles

Se fortalecerá la participación de la mujer en las actividades laborales, a través de un plan piloto que busca equiparar las condiciones y oportunidades entre géneros. Se promoverán grupos solidarios de crédito, enfocados en las mujeres cabeza de familia y se desarrollará el sistema de aprendizaje tutorial con las mujeres campesinas

3.4.7. Desarrollo de los programas para la infancia

1. Plan Nacional de Alimentación y Nutrición

Se dará continuidad a las ocho líneas de acción del Plan nacional de alimentación y nutrición, las nuevas metas para el periodo 2002-2006 se definirán mediante un documento Conpes. En la línea de seguridad alimentaria, se hará la ampliación de 500.000 cupos mediante la entrega de desayuno o almuerzo hasta alcanzar 1.300.000 menores beneficiarios. Se implementará un modelo de vigilancia nutricional a los beneficiarios de programas nutricionales del ICBF, se divulgarán y aplicarán las guías alimentarias para la población colombiana, y con el objeto de disminuir la deficiencia de micronutrientes en la población, se fortalecerá al menos un alimento de consumo masivo

2. Prevención y atención de la violencia intrafamiliar El programa Haz paz quedará institucionalizado en el ICBF. Se continuará el desarrollo de herramientas técnicas y operativas que permitan el avance de

los objetivos propuestos a través de los componentes de prevención, detección temprana, atención y transformación institucional. Así mismo, se dará impulso a un modelo de vigilancia en salud pública alrededor de la violencia intrafamiliar en el nivel territorial, que permita tener información útil para adecuar las políticas y programas

3. Atención a ancianos pobres e indigentes Se reestructurará el programa de Atención integral a los ancianos pobres e indigentes que viene siendo ejecutado por la Red de Solidaridad Social. Mediante documento Conpes, sobre la base de la evaluación de sus resultados e impacto, se definirán modalidades de atención más flexibles, y que privilegien el cuidado familiar. Se aplicarán modalidades de atención con subsidios a la demanda que podrán ser monetarios, en especie, o a través de servicios sociales básicos y complementarios

En todos los casos, los beneficiarios de los programas se focalizarán por pobreza a través del Sisben, y se conservarán los esquemas de cofinanciación que vienen siendo aplicados con los territorios

4. Atención a la población con discapacidad Se creará una unidad para la coordinación de la política que articule los elementos técnicos y de soporte a la gestión suprasectorial, con los mecanismos de concertación e interacción entre las instancias del nivel nacional y territorial. Mediante documento Conpes, se definirán los lineamientos operativos y las metas del Plan nacional de atención a las personas con discapacidad para el periodo 2003-2006 y se dará especial énfasis a la prevención de ella. Adicionalmente, se armonizará la “clasificación internacional de funcionamiento, la discapacidad y la salud” de la OMS con el manual de calificación de invalidez (Decreto 692 de 1995). Este instrumento será usado por las juntas de calificación de invalidez para determinar el derecho a cualquier subsidio por parte del Estado

3.4.8. Articulación de los programas de asistencia y protección social

La protección social en Colombia está a cargo de una serie de entidades sin objetivos comunes, desarticuladas entre sí y con una alta fragmentación y superposición de programas. Si bien el sistema de seguridad social amplió la prestación masiva de los servicios sociales tradicionales (salud, educación y pensiones) no creó las herramientas necesarias para la protección y la asistencia social, en especial programas que enfrenten de manera temporal los efectos adversos de las crisis económicas sobre los hogares más pobres, tales como asistencia alimentaria a los niños menores, mecanismos que eviten la deserción escolar de los jóvenes, capacitación para la inserción y reinserción laboral de población desempleada y programas masivos de empleo de emergencia

La reciente recesión económica condujo a un deterioro sistemático de los ingresos de las familias más pobres, lo que hizo evidente la necesidad de una red de asistencia y protección social complementaria a los servicios tradicionales. En particular, los programas de asistencia social (ICBF, Sena, Cajas de Compensación, Red de Solidaridad Social y similares de los entes territoriales) no fueron diseñados para ofrecer asistencia de manera oportuna y masiva en épocas de crisis económicas

Además, dada la estructura y la financiación del gasto público, los escasos recursos de asistencia orientados a mitigar los efectos de caídas transitorias en los ingresos son excesivamente procíclicos; esto es, disminuyen cuando deberían aumentar. Estas deficiencias condujeron a la introducción de la Red de Apoyo Social (RAS), que consta de tres programas: obras comunitarias (Empleo en Acción), transferencias de dinero condicionadas a la asistencia escolar (Familias en Acción) y capacitación de jóvenes desempleados (Jóvenes en Acción). Estos programas constituyen un paso importante en el establecimiento de una estrategia anticíclica de protección social

El Gobierno está comprometido con la creación de una red de protección social operante. En particular, se piensa dar continuidad a los programas de la Red de Apoyo Social. Estos se incorporarán al nuevo Ministerio de Trabajo y Protección Social y se dotarán de una fuente permanente de financiación mediante la creación de un fondo para este propósito. Por último, se implantará una reforma al Sisben a sabiendas de que sin una adecuada focalización el impacto de los programas se verá desvirtuado

3.4.9. Implementación del Sistema social de riesgo

El Gobierno considera prioritario consolidar una estrategia que proteja a la población más pobre y vulnerable mediante el desarrollo de instrumentos de prevención y asistencia social. Para ellos se seguirán las siguientes medidas:

- Se actualizará el Sisben para corregir sus problemas actuales de diseño e implementación
- Se dará especial atención a las necesidades de las personas desplazadas. Las acciones se concentrarán en las regiones que reciben el mayor número de desplazados y se asegurará que no existan barreras de acceso que impidan que se beneficien de los programas de salud y educación
- Se descentralizará gradualmente el manejo de los principales programas sociales (incluidos el ICBF y el Sena). Se explorarán alternativas de ejecución que involucren al sector privado y a organizaciones no gubernamentales (ONG)
- Se evaluará cuáles programas de la RAS deben mantenerse, ya sea como programas para enfrentar vulnerabilidades permanentes o coyunturales. Los programas que se mantengan serán ejecutados por el nuevo Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y contarán con fuentes de recursos permanentes.
- Se establecerá un elemento anticíclico en la red de protección social mediante la creación de un fondo que acumule recursos en tiempos boyantes para gastarlos en tiempos de crisis macroeconómicas.

Capítulo 4. COMPETENCIAS DEL DISTRITO EN MATERIA DE SALUD

Luego de revisar las políticas de salud del orden internacional y nacional, veamos las responsabilidades que la ley de competencias y recursos le asigna a los distritos. De aquí deducimos LO QUE DEBERÍA HACER el DADIS.

La Ley 715 de 2001, en su artículo 45 reza:

“Artículo 45. Competencias en salud por parte de los Distritos. Los distritos tendrán las mismas competencias que los municipios y departamentos, excepto aquellas que correspondan a la función de intermediación entre los municipios y la Nación.

La prestación de los servicios de salud en los distritos de Barranquilla, Cartagena y Santa Marta se articulará a la red de prestación de servicios de salud de los respectivos departamentos. En los mencionados distritos, el laboratorio departamental de salud pública cumplirá igualmente con las funciones de laboratorio distrital.”

4.1. Competencias del Distrito de Cartagena como municipio

Al comportarse como municipio, el Distrito de Cartagena tendrá las siguientes competencias descritas en el artículo 44 de dicha ley:

4.1.1. De dirección del sector en el ámbito municipal:

- 1) Formular, ejecutar y evaluar planes, programas y proyectos en salud, en armonía con las políticas y disposiciones del orden nacional y departamental.
- 2) Gestionar el recaudo, flujo y ejecución de los recursos con destinación específica para salud del municipio, y administrar los recursos del Fondo Local de Salud.
- 3) Gestionar y supervisar el acceso a la prestación de los servicios de salud para la población de su jurisdicción.
- 4) Impulsar mecanismos para la adecuada participación social y el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud.
- 5) Adoptar, administrar e implementar el sistema integral de información en salud, así como generar y reportar la información requerida por el Sistema.
- 6) Promover planes, programas, estrategias y proyectos en salud y seguridad social en salud para su inclusión en los planes y programas departamentales y nacionales.

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

- 1) Financiar y cofinanciar la afiliación al Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable y ejecutar eficientemente los recursos destinados a tal fin.

- 2) Identificar a la población pobre y vulnerable en su jurisdicción y seleccionar a los beneficiarios del Régimen Subsidiado, atendiendo las disposiciones que regulan la materia.
- 3) Celebrar contratos para el aseguramiento en el Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable y realizar el seguimiento y control directamente o por medio de interventorías.
- 4) Promover en su jurisdicción la afiliación al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud de las personas con capacidad de pago y evitar la evasión y elusión de aportes.

4.1.3. De Salud Pública

- 1) Adoptar, implementar y adaptar las políticas y planes en salud pública de conformidad con las disposiciones del orden nacional y departamental.
- 2) Establecer la situación de salud en el municipio y propender por el mejoramiento de las condiciones determinantes de dicha situación. De igual forma, promoverá la coordinación, cooperación e integración funcional de los diferentes sectores para la formulación y ejecución de los planes, programas y proyectos en salud pública en su ámbito territorial.
- 3) Además de las funciones antes señaladas, los distritos y municipios de categoría especial, 1°, 2° y 3°, deberán ejercer las siguientes competencias de inspección, vigilancia y control de factores de riesgo que afecten la salud humana presentes en el ambiente, en coordinación con las autoridades ambientales.
- 4) Vigilar y controlar en su jurisdicción, la calidad, producción, comercialización y distribución de alimentos para consumo humano, con prioridad en los de alto riesgo epidemiológico, así como los de materia prima para consumo animal que representen riesgo para la salud humana.
- 5) Vigilar las condiciones ambientales que afectan la salud y el bienestar de la población generadas por ruido, tenencia de animales domésticos, basuras y olores, entre otros.
- 6) Vigilar en su jurisdicción, la calidad del agua para consumo humano; la recolección, transporte y disposición final de residuos sólidos; manejo y disposición final de radiaciones ionizantes, excretas, residuos líquidos y aguas servidas; así como la calidad del aire. Para tal efecto, coordinará con las autoridades competentes las acciones de control a que haya lugar.
- 7) Formular y ejecutar las acciones de promoción, prevención, vigilancia y control de vectores y zoonosis.
- 8) Ejercer vigilancia y control sanitario en su jurisdicción, sobre los factores de riesgo para la salud, en los establecimientos y espacios que puedan generar riesgos para la población, tales como establecimientos educativos, hospitales, cárceles, cuarteles, albergues, guarderías, ancianatos, puertos, aeropuertos y terminales terrestres, transporte público, piscinas, estadios, coliseos, gimnasios, bares, tabernas, supermercados y similares, plazas de mercado, de abasto público y plantas de sacrificio de animales, entre otros.
- 9) Cumplir y hacer cumplir en su jurisdicción las normas de orden sanitario previstas en la Ley 9ª de 1979 y su reglamentación o las que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

4.2. Competencias del Distrito de Cartagena al comportarse como departamento:

Las competencias que corresponden a los distritos según el artículo 43 de la Ley 715 de 2001 son:

4.2.1. De dirección del sector salud en el ámbito departamental.

- 1) Formular planes, programas y proyectos para el desarrollo del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en armonía con las disposiciones del orden nacional.
- 2) Adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar, en el ámbito distrital las normas, políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que formule y expida la Nación o en armonía con éstas.
- 3) Supervisar y controlar el recaudo y la aplicación de los recursos propios, los cedidos por la Nación y los del Sistema General de Participaciones con destinación específica para salud, y administrar los recursos del Fondo Departamental de Salud.
- 4) Vigilar y controlar el cumplimiento de las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas que expida el Ministerio de Salud, así como las actividades que desarrollan los municipios de su jurisdicción, para garantizar el logro de las metas del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin perjuicio de las funciones de inspección y vigilancia atribuidas a las demás autoridades competentes.
- 5) Adoptar, implementar, administrar y coordinar la operación en su territorio del sistema integral de información en salud, así como generar y reportar la información requerida por el Sistema.
- 6) Promover la participación social y la promoción del ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud.
- 7) Financiar los tribunales seccionales de ética médica y odontológica y vigilar la correcta utilización de los recursos.
- 8) Promover planes, programas, estrategias y proyectos en salud para su inclusión en los planes y programas nacionales.
- 9) Ejecutar las acciones inherentes a la atención en salud de las personas declaradas por vía judicial como inimputables por trastorno mental o inmadurez psicológica, con los recursos nacionales de destinación específica que para tal efecto transfiera la Nación.

4.2.2. De prestación de servicios de salud

- 1) Gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas.
- 2) Financiar con los recursos propios, si lo considera pertinente, con los recursos asignados por concepto de participaciones y demás recursos cedidos, la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y los servicios de salud mental.

- 3) Adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar la Política de Prestación de Servicios de Salud, formulada por la Nación.
- 4) Organizar, dirigir, coordinar y administrar la red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas en el departamento.
- 5) Concurrir en la financiación de las inversiones necesarias para la organización funcional y administrativa de la red de instituciones prestadoras de servicios de salud a su cargo.
- 6) Efectuar en su jurisdicción el registro de los prestadores públicos y privados de servicios de salud, recibir la declaración de requisitos esenciales para la prestación de los servicios y adelantar la vigilancia y el control correspondiente.
- 7) Preparar el plan bienal de inversiones públicas en salud, en el cual se incluirán las destinadas a infraestructura, dotación y equipos, de acuerdo con la Política de Prestación de Servicios de Salud.
- 8) Vigilar el cumplimiento de las normas técnicas dictadas por la Nación para la construcción de obras civiles, dotaciones básicas y mantenimiento integral de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de los centros de bienestar de anciano.

4.2.3. De Salud Pública

- 1) Adoptar, difundir, implantar y ejecutar la política de salud pública formulada por la Nación.
- 2) Garantizar la financiación y la prestación de los servicios de laboratorio de salud pública directamente o por contratación.
- 3) Establecer la situación de salud en el departamento y propender por su mejoramiento.
- 4) Formular y ejecutar el Plan de Atención Básica departamental.
- 5) Monitorear y evaluar la ejecución de los planes y acciones en salud pública de los municipios de su jurisdicción.
- 6) Dirigir y controlar dentro de su jurisdicción el Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
- 7) Vigilar y controlar, en coordinación con el Instituto Nacional para la Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, y el Fondo Nacional de Estupefacientes, la producción, expendio, comercialización y distribución de medicamentos, incluyendo aquellos que causen dependencia o efectos psicoactivos potencialmente dañinos para la salud y sustancias potencialmente tóxicas.
- 8) Ejecutar las acciones de inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo del ambiente que afectan la salud humana, y de control de vectores y zoonosis de competencia del sector salud, en coordinación con las autoridades ambientales, en los corregimientos departamentales y en los municipios de categorías ^a, ^a y ^a de su jurisdicción.
- 9) Coordinar, supervisar y controlar las acciones de salud pública que realicen en su jurisdicción las Entidades Promotoras de Salud, las demás entidades que administran el régimen subsidiado, las entidades transformadas y adaptadas y aquellas que hacen parte de los regímenes especiales, así como las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud e instituciones relacionadas.
- 10) .. De Aseguramiento de la Población al Sistema General de Seguridad Social en Salud

- 11) Ejercer en su jurisdicción la vigilancia y el control del aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y en los regímenes de excepción definidos en la Ley de .
- 12) En el caso de los nuevos departamentos creados por la Constitución de 1991, administrar los recursos financieros del Sistema General de Participaciones en Salud destinados a financiar la afiliación al Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable de los corregimientos departamentales, así como identificar y seleccionar los beneficiarios del subsidio y contratar su aseguramiento.
- 13) Otras competencias de Ley

4.3. PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS QUE EL DADIS DEBE IMPLEMENTAR

De estas competencias de ley podemos deducir los siguientes macroprocesos, procesos y procedimientos que el DADIS deberá garantizar para poder cumplir cabalmente con las exigencias normativas:

4.3.1. MACROPROCESOS:

Se identifican claramente ocho (8) macroprocesos

1. Gestión de la información sanitaria
2. Diagnóstico del estado de salud de la población
3. Planeación en salud
4. Promoción de la participación social en salud
5. Gestión de la oferta de servicios de salud
6. Gestión del aseguramiento en salud
7. Gestión en salud pública
8. Inspección, vigilancia y control de la calidad de los servicios de salud¹⁶

4.3.2. PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS POR CADA MACROPROCESO:

Ahora veamos en detalle cada uno de esos macroprocesos:

1. Gestión de la información sanitaria

- a. Gestión de la información de la demanda
 - i. Base de datos de población pobre no asegurada
 - ii. Base de datos de afiliados al Régimen Subsidiado de Salud
 - iii. Base de datos de afiliados al Régimen Contributivo
 - iv. Base de datos de estadísticas vitales
 - v. Base de datos de indicadores de frecuencia de usos
 - vi. Base de datos de RIPS.
- b. Gestión de la información de la oferta
 - i. Base de datos de prestadores

¹⁶ Incluye los procesos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

- ii. Base de datos de farmacias
- iii. Base de datos de Aseguradores
- iv. Base de datos de proveedores de insumos médico quirúrgicos
- c. Gestión de la información financiera
 - i. Recursos para el Régimen Subsidiado de Salud
 - Sistema General de Participaciones de Régimen Subsidiado de Salud
 - Recursos de las Cajas de Compensación Familiar
 - Recursos del Fosyga
 - Recursos propios para el Régimen Subsidiado de Salud
 - Saldos no comprometidos de vigencias anteriores
 - Recursos de liquidación de contratos del Régimen Subsidiado de Salud
 - Rendimientos financieros de recursos de subsidio a la demanda
 - ii. Recursos de Subsidios a la Oferta
 - Sistema General de Participaciones de oferta
 - Recursos propios para subsidio a la oferta
 - Recursos de ETESA
 - Recursos de regalías destinados a oferta
 - iii. Recursos del Plan de Atención Básica (PAB)
 - Sistema General de Participaciones de salud pública
 - Transferencias de programas de campaña directa
 - Recursos propios destinados al PAB.
 - Recursos de regalías destinados al PAB.
 - iv. Recursos para el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad
 - Recursos para interventoría de contratos del Régimen Subsidiado
 - Recursos para interventoría de contratos de prestación de servicios
 - Recursos para interventoría de contratos del PAB
 - v. Recursos para investigación de la calidad de los servicios de salud
 - vi. Recursos para investigación en salud pública y calidad de los servicios de salud
 - vii. Recursos del capital del Fondo Distrital de Salud
 - viii. Ejecución presupuestal del Fondo Distrital de Salud
- d. Gestión de la información del entorno
 - i. Información económica
 - ii. Información sobre educación
 - iii. Información ambiental

2. Diagnóstico del estado de salud de la población

- a. Diagnóstico demográfico
 - i. Población por sexo
 - ii. Población por grupos de edades
 - iii. Población por vinculación a la seguridad social
 - iv. Estadísticas de natalidad
 - v. Estadísticas de mortalidad
 - vi. Estadísticas de migración
- b. Diagnóstico socioeconómico
- c. Diagnóstico epidemiológico

3. Planeación en salud

- a. Planeación estratégica

- i. Adopción de elementos estratégicos de las políticas sanitarias internacionales
 - ii. Adopción de políticas nacionales en salud
 - iii. Adopción de políticas departamentales en salud
 - iv. Elaboración del Plan Estratégico de Salud
 - v. Inclusión del Plan Estratégico de Salud en el Plan de Desarrollo del Distrito
 - vi. Inclusión del componente estratégico de salud en el Plan de Inversiones del Distrito
 - b. Planeación táctica
 - i. Banco de programas de salud
 - ii. Banco de proyectos de salud
 - iii. Banco de subproyectos de salud
 - iv. Inclusión de los programas, proyectos y subproyectos de salud en el Presupuesto del Distrito
 - c. Planeación operativa
 - i. Plan Operativo del área de aseguramiento
 - ii. Plan Operativo del área de inspección, vigilancia y control
 - iii. Plan Operativo del área de salud pública
 - iv. Plan Operativo del área de organización de la Red de Servicios y el Sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes, muestras y estudios
 - v. Plan Operativo del área de Sistema de Información en Salud
 - vi. Plan Operativo del área de Participación Social en Salud
- 4. Promoción de la participación social en salud**
 - a. Información a los usuarios
 - b. Trámite de quejas y reclamos
 - c. Servicio de Atención a la Comunidad
 - d. Organización de comités de participación comunitaria
 - e. Verificación de la conformación de alianzas de usuarios en las aseguradoras
 - f. Capacitación de usuarios organizados
- 5. Gestión de la oferta de servicios de salud**
 - a. Registro de Prestadores de Servicios de Salud
 - b. Diagnósticos de capacidad instalada de la red prestadora de servicios
 - c. Organización del Sistema de Referencia y Contrarreferencia
 - d. Organización del Sistema de Atención de Urgencias, Emergencias y Desastres
 - e. Diagnóstico de la capacidad instalada de la red prestadora de servicios
 - f. Levantamiento de la información de indicadores de frecuencia de uso de servicios
 - g. Contratación de servicios de salud para la atención de la población pobre y vulnerable no asegurada en el Régimen Subsidiado y para los afiliados al Régimen Subsidiado en lo no cubierto por el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S)
- 6. Gestión del aseguramiento en salud**
 - a. Gestión del aseguramiento en el Régimen Subsidiado de Salud
 - i. Gestión financiera de recurso del Régimen Subsidiado de Salud
 - ii. Identificación, Selección y Priorización
 - iii. Afiliación
 - iv. Contratación
 - v. Seguimiento a contratos
 - b. Gestión del aseguramiento en el Régimen Contributivo
 - i. Diagnóstico de la situación de aseguramiento en el Régimen Contributivo

- ii. Control de evasión y elusión en el Régimen Contributivo
- c. Gestión del aseguramiento en regímenes exceptuados de ley 100 de 1993

7. Gestión en salud pública

- a. Protección de la salud
 - i. Programa Ampliado de Inmunizaciones
 - ii. Control de la calidad del agua potable
 - iii. Control de medicamentos
 - iv. Control de alimentos
 - v. Control de riesgos ambientales
 - vi. Control de zoonosis
 - vii. Control de la eliminación de excretas
 - viii. Control de la eliminación de desechos sólidos
 - ix. Control de la eliminación de desechos biológicos
 - x. Control de la eliminación de desechos radiactivos
 - xi. Control de enfermedades transmitidas por vectores
- b. Fomento de la salud
 - i. Higiene materno-infantil
 - Programa de control prenatal
 - Programa de cuidados durante el parto y puerperio
 - Programa de lactancia materna
 - Programa de control de crecimiento y desarrollo
 - Programa ampliado de inmunizaciones
 - ii. Higiene del preescolar
 - Programa de control de crecimiento y desarrollo
 - Programa ampliado de inmunizaciones
 - Programa de salud oral en el preescolar
 - Programa de nutrición del preescolar
 - Desparasitación del preescolar
 - iii. Higiene del escolar
 - Programa de control de crecimiento y desarrollo
 - Programa ampliado de inmunizaciones
 - Programa de salud oral en el escolar
 - Programa de nutrición del escolar
 - Desparasitación del escolar
 - iv. Higiene y medicina deportiva
 - v. Higiene y medicina del trabajo
 - Prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales
 - Programas de salud ocupacional
 - vi. Higiene mental
 - Programa de prevención de la violencia social e intrafamiliar
 - Programa de prevención de adicciones a sustancias psicoactivas
 - Programa de prevención de alcoholismo
 - vii. Higiene del adulto
 - Programa de control de riesgos cardiocerebrovasculares
 - Obesidad

- Sedentarismo
 - Tabaquismo
 - Hipertensión
 - Dislipidemia
 - Programa de salud oral en el adulto
 - Programa de prevención del cáncer cervicouterino
 - Programa de prevención del cáncer de mama
 - Programa de prevención del cáncer de próstata
 - Programa de prevención del cáncer de pulmón
 - Programa de prevención de ETS – VIH Sida
 - viii. Higiene del geronte
 - Programa de salud oral en el adulto mayor
 - Programa de nutrición del adulto mayor
 - Programa de prevención del cáncer en el adulto mayor
 - c. Vigilancia epidemiológica
 - i. Sistema de vigilancia alimentaria nutricional SISVAN
 - ii. Vigilancia de zoonosis
 - iii. Vigilancia de enfermedades tropicales
 - iv. Vigilancia de coberturas de vacunación
 - v. Vigilancia de enfermedades de transmisión sexual
 - vi. Vigilancia de enfermedades crónicas y degenerativas
 - vii. Vigilancia de la calidad del agua
 - viii. Vigilancia de sanidad en puertos
- 8. Inspección, vigilancia y control de la calidad de los servicios de salud**
- a. Evaluación y monitoreo de requisitos de habilitación de prestadores
 - i. Suficiencia patrimonial
 - ii. Estándares técnico científicos
 - iii. Estándares técnico administrativos
 - b. Monitoreo del Acceso a los servicios
 - i. Oportunidad
 - ii. Pagos compartidos
 - iii. Disponibilidad de recursos sanitarios
 - iv. Tutelas en el sector salud
 - v. Acceso a servicios no contenidos en el POSS
 - c. Monitoreo de la calidad de la atención en salud
 - i. Racionalidad técnica
 - ii. Racionalidad científica
 - iii. Pertinencia de las atenciones
 - d. Evaluación de la capacidad instalada de IPS a contratar
 - e. Resolución de quejas o reclamos sobre la atención en salud.
 - f. Interventoría de contratos del Régimen Subsidiado de Salud
 - i. Evaluación de la capacidad instalada de la red prestadora
 - ii. Evaluación de la carnetización y de las bases de datos
 - Evaluación de Duplicidades internas
 - Evaluación de Duplicidades con el Régimen Contributivo
 - Evaluación de Reporte de Novedades

- Evaluación de Estado de carnetización
- iii. Evaluación del Sistema de Información y Atención de Usuarios
 - Información sobre copagos y cuotas de recuperación
 - Información sobre contenidos del POSS
 - Información sobre la red prestadora de servicios
 - Información sobre trámite de quejas y reclamos
 - Información sobre deberes y derechos
- iv. Evaluación del
- g. Interventoría de contratos del Plan de Atención Básica (PAB)
 - i. Evaluación del cumplimiento de metas programadas
 - ii. Evaluación del impacto epidemiológico de las acciones contratadas

Capítulo 5. LA SALUD EN PLAN DE DESARROLLO DE CARTAGENA 2005 - 2007

El Acuerdo No. 016 de Mayo 19 de 2006 adopta el Plan de Desarrollo del Distrito de Cartagena “CARTAGENA COMO SIEMPRE NUESTRO COMPROMISO” 2005-2007. En este acuerdo se plasmaron las siguientes estrategias de salud para el Distrito de Cartagena:

5.1. ESTRATEGIA SALUD SOCIAL.

Es el propósito de esta estrategia, mejorar los niveles de prevención y atención en salud a la población Cartagenera, prestando un servicio con calidad, acompañado de la ampliación de cobertura, continuidad del Régimen Subsidiado de Seguridad Social, Plan de Atención Básica, Atención a la población pobre, desplazada y vulnerable, Formulación y puesta en marcha de programas especiales, todo ello hacia una mejor salud para todos.

Los siguientes son los programas de la estrategia de salud:

5.1.1. *Ampliación de Cobertura y Continuidad Régimen Subsidiado de Salud*

Aseguramiento en salud mediante subsidios a las personas pobres y vulnerables nivel 1 y 2 del SISBEN, en los cuales la Nación hace unos aportes definidos por el Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud según la disponibilidad de recursos y el Distrito cofinancia un porcentaje. La continuidad se refiere a garantizar los recursos para el sostenimiento financiero de estos programas de los subsidios ya otorgados.

5.1.2. *Plan de Atención Básica.*

Plan que contempla las acciones de promoción, prevención, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo dirigido a la colectividad. Dentro del PAB se concibe la Promoción de la Salud como un conjunto de acciones eminentemente intersectoriales y de movilización social, orientadas a dotar a la gente de los medios, condiciones para ejercer un mejor control sobre el entorno, su salud y la de su comunidad, desarrollando la ejecución de estrategias y metodologías integrales de información, acordes con la realidad cultural de cada localidad o grupo de riesgo que se desee impactar a diferencia de las acciones específicas e individuales de información e inducción de la demanda integradas al Plan Obligatorio de Salud.

Se entiende por Prevención de la Enfermedad aquellas acciones dirigidas a evitar que el daño en la salud o la enfermedad aparezcan, se prolonguen, ocasionen daños mayores o generen secuelas evitables.

5.1.3. *Mortalidad Infantil*

Disminuir la tasa de mortalidad en la población infantil de Cartagena, busca propiciar las condiciones para el ejercicio de los derechos humanos asociados a ésta, como el derecho a la vida, cuyos indicadores reflejan de manera directa el nivel de desarrollo de un país, una región y una ciudad, así como el grado de reducción de las inequidades sociales y económicas que lo afectan.

En el desarrollo de las acciones para la reducción de la mortalidad infantil en nuestro país, se han involucrado diversos actores gubernamentales y no gubernamentales que, desde sus competencias y responsabilidades, han contribuido a que la mortalidad infantil sea parte de la agenda de trabajo del sector salud. Se cumple además, como en otros ítems, con la declaración de los objetivos mundiales para el milenio, donde se establece este aspecto como uno de sus más importantes objetivos.¹⁷

5.1.4. Atención en Salud a la población pobre, vulnerable y desplazados

Garantizar la atención 100 % oportuna a la población vinculada (pobre y vulnerable no afiliada al régimen subsidiado) que demande los servicios de salud y a los afiliados en los eventos del 2 y 3 nivel de atención no contemplados dentro del POS – S Garantizar a los usuarios de los servicios el mayor beneficio, a un costo razonable con características técnico – científicas y con el mínimo riesgo posible, mediante el fortalecimiento del componente de vigilancia y control.

5.1.5. Sistema Integrado de Red de Urgencias

La Red de Urgencias es el sistema de red donde se interrelacionan todos los niveles de atención en salud del Distrito de Cartagena y del Departamento, con un nodo central constituido por el CRU (Centro Regulador de Urgencias), cuyo objetivo primordial es el de regular la referencia y contrarreferencia de pacientes entre los diferentes niveles de atención.

La Red de Urgencias del Distrito de Cartagena está conformada por:

- Los prestadores nivel I Centros de Atención Permanente de la ESE Cartagena de Indias.
- Los prestadores del nivel II y III del Distrito de Cartagena.
- El CRU, ubicado en el HUC de la Unidad de Urgencias

Funciona por medio de una central de comunicaciones atendida por personal entrenado 7x24x365 (7 días a la semana, 24 horas al día, 365 días al año). Quienes reciben la información de las consultas de atención de urgencias que requieren apoyo o consulta en cuanto a la remisión o manejo del caso en esa unidad, y están en contacto permanente con el grupo de médicos auditores del Departamento Administrativo Distrital de Salud.

5.1.6. Desarrollo Institucional.

Comprende la reestructuración del DADIS, el reordenamiento de la misma institución para cumplir con todas las competencias a cabalidad, enmarcadas en la ley 715 del 2001, así como el fortalecimiento de la Unidad de Vigilancia y Control. Se concentra en la ejecución de acciones encaminadas al mejoramiento de las instalaciones físicas de Salud Pública acordes con su ejercicio de velar por el cumplimiento de las normas sanitarias, la sistematización de los pagos y la definición y mejoramiento de los procesos críticos.

5.1.7. Interventoría externa del Régimen Subsidiado

En el proceso de Interventoría Externa de los Contratos de Administración de Recursos del Régimen Subsidiado, se busca que cada uno de los actores asuma sus competencias, garantizar el cabal cumplimiento de las Administradoras del Régimen Subsidiado en el Distrito de Cartagena, y entre otras

¹⁷ La reducción de la mortalidad infantil figura en preponderante lugar, en la Visión 2.019, preparada para la nación por el DNP.

sinergizar esfuerzos mediante el acompañamiento en el desarrollo de las actividades complementarias a las acciones de Salud Pública (promoción y prevención).

5.2. Metas

- Ampliar a un 50% la cobertura de Régimen Subsidiado teniendo en cuenta la población 1 y 2 del SISBEN.

- Incidir en las tasas de enfermedades infectocontagiosas y prevenibles (Morbilidad) así:

Sífilis Congénita: incidencia por debajo de 1.2 casos y por cada 100.000 habitantes.

Enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) e intoxicación de bebidas alcohólicas.

Fraudulentas: Investigación oportuna del 100% de los casos presentados y medidas de control en el 100% de los establecimientos de alimentos y bebidas.

Enfermedades Transmitidas por vectores: incidencia de dengue no mayor de 25 casos por cada 100.000 habitantes.

Enfermedades Inmunoprevenibles: aumentar a un 95% las coberturas de vacunación de todos los biológicos.

Disminuir las Tasas de Mortalidad Evitables:

Mortalidad Materna: Menos de 22.8 muertes por cada 100.000 nacidos vivos.

Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA): Aumentar en 30 nuevas unidades de Rehidratación Comunitaria (UROCS).

Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA): Lograr Una incidencia no mayor de 14.04 muertes por cada 100.000 menores de cinco años.

Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA): Aumentar en 30 nuevas Unidades de Atención de la Enfermedad Respiratoria Aguda Comunitaria (UAIRAC).

Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA): Lograr una incidencia no mayor 59.14 casos por cada 100.000 menores de 5 años

Mortalidad Infantil: Menos de 35 por cada 1000 habitantes

Cardiovasculares: Lograr asesorar al 50% de entidades administradoras de planes de beneficios.

Fortalecimiento del 100% de clubes de hipertensos y diabéticos en un período de un año

Obtener el 100% de oportunidad en la prestación de los servicios de salud a la población pobre, vulnerable, y desplazada.

Reorganización de la Red Publica hospitalaria con énfasis en el fortalecimiento en los niveles 1 y 2 de atención en el Distrito de Cartagena, priorizando la inversión en la construcción y dotación de instituciones de baja y mediana complejidad hospitalaria con capacidad resolutive en cada una de las localidades.

Lograr que la red de Transporte de pacientes por ambulancia funcione en un 100%.

Capacitar al 70% del talento humano de los servicios pre-hospitalarios y de urgencias en Cartagena.

Optimización del Centro Regulador de Urgencias.

Promover la inscripción al Sistema Único de habilitaciones, al 100% de las Instituciones prestadoras de salud del Distrito.

Realizar visitas de verificación al 60% de IPS`s que ingresaron al Sistema Único de habilitaciones.

Organización del 100% de los procesos, actividades y competencias del DADIS (vigilancia y Control).

Lograr el 100% de la sistematización del proceso de pago de las facturas y cuentas de cobro.

Capacitación al 100% de funcionarios coordinadores de proyectos del DADIS en competencias y manejo de proyectos e indicadores de resultado e impacto así como en el marco normativo de atención integral en salud a la población desplazada.

Lograr la auto evaluación del 100% de los proyectos que ejecuta el DADIS.

Capacitación general a funcionarios del DADIS en Sistemas de Información.

Lograr que el 100% de las dependencias del DADIS manejen la misma plataforma informática.

Interconectar al DADIS con las 4 subsedes en las localidades

Adquisición de 12 programas de cómputo.

Diseñar y operar un Sistema Único de información, Abuso y Explotación Sexual a Niñ@s y adolescentes.

Socializar el Formato Único de Notificación de casos de Violencia Intrafamiliar.

Vigilar y Controlar a las IPS públicas y privadas en lo relacionado con la atención a víctimas de violencia sexual.

Diseñar e implementar Plan de Atención Psicosocial a población en situación de desplazamiento, en coordinación con el Comité Distrital de Atención a la Población Desplazada y con la UAO

Realizar jornadas de difusión con la población desplazada para difundir ruta de acceso y oferta institucional en el sector salud

5.3. COMENTARIOS AL COMPONENTE DE SALUD DEL PLAN DE DESARROLLO

La estrategia no está enfocada ni en los Objetivos del Milenio para Salud ni en la Identificación de la OPS de funciones esenciales en salud pública. Por ejemplo, se dejan por fuera programas como: Seguimiento, evaluación y análisis de situación de salud, Participación de la comunidad en la gestión de servicios de salud, Acceso equitativo servicios de salud, Desarrollo y capacitación de Recursos Humanos, Garantía y mejoramiento calidad de Servicios, Investigación y Reducción del impacto de emergencias y desastres.

La priorización de riesgos trazadores en salud para ser incluidos en un plan de desarrollo, obedece a un Diagnóstico previo del estado de salud de la comunidad y a la aplicación de instrumentos de medición de carga de enfermedad. Se observa que se priorizó en el Plan “Mortalidad Infantil” como un programa especial. ¿Cómo se llegó a esa conclusión? ¿Por qué no priorizar VIH SIDA, o al Binomio Madre Hijo en un programa de atención materno-perinatal? ¿Porqué no un programa de Prevención de Riesgos

Cardiocerebrovasculares que abarca patologías como hipertensión, diabetes, dislipidemia, obesidad, sedentarismo y tabaquismo y produce el 45% de la mortalidad en Colombia¹⁸?

Por otro lado, se observa que la redacción del plan incluye muchas actividades y metas del nivel de la planeación táctica y operativa. Un plan de desarrollo, por ser un plan estratégico, sólo plantea unos objetivos gruesos de los que se derivan unas estrategias y metas estratégicas. Posteriormente, el organismo responsable, en este caso el DADIS, se ocupa de desarrollar un Plan Táctico a través de su Oficina de Planeación. Este plan consiste en un Banco de Programas, Proyectos, Subproyectos y Presupuestos que aterriza las estrategias propuestas en el Plan de Desarrollo y garantiza el cumplimiento de los Objetivos Estratégicos.

Luego se procede a levantar los indicadores operativos de cada proyecto con los que se realizará el control de gestión y la interventoría de los contratos. Estos instrumentos de control, evaluación y seguimiento de programas, proyectos y subproyectos se plasman en sendos Planes Operativos de Acción y quedan como anexos de los términos de referencia en caso de que el objetivo se ejecute a través de la contratación de un tercero.

En conclusión, la redacción del Plan Estratégico de Salud se aleja de la técnica convencional de redacción de Planes de Desarrollo del Sector Salud.

Con relación a cada programas se puede anotar lo siguientes

5.3.1. Ampliación de Cobertura y Continuidad Régimen Subsidiado de Salud

El Régimen Subsidiado de Salud es una política pública de salud que tiene asidero en la misma Constitución Política y la Ley 100 de 1993. El gobierno Nacional y el Departamental se han trazado la meta de lograr cobertura universal. Garantizar la continuidad de los afiliados que ya están y conseguir los recursos de esfuerzo propio que requiera el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud según la programación de crecimiento que se gestic desde la nación es lo mínimo que el Distrito de Cartagena puede y tiene que hacer por ley. En esta estrategia no se observa un esfuerzo fiscal intencionado y planificado de lograr la cobertura universal o por lo menos contribuir a esta.

Ya el Departamento de Bolívar cuenta con un proyecto que pretende lograr la cobertura universal en el Régimen Subsidiado de Salud. Sería apropiado que se coordinaran esfuerzos para concurrir en este mismo proyecto y que se gestionen recursos adicionales (regalías, ETESA, rentas cedidas e ingresos corrientes del Distrito) para ser incluido en este plan de universalización que pretende jalonar recursos frescos del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA).

5.3.2. Plan de Atención Básica.

Esta estrategia se limita a definir que es el Plan de Atención Básica (PAB). No añade nada a aquello que está obligado el Distrito por Ley. Pudiera haberse definido los mecanismos de contratación para garantizar transparencia, las políticas de interventoría de los contratos y los mecanismos de evaluación de impacto epidemiológico.

Por ejemplo:

“Los contratos del Plan de Atención Básica (PAB) se ejecutarán exclusivamente a través de Universidades que cuenten con Facultades del área de la salud. La interventoría de dichos contratos

¹⁸ Estudio Nacional de Salud 2005, Instituto Nacional de Salud – Instituto de Salud Pública de la Universidad Nacional.

será externa y evaluará tanto el componente de cumplimiento de actividades programadas como el impacto epidemiológico. La modalidad de contratos que se celebren permitirá descontar los recursos a la Universidad contratada de manera proporcional al incumplimiento de actividades programadas y al impacto epidemiológico no logrado con relación a la línea de base establecida para el contrato.”

5.3.3. Mortalidad Infantil

Además de los comentarios anteriores, que manifiestan la inquietud por saber cómo se llegó técnicamente a la conclusión de que había que priorizar este riesgo trazador, la estrategia no dice cómo se piensa reducir la mortalidad infantil. Tampoco aclara si en ella se incluye la mortalidad neonatal, perinatal y post neonatal. Sería apropiado además incluir en la estrategia los mecanismos que permitan obligar a las ARS a través de la interventoría a comprometerse con la meta del Plan de Desarrollo y los mecanismos de monitoreo o seguimiento de las actividades de EPS y otras Entidades Administradoras de Planes de Beneficio de la ciudad de Cartagena.

5.3.4. Atención en Salud a la población pobre, vulnerable y desplazados

Esta estrategia está redactada en forma de meta y no dice de que manera se va a lograr lo que se propone. Además “Garantizar la atención 100 % oportuna a la población vinculada” (pobre y vulnerable no afiliada al régimen subsidiado) que demande los servicios de salud y a los afiliados en los eventos del 2 y 3 nivel de atención no contemplados dentro del POS – S” es UTÓPICO, sobre todo considerando el déficit fiscal del Distrito con relación a las deudas contraídas en vigencias anteriores con la red prestadora de servicios contratada que atendieron pacientes de urgencias y de alto costo sin disponibilidad presupuestal¹⁹.

5.3.5. Sistema Integrado de Red de Urgencias

Nuevamente el programa se limita a hacer unas definiciones y enunciar la estructura de la red, pero no define mecanismos de contratación para garantizar protocolos de atención prehospitalaria, traslado de pacientes de manera oportuna, comunicación permanente entre los prestadores con el Centro Regulador de Urgencias, reentrenamiento de personal en *triage* de campo, evacuación de víctimas y atención de desastres, ni la definición de una política de atención de emergencias y desastres.

5.3.6. Desarrollo Institucional.

Se requiere urgentemente adaptar la estructura organizacional, el manual de funciones y el plan de cargos a las competencias de ley. Por otro lado es urgente elaborar el manual de procedimientos de la entidad.

¹⁹ Hoy la Subdirección Administrativa y Financiera del DADIS proyecta un déficit general de 24.000 millones de pesos, que incluye el total de cuentas por pagar, los servicios sin respaldo presupuestal: Servicios de urgencias y servicios no amparado en periodos inter contractuales, la proyección de costos de los meses de noviembre y diciembre del 2.005 y las deudas de vigencias anteriores. Con este déficit, el Saneamiento Fiscal del Sector Salud debería ser un objetivo estratégico de suma importancia.

5.3.7. Interventoría externa del Régimen Subsidiado

Esta estrategia no define las fuentes de financiación de la interventoría, el tipo de entidad que la realizará ni lo que persigue.

5.3.8. Comentarios de las Metas del Plan de Desarrollo

1. La meta de “ampliar a un 50% la cobertura de Régimen Subsidiado teniendo en cuenta la población 1 y 2 del SISBEN” no es clara por cuanto no se entiende si realmente quiere decir “ampliar a un 50%” o “ampliar en un 50%”. Tampoco se sabe si se refiere a la población Sisben 1 y 2 asegurada en el Régimen Subsidiado de Salud o la que está sin asegurar. Tampoco especifica si se trata del viejo o del nuevo SISBEN. Sería mejor propender por la cobertura universal, sobre todo considerando que muchas ciudades del país ya lo han logrado.

Con relación a las metas de reducción de las tasas de morbilidad o mortalidad, es loable el hecho de que por primera vez se incluyan metas de impacto epidemiológico en un plan de desarrollo, y no econométricas. Sin embargo, para poder iniciar con la implementación de indicadores de impacto epidemiológico es necesario contar con una muy buena línea de base y en la actualidad, el sistema de información del DADIS, si acaso existe, adolece de un gran sub registro que hace muy poco confiable las metas planteadas.

Por otra parte, expresiones como “Fortalecimiento del 100% de clubes de hipertensos y diabéticos en un período de un año” y “Optimización del Centro Regulador de Urgencias” son muy inespecíficas y no transmite ninguna idea.

La meta que pretende “Obtener el 100% de oportunidad en la prestación de los servicios de salud a la población pobre, vulnerable, y desplazada” es utópica o inalcanzable, considerando el déficit fiscal del sector, antes mencionado.

Las metas:

- Lograr el 100% de la sistematización del proceso de pago de las facturas y cuentas de cobro
- Capacitación al 100% de funcionarios coordinadores de proyectos del DADIS en competencias y manejo de proyectos e indicadores de resultado e impacto así como en el marco normativo de atención integral en salud a la población desplazada.
- Lograr la auto evaluación del 100% de los proyectos que ejecuta el DADIS.
- Capacitación general a funcionarios del DADIS en Sistemas de Información.
- Lograr que el 100% de las dependencias del DADIS manejen la misma plataforma informática.
- Interconectar al DADIS con las 4 subsedes en las localidades
- Adquisición de 12 programas de cómputo.
- Socializar el Formato Único de Notificación de casos de Violencia Intrafamiliar.

Son absolutamente operativas y no deberían encontrarse en un Plan de Desarrollo de una ciudad importante para Colombia y el mundo. Más bien parece una lista de actividades de un plan operativo.

Capítulo 6. CÓMO ESTÁ ORGANIZADO ACTUALMENTE EL DADIS

Después de tener un panorama muy claro de las políticas internacionales y nacionales en materia de salud y los retos para la salud en América Latina que nos demarcan las tendencias en salud pública, así como las competencias de ley que nos muestran los procesos y procedimientos que deberían desarrollarse en el Departamento Administrativo Distrital de Salud – DADIS; veamos a continuación si con la actual estructura organizacional se garantiza el cabal cumplimiento que la ley le asigna al ente territorial.

La Dirección Distrital de Salud de Cartagena de Indias esta organizada como Departamento Administrativo, lo que jurídicamente le permite mayor celeridad en la gestión pública, por cuanto se delegan el director la ordenación parcial del gasto del Fondo Distrital de Salud y la nominación del recurso humano.

Ilustración 2. Localidades de Cartagena





Fachada del portón que da acceso a la Sede Principal del DADIS en Manga.



Fachada del portón que da acceso a la Sede Fátima de Salud Pública del DADIS en Getsemaní.



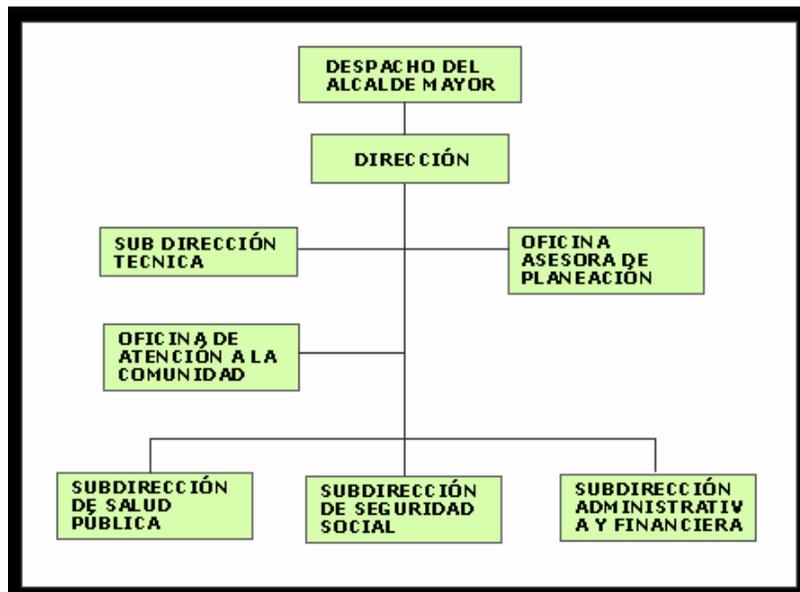
Alcaldía Mayor de Cartagena de Indias, ubicada en la Plaza de la Aduana en el Centro Histórico de Cartagena de Indias.

6.1. Reseña histórica

Dando cumplimiento al artículo 48 de la Constitución Política Nacional el cual ordena, la creación del Sistema de Seguridad Social integral, y cuya dirección, Coordinación y Control estará a cargo del estado en los términos de la Ley. Artículo 5 de la Ley 100/93. El Departamento Administrativo de Salud DADIS, se creó como ente rector de salud en el Distrito de Cartagena según lo ordena el 152 de la misma Ley 100/93.

Debido a los cambios establecidos por el Ministerio de Salud, en lo que atañe a la descentralización de la salud, se expide al acuerdo No. 43 del 24 de diciembre de 1999, emanado del Concejo Distrital de Cartagena de Indias D.T. y C., por el cual se crean tres (3) Empresas Sociales del Estado (ESE) cuyo objetivo es la prestación de Servicios de Salud. En la actualidad todos los Puestos y Centros de Salud Públicos de Primer Nivel están adscritos a una Sola Empresa Social del Estado (ESE Cartagena de Indias), con patrimonio propio e independiente de la Dirección Local de Salud, quien ejerce las funciones de Prevención, Promoción y de Vigilancia y Control.

6.2. Estructura Organizacional del DADIS



Alcalde Mayor de Cartagena: Nicolás Curi Vergara
Director DADIS: Algio de León Usta
Subdirector de Salud Pública: Ricardo Granados
Subdirectora de Seguridad Social: Viana Blel Cervantes
Subdirectora Técnica: Cándida Alvarez Morón
Subdirectora Administrativa y Financiera: Nelsy Fuentes Manjarres
Jefe Oficina de Atención a la Comunidad: Judith Torres Fortich
Jefe Oficina Asesora de Planeación: Alida Montes Medina

6.3. POLÍTICAS DEL DADIS

- Garantizar el acceso gradual de los residentes a los servicios de salud para procurar unas mejores condiciones de atención.
- Impulsar los programas de promoción, prevención de la salud y el auto cuidado personal para mejorar la salud pública.
- Fortalecer y modernizar la vigilancia epidemiológica y el control de los factores de riesgo y las instituciones prestadoras de servicio.
- Gestionar y manejar de manera eficaz y eficiente, los recursos que financian el sistema distrital de salud y seguridad social.
- Fortalecer el aparato institucional al servicio de la salud pública

6.4. Misión

Garantizamos a la población del Distrito de Cartagena de Indias, el acceso al Sistema de Seguridad Social, desarrollando acciones de salud pública, mediante la coordinación, asesoría, vigilancia y control a los diferentes actores que conforman el Sistema General de Seguridad Social.

6.5. Visión

Convertirnos en el eje rector del Sistema de Seguridad Social del Distrito de Cartagena, asegurando la rentabilidad social y la calidad de los servicios, frente a los requerimientos, necesidades y expectativas de la población.

6.6. Objetivos

6.6.1. General

Mejorar la salud de la población del Distrito de Cartagena, mediante la ejecución de las acciones necesarias de promoción y prevención, como también la vigilancia y control de atención a las personas y de los factores de riesgos biológicos, ambientales y del comportamiento.

6.6.2. Específicos

- Garantizar la continuidad de los afiliados al Régimen Subsidiado.
- Aumentar la cobertura en los niveles de aseguramiento de la población del Distrito de Cartagena.
- Garantizar la prestación del servicio de salud en los diferentes niveles de complejidad.
- Ejercer vigilancia y control en todas las entidades prestadoras de servicios de salud.
- Vigilar e inspeccionar la aplicación de las normas técnicas, científicas, administrativas y financieras que expide el Ministerio de Salud.
- Preparar y poner en marcha los instrumentos y metodología de focalización de los beneficiarios del Régimen Subsidiado.
- Promover mecanismos que permitan reducir los índices de morbi-mortalidad
- Fortalecer el control social en la gestión del servicio público de la salud, mediante la formación de una cultura de participación social.

6.7. PROCESOS CÓMO ESTÁN CONCEBIDOS ACTUALMENTE EN EL DADIS

En esta parte se copiaron los procesos de manera textual como fueron redactados por las dependencias del DADIS, sin corregir errores:

6.7.1. Oficina Asesora de Planeación

Producto	Dependencia		
Plan de Desarrollo y plan Local de Salud.(Programas y proyectos DADIS)	Oficina Asesora de Planeación- DADIS- Manga	1. Participación para elaboración Plan de Desarrollo en lo concerniente al Sector Salud. 2. Participación en el Plan Local de Salud. 3. Concertación con las diferentes dependencias para los proyectos y programas de cada dependencia 4. Concertación con las comunidades de la priorización de actividades a desarrollar. 5. Participación en el análisis conjunto con Epidemiología Salud Pública en el Perfil epidemiológico del Distrito de Cartagena y envío a la Dirección con recomendaciones para intervención.	Jefe de Oficina P.U de Oficina Asesora de Planeación.
Socializar las normas y políticas de Salud en cada una de las dependencias del DADIS para su aplicación y difusión		1. Revisión de la normatividad vigente que aplica, para su socialización e implementación en el Departamento Administrativo Distrital de Salud DADIS 2. Revisión de proyectos y programas a implementar de acuerdo a priorización Nacional para su aplicación e implementación. 3. Revisión correo electrónico con aportes de diferentes actores en relación a experiencias en el Sector Salud.	Jefe de Oficina P.U de Oficina Asesora de Planeación.
Coordinar asistencia técnica y asesoría para aplicación de normas vigentes- CIE 10		1. Convocatoria a los diferentes actores 2. Coordinación apoyo logístico para evento a desarrollar 3. Apoyo en desarrollo a la asistencia técnica. 4. Evaluación de jornada desarrollada y de los avances logrados.	Jefe de Oficina P.U de Oficina Asesora de Planeación. Técnico de Sistema. Técnico en Estadísticas
Elaboración e implementación de 1ª parte al Proyecto del sistema integral de información en salud del Departamento Administrativo Distrital de Salud - DADIS	Oficina Asesora de Planeación- DADIS- Manga	1. Evaluación de necesidades de cada uno de los usuarios 2. Solicitar asesoría técnica de PNUD para la puesta primera parte de redes y comunicaciones del DADIS. 3. Elaboración del proyecto y revisión con la Dirección del DADIS y técnicos asesores del PNUD 4. Inclusión en el Banco de Proyectos de Planeación Distrital a finales del 2002, y lograr una partida en el presupuesto del 2003 de 500.000.000.00 para este proyecto. 5. Conseguir el desembolso de 100.000.000 para el proyecto. 6. Proyectar y conseguir recursos adicionales para montaje plataforma tecnológica en el 2004	Jefe de Oficina P.U de Oficina Asesora de Planeación. Técnico de Sistema. Técnico en Estadísticas
Elaboración de proyecto para plan mejoramiento de Observaciones CGR		1. Requerimiento de Recurso Humano con experiencia para elaboración manual de procedimiento a partir de fecha de designación como funcionario de enlace con la Oficina de Control Interno de la Alcaldía. 2. Elaboración de documento en referencia, y cronograma. 3. Reunión con el funcionario de Control Interno de la Alcaldía y la Lic. Judith Torres quienes apoyan el proceso 4. Convocatoria por dependencia a cada uno de los funcionarios para asistencia a talleres de sensibilización de autocontrol. 5. Realización de cada uno de los talleres programados.	Jefe de Oficina P.U de Oficina Asesora de Planeación. Técnico de Sistema.
		1. Socializar en forma personalizada a cada uno de las IPS Públicas sobre la Reglamentación del Art. 65 de ley 715, Res. 1541 del 2003. 2. Participación en Seminario convocado por el Ministerio de Protección Social para aclaratoria de la Resolución a los representantes de las entidades territoriales. 3. Convocatoria a Subdirección de Seguridad Social para información de Base para elaboración Plan Bienal de la ESE Cartagena de Indias 4. Elaboración del documento 5 Elaboración del cronograma para realización de este proyecto 6. Acompañamiento a la ESE Cartagena de indias para elaboración de fichas A y B 7. Diligenciamiento de ficha C 8. Convocatoria a los Honorables miembros del CTSSS para presentación Plan Bienal de la ESE Cartagena de Indias 9. Aval del CTSSS 10. Envío al Ministerio de Protección Social	Jefe de Oficina P.U de Oficina Asesora de Planeación
Interventoría a ESES Públicas e IPS Privadas		1. Revisión del contrato. 2. Verificación del cumplimiento del Objeto del contrato 3. Verificación de revisión previa por auditoría 4. Realización de Informe de Interventoría con observaciones sobre cada caso 5. Entrega de certificación para realización de pago correspondiente. 6. Entrega de informe final	Jefe de Oficina
Otros Productos de acuerdo a delegación de la Dirección 1. Tutelas y Derechos de Petición	Oficina Asesora de Planeación- DADIS- Manga	1. Socialización de la delegación para articulación y coordinación de los tiempos de términos para respuesta 2. Elaboración de flujograma en referencia. 3 Recibir informe del jurídico a cargo del estado de las Tutelas 4 Organización de archivos 5 Requerimientos según competencia, respuesta y seguimiento a la entrega de la misma. 6. Seguimiento al cumplimiento fallos de tutela	Jefe de Oficina
Informe Estadístico	Oficina Asesora de Planeación- DADIS- Manga	*Generación de reportes de programas de computo	Profesional Universitario
Valorar indicadores		*Tabulación de Información *Revisión y análisis del Jefe *Distribución de informe	

Competencia de Ley 715 de 2001		ACTIVIDADES	Responsable
Producto	Dependencia		
Planes de Salud		*Conocer a través de Dirección de las directrices para la vigencia en materia del sector *Orientación por parte del Jefe de la Oficina *Coordinar con Planeación Distrital metodologías de trabajo y seguimiento. *Reunión y solicitud de información a funcionarios que coordinan programas y proyectos en salud *Presentación o seguimiento a los planes	Profesional Universitario
Plan de Inversión		*Conocer a través de la Subdirección Financiera las asignaciones globales para el sector. *Solicitar en asocio con Financiera la Distribución por programas y proyectos a coordinadores *Presentación a Planeación Distrital.	Profesional Universitario
Asistencia a usuarios		*Recibir solicitudes de información relacionada con el 'Sector Salud *Entrega de información solicitada	Profesional Universitario
Proyección Poblacional		* Solicitar información Dane * Consulta en base de datos *Distribución por barrios *Tabulación de Información	Profesional Universitario
Registro de estadísticas vitales (Defunciones)	Oficina Asesora de Planeación- DADIS-Manga	Solicitar certificados de estadísticas vitales al Dane Distribuir los certificados a Instituciones de salud que reportan *Recolección de certificados *Critica y digitación de certificados de defunción *Envío de certificados al Dane	Técnico en Estadísticas
Asistencia a usuarios		*Recibir solicitudes de información relacionada con el 'Sector Salud *Entrega de información solicitada	Técnico en Estadísticas
Registro de estadísticas vitales (Nacidos vivos)		* Solicitar certificados de estadísticas vitales al Dane *Distribuir los certificados a Instituciones de salud que reportan *Recolección de certificados *Critica y digitación de certificados de nacidos vivos *Envío de certificados al Dane	Técnico en Sistemas
Asistencia a usuarios		*Recibir solicitudes de información relacionada con el 'Sector Salud *Entrega de información solicitada	Técnico en Sistemas
Validación de RIPS		*Recibir archivos planos *Registro en programa validador *Generación de reportes del programas	Técnico en Sistemas
Vigilancia de sistemas		*Verificar el buen funcionamiento de equipos *Solicitud de mantenimiento de equipos *Actualización de programas	Técnico

6.7.2. Subdirección Técnica

Producto	Actividades	Responsable
Acta de Comité Técnico	* Convocatoria Comité Técnico a Subdirectores y Jefes de Oficina. * Asistencia a Comité Técnico * Presentación Cronograma de Actividades y responsables * Organización de equipo de Interventoría Interna de los contratos de Administración de Recursos de Régimen Subsidiado en el Distrito de Cartagena.	Dirección DADIS y Subdirectora Técnica Dirección DADIS y Subdirectores y Jefes de Oficina. Subdirectora Técnica Subdirectora Técnica
Acta de Iniciación del contrato	Visitas a la ARS y reunión con Gerente o delegado * Definición con Gerentes del seguimiento del contrato y visitas	Subdirectora Técnica
Informe de evaluación entrega de las ARS a la Red Prestadora, base de datos afiliados y o autorización de continuidad de atención.	* Visita a la ARS * Solicitud de soporte de entrega de base de datos de los afiliados y/o autorización formal de continuidad en la atención a los mismos * Visita a Red Prestadora y verificación ídem.	Subdirectora Técnica
Informe de consolidado de carnetización de las ARS	* Entrega a la ARS de solicitud de informe de carnetización según formato SNS-4030-016 * Realizar consolidado de Informe de carnetización de las ARS.	Subdirectora Técnica
Informe a Admón. y Fin para descuento de UPC por afiliados	* Envío de consolidado a la Subdir. Admón. y Fin para efectos del descuento respectivo de la UPC a partir del segundo bimestre según lo establecido en el Acuerdo 192 del CNSSS.	Subdirectora técnica

Producto	Actividades	Responsable
no carnetizados.		
Reunión de coordinación con Gestoras PAB y Agentes Educativos	* Citación, organización y coordinación de reunión con Gestoras PAB y Agentes Educativos que desarrollan labores descentralizadamente en Gerencias Comuneras del Distrito de Cartagena.	Subdirectora Técnica
Producto intangible	* Promover y sensibilizar la participación del equipo de Gestoras PAB y Agentes Educativos que desarrollan labores en Gerencias Comuneras del Distrito de Cartagena para apoyo verificación en campo de condición de carnetización de muestra de afiliados del Régimen Subsidiado en el Distrito de Cartagena.	Subdirectora Técnica
Informe georeferenciado de los afiliados	* Conocer a través de Administrador de Base de Datos del Régimen Subsidiado, sistema de Información de georeferenciado de los afiliados por barrios de acuerdo a comunas objeto de acción de las Gerencias Comuneras.	Técnico Subdirección de Seguridad Social
Muestra poblacional en numero objeto de estudio para cada una de las ARS.	* Determinación en asocio con la Oficina Asesora de Planeacion de población afiliada objeto de estudio en numero, mediante aplicación de formula estadística para calculo de muestra poblacional.	Subdirectora Técnica y Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeacion
Muestra poblacional objeto de estudio.	* Conocer a través de Administrador de Base de Datos del Régimen Subsidiado de selección aleatoria de afiliados de acuerdo al numero de la muestra calculada y al sistema de georeferenciación de los afiliados de las distintas ARS.	Técnico Subdirección de Seguridad Social
Cronograma de Actividades Formatos de registro de actividades Formato de recolección de muestra y de registro de situaciones críticas.	* Determinar Sistema de Información, diseño de formatos de recolección de muestra, cronograma de acciones de campo y socialización de procedimientos para verificación de muestra de afiliados a las ARS.	Subdirectora Técnica
Reunión de socialización de: Cronograma de Actividades Formatos de registro de actividades Formato de recolección de muestra y de registro de situaciones críticas	* Citación, organización y coordinación de reunión con Gestoras PAB y Agentes Educativos que desarrollan labores descentralizadamente en Gerencias Comuneras del Distrito de Cartagena para la puesta en marcha del proceso.	
Informe de resultado de visitas de campo: Afiliados carnetizados ubicados, no carnetizados, Fallecidos, no ubicados, no visitados.	* Visitas de campo a afiliados de las distintas ARS para verificación de condición de carnetización (Primera Etapa)	Gestoras PAB y Agentes Educativos
Informe de resultados individuales por Gerencias Comuneras	Entrega de resultados preliminares del trabajo de campo	Gestoras PAB
Informe de resultado de I Etapa Verificación de condición de carnetización de muestra de base de datos de afiliados al Régimen Subsidiado en el Distrito Cartagena.	* Consolidado de resultados preliminares por Gerencias Comuneras de visitas de campo a afiliados de las distintas ARS para verificación de condición de carnetización	Secretaria
Informe al DADIS y otras instancias de resultados y recomendaciones preliminares de visitas de campo a afiliados de las distintas ARS para verificación de condición de carnetización. Evaluación de Carnetización y de resultados de verificación	* Realización de Informe al Distrito DADIS y otras instancias de resultados preliminares de visitas de campo a afiliados de las distintas ARS para verificación de condición de carnetización	Subdirectora Técnica
Cronograma verificación de carnetización al Régimen Subsidiado en el Distrito de Cartagena	Diseño de Cronograma para culminar Verificación de carnetización al Régimen Subsidiado en el Distrito de Cartagena mediante la visita conjunta DADIS-ARS. * Presentación y concertación al interior de reuniones con las ARS de la Propuesta de visita conjunta DADIS-ARS para culminar verificación de carnetización a afiliados, determinando asignación de recurso humano responsable y logística.	Subdirectora Técnica
Informe de resultado de visitas de campo conjuntas (DADIS-ARS): Afiliados carnetizados ubicados, no carnetizados, Fallecidos, no ubicados, no visitados.	* Visitas de campo conjuntas (DADIS-ARS) ,domiciliarias a afiliados de las distintas ARS para verificación de condición de carnetización (Segunda Etapa)	Subdirectora Técnica 1 Agente Educativo y funcionarios ARS.
Informe de resultado de Segunda Etapa de verificación	* Consolidado de resultados finales de segunda etapa de visitas de campo a afiliados de las distintas ARS para verificación de condición de carnetización	Secretaria

Producto	Actividades	Responsable
de condición de carnetización de muestra de base de datos de afiliados al Régimen Subsidiado en el Distrito Cartagena.		
Informe al Distrito DADIS y otras instancias con sus recomendaciones de resultados finales de visitas de campo a afiliados de las distintas ARS para verificación de condición de carnetización.	* Realización de Informe al Distrito DADIS y otras instancias de resultados finales de visitas de campo a afiliados de las distintas ARS para verificación de condición de Carnetización	Subdirectora Técnica
Retroalimentación a las ARS de evaluación del proceso verificación de condición de carnetización de sus afiliados.	* Visita a la ARS y suscripción de acta de entrega de evaluación del proceso de verificación de condición de carnetización de sus afiliados, permitiendo este proceso emitir señalamiento de correctivos y plan de mejoramiento	
* Informe de Interventoría con las recomendaciones al Distrito DADIS y otras instancias.	* Retroalimentación al Ente Territorial y entrega de recomendaciones de acuerdo a los hallazgos de la evaluación a través de Informe de Interventoría.	
Evaluación de Red Prestadora de Servicios de Salud y Sistema de Referencia y Contrarreferencia.	Visita a la ARS y solicitud de entrega de copia de contratos suscritos con la Red Prestadora en los niveles de atención que soporta la atención para el contrato suscrito con el Distrito DADIS. * Revisión del soporte y evaluación de contratación con Red Prestadora de primero, segundo y tercer nivel y alto costo. * Verificación si la ARS cuenta con Red registrada. * Verificación del nivel de complejidad de la Red Prestadora que garantice servicio del POSS. * Verificación que la Red cuente con condiciones de acceso favorables. * Evaluación de Sistema de Referencia y Contrarreferencia. * Evaluación de Capacidad de Oferta suficiente de la ESE Cartagena de Indias con relación a la población total del Régimen Subsidiado.	Subdirectora Técnica Profesional Universitario de Subdir.de Seguridad Social
* Retroalimentación a las ARS de evaluación de Red Prestadora y Sistema de Referencia y Contrarreferencia.	* Visita a la ARS y suscripción de acta de entrega de evaluación de Red Prestadora de Servicios de Salud y Sistema de Referencia y Contrarreferencia, permitiendo este proceso emitir señalamiento de correctivos y plan de mejoramiento.	Subdirectora Técnica y Subdirectora de Seguridad Social
* Informe de Interventoría con las recomendaciones al Distrito DADIS y otras instancias.	* Retroalimentación al Ente Territorial y entrega de recomendaciones de acuerdo a los hallazgos de la evaluación a través de Informe de Interventoría.	Subdirectora Técnica
Evaluación de SIAU	* Visita a las ARS: * Valoración de la parte locativa del SIAU * Valoración horarios de atención. * Conocer revisión de quejas y reclamos, seguimiento de las mismas hasta su resolución. * Conocer si cuentan con línea telefónica de Atención al Cliente. * Conocer si desarrollan capacitaciones al usuario y fomento de la participación ciudadana. * Conocer perfil de funcionario a cargo de la oficina del SIAU. * Verificar que la ARS cuente con Manual de Procesos y Procedimientos y Manual del SIAU. * Revisión de publicación en cartelera de Información al Usuario de la Red Prestadora de servicios de salud contratada por niveles de atención y sitios de ubicación.	Subdirectora Técnica y Jefe Oficina Atención Comunidad
* Retroalimentación a las ARS de evaluación de SIAU.	* Visita a la ARS y suscripción de acta de entrega de evaluación del SIAU, permitiendo este proceso emitir señalamiento de correctivos y Plan de mejoramiento.	Subdirectora Técnica
* Informe de Interventoría con recomendaciones al Distrito DADIS y otras instancias	* Retroalimentación al Ente Territorial y entrega de recomendaciones de acuerdo a los hallazgos de la evaluación a través de Informe de Interventoría.	
Evaluación de Medición de la Satisfacción del Usuario. Informe	* Visita a las ARS: * Conocer si desarrollan encuestas de satisfacción del usuario, resultados y correctivos ante estos.	
Producto intangible	* Promover y sensibilizar la participación del equipo de Trabajadoras Sociales de la Oficina de Atención a la Comunidad del DADIS y Gerencias Comunereras.	
Muestra poblacional en numero objeto de estudio de cada una de las ARS.	* Determinación en asocio con la Oficina Asesora de Planeación de muestra poblacional objeto de estudio de las ARS, mediante la aplicación de formula estadística para calculo muestra poblacional.	Subdirectora Técnica y Profesional Universitario de Oficina Asesora de Planeación.
Formato para aplicación de encuesta de satisfacción del	* Reunión para análisis y diseño de formato de encuesta	Subdirectora Técnica, Trabajadoras Sociales y

Producto	Actividades	Responsable
usuario y calidad del servicio de las ARS		otros funcionarios
Reunión de coordinación	* Citación, organización y coordinación de reunión con Trabajadoras Sociales de Oficina de Atención a la Comunidad y Gerencias Comunerar para la puesta en marcha del proceso. * Aplicación de las Encuestas de Satisfacción del Usuario y Calidad del Servicio de las ARS	Subdirectora Técnica Trabajadoras Sociales de Oficina de Atención a la Comunidad y Gerencias Comunerar.
Resultados de encuestas No	* Tabulación de las Encuestas y Entrega de Resultados * Entrega a Interventoría de Resultados de Encuestas (No se hizo)	Epidemiólogo y Jefe de Oficina de Atención a la Comunidad Epidemiólogo y Jefe Oficina Atención a la Comunidad
* Retroalimentación ARS evaluación de Medición de Satisfacción al Usuario	* Visita a la ARS y suscripción de acta de entrega de evaluación de Medición de Satisfacción al Usuario.	Subdirectora Técnica
* Informe de Interventoría con recomendaciones al Distrito DADIS y otras instancias.	* Retroalimentación al Ente Territorial y entrega de recomendaciones de acuerdo a los hallazgos de la evaluación a través de Informe de Interventoría.	Subdirectora Técnica
Evaluación Póliza de Alto Costo	* Visita a las ARS: * Solicitud de copia de póliza de reaseguro para las atenciones de alto costo. * Verificar que la póliza contemple las formalidades requeridas.	Subdirectora Técnica
* Retroalimentación a las ARS de evaluación de Póliza de alto costo	* Visita a la ARS y suscripción de acta de entrega de evaluación póliza de alto costo, permitiendo este proceso emitir señalamiento de correctivos y Plan de mejoramiento.	
* Informe de Interventoría con recomendaciones al Distrito DADIS y otras instancias	Retroalimentación al Ente Territorial y entrega de recomendaciones de acuerdo a los hallazgos de la evaluación a través de Informe de Interventoría.	
Evaluación de Flujo de Recursos Financieros del Régimen Subsidiado Nación-Ente Territorial-ARS-Red Prestadora.	Visita a ARS. Envío a ARS y ESES Publicas circulares, recordándoles la norma que aplica para flujo de los recursos Régimen Subsidiado. * Solicitud a Subdirección admin. Financiera de Flujo de Recursos del Régimen Subsidiado Nación-Ente Territorial-ARS. * Solicitud a ARS informe cuentas por pagar a proveedores de servicios de salud. * Solicitud a ESES informe cuentas por cobrar ARS. Acompañamiento a Red Prestadora para conciliar y unificar información con cada ARS establecer la deuda real ARS-Red Prestadora de Servicios de Salud. * Seguimiento a ARS y Red Prestadora de Servicios de Salud, y establecer diversos mecanismos conducentes al pago de la deuda tales como cruce de cuentas, suscripción de acuerdos de pago, conciliaciones o pagos efectivos.	Subdirectora Técnica-Subdirectora admin.,y Financiera Dirección DADIS
Informe Verificación Acciones de Protección Específica, Detección Temprana y EISP.	* Visita a las ARS: * Asesorías colectivas y personalizadas con encargados de manejar la programación de estas actividades en las diferentes ARS. * Solicitud a las ARS de Presentación de Programación e Informes de ejecución de acciones de Protección Específica, Detección Temprana y EISP de acuerdo a cronograma. * Recepción, revisión y análisis de la información en referencia enviada por las ARS a la Subdirección de Salud Pública. * Asesorías colectivas y personalizadas con encargados de manejar la programación de estas actividades en las diferentes ARS. * Evaluación de Desempeño de las ARS ante estas actividades.	Subdirectora Técnica y Profesional Universitario de Subdirección de Salud Pública. Profesional Universitario de Subdirección de Salud Pública
* Retroalimentación a las ARS de evaluación de acciones de Protección Específica Detección Temprana y EISP.	* Visita a las ARS y suscripción de acta de entrega de evaluación de Verificación de Acciones de Protección Específica, Detección Temprana y EISP, permitiendo este proceso emitir señalamiento de correctivos y Plan de mejoramiento	Subdirectora Técnica y Profesional Universitario de Subdirección de Salud Pública.
* Informe de Interventoría con recomendaciones al Distrito DADIS y otras instancias.	* Retroalimentación al Ente Territorial y entrega de recomendaciones de acuerdo a los hallazgos de la evaluación a través de Informe de Interventoría.	Subdirectora Técnica
Trascripción al computador de informes, oficios, memorandos, etc.	1. Recoger el oficio en borrador 2. Transcribir a computador 3. Imprimir	Secretaria
Manejar la correspondencia recibida en la dependencia	1. Radicar el oficio 2. Hacer entrega del oficio 3. Hacer seguimiento del oficio	Secretaria
Participar en la realización de los trabajos de acuerdo a los programas establecidos por el jefe		Secretaria

Evaluación de la aplicación de políticas públicas de salud en la ciudad de Cartagena

Producto	Actividades	Responsable
Recibir las órdenes de servicio para visto bueno del auditor y posterior firma de la Subdirección Técnica	1. Recibir y radicar las órdenes de servicio 2. Entregar órdenes ya firmadas a la oficina de atención a la comunidad	Secretaria
Recibir y radicar facturación para auditoría	1. Radicar la cuenta 2. Entregar al auditor	Secretaria
Trascripción al computador de certificaciones de auditoría	1. Elaborar certificación 2. Recoger firma del auditor 3. Entregarla en financiera 4. Reparto de copias	Secretaria
Recibir, radicar, y tramitar oficios de tutelas	1. Recibir y radicar las tutelas 2. Entregar al asesor Jurídico 3. Elaborar orden de servicio si lo amerita 4. Hacer entrega de órdenes de servicio y posterior archivo de documentos	Secretaria
Acta de Comité Técnico	* Convocatoria Comité Técnico a Subdirectores y Jefes de Oficina. * Asistencia a Comité Técnico * Presentación Cronograma de Actividades y responsables * Organización de equipo de Interventoría Interna de los contratos de Administración de Recursos de Régimen Subsidiado en el Distrito de Cartagena.	Dirección DADIS y Subdirectora Técnica Dirección DADIS y Subdirectores y Jefes de Oficina. Subdirectora Técnica Subdirectora Técnica
Acta de Iniciación del contrato	Visitas a la ARS y reunión con Gerente o delegado * Definición con Gerentes del seguimiento del contrato y visitas	Subdirectora Técnica
Informe de evaluación entrega de las ARS a la Red Prestadora, base de datos afiliados y o autorización de continuidad de atención.	* Visita a la ARS * Solicitud de soporte de entrega de base de datos de los afiliados y/o autorización formal de continuidad en la atención a los mismos * Visita a Red Prestadora y verificación ídem.	Subdirectora Técnica
Informe de consolidado de carnetización de las ARS	* Entrega a la ARS de solicitud de informe de carnetización según formato SNS-4030-016 * Realizar consolidado de Informe de carnetización de las ARS.	Subdirectora Técnica
Informe a Admón. y Fin para descuento de UPC por afiliados no carnetizados.	* Envío de consolidado a la Subdir. Admón. y Fin para efectos del descuento respectivo de la UPC a partir del segundo bimestre según lo establecido en el Acuerdo 192 del CNSSS.	Subdirectora técnica
Reunión de coordinación con Gestoras PAB y Agentes Educativos	* Citación, organización y coordinación de reunión con Gestoras PAB y Agentes Educativos que desarrollan labores descentralizadamente en Gerencias Comuneras del Distrito de Cartagena.	Subdirectora Técnica
Producto intangible	* Promover y sensibilizar la participación del equipo de Gestoras PAB y Agentes Educativos que desarrollan labores en Gerencias Comuneras del Distrito de Cartagena para apoyo verificación en campo de condición de Carnetización de muestra de afiliados del Régimen Subsidiado en el Distrito de Cartagena.	Subdirectora Técnica
Informe georeferenciado de los afiliados	* Conocer a través de Administrador de Base de Datos del Régimen Subsidiado, sistema de Información de georeferenciado de los afiliados por barrios de acuerdo a comunas objeto de acción de las Gerencias Comuneras.	Técnico Subdirección de Seguridad Social
Muestra poblacional en numero objeto de estudio para cada una de las ARS.	* Determinación en asocio con la Oficina Asesora de Planeacion de población afiliada objeto de estudio en numero, mediante aplicación de formula estadística para calculo de muestra poblacional.	Subdirectora Técnica y Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación
Muestra poblacional objeto de estudio.	* Conocer a través de Administrador de Base de Datos del Régimen Subsidiado de selección aleatoria de afiliados de acuerdo al numero de la muestra calculada y al sistema de georeferenciacion de los afiliados de las distintas ARS.	Técnico Subdirección de Seguridad Social
Cronograma de Actividades Formatos de registro de actividades Formato de recolección de muestra y de registro de situaciones críticas.	* Determinar Sistema de Información, diseño de formatos de recolección de muestra, cronograma de acciones de campo y socialización de procedimientos para verificación de muestra de afiliados a las ARS.	Subdirectora Técnica
Reunión de socialización de: Cronograma de Actividades Formatos de registro de actividades Formato de recolección de muestra y de registro de situaciones críticas	* Citación, organización y coordinación de reunión con Gestoras PAB y Agentes Educativos que desarrollan labores descentralizadamente en Gerencias Comuneras del Distrito de Cartagena para la puesta en marcha del proceso.	
Informe de resultado de visitas de campo: Afiliados carnetizados ubicados, no carnetizados, Fallecidos, no ubicados, no visitados.	* Visitas de campo a afiliados de las distintas ARS para verificación de condición de carnetización (Primera Etapa)	Gestoras PAB y Agentes Educativos
Informe de resultados individuales por Gerencias Comuneras	Entrega de resultados preliminares del trabajo de campo	Gestoras PAB
Informe de resultado de I Etapa	* Consolidado de resultados preliminares por Gerencias Comuneras de visitas de campo a	Secretaria

Producto	Actividades	Responsable
Verificación de condición de carnetización de muestra de base de datos de afiliados al Régimen Subsidiado en el Distrito Cartagena.	afiliados de las distintas ARS para verificación de condición de carnetización.	
Informe al DADIS y otras instancias de resultados y recomendaciones preliminares de visitas de campo a afiliados de las distintas ARS para verificación de condición de carnetización. Evaluación de carnetización y de resultados de verificación	* Realización de Informe al Distrito DADIS y otras instancias de resultados preliminares de visitas de campo a afiliados de las distintas ARS para verificación de condición de carnetización	Subdirectora Técnica
Cronograma verificación de carnetización al Régimen Subsidiado en el Distrito de Cartagena	Diseño de Cronograma para culminar Verificación de carnetización al Régimen Subsidiado en el Distrito de Cartagena mediante la visita conjunta DADIS-ARS. * Presentación y concertación al interior de reuniones con las ARS de la Propuesta de visita conjunta DADIS-ARS para culminar verificación de carnetización a afiliados, determinando asignación de recurso humano responsable y logística.	Subdirectora Técnica
Informe de resultado de visitas de campo conjuntas (DADIS-ARS): Afiliados carnetizados ubicados, no carnetizados, Fallecidos, no ubicados, no visitados.	* Visitas de campo conjuntas (DADIS-ARS) ,domiciliarias a afiliados de las distintas ARS para verificación de condición de carnetización (Segunda Etapa)	Subdirectora Técnica 1 Agente Educativo y funcionarios ARS.
Informe de resultado de Segunda Etapa de verificación de condición de carnetización de muestra de base de datos de afiliados al Régimen Subsidiado en el Distrito Cartagena.	* Consolidado de resultados finales de segunda etapa de visitas de campo a afiliados de las distintas ARS para verificación de condición de carnetización	Secretaria
Informe al Distrito DADIS y otras instancias con sus recomendaciones de resultados finales de visitas de campo a afiliados de las distintas ARS para verificación de condición de carnetización.	* Realización de Informe al Distrito DADIS y otras instancias de resultados finales de visitas de campo a afiliados de las distintas ARS para verificación de condición de carnetización	Subdirectora Técnica
Retroalimentación a las ARS de evaluación del proceso verificación de condición de carnetización de sus afiliados.	* Visita a la ARS y suscripción de acta de entrega de evaluación del proceso de verificación de condición de carnetización de sus afiliados, permitiendo este proceso emitir señalamiento de correctivos y plan de mejoramiento	
* Informe de Interventoría con las recomendaciones al Distrito DADIS y otras instancias.	* Retroalimentación al Ente Territorial y entrega de recomendaciones de acuerdo a los hallazgos de la evaluación a través de Informe de Interventoría.	
Evaluación de Red Prestadora de Servicios de Salud y Sistema de Referencia y Contrarreferencia.	Visita a la ARS y solicitud de entrega de copia de contratos suscritos con la Red Prestadora en los niveles de atención que soporta la atención para el contrato suscrito con el Distrito DADIS. * Revisión del soporte y evaluación de contratación con Red Prestadora de primero, segundo y tercer nivel y alto costo. * Verificación si la ARS cuenta con Red registrada. * Verificación del nivel de complejidad de la Red Prestadora que garantice servicio del POSS. * Verificación que la Red cuente con condiciones de acceso favorables. * Evaluación de Sistema de Referencia y Contrarreferencia. * Evaluación de Capacidad de Oferta suficiente de la ESE Cartagena de Indias con relación a la población total del Régimen Subsidiado.	Subdirectora Técnica Profesional Universitario de Subdirección de Seguridad Social
* Retroalimentación a las ARS de evaluación de Red Prestadora y Sistema de Referencia y Contrarreferencia	* Visita a la ARS y suscripción de acta de entrega de evaluación de Red Prestadora de Servicios de Salud y Sistema de Referencia y Contrarreferencia, permitiendo este proceso emitir señalamiento de correctivos y plan de mejoramiento.	Subdirectora Técnica y Subdirectora de Seguridad Social
* Informe de Interventoría con las recomendaciones al Distrito DADIS y otras instancias.	* Retroalimentación al Ente Territorial y entrega de recomendaciones de acuerdo a los hallazgos de la evaluación a través de Informe de Interventoría.	Subdirectora Técnica

6.7.3. Subdirección de Seguridad Social

Competencia de Ley 715 de 2001		ACTIVIDADES	Responsable
Producto	Dependencia		
Autorización de servicios ambulatorios	Oficina Subdirección Técnica- DADIS- Manga	Recepción de documentos usuarios (órdenes de servicio, epícrisis, identificación, etc.) Verificación en base de datos SISBEN y ARS Evaluar pertinencia del servicio Autorización y Vo.Bo. a las órdenes de servicio	Secretaria Trabajadora Social Auditor médico DADIS Subdirectora Técnica
Auditoria Concurrente hospitalización	IPS PRIVADAS	Análisis de Historias clínicas Pertinencia de la estancia y demás servicios Emisión de informe o concepto	Auditor Médico DADIS
Auditoria de cuentas IPS Privadas	Oficina Subdirección Técnica- DADIS -Manga	Recepción de facturación de red privada Revisión de facturas pro servicios prestados de acuerdo a lo contratado por la IPS Realización de informe de auditoria Atención de respuestas dadas a glosas de parte de la IPS	Secretaria Auditor médico
Atención de quejas de usuarios		Revisión de quejas y reclamaciones consultas de los casos proyecto de respuesta a solicitud.	Secretaria Auditor médico
Atención de reclamaciones ARS y EPS		Revisión de solicitudes ARS y EPS Consultas de los casos Proyecto de respuesta a solicitud	Secretaria Auditor médico
Apoyo a jurídicos en Atención de recursos legales		Revisión de solicitud o recurso legal Consulta del caso con jurídico Emisión de informe y / o autorización del servicio	Secretaria Auditor médico Asesor Jurídico
Apoyo al Sistema de referencia y Contrarreferencia		Revisión de solicitud del servicio respectivo Consulta de la red de servicios de acuerdo al caso Autorización del servicio requerido Instrucción de elaborar orden de servicio	Secretaria Auditor médico Trabajadora Social
Recibir quejas expuestas por los usuarios	Subdirección Seguridad Social- DADIS- Sede Manga	1. Recepcionar las quejas presentadas por los usuarios. 2. Radicar las quejas recibidas en el libro de quejas y reclamos 3. Transcribir las respuestas proyectadas a las quejas recibidas 4. Enviar la respuesta de las quejas recibidas	Secretaria -Profesionales de la Unidad Subdirectora de Seguridad Social
Atención de usuarios		1. Archivar correspondencia interna y externa recibida y enviada	Secretaria
Realizar invitaciones a reuniones programadas		1. Elaborar carta de invitación a reunión; 2. atender a las entidades invitadas y 3. Elaborar acta de reunión.	Secretaria
Elaboración de documentos		1. Elaborar documentos 2. Seguimiento para la entrega oportuna de la correspondencia 3. Realización de certificaciones de prestación de servicios del personal contratado 4. Realizar seguimiento a correspondencia interna 5. Elaboración de oficios a los profesionales de la Subdirección	Secretaria
Atención de usuarios		1. Atender y orientar efectivamente al usuario 2. Recibir documentación y radicarla 3. Recibir y realizar llamadas telefónicas	Secretaria -Profesionales de la Unidad Subdirectora de Seguridad Social
Recibir documentos y correspondencia		1. Recibir y radicar los documentos u oficios 2. Transcribir respuesta proyectada de oficios 3. Enviar respuesta de correspondencia	Secretaria -Profesionales de la Unidad Subdirectora de Seguridad Social
Gestionar la prestación de los servicios de salud de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que reside en la jurisdicción mediante instituciones prestadoras de servicios públicas o privadas	Subdirección Seguridad Social- DADIS- Sede Manga	1. Organización de la Red de Prestadores de Salud del Distrito de Cartagena 2. Elaboración y actualización del Censo de Prestadores en el Distrito 3. Recepción de documentos 4. Recepción de quejas 5. Resolución de quejas	Médico 2 Enfermera Bacterióloga Químico Farmacéutico 2 Odontólogo 3
Adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar la política de Prestación de Servicios de Salud formulada por la nación		1. Capacitación a prestadores de servicios de salud 2. Asesoría para la calidad 3. Inscripción de prestadores en el Registro Único 4. Inspección, Vigilancia y control del Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad 5. Implementación del SOGC 6. Difusión de la normatividad de calidad vigente 7. Ejecución y evaluación de la Política de Prestación de los servicios de Salud.	Médico 2 Enfermera Bacterióloga Químico Farmacéutico 2 Odontólogo 3
Efectuar en su jurisdicción el registro de los prestadores públicos y privados de servicios de salud, y adelantar la vigilancia y control correspondientes	Subdirección Seguridad Social- DADIS- Sede Manga	1. Asistencia Técnica a los prestadores de servicio sobre normatividad. 2. Suministro de la información por medio magnético para el diligenciamiento de inscripción en el registro especial de Prestadores de Servicios de Salud. 3. Recepcionar el formulario debidamente diligenciado 4. Inscripción en el registro de Prestadores de Servicios de Salud 5. Enviar información mensual de la base de datos al Ministerio de Protección Social.	Médico 2 Enfermera Bacterióloga Químico Farmacéutico 2 Odontólogo 3
Información de base para elaboración del plan bienal		1. Elaboración del mapa de habilitación del Distrito de Cartagena. 2. Consolidación sobre capacidad de oferta de los prestadores de servicios de Salud. 3. Inventario de los equipos biomédicos existentes en el Distrito de Cartagena de Indias 4. Inventario de la	Médico 2 Enfermera Bacterióloga Químico Farmacéutico Odontólogo 3

Competencia de Ley 715 de 2001		ACTIVIDADES	Responsable
Producto	Dependencia		
		infraestructura física existente en el Distrito de Prestación de Servicios de Salud.	
Vigilar el cumplimiento de normas técnicas dictadas por la Nación para la construcción de obras civiles, dotaciones básicas y mantenimiento integral de IPS y de los centros de bienestar del anciano		1. Asesorar y vigilar el cumplimiento de la normatividad vigente en el plan bienal	Médico 2 Enfermera Bacterióloga Químico Farmacéutico 2 Odontólogo 3
Investigaciones preliminares y requerimientos de las peticiones de Supersalud y Ministerio de Protección Social	Subdirección Seguridad Social- DADIS	1. Realizar averiguaciones preliminares y tramitar las quejas instauradas por entes de control y comunidad en general 2. Evaluación de la veracidad de la información recopilada y proyección del concepto técnico dirigido a las instancias superiores. Seguimiento y control. Informe de novedades	Médico 2 Enfermera Bacterióloga Químico Farmacéutico 2 Odontólogo 3
Organización de los datos que soportan el proceso de liquidación de Contratos	Subdirección Seguridad Social- DADIS- Sede Manga	1. Obtener copia de los contratos a liquidar 2. Solicitar las novedades de cada contrato a Seguridad Social 3. Agrupar los datos por ARS 4. Organizar los datos por tipo de novedad y por mes	2 Profesionales especializados con experiencia en tema y un digitador.
Elaboración de tablas en Excel para registrar y contabilizar los datos de cada contrato		1. Construir el diseño del formato de tabla en Excel con fórmulas, que servirá para ingresar los datos y novedades de cada contrato a liquidar (una por cada contrato)	2 Profesionales especializados con experiencia en tema y un digitador.
Elaboración de actas para consolidar y legalizar cada liquidación de contrato.		1. Construir el diseño de acta que se utilizará para compilar la información registrada en los formatos. 2. Inclusión en el acta de las consideraciones estipuladas en cada contrato a liquidar	2 Profesionales especializados con experiencia en tema y un digitador.
Alimentación de tablas y actas de liquidación		1. Incluir los nacimientos presentados en cada contrato. 2. Incluir los fallecimientos reportados en cada contrato 3. Registrar las pérdidas de Calidad de Afiliado de cada contrato 4. Registrar las multifiliaciones detectadas.	2 Profesionales especializados con experiencia en tema y un digitador.
Revisión y verificación de datos		1. Asegurar la fiabilidad de las fórmulas y su interrelación con los totales. 2. Verificar los valores de las UPC-S y sus descuentos	2 Profesionales especializados con experiencia en tema y un digitador.
Citación a los representantes de las ARS		1. Oficiar a cada ARS solicitando el nombre del o de los funcionarios encargados de liderar el proceso de Liquidación de Contratos 2. Solicitar a los representantes de las ARS disponer de los soportes necesarios para cotejar la información	2 Profesionales especializados con experiencia en tema y un digitador.
Concertación de datos con los representantes de las ARS	Subdirección Seguridad Social- DADIS- Sede Manga	1. Recibir a los funcionarios de las ARS que lideraran el proceso de liquidación 2. Solicitarles los consolidados de novedades 3. Presentarles y explicarles las diferencias presentadas con la liquidación en caso de presentarse 4. Concertar previa autorización de la Dirección o Subdirección del DADIS las diferencias con el Contratista.	2 Profesionales especializados con experiencia en tema y un digitador.
Impresión de tablas y Actas definitivas por cada contrato a liquidar		1. Revisar los cambios realizados durante el procedimiento de concertación de datos y verificar los subtotales y totales con los datos base de cada contrato. Imprimir las tablas y actas de liquidación de cada contrato.	2 Profesionales especializados con experiencia en tema y un digitador.
Recolección de firmas de los contratistas y contratantes		1. Oficiar a las ARS y solicitarles la firma del representante legal 2. Recoger las firmas y V°B° de Asesor jurídico, Subdirector/a Administrativo y Financiera, Subdirector/a Seguridad Social y Director del DADIS	2 Profesionales especializados con experiencia en tema y un digitador.
Presentación de Informes a la Dirección y Subdirección del DADIS		1. Elaborar informe al terminar cada procedimiento del proceso en mención o ante la solicitud de la Dirección o Subdirección de Seguridad Social del DADIS. Presentar informe	2 Profesionales especializados con experiencia en tema y un digitador.
Remisión consolidado a la Subdirección Administrativa y Financiera		1. Enviar a la Subdirección Administrativa y Financiera del DADIS, los consolidados de los datos financieros de cada contrato para su revisión aprobación y cancelación o presentación de cuenta de cobro según indique el resultado.	2 Profesionales especializados con experiencia en tema y un digitador.
Remisión a la Superintendencia Nacional de Salud del proceso de liquidación	Subdirección Seguridad Social- DADIS- Sede Manga	1. En conjunto con la Subdirección Administrativa y Financiera diligenciar el formato requerido por la Superintendencia Nacional de Salud. 2. Remitir a la superintendencia Nacional de Salud previa autorización de la Dirección del DADIS el formato con la información en mención.	2 Profesionales especializados con experiencia en tema y un digitador.
Archivo de actas y tablas de		1. Asegurar y archivar copia de las tablas y acta de cada contrato	2 Profesionales

Competencia de Ley 715 de 2001		ACTIVIDADES	Responsable
Producto	Dependencia		
contratos liquidados		liquidado.	especializados con experiencia en tema y un digitador.
Satisfacción del Usuario	Subdirección Seguridad Social- DADIS- Sede Manga	1. Atención al público, orientación y asesoría relacionada con el SGSSS.	Médico
Control financiero		1. Interventoría relacionada con contratación IPS Públicas y privadas.	Médico
Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad Portuaria		1. Actividades de Sanidad Portuaria, tales como: Visitas a vehículo en terminales de transporte marítimo, fluvial, terrestre y aéreo, expedición de libretas de embarque, atención a enfermos en terminales portuarios. Charlas educativas, conferencias y capacitación a profesionales de la salud, técnicos y personal de terminales portuarios.	Médico
Vigilancia y control de la calidad de la atención		1. Investigaciones a IPS, ese, ARS, relacionado con queja de los usuarios. 2. Asesorías en ETS/VIH/SIDA/, Riesgos profesionales, Aseguramiento.	Médico
Ingreso de Novedades	Oficina Asesora de Planeación DADIS- Manga	1. Validación archivo plano de novedades (Nacimientos y Fallecidos) 2. Imprimir informe del archivo plano 3. Se envía para revisión en medio físico y magnético. Se realizan correcciones si son necesarias 5. Se hace el ingreso o egreso en la base datos Régimen Subsidiado.	Técnico en Sistemas
Atención al usuario		1. Verificación de datos 2. Correcciones necesarias 3. Suministro de información	Técnico en Sistemas
Egreso de multifiliaciones		1. Búsqueda de multifiliados mediante proceso informático 2. Verificación de multifiliación 3. Eliminación de la multifiliación 4. Informe a las ARS	Técnico en Sistemas
Egreso de fallecidos		1. Cruce de Base de Datos Régimen Subsidiado y certificaciones de fallecidos 2. Verificación de los datos del fallecido 3. Egreso del fallecido 4. Informe a la ARS	Técnico en Sistemas
Actualización de SISBEN		1. Recibo por parte de Planeación Distrital de base de datos del SISBEN actualizada cada 18 días promedio. 2. Actualización de la base de datos de acuerdo estructura res. 890 de 2002 3. Colocar a disposición para consulta del DADIS y prestadores	Técnico en Sistemas
Corrección de datos Régimen Subsidiado		1. Recepción de documentos para actualizar 2. Verificación de datos 3. Actualización de datos 4. Devolución de documentos si es necesario 5. Entrega de BD actualizada a las ARS	Técnico en Sistemas
Entrega de base de datos a Seccional de Salud	Oficina Asesora de Planeación DADIS- Manga	1. Revisión de BD de acuerdo a la estructura de la Resolución 890 de Minprotección Social 2. Entrega a Seccional de Salud de BD. 3. Correcciones si es necesario.	Técnico en Sistemas
Administración de la Red Local		1. Coordinar procesos con funcionarios del PNUD. 2. Control de los puntos de seguridad 3. Responsable del funcionamiento del servidor 4. Verificación del buen funcionamiento de la red. 5. Verificar los requerimientos tecnológicos necesarios 6. Soporte Técnico	Técnico en Sistemas Funcionario enlace PNUD
Certificación interventorías		1. Recibir y revisar contratos 2. Visitar al contratista 3. Recibir y revisar informes de auditoría 4. Realizar informe de Interventoría	Secretaria Auditor Equipo de Subdirección Administrativa y Financiera DADIS. Médico DADIS
Planes de contingencia		1. Revisar normatividad que aplica 2. Revisar la red prestadora 3. Reunión con IPS 4. Capacitar funcionarios de urgencias 5. Recibir, revisar y auditar planes de contingencia	Secretaria Auditores, Grupo de Calidad Equipo de Subdirección Administrativa y Financiera DADIS Médico DADIS
Informe de quejas		1. Recibir y revisar quejas. 2. Revisar normatividad vigente 3. Programar visitas IPS y EPS en relación 4. Citar al usuario y tomar y redactar informe	Secretaria Médico DADIS
Capacitar funcionarios de Urgencias de las IPS	1. Recibir y revisar protocolos de urgencias 2. Citar a los funcionarios, reservar salón 3. Realizar conferencia.	Secretaria Médico DADIS	
Proyectos de urgencias		1. Solicitar estadísticas servicio de urgencias 2. Revisar estadísticas de morbimortalidad 3. Revisar dotación sobre servicios de urgencias 4. Hacer gestión para financiación	P. Universitario Planeación Médico DADIS

6.7.4. Oficina de atención a la comunidad

Producto	Dependencia	Actividades	Responsable
Atención a la población pobre y vulnerable en el DADIS y cada una de las localidades	Of. Participación Social DADIS Alcaldía Menor de la Localidad u oficina del PAB en cada zona Lugar de residencia del paciente	Información y orientación sobre los servicios de salud en el Distrito Derechos y Deberes en el SGSSS. Recepción de solicitud órdenes de servicios y revisión documentos soportes. Verificación en la base de datos del SISBEN- Subsidiado y R. Contributivo. Llevar órdenes para su auditoria. Elaboración de la orden de servicio 6. Recoger la orden después de la respectiva firma. Entrega de orden al usuario	Trabajadora social
Impulso a la participación social		1. Asesoría Técnica a las ESES, IPS, ARS y EPS para conformación de las asociaciones de usuarios Conformación veedurías en Salud PAB y SISBEN. Conformación de los comités de Participación comunitarias (COPACOS) 4. Capacitación a los ASODEUS 5. Asistencia al cabildo afiliaciones	
Apoyo en el proceso de ampliación de cobertura R. Subsidiado		1. Recepción de documentos a las familias de niveles 1 y 2 con personas vulnerables. Verificación en la base de datos Elaboración de la base de datos de priorizados potenciales beneficiarios del R. Subsidiado. Publicación en listados en IPS públicas, localidad respectiva y Socialización a líderes comunitarios. Asistencia al cabildo.	
Encuestas Socio-económicas (Visitas realizadas a pacientes no sisbenizados con enfermedades de alto costo, embarazadas)		Se verifica por lo menos 2 años de residencia en Cartagena, que no este sisbenizado en otro municipio. Verificar estado pobreza realizando el cuestionario que aplica. Solicitud de soportes. Resumen Clínico. Certificado de vecindad firmado por el inspector de policía. Fotocopia documento identificación, recibo de servicio público de residencia.	

6.7.5. Subdirección Administrativa y Financiera

Producto	Actividades	Responsable
Solicitud de Disponibilidad presupuestal	1. Recepción del requerimiento 2. Ubicar en el presupuesto el gasto solicitado 3. Constatar en el Plan de inversiones el requerimiento 4. Verificación de saldos presupuestales. 5. Elaboración del formato para la solicitud 6. Vo Bo del Subdirector Administrativo 7. Firma Autorizada Director 8. Firma Autorizada Planeación 9. Elaboración de la Disponibilidad por Secretaria de Hacienda 10. Recepción y entrega de Documento	Subdirector Adm. Y Fin.
Solicitud de Registro Presupuestal	1. Recepción de la Disponibilidad con el Acto Administrativo 2. Verificar que la disponibilidad soporte y el contrato cumplan los requisitos de Ley 3. Diligenciamiento del formato de solicitud de registro presupuestal. 4. Elaboración por la Secretaria de Hacienda del Registro Presupuestal 5. recepción y entrega del Registro presupuestal elaborado.	
Registro de los ingresos en la ejecución	1- Revisión de los libros de Bancos 2. Registrar los movimientos de ingresos realizados durante cada mes en la ejecución de ingresos 3 Verificar que los recursos presupuestados correspondan a los efectivamente recaudados 4. Consolidar con la ejecución de la Alcaldía Distrital	
Elaboración de los proyectos de modificación del presupuesto de ingresos y gastos (Decretos, Acuerdos de Traslados, adición, Reducción etc.)	1- Revisión de los documentos soportes de la modificación 2. Preparar de acuerdo a las normas presupuestales el proyecto de modificación del presupuesto 3 Vo. Bo. Sub. Administrativa 4. Vo. Bo. Director 5 Firma Autorizada Secretario de Planeación 6. Firma autorizada Secretario de Hacienda 7. Firma Autorizada Alcalde	Subdirector Adm. Y Fin.
Elaboración de informe Trimestral de flujo de Transferencia a la Supersalud	1- Consolidación de la información de ingresos de Tesorería 2. Consolidación de la información Estadística - de Planeación 3 Consolidación de la información régimen Subsidiado Seguridad Social 4. Consolidación de la información contractual (IPS, PAB) 7. Procesamiento de la información presupuestal 6. Diligenciamiento de los formatos	* Oficina Asesora de Planeación * Subdirección de Seguridad Social * Subdirección de Salud Publica
Elaboración de informe Anual de Rendición de Cuentas a la Contraloría General de la	1- Consolidación de la información de ingresos de tesorería 2. Consolidación de la información Estadística - de Planeación 3 Consolidación de la información régimen Subsidiado Seguridad Social 4. Consolidación de la información contractual (IPS, PAB) 7. Procesamiento de la	* Oficina Asesora de Planeación * Subdirección de

Producto	Actividades	Responsable
Nación	información presupuestal 6. Diligenciamiento de los formatos	Seguridad Social * Subdirección de Salud Publica
Elaboración de Cuentas por pagar, reserva presupuestal, preparación de la proyección del plan financiero y proyecto de presupuesto de ingresos y gastos del DADIS	1- Consolidación de la información de ingresos de tesorería 2. Consolidación de la información Estadística - de Planeación 3 Consolidación de la información régimen Subsidiado Seguridad Social 4. Consolidación de la información contractual (IPS, PAB) 7. Procesamiento de la información presupuestal 6. Diligenciamiento de los formatos	* Oficina Asesora de Planeación * Subdirección de Seguridad Social * Subdirección de Salud Publica
Elaboración de la Planilla de Pago	1.Recibir las Cuentas 2.Revisión de los Documentos Soportes Planillas 3.Llevar Historia de cada Beneficiario 4.Elaboración de la Planilla de Pago 5.Certificar Pagos Vigencias Anteriores 6.Contabilizar las Planillas de Pagos 7.Revisar las Planilla de Pagos 8. Vobo. 9.Vobo, relación planilla a Tesorería	Técnico Profesional Universitario Profesional Universitario Subdirector/a Adm. y Fin.
Custodia de la Facturación a Pagar	1.Recibir la Facturación 2.Enviarla en Relación para su auditoria 3.Auditada 4. Vobo. 5.Envió a Subdirección Administrativa y Financiera 6.Recibida la Facturación auditada 7.Entregada para verificar contrato y planillas	Secretaria Secretaria Auditor Secretaria Profesional Universitario Técnico
Cierre de Cuentas por Pagar	1. Reunir todas las cuentas pendientes para el cierre anual de cuentas por pagar. 2. Presentar el cierre a Tesorería Distrital. 3. Vo. Bo.	Técnico Subdirector/a Adm. y Fin.
Archivo y recepción de documentos, custodia de contratos realizados con la red de salud pública y privada. Elaborar y enviar correspondencia.	1.Recepción y archivo de documentos 2. Custodia de contratos realizados entre el DADIS y la red de salud publica y privada 3. Atención del personal vinculado para el desarrollo de las acciones de Promoción y Prevención. 4. Informar a las distintas IPS de la existencia de contratos para su legalización, 5. Ejecución e Interventoría. 6. Realizar las actividades encomendadas por la subdirectora administrativa y financiera	Subdirectora administrativa y financiera, asesor jurídico externo, personal contratado mediante los diferentes programas a ejecutar, personal asignado a la subdirección administrativa y financiera.
Garantizar la prestación de servicios de salud de la Población Pobre y Vulnerable.	Asesoramiento en la aplicación y cumplimiento de las normas legales que regulan el sistema de S. S: en salud, Ley 715 -2001, Ley 100 de 1993, Normas Sanitarias.	Subdirectora administrativa y financiera, subdirector salud publica, técnico subdirección administrativa y financiera.
Ejecución Proyectos de Plan de Atención Básica (Contratación).	Contratación Estatal. Ley 80 de 1993 - Decreto 2170/2002 y demás Decretos Reglamentarios.	
Vigilancia y Control en Salud Pública (Medicamentos, Alimentos, Vectores, Zoonosis etc.	Revisión y Elaboración y Firma de Minutas, Procesos de Contratación Directa. Asistencia a Comités Técnicos cuando así lo determine la Dirección. Asesoramiento Subdirección Administrativa, en todos los procesos que allí se surten, al igual en otras dependencias. Elaboración y Revisión Resoluciones u otro Acto Administrativo. Revisión y Firmas liquidación de Contratos Administrativos.	
1. Revisión de las planillas de pago	1. Revisión de los documentos Soportes 2. Revisión de la Planilla de Pago 3. Revisión de la Orden de Pago 4. Vo Bo	Secretaria Profesional Universitario Técnico Profesional Universitario Subdirector/a Adm. y Fin
2. Liquidación de los		Técnico

Producto	Actividades	Responsable
contratos con IPS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboración de Relación de Pagos 2. Revisión de los documentos Soportes 3. Elaboración del Acta de Liquidación 4. Vo Bo 	Auditores Interventores Subdirector/a Adm. y Fin.
3. Recepción de las auditorías medicas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recepción de la Documentación 2. Verificación de la Información 3. Remisión al Interventor 	Secretaria Auditores Interventores Secretaria
4. Recepción de las interventorías	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recepción de la Documentación 2. Verificación de la Información 3. Remisión al Técnico 	Interventores Técnico
5. Cuentas por pagar ARS a IPS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recepción de la Documentación 2. Verificación de la Información 3. Elaboración de cuadros por antigüedad 	Subdirector/a técnica.
1. Coordinar y orientar el manejo presupuestal, financiero y contable del DADIS	Del presupuesto: <ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisar la expedición de la Disponibilidad y el registro presupuestal. 2. Supervisar el Plan de Inversiones. 3. Vo Bo, en todos los requerimientos 4. Supervisar la Rendición de Informes de transferencias a la Supersalud y la Contraloría general de la Republica 5. Remisión de Documentos al Director CONTABLES: <ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisar la contabilización de los Ingresos y Egresos 2. Supervisar la Rendición de Informes 3. Vo Bo FINANCIERAS: <ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisar el proceso de Pagos 2. Vo Bo Planillas de Pago 3. Vo Bo Orden de Pago 4. Remisión de Documentos al Director 5. Supervisar las Cuentas por Pagar para el cierre de Tesorería 	Profesional Universitario Asesora jurídica Técnico Profesional Universitario Auditores Interventores
2. Coordinar lo relativo a la administración de personal.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisar el proceso de Contratación 2. Revisar los perfiles del personal a contratar 3. Revisión de las Minutas. 4. Revisión de los Actos Administrativos 5. Vigilar y Controlar el personal contratado del DADIS, en las áreas, de vigilancia, servicios generales y mensajería 6. Vo Bo 7. Remisión de Documentos al Director 8. Vigilar la Suscripción del acto Administrativo 	Director DADIS Subdirectores Asesora Jurídica
3. Elaborar el plan anual de compras	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recepción de los Requerimientos de cada dependencia. 2. Verificación de la Información 3. Elaboración del Plan de Compras. 4. Vo Bo 5. Remisión de Documentos al Director 6. Supervisar Elaboración de la Orden de Compra 7. Remisión Orden de Compra 8. Supervisar Recibo de Mercancías 9. Enviar Compra a cada Dependencia 	Subdirectores Asesora Jurídica Almacenista Técnico Profesional Universitario
4. Coordinar lo relacionado con los servicios generales del DADIS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisar los servicios de vigilancia 2. Supervisar los servicios de Aseo 3. Coordinar con la Oficina de Apoyo Logístico de la Alcaldía. 4. Coordinar la presentación Física de las Oficinas, Reparaciones Locativa, Instalaciones Eléctricas, Telefónicas etc. 	Vigilantes Aseadoras Apoyo Logístico Técnico almacén
5. Suministrar y velar por los bienes muebles, equipos, papelería que requieren cada una de las dependencias.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recepción de los Requerimientos de cada dependencia. 2. Verificación de la Información 3. Supervisar Elaboración de la Orden de Servicio 4. Vo Bo 5. Remisión de Documentos al Director 6. Remisión Orden de Servicio 7. Supervisar Recibo de Mercancías 8. Enviar Compra a cada Dependencia 	Subdirectores Asesora Jurídica Almacenista Profesional Universitario profesional Universitario Técnico
6. Mantener las líneas de coordinación al interior de la administración del DADIS y la administración Distrital	<ol style="list-style-type: none"> 1. Interactuar para el cumplimiento de las metas y fines específicos de la Administración Central. 2. Coordinar el sistema de archivo y concatenarlo con el sistema general de archivo de la 	Subdirector Administrativa y Financiera

Producto	Actividades	Responsable
	Administración Distrital.	
7. Supervisar y coordinar el proceso de contratación directa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coordinar todas las acciones del Proceso de contratación directa para suministro de insumos y bienes y servicios desde la publicación en pagina WEB, hasta la selección de los proponentes en cumplimiento de las normas de contratación. 2. Supervisar las Invitaciones de los proponentes 3. Supervisar las cotizaciones y/o propuestas económicas 4. Supervisar las evaluaciones de las cotizaciones y/o propuestas económicas 5. Supervisar la Selección de la mejor cotización y/o propuesta 6. Vobo 7. Remisión de Documentos al Director 	Asesora Jurídica Subdirectores
8. Supervisión y coordinación del proceso de contratación del servicio de salud	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisar que el proceso de contratación de los servicios de salud se ajusten a las Normas Legales. 2. Coordinar la elaboración de las minutas de los contratos de servicios de salud 3. Supervisar y coordinar la custodia de los expedientes de la contratación de los servicios de salud 4. Mantener relación con las IPS Prestadoras de Salud, para controlar que existan contratos vigentes para la prestación de servicios requeridos por los usuarios 	Asesora Jurídica Subdirectores
1. Llevar la contabilidad y los auxiliares del Departamento Administrativo Distrital de Salud de acuerdo con las normas vigentes que rigen en el plan general de contabilidad publica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Digitar y causar los Ingresos 2. Digitar y causar los Egresos 3. Digitar y causar las Compras 4. Digitar las notas debitos y créditos 5. Conciliación de las cuentas de Bancos 6. Digitar y generar las depreciaciones 7. Digitar y generar los ajustes correspondientes 8. Digitar las cuentas por Pagar 9. Llevar los registros financieros y contables atendiendo las normas y disposiciones en materia fiscal 10. Asesorar y supervisar lo relacionado con la aplicación de las normas sobre contabilidad general que deban cumplir las instituciones y organismos del subsector oficial prestadoras de servicios de salud y unidades ejecutoras en el ámbito Distrital. 	Secretaria profesional Universitario Técnico Técnico Subdirectora Adm. y Finan.
2. Rendir informes financieros que le sean solicitado por la secretaria de Hacienda, tesorería Distrital, Ministerio de Protección Social Superintendencia de salud, control interno y contraloría Distrital por conducto del jefe de subdirección financiera de la institución	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboración del balance de comprobación 2. Elaboración del balance general 3. Elaboración del estado de resultado 4. Elaboración de las notas al balance general 5. Elaboración del estado de cambio en el patrimonio 6. Elaboración de informes a los entes de control 7. Elaboración del informe trimestral a la Alcaldía Distrital 8. Elaboración de los libros oficiales 9. Elaboración de Libros Auxiliares 	Técnico Secretaria Técnico Subdirectora Adm. y Fin. Profesional Universitario
1. Recibo y custodia de los suministros bienes, útiles de oficina y de todos los devolutivos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recibir la mercancía en el almacén y elaborar un comprobante de ingreso, 2. Entregar la mercancía y elaborar un comprobante de egreso, 3. Entregar el Inventario de almacén valorizado cuando le sea requerido 	Secretaria Profesional Universitario Técnico Técnico
2. Custodia de los soportes de la facturación de los servicios prestados	<ol style="list-style-type: none"> 1, Mantener organizado el archivo de las facturas canceladas 2. Mantener organizado los libros empastados de las planillas con su identificación 	Técnico Profesional Universitario Profesional Universitario Subdirectora Adm. Y Fin.
3. Atender las acciones de los servicios generales del DADIS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisar el mantenimiento de los equipos, muebles, infraestructura física y locativa y vehiculos 	personal servicios generales

Capítulo 7. GESTIÓN DEL DADIS 2005 2006

Veamos en lo que resultó la gestión del año 2005 para hacernos una idea de lo que se logró y lo que quedó faltando:

7.1. ACCIONES Y RESULTADOS: CUALITATIVOS - CUANTITATIVOS

7.1.1. *Cómo opera el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Cartagena*

FUNCION	ENTE	POBLACION OBJETO	CAPACIDAD INSTALADA
DIRIGIGE COORDINA, GARANTIZA SERVICIOS, VIGILA Y CONTROLA	Alcaldía - DADIS	703.931	Una sede central, una subsede y 4 Sitios de Autorización
ADMINISTRA SUBSIDIOS Y AFILIACIONES, GARANTIZA SERVICIOS	EPS – ARS (12)	261.164 subsidiados 26.676 contributivo	Sedes centrales, subsedes y sitios de Autorización
ORIENTA REFRENCIA Y CONTRAREFFERENCIA	cru	Aproximadamente 2.000.000 Cartagena y Bolívar	Sede central
PRESTAN SERVICIOS DE ATENCION EN SALUD	IPS : publicas y privadas 1.840	Aproximadamente 2.000.000 Cartagena y Bolívar	1.923
VIGILAN Y CONTROLAN ACTORES DEL SISTEMA	Superintendencia Nacional de Salud y red de controladores	100%	sedes locales
OBJETO DE ASEGURAMIENTO Y ATENCIONES EN SALUD	habitantes de cartagena	1.058.035	barrios, comunas y corregimientos

7.1.2. *Población objeto*

Tabla 2. Clasificación de la población objeto de atención en salud en el distrito de Cartagena año 2.006

CATEGORIA	PERSONAS	%
TOTAL SISBENZADOS	703.931	66.53
RÉGIMEN SUBSIDIADO PLENOS	211.164	19.95
RÉGIMEN SUBSIDIADO PARCIAL	50.000	4.27
NO ASEGURADOS	442.767	41.84
SISBEN 4	157	0.02
SISBEN 5	26	0.0
RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	26.676	2.52
RÉGIMEN ESPECIAL	205	0.019
NO SISBENZADOS	354.104	33.46
TOTAL	1.058.035	100%

Ilustración 3. Pirámide poblacional Cartagena 2005

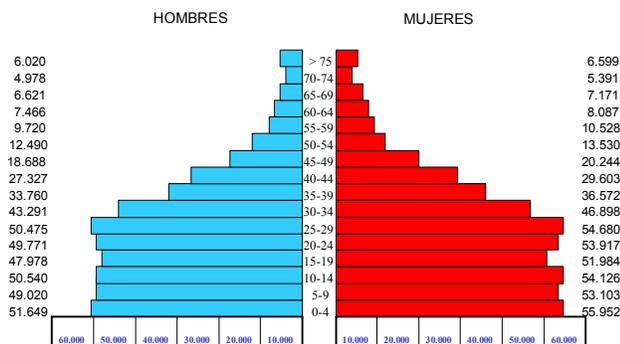


Tabla 3. Población objeto de atención en salud con recursos de oferta

CATEGORÍA	PERSONAS	SERVICIOS	FUENTES
RÉGIMEN SUBSIDIADO PLENOS	211.164	NO incluidos en el POSS	Sistema General de Participaciones, Recursos de ETESA y Recursos de Esfuerzo Propio.
RÉGIMEN SUBSIDIADO PARCIAL	50.000	NO incluidos en el POSS	
NO ASEGURADOS	442.767	Portafolio de oferta vinculado	
TOTAL	703.931		

7.1.3. Costos comparativos del sistema de salud en Cartagena 2004 – 2006

FUENTE	2004	2005	2006
SGP 1º NIVEL	11,491,222,475	11,103,040,264	11,571,977,531
SGP 2,3,4º NIVEL	6,738,862,160	17,627,696,721	16,293,729,642
SUBTOTAL	28,230,084,635	28,730,736,985	27,865,707,173
REGALÍAS	7,593,653,478	7,493,163,836	
ETESA	2,306,024,614	1,815,255,555	1,543,500,000
R. ORDINARIOS			2,514,805,625
RENDIMIENTOS FINANCIEROS	537,562,651	1,553,746,430	
DEFINITIVO COMPROMETIDO	38,667,325,378	34,592,902,806	31,924,012,798
EJECUTADO	34,275,383,859	34,437,584,386	
SALDO SIN ASIGNAR	4,391,941,519	155,318,420	
DÉFICIT AÑO *	4,415,646,023	14,220,280,923	?

* Cuentas sin respaldo presupuestal, para 2006 se proyecta un déficit de más de 24 mil millones.

7.1.4. Evaluación de la competencia de dirección:

I. Dirección: Ley 715 2.001 Artículo 43.1.6. Adoptar, implementar, administrar y coordinar la operación en su territorio del sistema integral de información en salud, así como generar y reportar la información requerida por el Sistema.

7.1.5. Estado inicial:

Las funciones generales de la Dirección Distrital de Salud, definidas en el Acuerdo 008 del 2001, y el Decreto 0418 del 29 de junio de 2001, evaluadas a la luz de la nueva ley de competencias y recursos Ley 715 de diciembre 21 del 2.001, al inicio de la administración no estaban acordes con las competencias a cumplir como Distrito.

7.1.6. Acciones:

El diagnóstico institucional del DADIS permite concluir lo siguiente:

La estructura actual asumida por la Dirección Distrital de Salud de Cartagena mediante el Acuerdo 008 del 2001, y el Decreto 0418 del 29 de junio de 2001, no es adecuada, consecuente con el cambio normativo generado por la Ley 715 del 2.001, la misma no es flexible y no permite el tratamiento específico y especializado de las competencias definidas en la Ley, según la afinidad de estructura asume las competencia y no previene la duplicidad de funciones.

Algunas competencias legales o generadas por las políticas del orden nacional no se cumplen adecuadamente por carencia de talento humano por lo que a la descripción de las competencias actuales establecidas, se precisa adicionarle funciones y la especificidad que generó la Ley 715 del 2.001.

La ubicación del recursos humano establecido mediante el Plan de cargos actual no se ajusta totalmente a la realidad operativa de la entidad. Hay operando funcionarios en Subdirecciones diferentes a las definidas en su nombramiento, no acorde con el manual de cargos y funciones.

Hace falta incorporar al Plan de cargos nuevos empleos, para efectos de dar estabilidad, eficiencia y eficacia a programas de trascendencia como el de PAI, Garantía de la Calidad. Vigilancia y Control al flujo de recursos del sistema general de participaciones, y garantizar las metas del Plan de Desarrollo entre otros.

Se observa rutinización de funciones e inadecuada coordinación interdependencias.

7.1.7. Ajustes en el funcionamiento del DADIS:

Aún cuando se puso a consideración de la administración un proyecto de reestructuración del DADIS, este finalmente no se implemento, de tal forma que se ha hecho una adaptación operativa de las dependencias a la Ley 715 de 2.001

7.1.8. Propuesta de ajustes a la Misión Institucional del DADIS:

MISIÓN: La Misión del Departamento Administrativo Distrital de Salud DADIS, es propender por el incremento en el nivel de salud y de la calidad de vida de la población del Distrito, mediante la planeación, dirección, coordinación, vigilancia y control de las competencias de Ley en la materia, utilizando procesos según los niveles de complejidad, fomentando la participación de la comunidad, el aseguramiento, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, El control de los factores de riesgos que afectan la salud humana, el acceso al tratamiento y rehabilitación de la población pobre y vulnerable, con oportunidad, eficiencia y calidad.

7.1.9. Propuesta de ajustes al objetivo general de entidad:

El objetivo general del Departamento Administrativo Distrital de Salud DADIS, es dirigir, orientar, regular, vigilar y controlar el Sistema de Seguridad Social en salud en el Distrito de Cartagena, bajo una organización y gestión desconcentrada del sector, que permita cumplir con los principios consagrados en la Constitución Política y los propios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, creando condiciones de acceso de toda la población a los servicios de salud en todos los niveles de atención y complejidad.

Entre otras acciones realizadas durante finales del año 2005 y comienzos de 2006, encontramos:

Motivación y acompañamiento técnico PERMANENTE al recurso humano de las diferentes dependencias mediante el apoyo por expertos en salud, apoyo espiritual y un equipo de jurídicos, para que asumieran de manera más integral el papel de funcionarios publico y la MISIÓN institucional.

Mejoramiento y ampliación de la parte física de las dependencias de Manga: Mantenimiento y Pintura general de la sede en Manga, ampliación y Adecuación de la Subdirección de Seguridad Social, Subdirección Financiera y Administrativa, Oficina Asesora de Planeacion y Dirección.

Adquisición de 18 nuevos equipos de computación.

Desconcentración de Funciones: a Nivel de las Subdirecciones y de las Autorizaciones de servicios en las 3 localidades además de la sede del DADIS.

Fortalecimiento del componente de oferta en **el componente de auditoria** tanto a nivel de las IPS públicas como IPS privadas.

Adquisición y operación del sistema de radio teléfono para monitoreo permanente de la oferta de servicios, por el equipo auditor.

Adquisición de software para validar RIPS, sistemas contables, epidemiología, etc.

Implementación de la **estrategia de gestión por resultados** y seguimiento semanal al cumplimiento de funciones en Comités técnicos.

Especialización por competencias: Se asigno a cada Subdirección una competencia Misional de la Seguridad social en salud, aumentando el recurso humano y la parte logística:

Se reasignaron los procesos operativos según competencias y funciones al recurso humano por dependencias, quedando de la siguiente manera:

Procesos operativos de la Oficina Asesora de Planeación

1. Coordinación de la planeación estratégica y operativa
2. Seguimiento a los planes, programas y proyectos
3. Análisis y consolidación de la información del sector salud y generación de boletines periódicos
4. Atención, coordinación y seguimiento a los requerimientos de información desde el nivel nacional y los organismos de control
5. Coordinación seguimiento a la operativización del Sistema Integral de información
6. Monitoreo al uso de los recursos en la entidad.
7. Montaje, coordinación y seguimiento al Sistema de Control Interno de la entidad
8. Asesoría y apoyo para la elaboración de los proyectos del Sector, e inclusión en el Banco de P.

Procesos operativos de la Subdirección de Seguridad Social en Salud

1. Coordinación, programación, seguimiento y operativización del Aseguramiento al régimen subsidiado
2. Seguimiento y control al régimen Contributivo
3. Diseño de estrategias de seguimiento para ambos regímenes
4. Operativización y actualización de base de datos de la población objeto
5. Registro y actualización de novedades
6. Evaluación y seguimiento al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad
7. Seguimiento y control al flujo de recursos del sector salud
8. Seguimiento y control a los Regímenes Subsidiado y Contributivo

9. Seguimiento y Control a los factores de riesgos laborales

10. Implementación y Desarrollo de la red de controladores

11. Seguimiento al funcionamiento de las asociaciones de usuarios, comités de participación comunitaria y veedurías ciudadanas

10. Control a los presupuestos de la ESE Distrital

11. Seguimiento y control al cumplimiento de la contratación de oferta y a los recursos de Promoción y prevención referente al 4.01

12. Control a los presupuestos de la ESE Distrital

13. Seguimiento y control al cumplimiento de la contratación de oferta y a los recursos de Promoción y prevención referente al 4.01

14. Interventoría del régimen Subsidiado

Procesos operativos de la Subdirección Técnica

1. Coordinación y programación de la contratación de los servicios asistenciales en salud en los diferentes niveles de atención

2. Seguimiento a la contratación de los servicios de oferta, auditoria concurrente, y de cuentas

3. Generación de estadísticas e indicadores de morbimortalidad.

4. Coordinación de los comités de calidad.

5. Coordinación de la referencia y contrarreferencia.

6. Regulación de la oferta de servicios

7. Interventoría de los contratos

8. Coordinación y puesta en marcha del sistema de autorizaciones de servicios

Procesos operativos de la Subdirección de Salud Publica

1. Desarrollo e implementación directa o por terceros de acciones de promoción de la salud, mediante la puesta en marcha de los planes y programas definidos por el Ministerio del Ramo y el Consejo territorial de Seguridad Social en Salud Distrital

2. Generación de acciones y estrategias de prevención en Salud y control epidemiológico de la enfermedad

3. Desarrollo de Acciones de Control de factores nocivos para salud en el ambiente.

4. Desarrollo de Acciones de Control de factores nocivos para salud en alimentos

5. Desarrollo de Acciones de Control de factores nocivos para salud en medicamentos

6. Control de Zoonosis

7. control de vectores.

Procesos operativos de la Subdirección Financiera y Administrativa:

1. Elaboración del presupuesto de la entidad.
2. Solicitud de las disponibilidades presupuestales
3. Coordinación de los procesos de contratación del Recurso Humano.
4. Enlace de los programas de bienestar social
5. Puesta en marcha de los planes de compra
6. Reporte de necesidades de Recurso Humano
7. Tramitación y manejo de cuentas
8. Coordinación del apoyo logístico a las acciones misionales de las demás Subdirecciones y dependencias

A pesar de estos ajustes, aún persiste la necesidad de reestructurar al DADIS y fortalecerlo con un equipo humano técnico de altas calidades.

7.1.10. Evaluación de la competencia de Aseguramiento

Ley 715 2.001 Artículo 43.4. De Aseguramiento de la Población al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Ley 715 2.001 Artículo 43.4.1. Ejercer en su jurisdicción la vigilancia y el control del aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y en los regímenes de excepción definidos en la Ley 100 de 1993.

En cuanto a mantener y aumentar la cobertura del régimen subsidiado:

1. Se hizo depuración y mantenimiento permanente de las bases de datos del régimen subsidiado y de la del SIBEN que operamos para servicios de salud.
2. Se liquidó el 100% de los contratos de aseguramiento con las 12 ARS que operan en el distrito.
3. Se logró el giro directo de los recursos Ministerio - ARS y se mantiene al día el pago con todas las Administradoras.
4. Se aumentaron en 86.671 cupos en el año 2.004 y en 2005, se incrementaron 8.921 nuevos cupos generales y 3.500 nuevos cupos para población desplazada.

7.1.11. Evaluación del Aseguramiento en el Régimen Subsidiado de Salud

Tabla 4. Evolución del aseguramiento en el Régimen Subsidiado de Salud

ACTIVIDADES	2003	2004	2005
Ampliación Subsidios Parciales		50.000	
Ampliación Sub. Totales Mayo		28.237	
Ampliación Sub. Totales Octubre		7.839	8.921
Ampliación Subsidios Totales Diciembre		28	
Ampliación Recursos de Caja		567	
Continuidad	174.493	174.493	261.164
Desplazados			3.500
Total Subsidiados	174.493	261.164	270.085

Total final 2.005			273.585
TOTAL RECUPERADO POR LIQUIDACIONES DE CONTRATOS DEL REGIMEN SUBSIDIADO : \$105. 648.424.00			

Lo anterior se logro con una inversión de 11.000 Millones de pesos de recursos PROPIOS distritales de cofinanciación que se deben mantener hasta por 5 años, con lo que se logró un aumento de cobertura para el 40% de la población pobre y vulnerable de la ciudad.

7.1.12. Evaluación de la atención de la población pobre no asegurada

Ley 715 2.001 Artículo 43.2 De prestación de servicios de Salud.

43.2.1. Gestionar la prestación de los servicios de salud de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas./

43.2.2. Financiar con los recursos propios, si lo considera pertinente, con los recursos asignados por concepto de participaciones y demás recursos cedidos, la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y los servicios de salud mental

43.2.4. Organizar, dirigir, coordinar y administrar la red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas en el departamento.

43.2.5. Concurrir en la financiación de inversiones necesarias para la organización funcional y administrativa de la red de instituciones prestadoras

Para garantizar la prestación de los servicios de salud en el 1°, 2°, 3° y 4° nivel de complejidad y propender por la reorganización y optimización fiscal de estas instituciones, en el Primer nivel o baja complejidad:

Se hizo un contrato por pago capitado en ambas vigencias con la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, para garantizar la atención de todas las personas pobres y vulnerables no Afiliadas al Régimen Subdiadado o al Régimen Contributivo, es decir, se garantizo la atención de 372.000 personas pobres y vulnerables no aseguradas de la ciudad y sus corregimientos, mediante un portafolio que incluye:

- Consulta Médica general
- Atención inicial de urgencias
- Atención de Partos
- Atención odontológica
- Atención en Control Prenatal y acciones de promoción y prevención en salud
- Atención de Laboratorio clínico de baja complejidad
- Atención en imágenes diagnostica de baja complejidad
- Atención de Quirúrgica de baja complejidad
- Atención en hospitalización de patologías de baja complejidad.

Tabla 5. Costo de contrato capitado para el portafolio de 1er. nivel

ACTIVIDADES	2003	2004	2005
MONTOS	10.331.984.000	10.142.667.000	11.105.040.000

* SE ESPERA QUE EL 80 – 85% DE LOS EVENTOS DE ATENCION EN SALUD SEAN RESULETOS EN ESTE NIVEL DE COMPLEJIDAD

Se han reportado 344.000 atenciones a la fecha

Para garantizar la prestación de los servicios de mediana y alta complejidad: 2º, 3º y 4º nivel de complejidad, se hizo contrato con las ESE Clínica Maternidad Rafael Calvo, Hospital San Pablo y ESE José Prudencio Padillas, además se contrato el 100% de las camas disponibles en la ciudad de IPS privadas: Con esta estrategia se logro garantizar el acceso teórico del 100% de la población pobre y vulnerable no asegurada, o sea a 372.000, y del 00% de la población pobre y vulnerable asegurada al régimen subsidiado, o sea a 270.085 y a la población desplazada 37.000 personas para un total de usuarios de estos servicios de **682.085**, a las cuales se garantiza entre otros los siguientes servicios:

- Especialidades básicas: Ginecología y obstetricia, medicina interna, pediatría, cirugía general.
- Otras especialidades: ortopedia y traumatología, psiquiatría,
- Cuidados intensivos
- Oncología: quimioterapia, radioterapia y cirugías
- Tratamiento integral de pacientes con VIH –SIDA
- Administración de medicamentos
- Administración de sangre y hemoderivados
- Realización de exámenes de laboratorio clínico, especiales y complejos
- Imagen diagnosticas de alta resolución: Gammagrafías, escenografías, resonancia magnética, eco cardiografías, etc.

Tabla 6. Costo contrato IPS publicas y privadas portafolio 2, 3 Y 4º niveles

ACTIVIDADES	2003	2004	2005
MONTOS	17.736.851.000	26.003.366.000	22.613.024.000
* ESTE NIVEL RECOGE ENTRE EL 15 – 20% DE LOS EVENTOS DE ATENCION EN SALUD QUE NO SON RESULETOS EN EL NIVEL DE BAJA COMPLEJIDAD			

Diariamente de atienden 440 personas en promedio entre la sede del DADIS y las 3 sedes de las localidades. Se realizan en promedio unas 200.000 atenciones por año.

En el año 2.004 el Distrito dispuso de 9.000; Millones de pesos para oferta fuente de regalías además de los recursos del SGP

7.1.13. Atención a la población desplazada:

Con el apoyo del Gobierno Nacional propender por brindar atención en salud a toda la población desplazada durante el último año, traducida en una cobertura tendiente al 100% y atención efectiva y con calidad por parte de las IPS contratadas en las diferentes localidades.

Tabla 7. Costo contratos IPS públicas y privadas portafolio 2,3 Y 4º nivel para población desplazada

ACTIVIDADES	2003	2004	2005
MONTOS	528.769.552	474.200	1.226.975.711
* ESTE ITEM RECOGE ENTRE EL 3 – 4% DE LA POBLACION DE CATAGENA Y SE LES BRINDA ATENCION EN SALUD PARA TODOS LOS NIVELES DE COMPLEJIDAD			

A esta población, además de brindárseles la atención en las mismas entidades donde se atiende la población en general, se ofrece adicionalmente los servicios de entrega de medicamento, optometría, con entrega gratuita de gafas y lentes, salud oral.

Para efectos de hacer realidad que todos los usuarios potenciales de los servicios de salud de oferta tuviesen acceso de manera oportuna, se rediseño el funcionamiento de la Oficina de Atención a la comunidad, de tal forma que esta pudiese garantizar el sistema de información para la atención de los usuarios de los servicios de salud y del régimen subsidiado en los servicios no POSS. Se logro implementar proceso que premitió expedir órdenes de atención en menos de 24 horas, luego de la solicitud por parte del usuario. De igual forma se hizo una reorganización del proceso de autorización de servicios de salud y auditoria medica para los usuarios pobre y vulnerables en lo no cubierto con subsidio a la demanda del distrito de Cartagena.

7.1.14. Tratamiento a la Crisis Hospitalaria

- 1) Disposición de recursos para contratación prioritaria con IPS publicas.
- 2) Adquisición de 10 camas de UCI para fortalecer la oferta hospitalaria de la ESE José Prudencio padilla. Costo \$99.000.000.
- 3) Adquisición del inmueble de la IPS Nelson Mándela, por un costo de \$ 550.000.000. Operando.
- 4) Apoyo técnico y administrativos a la apertura de servicios de UCI en la ESE Clínica Maternidad Rafael Calvo. Operando.
- 5) Apoyo a la reapertura de la ESE Empresa Social del Estado Hospital Universitario del Caribe con la asignación de 3000 millones de pesos de recursos del crédito con la banca comercial.

Tabla 8. Comportamiento de las camas habilitadas por servicios en la ciudad de cartagena

TIPO DE CAMA	2003	2004	2005
URGENCIAS	44	51	208
PEDIATRIA	280	228	234
GINECOLOGIA	253	176	226
ADULTOS	646	497	584
UCI ADULTOS	42	42	66
UCI PEDIATRICA	13	41	13
UCI NEONATAL	29	37	83
CUIDADO INTER ADULT	20	25	35
CUIDADO INTER PEDIA	23	12	4
CUIDADO INTER NEONA	32	38	69
TOTALES ACUMULADO	1382	1147	1522

De 2.004 a 2.005 se creció en 375 camas hospitalarias nuevas.

1. Se implementó la desconcentración de la autorización de la oferta, ubicando un auditor en cada IPS publica y privada con marcada demanda de servicios y en cada una de las 3 localidades en que se halla dividida la ciudad.
2. Optimización del sistema referencia y contrarreferencia de pacientes muestras y estudio: Contratación de la administración del CRU y el servicios de ambulancias, seguimiento 24 horas a la disponibilidad de CAMAS en IPS publicas y privadas, fortalecimiento de las acciones de auditoria, con comunicación por radio operadores, agilización en el tramite de contratación y pagos de los servicios.

Tabla 9. Costos del contrato del SIREN 2003 - 2005

	2003	2004	2005
MONTOS	287.620.000	315.259.800	312.500.000
* MEDIANTE LA LABOR DEL C.R.U. SE HIZO CONTROL DE LA REFERENCIA Y CONTRARRREFERENCIA EN LA CIUDAD. VER ESTADISCTICAS AÑO 2.004 Y 2.005			

Contratación del SIREN para la operación del CRU Centro Regulador de Urgencias, CRU, por un costo de \$ 315.000.000. De tal forma, que por primera vez en la ciudad se lleva una estadística pobre tipo de servicios, diagnósticos de referencia y seguimiento de pacientes referidos desde la baja complejidad hacia los niveles de mayor complejidad.

Adquisición de 24 radios frecuencias especial para monitoreo del proceso de referencia de nuestros afiliados, por un costo de \$ 30.000.000.

La debilidad mas sentida de este componente, es la limitación de recursos, en el año 2.005 se contó con cerca de 8.000 Millones de pesos menos que el 2.004, de igual forma con la descentralización de la autorización de los servicios, la demanda de los mismo se ha incrementado, aumentándose la necesidad de recurso para financiar la oferta. Hoy se proyecta un déficit general de 24.000 millones de pesos, que incluye el total de cuentas por pagar, los servicios sin respaldo presupuestal: Servicios de urgencias y servicios no amparado en periodos ínter contractuales, la proyección de costos de los meses de noviembre y diciembre del 2.005 y las deudas de vigencias anteriores.

Tabla 10. IPS publicas ubicadas por localidades

IPS PUBLICAS	NIVEL DE COMPLEJIDAD	LOCALIDAD	TOTAL SEDES LOCALIDAD	ESTADO
Hospital Universitario del Caribe	3	1	1	En proceso de apertura
HOSPITAL SAN PABLO	2	1	1	Reestructuración
MATERNIDAD RAFAEL CALVO	2	1	1	
ESE JOSE PRUDENCIO PADILLA	3	1	1	Liquidada y en reestructuración
ECOPETROL	1	1	1	
ESE CARTAGENA DE INDIAS	1	1	39	Reestructuración
CORELCA	1	1	1	Cerrado
CLUB DE LEONES	2	1	1	Cerrado
TOTAL			46	

Tabla 11.Consolidado de la Red Pública

COMPETENCIA	1º NIVEL		2º NIVEL		3º NIVEL		TOTAL
	PUBLICO	PRIVADO	PUBLICO	PRIVADO	PUBLICO	PRIVADO	
NACION	2	0	*	0	1	0	3
DEPARTAMENTO	0	0	2	0	1*	0	3
DISTRITO	1(39) sedes	226	0	133	0	31	391
TOTAL	3	282	2	133	2	31	453

7.1.15. Evaluación de la competencia de salud pública.

Ley 715 2.001 Artículo

- 43.3.1. Adoptar, difundir, implantar y ejecutar la política de salud pública formulada por la Nación.
- 43.3.2. Garantizar la financiación y la prestación de los servicios de laboratorio de salud pública directamente o por contratación.
- 43.3.3. Establecer la situación de salud en el Distrito y propender por su mejoramiento.
- 43.3.4. Formular y ejecutar el Plan de Atención Básica Distrital.
- 43.3.5. Monitorear y evaluar la ejecución de los planes y acciones en salud pública de los municipios de su jurisdicción.
- 43.3.6. Dirigir y controlar dentro de su jurisdicción el Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
- 43.3.7. Vigilar y controlar, en coordinación con el Instituto Nacional para la Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, y el Fondo Nacional de Estupefacientes, la producción, expendio, comercialización y distribución de medicamentos, incluyendo aquellos que causen dependencia o efectos psicoactivos potencialmente dañinos para la salud y sustancias potencialmente tóxicas.
- 43.3.8. Ejecutar las acciones de inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo del ambiente que afectan la salud humana, y de control de vectores y zoonosis de competencia del sector salud, en coordinación con las autoridades ambientales, en los corregimientos departamentales y en los municipios de categorías 4ª, 5ª y 6ª de su jurisdicción.
- 43.3.9. Coordinar, supervisar y controlar las acciones de salud pública que realicen en su jurisdicción las Entidades Promotoras de Salud, las demás entidades que administran el régimen subsidiado, las entidades transformadas y adaptadas y aquellas que hacen parte de los regímenes especiales, así como las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud e instituciones relacionadas.

Optimizar las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades de conformidad con el perfil epidemiológico del Distrito involucrando las demás dependencias de la administración Distrital, los demás organismos e instituciones del estado y la participación activa de los sectores sociales, los organismos de control, los gremios y las comunidades.

Acciones:

- 1. Elaboración del PAB atendiendo criterios y directivas del Ministerio de la Protección Social, Priorización de entidades trazadoras, y recursos disponibles: Fortalecimiento de Recursos humano, profesional y técnico, continuidad de las acciones interdisciplinariamente en las 3 localidades, en interacción con las Alcaldías menores y otras entidades Distritales y Nacionales.
- 2. Se hizo separación de los procesos de Promoción, de los de prevención y de los de salud pública: Ambiente y Salud, medicamentos, alimentos, puertos, etc
Se fortaleció el componente de sistematización con la adquisición de 8 computadores. No se pudo lograr el mejoramiento físico de la sede de la Subdirección de Salud Pública y PAB, ubicada en Fátima.

Tabla 12. Relación comparativa de las acciones de PAB y salud pública realizadas años 2.003 a 2.005

ACTIVIDADES	2003	2004	2005
ABATIZACION	10.622	163.100	36.000 en área urbana, se espera a Diciembre 31 abatizar 120.000 viviendas del área urbana y 20.000 en los corregimientos
FUMIGACION	27.000	127.000	16.350, se espera a Diciembre 31 fumigar 180.000

			viviendas del Distrito
DESRTAZACION	29.865	12.018	34.850, se superó la meta, la cual era de 22.000 viviendas desratizadas para final de año.
VACUNACION ANTIRRABICA	110.997	15.000	16.450, se espera a Diciembre 31 vacunar a 90.000 animales.
ALIMENTOS DECOMISOS	7.060	15.806	628 Kg alimentos
			84 Unidades producto
			219 Agua y refrescos
			43 neveras de icopor
En el 2005. 28 OPERATIVOS / 56 ORDENES DE SUSPENSION DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON ALIMENTOS			
PRODUCTOS FARMACEUTICOS DECOMISADOS	15.704	25.000	1007
VISITAS ESTABLECIMIENTOS	502	1294	1045 se espera a 31 de Diciembre visitar a 1600
ACTIVIDADES VACUNACION			
ACTIVIDADES	2003	2004	2005
POLIO	22411	133908	13008 Se espera Aplicar 21596 a Dic 31
PENTAVALENTE	61288	165306	12482 Se espera Aplicar 21596 a Dic 31
BCG	22334	23908	14239 Se espera Aplicar 21596 a Dic 31
TRIPLE VIRAL	22198	69364	10749 Se espera Aplicar 21151 a Dic 31
FIEBRE AMARILLA	20799	45440	14869 Se espera Aplicar 21151 a Dic 31
Realización de Talleres y Capacitaciones para implementación de las estrategias componentes del Proyecto		1 Donde se capacitaron 422 Profesionales de la Salud	Se tiene programado la realización de 57 Talleres donde se espera capacitar 1140 Profesionales de la Salud,
SE PROGRAMÓ PARA VACUNAR EN EL DISTRITO DE CARTAGENA , CON LA SUPERVISIÓN DE MINSALUD Y LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, UNA META DE 394.761 BIOLÓGICOS A OCTUBRE 15 ALCANZÁNDOSE POR PARTE DEL DADIS EL 97.2%, CON ELLO SE LOGRÓ OCUPAR EL PRIMER PUESTO EN TODO EL PAÍS, CON 383.707 DOSIS DE BIOLÓGICOS APLICADOS EN SARAMPION Y RUBEOLA			
ACTIVIDADES EPIDEMIOLOGIA			
ACTIVIDADES	2003	2004	2005
Asistencia técnica a unidades notificadoras (Fortalecimiento del Sistema de Vigilancia en Salud Pública)	103	103	85 unidades asistidas
Investigación de eventos notificados	346	421	167 casos investigados
Covecom	4	4	Reactivación de 4 Covecom en las 3 localidades
VISITAS POR NOTIFICACIÓN AL ARRIBO DE NAVES PORTUARIAS	NO HAY REGISTROS	11	8 Se espera realizarle a 9 mas si se le notifica al DADIS por parte de los muelles lo anterior se realiza al vencimiento del Certificado de Funcionamiento
VISITAS DE VIGILANCIA A ESTABLECIMIENTOS AEROPORTUARIOS y TERMINAL DE TRANSPORTE	NO HAY REGISTROS	40	40 se espera a Diciembre 31 realizar 30 más, lo anterior se realiza al vencimiento del Certificado de Funcionamiento
VISITAS ESTABLECIMIENTOS	7110	3896	4071 se espera a Diciembre 31 visitar 5600 establecimientos.
Club del Caminante	No se había implementado la estrategia	9	9 se espera que se implemente en 2 Barrios más para un total de 11
Fortalecimiento de los Clubes de Hipertensos y Diabéticos	25	27	36, se espera a Dic fortalecer a los 42 existentes
Peticiones o Inquietudes de la Comunidad	8585	15258	40413, esta se superó la programada (22000)
Realización de Talleres y Capacitaciones para implementación de las estrategias componentes del Proyecto	NOHAY REGISTROS	35 Donde se capacitaron 1050 personas y líderes de la comunidad	Se tiene programado la realización de 30 donde se espera capacitar 600 personas entre líderes estudiantes y población activa
Capacitaciones sobre Deberes y Derechos del SGSSS	15	52	207 capacitaciones a 1600 personas meta superada (1000)

Tabla 13. Inversión por año en plan de atención básica (PAB)

PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

ACTIVIDADES	2003	2004	2005
MONTOS	3.998.672.418	5.371.192.022	4.769.565.836
* A LAS ACCIONES DIRECTAS DEL DADIS SE SUMAN LAS REALIZADAS POR LA ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS Y LAS ARS Y EPS CON AFILIADOS EN LA CIUDAD.			

7.1.16. Optimizar los Sistemas de Vigilancia y Control.

En este frente se logro consolidar un equipo multidisciplinario que reviso el 100% de las IPS habilitadas en la ciudad, de igual forma dio tramite al 100% de quejas y procesos referidos por la Súper Intendencia de Salud.

Recomendaciones:

En todo caso las exigencias actuales planteadas a la luz de las actuales normas de la seguridad social en salud, en especial a la reorganización de las competencias generadas por al Ley 715 del 2.001, la descentralización administrativa y el ajuste a las finanzas territoriales obligan a redefinir para estas dependencias aspectos estructurales tales como:

1. Normalizar, los procesos de ajuste institucional tales como.

- Ajuste en la misión y funciones generales de la Dirección.
- Creación de empleos y modificación de funciones acorde al nuevo papel ante la normatividad vigente y consecuente con la estructura organizacional
- Modificación de funciones en dependencias.
- Modificación a la estructura actual del Plan de Cargos y Manual de Cargos funciones y requisitos.
- Eliminación y simplificación de procesos.
- Redistribución de funciones y cargas de trabajo.
- Fortalecimiento de las acciones de auditoria y vigilancia y control.
- Fortalecimiento del proceso de sistematización e ínter conectividad e Inter- disciplinariedad.

7.1.17. Estado de la Red prestadora de servicio de primer nivel

Tabla 14. Centros de Salud 24 horas

UNIDAD DE ATENCION	DIRECCIÓN	SERVICIOS INSCRITOS PARA HABILITACION	VERIFICADO
Centro de Salud Arroz Barato	Barrio Arroz Barato Cra 30 N° 7-22 Tel: 6685855	Obstetricia, Enfermería, Medicina General, Odontología, Vacunación, Servicio Extramural, Urgencias	SI, no habilitado. Pendiente dotación de Urgencias, P y P y Recurso humano
Centro de Salud Blas de Lezo	Barrio Blas de Lezo, Cll. 25 N° 66-75. Tel: 6615925	Obstetricia, Enfermería, Medicina General, Odontología, Vacunación, Servicio Extramural, Urgencias	SI, no habilitado. Pendiente dotación de Urgencias, P y P y Recurso humano
Centro de Salud Bayunca	Corregimiento de Bayunca, Calle principal	Enfermería, Medicina General, Odontología, Vacunación, Servicio Extramural, Urgencias	SI, no habilitado. Pendiente dotación de Urgencias, P y P y Recurso humano
Centro de Salud Boquilla	Corregimiento de la Boquilla teléfono 6567155	Obstetricia, Enfermería, Medicina General, Odontología, Vacunación, Servicio Extramural, Urgencias	SI, no habilitado. Pendiente dotación de Urgencias, P y P y Recurso humano

UNIDAD DE ATENCION	DIRECCIÓN	SERVICIOS INSCRITOS PARA HABILITACION	VERIFICADO
Centro de Salud Canapote	Barrio Canapote, Calle 62 Cra. 14 esquina.	Obstetricia, Enfermería, Medicina General, Odontología, Vacunación, Servicio Extramural, Urgencias y Transporte Básico	SI, no habilitado. Pendiente dotación de Urgencias, P y P y Recurso humano
Centro de Salud Nuevo Bosque	Barrio Nuevo Bosque, 3ª. Etapa Mza.1 lote 14B Tel:6676143	Obstetricia, Enfermería, Medicina General, Odontología, Vacunación, Servicio Extramural, Urgencias y Transporte Básico	SI, no habilitado. Pendiente dotación de Urgencias, P y P y Recurso humano
Centro de Salud La Candelaria	Barrio la Esperanza Ave. Pedro Romero Sector Alcibia. C 31 N° 33-111 Teléfono: 6621473	Obstetricia, Enfermería, Medicina General, Odontología, Vacunación, Servicio Extramural, y Ecografía	SI, no habilitado. Pendiente dotación de Urgencias, P y P y Recurso humano
Centro de Salud La Esperanza	Barrio La Esperanza Ave. principal plaza La Navidad No. 29-130 teléfono: 6742895	Enfermería, Medicina General, Odontología, Vacunación, Servicio Extramural, Urgencias, Terapia Respiratoria Rx. Simple	SI, no habilitado. Pendiente dotación de Urgencias, P y P y Recurso humano
Centro de Salud Los Cerros	Barrio los cerros Mza 3 A Lote 1 A teléfono: 6624109	Obstetricia, Enfermería, Medicina General, Odontología, Vacunación, Servicio Extramural, Urgencias	SI, habilitado. Urgencias: presentó Programa Financiero
Centro de Salud Olaya Herrera	Barrio Olaya Herrera, Cra.32 B N° 64-142	Enfermería, Medicina General, Odontología, Vacunación, Servicio Extramural, Urgencias	NO Verificado
Centro de Salud Pasacaballos	Corregimiento de Pasacaballos, calle 18 N0. 08-10 Tel: 6685281	Enfermería, Medicina General, Odontología, Vacunación, Servicio Extramural,	SI, no habilitado. Pendiente dotación de Urgencias, P y P y Recurso humano
Centro de Salud El Pozón	Barrio el Pozón calle principal teléfono:6613399	Obstetricia, Enfermería, Medicina General, Odontología, Vacunación, Servicio Extramural, Urgencias y Transporte Básico	SI, no habilitado. Pendiente dotación de Urgencias, P y P y Recurso humano

Tabla 15. Centros de salud con 8 horas de atención

UNIDAD DE ATENCION	DIRECCIÓN	SERVICIOS INSCRITOS PARA HABILITACION	VERIFICADO
Centro de Salud Bosque	Barrio el Bosque	Medicina General, Odontología Vacunación y Servicio Extramural	SI, no habilitado. Pendiente dotación de Urgencias, P y P y Recurso humano
Centro de Salud Boston	Barrio Boston Calle De Las Flores. Teléfono: 6627710	Medicina General, Vacunación y servicio extramural	SI, no habilitado. Pendiente dotación P y P, revisar Recurso humano SERVICIO CRITICO
Centro de Salud Daniel Lemaître	Carrera 15 con calle 69 esquina	Medicina General, Vacunación y servicio extramural	SI, no habilitado. Pendiente dotación P y P, revisar Recurso humano SERVICIO CRITICO
Centro de Salud Fátima	Barrio Getsemani calle larga, edificio Fátima N.25-01	Medicina General, Enfermería, Odontología, Vacunación y Servicio Extramural	SI, no habilitado. Pendiente dotación P y P , revisar Recurso humano Infraestructura Critica
Centro de Salud Foco Rojo	Barrio Olaya Sector Foco Rojo Calle la Antena.	Medicina General, Vacunación y Servicio Extramural	SI, no habilitado. Pendiente dotación de Urgencias, P y P y Recurso humano
Centro de Salud Fredonia	Barrio Fredonia Primera Calle	Medicina General, Odontología, Vacunación y Servicio Extramural	SI, no habilitado. Pendiente dotación de Urgencias, P y P y Recurso humano
Centro de Salud Las Gaviotas	Chiquinquirá m63 115 teléfono: 6710277	Medicina General, Odontología, Vacunación y Servicio Extramural	SI, no habilitado. Pendiente dotación de Urgencias, P y P y Recurso humano
Centro de Salud Las Reinas	Barrio de las Reinas Calle principal Tel: 6616630	Medicina General, Odontología, Vacunación y Servicio Extramural	SI, no habilitado. Pendiente dotación de Urgencias, P y P y Recurso humano
Centro de Salud Líbano	Barrio Olaya sector 11 de Nov. Teléfono: 6698157	Medicina General, Odontología, Vacunación y Servicio Extramural	SI, no habilitado. Pendiente dotación P y P, revisar Recurso humano, Mantenimiento de infraestructura critico
Centro de Salud San Francisco II	Barrio San Francisco Av. Principal Antigua Cruz Roja	Medicina General, Odontología, Vacunación y Servicio Extramural	SI, no habilitado. Pendiente dotación P y P, revisar Recurso humano
Centro de Salud San Pedro y Libertad	Barrio San Pedro y Libertad, Calle Aurora	Medicina General, Odontología, Vacunación y Servicio Extramural	SI, no habilitado. Pendiente dotación P y P, revisar Recurso humano
Centro de Salud San Vicente Paúl	Barrio Escallón Villa calle 7 de Agosto No. 73-22 teléfono: 6699062	Medicina General, Enfermería, Odontología, Vacunación y Servicio Extramural	SI, no habilitado. Pendiente dotación P y P, revisar Recurso humano
Centro de Salud Socorro	Urb. El Socorro.	Medicina General, Odontología, Vacunación y Servicio Extramural	No verificado
Centro de Salud	Barrio Ternera.	Medicina General, Odontología,	SI, no habilitado. Pendiente dotación P y

UNIDAD DE ATENCION	DIRECCIÓN	SERVICIOS INSCRITOS PARA HABILITACION	VERIFICADO
Tenera		Vacunación y Servicio Extramural	P, revisar Recurso humano
Centro de Salud Albornoz	Barrio de Albornoz Cra. 50 N.240 Tel: 6571159	Medicina General, Vacunación y Servicio Extramural	SI, no habilitado. Pendiente dotación P y P, revisar Recurso humano SERVICIO CRITICO

Tabla 16. Puestos de salud que funcionan como servicio extramural

UNIDAD DE ATENCION	DIRECCIÓN	SERVICIOS INSCRITOS PARA HABILITACION	VERIFICADO
Puesto de Salud Islas del Rosario	Corregimiento de Islas del Rosario	Vacunación y Servicio Extramural	No verificado
Puesto de Salud Manzanillo	Corregimiento de Manzanillo	Vacunación y Servicio Extramural	No verificado
Puesto de Salud Punta Arena	Corregimiento Punta Arena.	Vacunación y Servicio Extramural	No verificado
Puesto de Salud Pontezuela	Corregimiento de Pontezuela	Vacunación y Servicio Extramural	No verificado
Puesto de Salud Santa Ana	Corregimiento de Santa Ana	Vacunación y Servicio Extramural	No verificado
Puesto de Salud Tierrabomba	Corregimiento de Tierrabomba	Vacunación y Servicio Extramural	No verificado
Puesto de Salud San Bernardo	Islote de San Bernardo	Vacunación y Servicio Extramural	No verificado
Puesto de Salud Arroyo Grande	Corregimiento de Arroyo Grande	Vacunación y Servicio Extramural	No verificado
Puesto de Salud Arroyo de Piedra	Corregimiento de Arroyo de Piedra	Vacunación y Servicio Extramural	No verificado
Puesto de Salud Barú	Corregimiento de Barú	Vacunación y Servicio Extramural	No verificado
Puesto de Salud Isla Fuerte	Corregimiento de Isla Fuerte	Vacunación y Servicio Extramural	No verificado
Puesto de Salud Punta Canoa	Corregimiento de Punta Canoa	Vacunación y Servicio Extramural	No verificado
Puesto de Salud Arroyo de las Canoas	Corregimiento de Las Canoas	Vacunación y Servicio Extramural	No verificado
Puesto de Salud Bocachica	Corregimiento de Bocachica	Vacunación y Servicio Extramural	No verificado
Puesto de Salud Caño del Oro	Corregimiento de Caño de Oro	Vacunación y Servicio Extramural	No verificado

7.1.18. Algunos problemas en la prestación de los servicios

El SGSSS ha logrado aumentar tenido la cobertura del en un monto cercano al 10% en la década 1993 - 2003²⁰ aún así este logro se ve en parte menoscabado porque el sistema aún afronta importantes problemas al interior del mismo, tres de los cuáles se presentan a continuación:

- Existe una marcada desorganización de la oferta de servicios de salud, en lo que concierne a la habilitación en niveles de atención y complejidad. Los proveedores privados se concentran en responder a la demanda de la población sin importar su localización geográfica o su nivel de atención; mientras que las instituciones de carácter público deben garantizar el servicio según las necesidades de la población de referencia.
- El segundo problema es que la red remisión de pacientes parece tener dos rutas: una sigue raramente el patrón diseñado, en el que los pacientes que ingresaban al sistema a través de niveles baja complejidad se transferían hacia el siguiente, a medida que su condición requería un cuidado más complejo, con frecuencia los pacientes de los grandes y medianos centros urbanos prefieren ingresar directamente a los hospitales de un nivel más alto, ocasionando congestión, esto ocurre en especial en los prestadores privados. La otra ruta de la red de remisiones a nivel nacional sigue el diseño piramidal,

²⁰ Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2003

pero se ve sobrecargada entre el primero y segundo nivel, ocasionando un mal funcionamiento interno en los centros de segundo y tercer nivel.

- En tercer lugar, las Empresas Promotoras de Salud contratan fundamentalmente con prestadores privados con o sin ánimo de lucro, (muchas de las cuales son producto del crecimiento vertical del sistema), ya que estas responden mejor a las condiciones contractuales, con lo que los hospitales públicos ven seriamente limitada su capacidad de autofinanciación y competencia dentro del sistema.

7.2. Resultados en salud pública

7.2.1. Perfil de mortalidad en Cartagena

Tabla 17. Mortalidad en Cartagena 2005

1. (I10X) HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

Rango de edades	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Menores de 1 Año			0
De 1 a 4 Años			0
De 5 a 14 Años			0
De 15 a 44 Años	12	3	15
45 a 59 Años	33	25	58
De 60 o mas Años	170	201	371
Todas las edades	215	229	444

2. (I219) INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ESPECIFICACION

Rango de edades	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Menores de 1 Año			0
De 1 a 4 Años	1	0	1
De 5 a 14 Años			0
De 15 a 44 Años	28	10	38
45 a 59 Años	28	13	41
De 60 o mas Años	133	134	267
Todas las edades	190	157	347

3. (J159) NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA

Rango de edades	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Menores de 1 Año	13	13	26
De 1 a 4 Años	9	9	18
De 5 a 14 Años	4	0	4
De 15 a 44 Años	14	8	22
45 a 59 Años	15	16	31
De 60 o mas Años	81	81	162
Todas las edades	136	127	263

4. (A409) SEPTICEMIA ESTREPTOCOCICA, NO ESPECIFICADA

Rango de edades	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Menores de 1 Año	2	8	10
De 1 a 4 Años	2	2	4
De 5 a 14 Años	2	3	5
De 15 a 44 Años	20	15	35
45 a 59 Años	15	11	26
De 60 o mas Años	68	110	178
Todas las edades	109	149	258

5. (W324) DISPARO DE ARMA CORTA: CALLES Y CARRETERAS

Rango de edades	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Menores de 1 Año			0
De 1 a 4 Años			0
De 5 a 14 Años	3	0	3
De 15 a 44 Años	186	9	195
45 a 59 Años	21	1	22

De 60 o mas Años	4	1	5
Todas las edades	214	11	225

6. (P369) SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECIFICADA

Rango de edades	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Menores de 1 Año	101	73	175
De 1 a 4 Años	0	1	1
De 5 a 14 Años			0
De 15 a 44 Años			0
45 a 59 Años			0
De 60 o mas Años			0
Todas las edades	101	74	176

7. (E149) DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA SIN MENCION DE COMPLICACION

Rango de edades	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Menores de 1 Año			0
De 1 a 4 Años			0
De 5 a 14 Años			0
De 15 a 44 Años	2	3	5
45 a 59 Años	4	8	12
De 60 o mas Años	32	52	84
Todas las edades	38	63	101

8. (J180) BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA

Rango de edades	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Menores de 1 Año	18	19	37
De 1 a 4 Años	6	5	11
De 5 a 14 Años	1	1	2
De 15 a 44 Años	4	3	7
45 a 59 Años	3	2	5
De 60 o mas Años	18	21	39
Todas las edades	50	51	101

9. (C349) TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA

Rango de edades	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Menores de 1 Año			0
De 1 a 4 Años			0
De 5 a 14 Años			0
De 15 a 44 Años	5	0	5
45 a 59 Años	15	10	25
De 60 o mas Años	37	25	62
Todas las edades	57	35	92

10. (B24X) ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACION

Rango de edades	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Menores de 1 Año	2	1	3
De 1 a 4 Años	2	1	3
De 5 a 14 Años			0
De 15 a 44 Años	42	21	63
45 a 59 Años	12	3	15
De 60 o mas Años	2	1	3
Todas las edades	60	27	87

11. (I679) ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA

Rango de edades	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Menores de 1 Año			0
De 1 a 4 Años			0
De 5 a 14 Años			0
De 15 a 44 Años	0	2	2
45 a 59 Años	5	5	10
De 60 o mas Años	30	45	75
Todas las edades	35	52	87

12. (J449) ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA

Rango de edades	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Menores de 1 Año			0
De 1 a 4 Años	1	1	2

De 5 a 14 Años			0
De 15 a 44 Años	1	0	1
45 a 59 Años	7	3	10
De 60 o mas Años	45	23	68
Todas las edades	54	27	81

13. (N179) INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, NO ESPECIFICADA

Rango de edades	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Menores de 1 Año	0	1	1
De 1 a 4 Años			0
De 5 a 14 Años	1	1	2
De 15 a 44 Años	4	4	8
45 a 59 Años	11	2	13
De 60 o mas Años	27	30	57
Todas las edades	43	38	81

14. (D500) ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SECUNDARIA A PERDIDA DE SANGRE (CRONICA)

Rango de edades	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Menores de 1 Año	0	4	4
De 1 a 4 Años			0
De 5 a 14 Años	1	0	1
De 15 a 44 Años	5	11	16
45 a 59 Años	5	8	13
De 60 o mas Años	14	25	39
Todas las edades	25	48	73

15. (C539) TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION

Rango de edades	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Menores de 1 Año			0
De 1 a 4 Años			0
De 5 a 14 Años			0
De 15 a 44 Años	0	17	17
45 a 59 Años	0	15	15
De 60 o mas Años	0	34	34
Todas las edades	0	66	66

16. (C61X) TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA

Rango de edades	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Menores de 1 Año			0
De 1 a 4 Años			0
De 5 a 14 Años			0
De 15 a 44 Años	1	0	1
45 a 59 Años	5	0	5
De 60 o mas Años	60	0	60
Todas las edades	66	0	66

17. (I600) HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA DE SIFON Y BIFURCACION CAROTIDEA

Rango de edades	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Menores de 1 Año			0
De 1 a 4 Años			0
De 5 a 14 Años	0	1	1
De 15 a 44 Años	4	3	7
45 a 59 Años	4	4	8
De 60 o mas Años	16	17	33
Todas las edades	24	25	49

18. (C509) TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA

Rango de edades	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Menores de 1 Año			0
De 1 a 4 Años			0
De 5 a 14 Años			0
De 15 a 44 Años	0	7	7
45 a 59 Años	0	20	20
De 60 o mas Años	0	20	20
Todas las edades	0	47	47

19. (A09X) DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO

Rango de edades	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Menores de 1 Año	10	13	23
De 1 a 4 Años	2	4	6
De 5 a 14 Años			0
De 15 a 44 Años	1	1	2
45 a 59 Años	0	1	1
De 60 o mas Años	4	9	13
Todas las edades	17	28	45

20. (I500) INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

Rango de edades	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Menores de 1 Año			0
De 1 a 4 Años			0
De 5 a 14 Años	0	1	1
De 15 a 44 Años	0	2	2
45 a 59 Años	2	3	5
De 60 o mas Años	16	16	32
Todas las edades	18	22	40

Tabla 18. Mortalidad consolidada por sexo y grupos etáreos 2005 en Cartagena

Rango de edades	MASCULINO	FEMENINO	INDETERMINADO	TOTAL
Menores de 1 Año	219	193	1	413
De 1 a 4 Años	43	35	0	78
De 5 a 14 Años	35	18	0	53
De 15 a 44 Años	554	207	0	761
45 a 59 Años	264	203	0	467
De 60 o mas Años	887	995	0	1.882
Todos los rangos	2.002	1.651	1	3.654

Tabla 19. Veinte (20) primeras causas de morbilidad en el distrito de Cartagena 2005

CAUSA	CANTIDAD
1. (I10X) HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	444
2. (I219) INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ESPECIFICACION	347
3. (J159) NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA	263
4. (A409) SEPTICEMIA ESTREPTOCOCICA, NO ESPECIFICADA	258
5. (W324) DISPARO DE ARMA CORTA: CALLES Y CARRETERAS	225
6. (P369) SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECIFICADA	176
7. (E149) DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA SIN MENCION DE COMPLICACION	101
8. (J180) BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA	101
9. (C349) TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	92
10. (B24X) ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACION	87
11. (I679) ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA	87
12. (J449) ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	81
13. (N179) INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, NO ESPECIFICADA	81
14. (D500) ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SECUNDARIA A PERDIDA DE SANGRE (CRONICA)	73
15. (C539) TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION	66
16. (C61X) TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA	66
17. (I600) HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA DE SIFON Y BIFURCACION CAROTIDEA	49
18. (C509) TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	47
19. (A09X) DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	45
20. (I500) INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	40

INCIDENCIA MUERTES VIOLENTAS EN CARTAGENA 2005.

La ocurrencia de casos de muertes violentas en la ciudad, en aspectos como el homicidio, (que dentro de las causas de mortalidad general en el Distrito se ubica en primeros lugares, solo superado por la enfermedad cardiovascular). que el comportamiento de casos es similar en las 3 localidades, esta

relacionado con la situación de inseguridad, pandillismo, desplazamiento, NBI, etc que vive la ciudad, así como en el caso de muertes por accidentes de tránsito se halla una relación con las deficiencias y debilidades que a nivel de transporte presenta la ciudad. (ver tablas)

Tabla 20. CASOS DE MUERTE POR HOMICIDIOS CARTAGENA 2005

Nombre de la Localidad	Abrev	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Total
Localidad Histórica y del Caribe Norte	L1	6	3	3	6	8	8	7	41
Localidad de la Virgen y Turística	L2	9	3	6	6	6	4	11	45
Localidad Industrial de la Bahía	L3	7	9	5	6	5	9	7	48
Sin dato		0	0	0	1	0	0	1	2
TOTAL		22	15	14	19	19	21	26	136
CASOS DE MUERTES POR ACCIDENTES DE TRANSITO CARTAGENA ENERO A JUNIO 2005									
Nombre de la Localidad	Abrev	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Total
Localidad Histórica y del Caribe Norte	L1	6	2	2	5	1	6	5	27
Localidad de la Virgen y Turística	L2	2	0	3	0	2	4	1	12
Localidad Industrial de la Bahía	L3	1	1	1	3	0	4	1	11
Sin dato		0	0	1	2	0	1	0	4
TOTAL		9	3	7	10	3	15	7	54
CASOS DE MUERTES NO INTENCIONALES EN CARTAGENA ENERO A JUNIO 2005									
Nombre de la Localidad	Abrev	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Total
Localidad Histórica y del Caribe Norte	L1	1	1	3	1	3	1	0	10
Localidad de la Virgen y Turística	L2	4	0	0	3	0	2	0	9
Localidad Industrial de la Bahía	L3	0	1	1	2	0	2	0	6
Sin dato		0	0	2	0	0	0	0	2
TOTAL		5	2	6	6	3	5	0	27
CASOS DE MUERTES POR SUICIDIO EN CARTAGENA ENERO A JUNIO 2005									
Nombre de la Localidad	Abrev	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Total
Localidad Histórica y del Caribe Norte	L1	1	0	0	1	2	1	2	7
Localidad de la Virgen y Turística	L2	1	2	2	3	2	0	1	11
Localidad Industrial de la Bahía	L3	0	0	1	0	1	0	1	3
Sin dato		0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		2	2	3	4	5	1	4	21
CASOS DE MUERTES POR CAUSA EXTERNA EN CARTAGENA ENERO A JUNIO 2005									
Nombre de la Localidad	Abrev	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Total
Localidad Histórica y del Caribe Norte	L1	14	6	8	13	14	16	14	85
Localidad de la Virgen y Turística	L2	16	5	11	12	10	10	13	77
Localidad Industrial de la Bahía	L3	8	11	8	11	6	15	9	68
Sin dato		0	0	3	3	0	1	1	8
TOTAL		38	22	30	39	30	42	37	238

Tabla 21. Mortalidad en urgencias de los pacientes reportados al CRU de Cartagena por grupo etáreo enero– marzo de 2006

GRUPO DE EDAD	CANTIDAD
MENORES DE 1	2
2 A 5 AÑOS	0
6 A 15 AÑOS	1
16 A 25 AÑOS	2
26 A 45 AÑOS	2
46 A 60 AÑOS	7
MAYORES DE 60	16
TOTAL	30

Entre las causas encontramos: cardiovascular 11, pulmonar 3, infecciones 3, trauma 4 y otras 9.

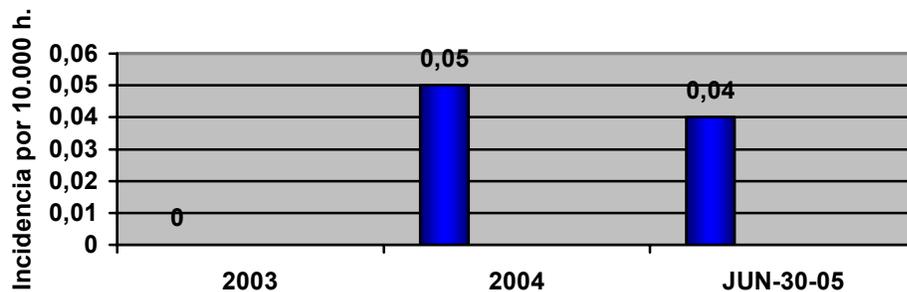
Tabla 22. Causas de mortalidad de Urgencias Cartagena Enero Marzo de 2006

EDAD	SEXO	S. SOCIAL	PROCEDENCIA	1 - DX	2 - DX	3 - DX
0	F	DADIS	CASA DEL NIÑO	CRISIS ASMÁTICA	INTUBADO	
73	F	DADIS	UPA B DE LEZO	INSUF RESPIRATORIA	ADENOCARCINOMA	
57	F	DADIS	UPA B DE LEZO	ENCEFALOPATIA HTA	EMERGENCIA HTA	ACV
47	M	DADIS	UPA POZON	ANEMIA SEVERA	NEUMONIA	
81	F	DADIS	ASIMED	CARDIOPATIA HTA	IAM	
82	M	DADIS	UPA B DE LEZO	SEPSIS	NEUMONIA	
47	M	DADIS	UPA ARROZ BARATO	ICC	DOLOR TORACICO	
58	M	DADIS	UPA B DE LEZO	SIND. CONVULSIVO	TBC ACTIVA	SIND. FEBRIL
80	F	DADIS	UPA PASACABALLO	EMERGENCIA HTA	ACV	
21	M	DADIS	CLINICA B DE LEZO	HERIDA POR ARMA DE FUEGO EN ABDOMEN		

7.2.2. Toxi Infecciones

Ilustración 4. Fiebre tifoidea 203 .2005 Cartagena

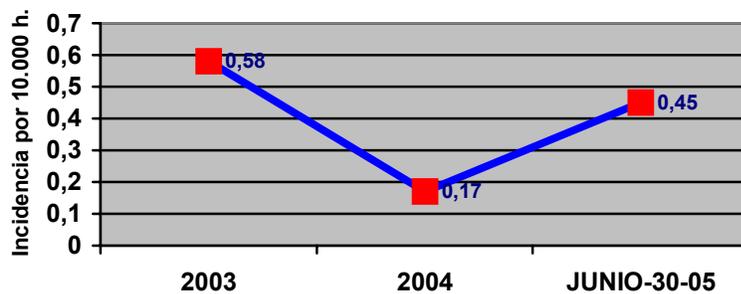
INCIDENCIA DE FIEBRE TIFOIDEA, CARTAGENA 2003 A JUNIO 30 DE 2005



Fuente: Oficina de Epidemiología-DADIS.

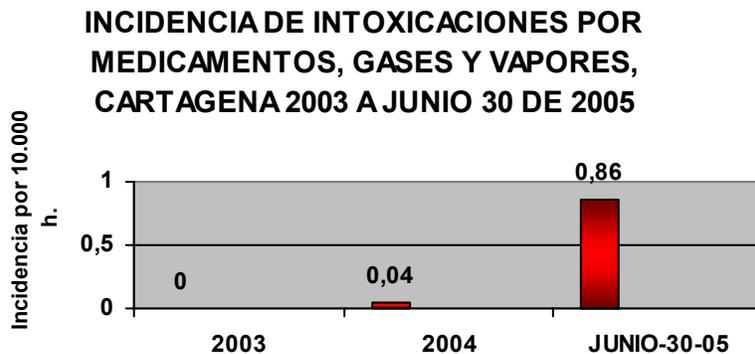
Ilustración 5. Toxiinfecciones alimentarias Cartagena 2003-2005

INCIDENCIA DE TOXIINFECCIONES ALIMENTARIAS CARTAGENA, 2003 A JUNIO 30 DE 2005



Fuente: Oficina de Epidemiología-DADIS

Ilustración 6. Intoxicaciones por medicamentos, gases y vapores Cartagena 2003-2005



Fuente: Oficina de Epidemiología-DADIS

Durante el periodo comprendido 2003 a junio 30 de 2005, los casos de Fiebre Tifoidea, detectados fueron 0 en 2003, 5 en 2004, y 4 casos a junio 30 de 2005. Los casos de Toxiinfecciones Alimenticias fueron de 57 en 2003, 18 en 2004 y 47 casos a junio de 2005. Los casos de Intoxicaciones por Medicamentos, Gases y Vapores fueron de 0 en 2003, 4 en 2004 y 89 a junio 30 de 2005.

Cólera, un evento que hace parte de este grupo, no se han detectado casos, no obstante que en enero de 2005 se notifico un caso como sospechoso, el cual luego de la respectiva investigación epidemiológica por parte de esta oficina, fue descartado como Cólera, en su lugar se confirmo que se trataba de un caso de Toxiinfección Alimenticia secundario a la ingestión de “ huevos de iguana.

Al analizar la información teniendo en cuenta la Localidad de la ciudad donde ocurrieron los casos, de enero a junio 30 de 2005, tenemos que en cuanto a Fiebre Tifoidea se presento 1 caso en la Loc. 1, 2 casos en la Loc.2, y 1 caso en la Loc. 3. Toxiinfecciones Alimenticias se presento 10 caso en la Loc. 1, 28 casos en la Loc.2, y 9 casos en la Loc. 3. Intoxicaciones por Medicamentos, Gases y Vapores (IMGV) el 100% de los casos (89) se presento en la Loc. 1.

La incidencia de este tipo de eventos dentro de la comunidad esta relacionada con factores de riesgo como los malos hábitos en el manejo de alimentos, , agua, medicamentos, el hacinamiento, así como la exposición a contaminantes ambientales, la costumbre de la automedicación entre la población, las malas condiciones Higiénico sanitarias, etc. Es así como en zonas como la Loc. 2, quien junto con la 3 presenta el mayor índice de estos factores, se ha detectado una mayor incidencia de eventos como la Fiebre Tifoidea y las Toxiinfecciones Alimenticias durante el año en curso.

En los casos de IMGV ocurridos durante este mismo periodo , los 89 reportados obedecieron a la presencia de un brote ocurrido en el corregimiento de Caño del Oro, donde estas 89 personas, entre ellos 12 Recién-nacidos, 11 lactantes, 22 niños , 3 adolescentes, 32 adultos, y 9 ancianos , se expusieron a una nube contaminante de Amoníaco, al parecer procedente del área industrial de la ciudad, presentando posteriormente sintomatología de tipo respiratorio y gastrointestinal, el 100% de los casos logro restablecerse luego de las intervenciones Epidemiológicas y Clínicas, con lo que se obtuvo 0 Mortalidad.

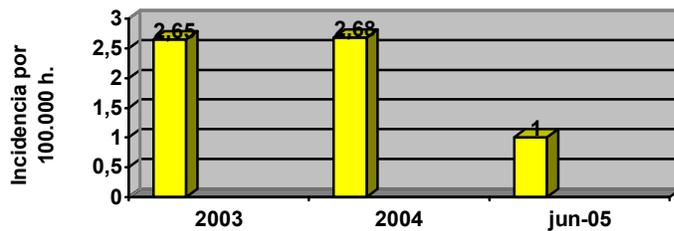
Al analizar el comportamiento de los eventos según los años, vemos una tendencia al aumento en general, lo que plantea la necesidad de intervenir los factores de riesgo presentes en la población en aspectos como: Control ambiental, mejoramiento de las condiciones de vida, educación con respecto al manejo de alimentos agua y medicamentos, etc.

Otro factor relacionado con el aumento en la incidencia de estos eventos es el aumento acaecido en la notificación de casos dentro del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Distrital, producto de las acciones de acompañamiento y capacitación realizadas por parte de esta oficina en vinculo con la Oficina de Medicamentos y Alimentos.

7.2.3. Enfermedades transmitidas por vectores

Ilustración 7. Incidencia de paludismo Cartagena 2003-2005

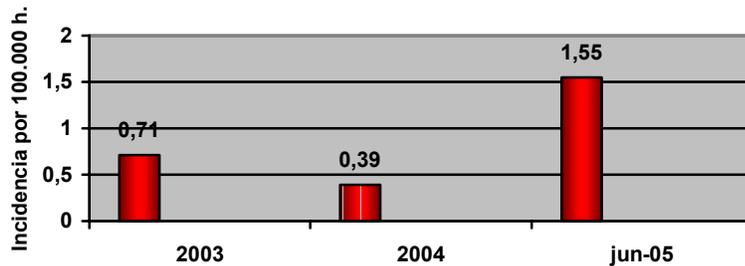
INCIDENCIA DE PALUDISMO EN CARTAGENA 2003 A JUNIO DE 2005



Fuente: Oficina de Epidemiología- DADIS.

Ilustración 8. Incidencia de Leishmaniasis Cartagena 2003-2005

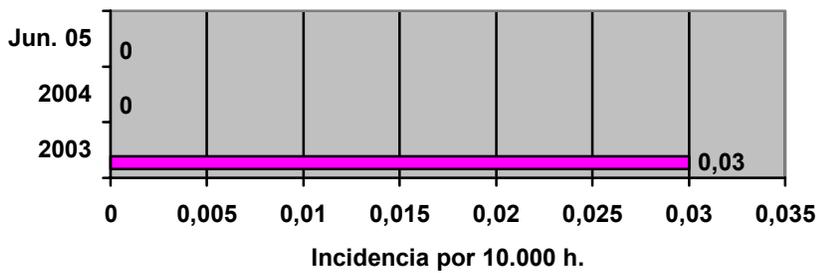
INCIDENCIA DE LEISMANIASIS EN CARTAGENA 2003 A JUNIO DE 2005



Fuente: Oficina de Epidemiología- DADIS. Casos Importados.

Ilustración 9. Enfermedad de Chagas Cartagena 2003-2005

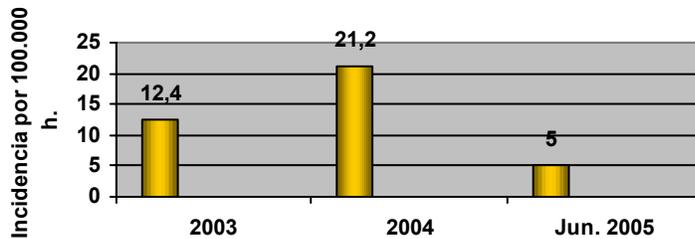
**INCIDENCIA DE ENFERMEDAD DE CHAGAS EN CARTAGENA
2003 A JUNIO DE 2005**



Fuente: Oficina de Epidemiología- DADIS

Ilustración 10. Incidencia de Dengue Cartagena 2003-2005

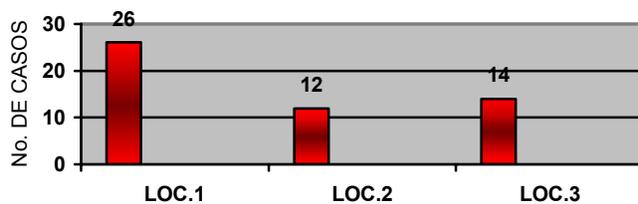
**INCIDENCIA DE DENGUE EN CARTAGENA 2003 A JUNIO
30 DE 2005**



Fuente: Oficina de Epidemiología- DADIS

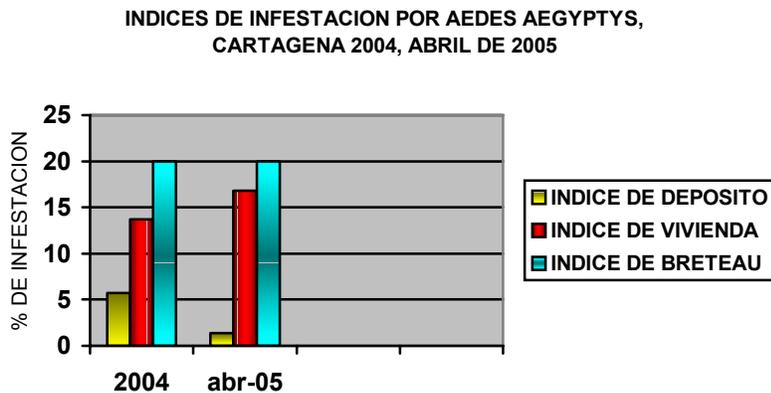
Ilustración 11. Casos confirmados de Dengue en Cartagena 2003-2005

**CASOS CONFIRMADOS DE DENGUE CARTAGENA
SEGÚN LOCALIDAD DE ENERO A JUNIO DE 2005**



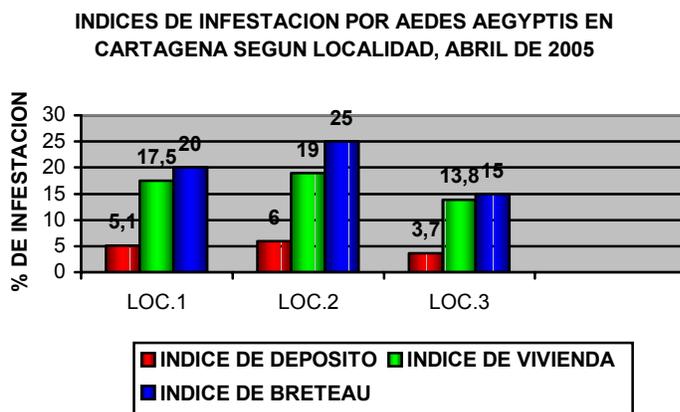
Fuente: Oficina de Epidemiología-DADIS.

Ilustración 12. Índice de infestación por Aedes Aegypti Cartagena 2003-2005



Fuente: Oficina de Epidemiología-DADIS.

Ilustración 13. Índice de infestación por Aedes Aegypti Cartagena 2003-2005



Fuente: Oficina de Ambiente y Salud-DADIS

Durante el año 2003 se detectaron en el Distrito 26 casos de Paludismo, 23 por Vivax, 3 por Falciparum, 7 casos de Leishmaniasis, el 100% de la forma cutánea, y 3 casos de Enfermedad de Chagas. En 2004 los casos de Paludismo fueron 27, 5 por Falciparum y 22 por Vivax, y 4 casos de Leishmaniasis, 3 forma cutánea y 1 caso forma visceral, Enfermedad de Chagas no se detectaron casos durante el año. A junio 30 de 2005 se han detectado 11 casos de Paludismo, 16 de Leishmaniasis y 0 casos de Enfermedad de Chagas.

Las investigaciones Epidemiológicas realizadas han podido establecer que el 100% de estos eventos durante la totalidad de los años estudiados, corresponden a casos importados, procedentes de zonas como el sur de Bolívar, Uraba, Córdoba, Antioquia. El tipo de pacientes comprometidos en su mayoría corresponden a personas en situación de desplazamiento, y militares.

Debido a la presencia en el Distrito del vector trasmisor del Dengue (Mosquito Aedes Aegyptis), evidenciado por índices de infestación por encima de los niveles normales (ver gráfico) en la totalidad de las localidades del Distrito y la consiguiente transmisión de la enfermedad, el Dengue se constituye en un problema de Salud Publica Endémico dentro del Distrito de Cartagena.

Existe un subregistro de la enfermedad al interior del Distrito, dado porque muchos casos son diagnosticados y/o manejados como “ virosis”, o no son notificados . Esta hipótesis se sustenta en que

los análisis epidemiológicos hechos nos han permitido detectar que en la medida que disminuye la notificación de la enfermedad disminuye el número de casos confirmados, los cuales aumentan al aumentar la notificación.

El Dengue es básicamente un problema de saneamiento ambiental, de manejo del agua de control del vector transmisor. En la medida en que se disminuye la tenencia de depósitos de agua que puedan actuar como criaderos y/o reservorios del vector, en esa medida se logrará disminución de la proliferación de este, y por tanto la transmisión del virus, complementándose con medidas educativas hacia la población en el manejo correcto de depósitos de agua, las acciones de control del vector, etc. Por consiguiente en torno a estos aspectos deben encaminarse las acciones de control, las cuales han mostrado una tendencia hacia la disminución en los últimos años en el Distrito.

7.2.4. ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES.

Año 2003.

Durante el año 2003 el comportamiento de las enfermedades Inmunoprevenibles en el Distrito fue el siguiente:

Sarampión:

Se reportaron 20 casos sospechosos, los cuales resultaron todos negativos.

Parotiditis:

Se reportaron 6 casos, los cuales fueron confirmados por clínica.

Meningitis sólo se confirmaron 2 casos de meningitis Meningocócica, los cuales fueron confirmados por laboratorio.

Tosferina.

De los 5 casos sospechosos notificados, sólo 2 casos fueron confirmados por laboratorio.

Varicela: En total se reportaron 208 casos de varicela distribuidos por edad así:

Tabla 23. CASOS DE VARICELA REPORTADOS AÑO 2.003 POR EDAD

Edad	Número de casos
< 1 año	3
1 – 4 años	44
5 – 14 años	63
15 – 44 años	87
45 – 64 años	10
65 y más	1
Total	208

Fuente: Oficina de Epidemiología- DADIS

Año 2004.

Sarampión: Se notificaron 23 casos sospechosos de Sarampión los cuales todos resultaron negativos.

Tosfetina:

En total se notificaron 5 casos sospechosos, de los cuales 1 resultó ser un caso importado del municipio de Lorica. Los otros cuatro casos fueron descartados por laboratorio.

Parálisis flácida (Polio-Mielitis)

Se notificaron en total 5 casos sospechosos de parálisis flácida en menores de 15 años, todos fueron negativos para ésta patología, 3 resultaron con diagnóstico definitivo de Guillán Barré, 1 con intoxicación exógena y 1 artralgia post-ejercicio.

Meningitis:

En total se notificaron 57 casos sospechosos de meningitis, de los cuales se descartaron 26, los 31 restantes se presentaron con la siguiente distribución:

Tabla 24. CLASIFICCIÓN DE CASOS DE MENINGITIS CARTAGENA 2.004

Evento	Número de casos	Porcentaje
Meningitis bacteriana	17 casos	54,85 %
Meningitis viral	11 casos	35,55 %
Meningitis por neumococo	2 casos	6,4 %
Meningitis Meningocócica	1 caso	3,3 %
Total	31 casos	100 %

Fuente: Oficina de Epidemiología- DADIS

Varicela: En total en el 2004 se reportaron 335 casos de varicela distribuidos por edad así:

Tabla 25. CASOS DE VARICELA REPORTADOS AÑO 2.004 POR EDAD

Edad	Número de casos
< 1 año	20
1 – 4 años	81
5 – 14 años	120
15 – 44 años	88
45 – 64 años	19
65 y más	7
Total	335

Fuente: Oficina de Epidemiología- DADIS

ENERO 1 A JUNIO 30 DE 2.005

Es de anotar que durante éste periodo no se han notificado casos sospechosos de Tosferina, ni Parálisis flácida aguda en menores de 15 años.

Sarampión:

Se han notificado 14 casos sospechosos para éstas patologías pero todos han sido negativos para las mismas, es de notar que de éstos casos reportados 4 de ellos resultaron positivos para dengue, es decir un 28,5%.

Tétanos:

De ésta patología se han presentado 5 casos en lo transcurrido del año, todos han ocurrido en el sexo masculino, en todos se identificó una herida de entrada del microorganismo, pero ninguno recibió profilaxis antitetánica a tiempo, y tres de ellos fallecieron debido a ésta patología.

Fiebre Amarilla:

De éste evento sólo hemos recibido la notificación de un caso sospechoso, el cual fue remitido a ésta ciudad desde Riohacha, y presentó resultado positivo para Hepatitis A.

Parotiditis:

Estos son los casos de parotiditis notificados de enero 1 a 30 de junio de 2.005, es de anotar que en todos se encontró como dato importante la ausencia de antecedente vacunal con triple viral.

Tabla 26. CASOS REPORTADOS DE PAROTIDITIS ENERO 1 A JUNIO 30 DE 2.005

EDAD	Número de casos
< 1 años	0
1 – 4 años	3
5 – 14 años	3
15 – 44 años	2
45 – 64 años	1
65 y más	0
Total	9

Varicela : El comportamiento de éste evento ha guardado el patrón que ha presentado en los años anteriores, hacia el aumento, pero es de notar que se ha incrementado la notificación del mismo porque en las asesorías a las unidades notificadoras se les insiste en la necesidad de hacerlo, para evitar brotes, y alimentar la base de datos para justificar o avalar posteriormente la inclusión de la vacuna antivariela en el PAI (Plan Ampliado de Inmunización). En total se notificaron 284 casos.

Tabla 27. CASOS DE VARICELA REPORTADOS AÑO 2.005 POR EDAD

Edad	Número de casos
< 1 año	11
1 – 4 años	70
5 – 14 años	94
15 – 44 años	85
45 – 64 años	17
65 y más	7
Total	284

Fuente: Oficina de Epidemiología- DADIS

Tabla 28. CASOS DE VARICELA REPORTADOS AÑOS 2.003 A JUNIO 2.005 POR EDAD

Edad	Número de casos 2.003	Número de casos 2.004	Número de casos 2.005
< 1 año	3	20	11
1 – 4 años	44	81	70
5 – 14 años	63	120	94

15 – 44 años	87	88	85
45 – 64 años	10	19	17
65 y más	1	7	7
Total	208	335	284

Fuente: Oficina de Epidemiología- DADIS

Meningitis:

Se han notificado 34 casos sospechosos de Meningitis, de los cuales se han descartado 6 casos, los demás están distribuidos así:

Tabla 29. CLASIFICCIÓN DE CASOS DE MENINGITIS ENERO 1 A JUNIO 30 DE 2.005 CARTAGENA

Evento	Número de casos
Meningitis bacteriana	9
Meningitis viral	9
Meningitis por Haemophilus	5
Meningitis Meningocóccica	4
Meningitis tuberculosa	1
Total	28

Fuente: Oficina de Epidemiología- DADIS

Tabla 30. CLASIFICCIÓN DE CASOS DE MENINGITIS CARTAGENA 2.003 a JUNIO 2.005

Evento	Número de casos 2.004	Número de casos 2.005
Meningitis bacteriana	17	9
Meningitis viral	11	9
Meningitis por neumococo	2	0
Meningitis por Haemophilus	0	5
Meningitis Meningocóccica	1	4
Meningitis tuberculosa	0	1
Total	31	

Fuente: Oficina de Epidemiología- DADIS

Según la localización de los casos por localidad dentro del Distrito de Cartagena , el comportamiento de la Meningitis de enero a junio de 2005 ha sido:

Tabla 31. CASOS CONFIRMADOS DE MENINGITIS POR LOCALIDAD ENERO 1 A JUNIO 30 DE 2.005

Localidad	Número de casos
Localidad 1	8
Localidad 2	14
Localidad 3	6
Total	28

Tabla 32. CASOS CONFIRMADOS DE MENINGITIS LOCALIDAD 1 POR EDAD Y SEXO ENERO 1 A JUNIO 30 DE 2.005 CARTAGENA

EDAD	Masculino	Femenino	Total
< 1 años	2	2	4
1 – 4 años	0	2	2
5 – 14 años	1	1	2
15 – 44 años	0	0	0
45 – 64 años	0	0	0
65 y más	0	0	0
Total	3	5	8

Fuente: Oficina de Epidemiología- DADIS

Tabla 33. CASOS CONFIRMADOS DE MENINGITIS LOCALIDAD 2 POR EDAD Y SEXO ENERO 1 A JUNIO 30 DE 2.005 CARTAGENA

EDAD	Masculino	Femenino	Total
< 1 años	4	3	7
1 – 4 años	2	1	3
5 – 14 años	0	2	2
15 – 44 años	1	0	1
45 – 64 años	0	1	1
65 y más	0	0	0
Total	7	7	14

Fuente: Oficina de Epidemiología- DADIS

Tabla 34. CASOS CONFIRMADOS DE MENINGITIS LOCALIDAD 3 POR EDAD Y SEXO ENERO 1 A JUNIO 30 DE 2.005 CARTAGENA

EDAD	Masculino	Femenino	Total
< 1 años	2	3	5
1 – 4 años	0	0	0
5 – 14 años	1	0	1
15 – 44 años	0	0	0
45 – 64 años	0	0	0
65 y más	0	0	0
Total	3	3	6

Fuente: Oficina de Epidemiología- DADIS

7.2.5. PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

Tabla 35. COBERTURAS PAI 2002 AL 2005 CARTAGENA

VACUNAS	COBERTURA 2002	COBERTURA 2.003	COBERTURA 2.004	HASTA JUNIO 2.005
ANTIPOLIO	88 %	95 %	95 %	46 %
DPT	69 %	77 %	85 %	44 %
BCG	85 %	95 %	95 %	51 %
ANTIHEPATITIS	67 %	78 %	88 %	44 %
ANTI HAEMOPHILUS	49 %	57 %	87 %	44 %
TRIPLE VIRAL	90 %	95 %	95%	36 %

Fuente: Oficina de Epidemiología- DADIS

Del 2.002 al 2.003 se dió la transición entre el uso de DPT – antihepatitis B y anti Haemophilus influenzae y se pasó al uso de penta pero algunos menores habían iniciado el esquema anterior y se presentaron problemas con el abastecimiento de algunos biológicos, entre ellos el anti Haemophilus influenzae, lo cual disminuyó las coberturas, afectando entonces las de 2003 y 2003.

Las coberturas útiles para el Minprotección son del 95 % anuales. Para el año 2.005 DPT, anti hepatitis B y anti Haemophilus tienen iguales coberturas porque se tiene en cuenta la cobertura de penta, la cual resulta por lo tanto igual para las tres vacunas individuales, para el 2.004 éstas coberturas no son iguales para los tres biológicos porque se encontraron algunas cohortes que tenían el esquema anterior incompleto y al completarlos resultaron las coberturas anotadas. Para lo corrido de éste año, se espera que a junio 30 las coberturas alcancen un mínimo de 47,4 %.

7.2.6. LEPTOSPIROSIS:

Tabla 36. CASOS DE LEPTOSPIROSIS SEGÚN EDAD Y SEXO CARTAGENA AÑO 2003

EDAD	SEXO		TOTAL
	Mas.	Fem.	
Menor de 1 año	0	0	0
1-4 años	0	0	0
5-14 años	0	0	0
15-44 años	6	1	7
45 –64 años	1	1	2
65 y +	0	1	1
TOTAL	7	3	10

Fuente: Oficina de Epidemiología- DADIS

Tabla 37. CASOS DE LEPTOSPIROSIS POR LOCALIDAD CARTAGENA AÑO 2003

Localidad	No de Casos
1	3
2	3
3	4
Total	10

Fuente: Oficina de Epidemiología- DADIS

Tabla 38. CASOS DE LEPTOSPIROSIS SEGÚN EDAD Y SEXO CARTAGENA AÑO 2004

EDAD	SEXO		TOTAL
	Mas.	Fem.	
Menor de 1 año	0	0	0
1-4 años	0	0	0
5-14 años	2	0	2
15-44 años	16	6	22
45 –64 años	4	2	6
65 y +	0	2	2
TOTAL	22	10	32

Fuente: Oficina de Epidemiología- DADIS

Tabla 39. CASOS DE LEPTOSPIROSIS POR LOCALIDAD CARTAGENA AÑO 2004

Localidad	No de Casos
1	7
2	16
3	9
Total	32

Fuente: Oficina de Epidemiología- DADIS

Tabla 40. MORTALIDAD POR LEPTOSPIROSIS CARTAGENA AÑO 2004

EDAD	SEXO		TOTAL
	Mas.	Fem.	
Menor de 1 año	0	0	0
1-4 años	0	0	0
5-14 años	0	0	0
15-44 años	2	0	2
45 –64 años	1	1	2
65 y +	1	2	3
TOTAL	4	3	7

Fuente: Oficina de Epidemiología- DADIS

Tabla 41. MORTALIDAD POR LEPTOSPIROSIS SEGÚN LOCALIDAD CARTAGENA AÑO 2004

Localidad	No de Casos
1	3
2	1
3	3
Total	7

Fuente: Oficina de Epidemiología- DADIS

Tabla 42. CASOS DE LEPTOSPIROSIS SEGÚN SEXO Y EDDA CARTAGENA ENERO A JUNIO AÑO 2005

EDAD	SEXO		TOTAL
	Mas.	Fem.	
Menor de 1 año	0	0	0
1-4 años	0	0	0
5-14 años	1	0	1
15-44 años	2	1	3
45 –64 años	0	1	1
65 y +	0	0	0
TOTAL	3	2	5

Fuente: Oficina de Epidemiología- DADIS

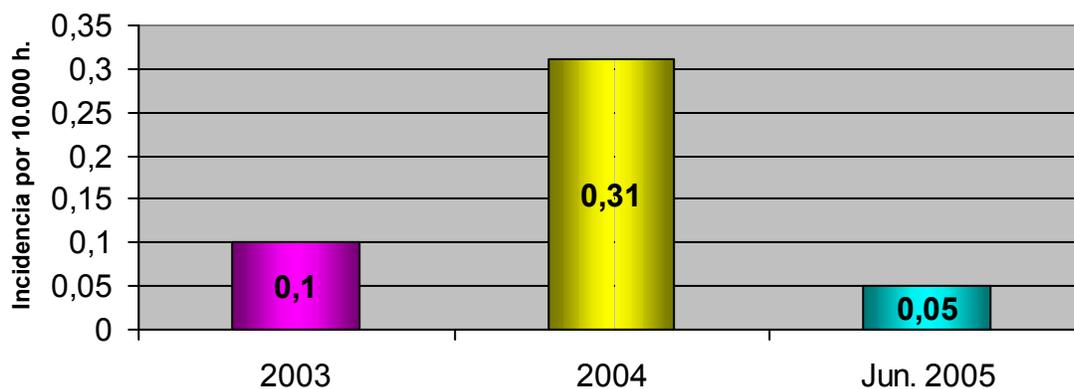
Tabla 43. CASOS DE LEPTOSPIROSIS SEGÚN LOCALIDAD CARTAGENA ENERO A JUNIO AÑO 2005

Localidad	Casos
1	0
2	1
3	4
Total	5

Fuente: Oficina de Epidemiología- DADIS

Ilustración 14 Incidencia de la leptospirosis en Cartagena 2003 - 2005

INCIDENCIA DE LEPTOSPIROSIS CARTAGENA 2003 A JUNIO 30 DE 2005

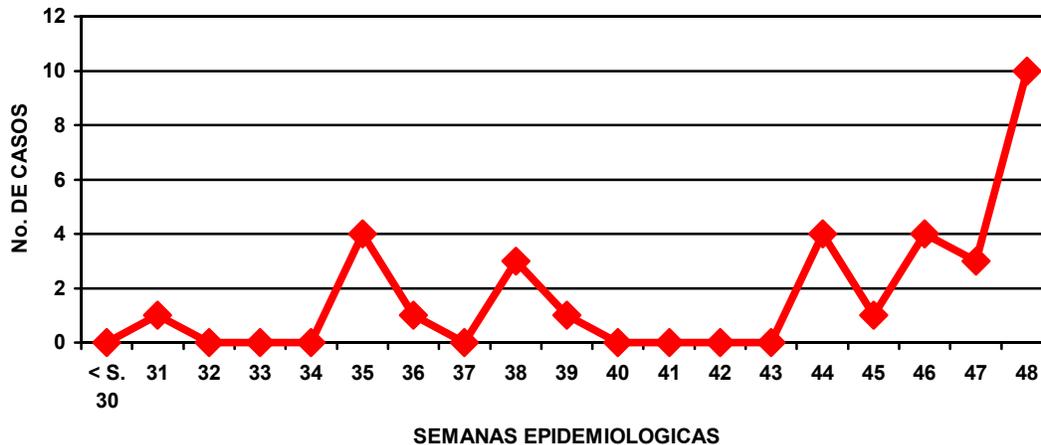


de Epidemiología-DADIS

Fuente: Oficina

Ilustración 15. Comportamiento de la leptospirosis 2004

COMPORTAMIENTO DE LA LEPTOSPIROSIS SEGUN SEMANAS EPIDEMIOLOGICAS AÑO 2004 CARTAGENA



La Leptospirosis como zoonosis es transmitida por animales como roedores, vacunos, perrunos, etc. La Leptospira presente en la orina de estos, penetra al organismo humano a través de mucosas o heridas que entran en contacto con la orina infectada, que puede encontrarse en aguas estancadas, terrenos húmedos, etc, desarrollando la enfermedad.

En el Distrito de Cartagena todos los años se presentan casos, dada la alta población de roedores presentes en la ciudad.

En el año 2004, en un comité técnico realizado en el mes de Septiembre en la subdirección de Salud Publica esta Oficina Informo de la probabilidad de ocurrencia de un brote de Leptospirosis en el Distrito hacia finales de año , y planteo la necesidad de tomar medidas al respecto. Esta consideración se sustentaba en evidencias como:

1. Se había detectado hacia esa fecha (semana Epidemiológica 34) un aumento en la incidencia de casos. (ver grafico anterior).
2. En esa semana ocurrió un caso de muerte por esta causa en un paciente adulto residente en el barrio el Campestre.
3. La ciudad enfrentaba una alta población de roedores.
4. Durante el año no se habían realizado acciones de control de roedores.
5. Existía la posibilidad de ocurrencia de lluvias hacia el final de año, así como inundaciones en algunos sectores de la ciudad, lo que podría actuar como detonante para una epidemia, dada la situación explicada en el puntos 1 y 2.

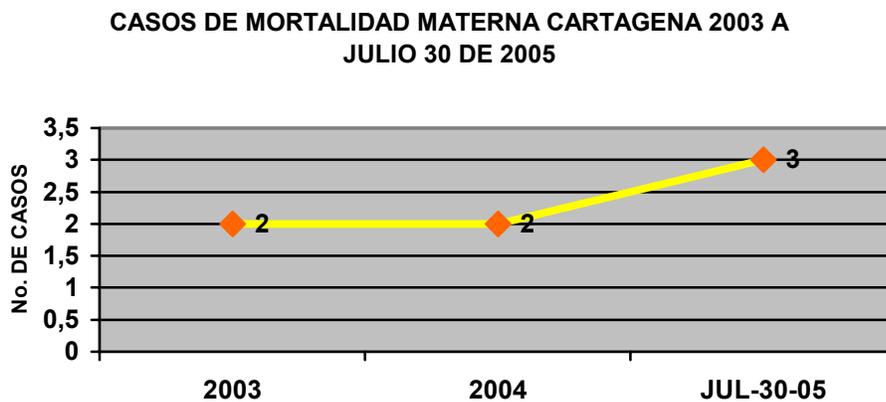
No obstante lo anterior, dichas medidas preventivas y de control no fueron llevadas a cabo, por lo que hacia la 3 semana de noviembre se inicio en la ciudad una epidemia de Leptospirosis, con una incidencia de 27 casos, de los cuales 6 fallecieron. Solo entonces fueron tomadas las medidas necesarias.

Esta epidemia fue concurrente con la aparición del periodo de lluvias en la ciudad, y la ocurrencia de inundaciones en algunos sectores de la ciudad.

La hipótesis del accionar de las lluvias e inundaciones como vehículos en la ocurrencia de casos a partir de una alta tenencia de roedores, se pudo sustentar, por el hallazgo , producto de las investigaciones epidemiológicas, de que el 100% de los casos ocurrieron en zonas de inundaciones, alta población de roedores, y los pacientes poseían al antecedente de contacto con aguas estancadas.

7.2.7. MORTALIDAD MATERNA

Ilustración 16. Casos de mortalidad materna Cartagena 2005



Fuente: Oficina de Epidemiología-DADIS

Se considera MUERTE MATERNA a la muerte de una mujer en estado de embarazo, sin importar la edad gestacional o el sitio de desarrollo de este, y que se presenta por causas desencadenadas o agravadas por este estado, hasta los 42 días post-parto.

La Muerte Materna, al igual que la Muerte Perinatal, es uno de los indicadores, a través del cual se evalúan aspectos como grado de desarrollo, acceso, coberturas y calidad en los servicios de salud, etc de una población.

La incidencia la Muerte Materna ha venido en aumento durante los últimos años en el Distrito de Cartagena, (ver grafico). Del total de 10 casos ocurridos en el departamento de Bolívar de enero a julio 30 de 2005, 3 (33%) ocurrieron al Distrito de Cartagena, indicador preocupante, dadas sus implicaciones. Las proyecciones realizadas permiten inferir que con una alta probabilidad, hacia finales de año en curso este puede superar en porcentajes del 50 al 100% la cifra actual. Las causas identificadas como desencadenantes de las Muertes Maternas ocurridas en el Distrito son en orden de frecuencia:

1. Pre-Clampsia –Eclampsia y trastornos Hipertensivos durante el embarazo.
2. Aborto Incompleto
3. Hemorragias durante el embarazo, parto y post-parto.

4. Sepsis

Entre los factores de riesgo identificados en las pacientes, y que se relacionan con las causas del evento tenemos:

1. Ausencia o deficiencias en la realización de Controles Prenatales.
2. Deficiencias en la oportunidad y calidad de la asistencia Clínica y Paraclínica.
3. Bajo Nivel Socioeconómico.
4. No disponibilidad de afiliación al SGSSS.
5. Fallas o ausencia en la implementación, direccionamiento, monitoreo, evaluación, etc por parte del Ente Territorial Distrital del Plan Nacional de Choque contra la Mortalidad Materna en el Distrito de Cartagena, normado por parte del Ministerio de la Protección Social para ser implementado en todo el país, y que las diferentes IPS, EPS, ARS, etc. del Distrito están obligadas a adoptar, como estrategia preventiva para la disminución.

El anterior panorama, evidencia la necesidad de abordar la MORTALIDAD MATERNA como uno de los principales problemas en Salud Pública del Distrito de Cartagena, necesario de intervención urgente.

7.2.8. MORTALIDAD PERINATAL:

Tabla 44. Mortalidad perinatal Cartagena 2005

CASOS DE MUERTES PERINATALES NOTIFICADOS EN EL DISTRITO DE CARTAGENA DE ENERO A JUNIO AÑO 2005																
PERIODO EPID.	CASOS	SEMANA EPIDEMIOLÓGICA				EDAD				PARA					SEXO	
						10-14	15-19	20-44	45 y +	0	1	2	3	4 y +	M	F
1	19	1	2	3	4	0	3	16	0	4	4	6	3	2	8	11
		4	4	8	3											
2	13	5	6	7	8	1	5	7	0	3	5	3	1	1	4	9
		3	4	3	3											
3	17	9	10	11	12	0	6	11	0	4	2	6	5	0	11	6
		4	4	8	1											
4	13	13	14	15	16	1	5	7	0	1	6	2	1	3	5	8
		1	4	7	1											
5	17	17	18	19	20	0	6	11	0	3	5	3	3	3	7	10
		4	2	2	9											
6	17	21	22	23	24	1	5	11	0	7	3	6	1	0	7	10
		5	3	3	6											
7	6	25	26			0	1	5	0	1	1	1	2	1	5	1
		4	2													
TOTAL	102					3	31	68	0	23	26	27	16	10	47	55

Ilustración 17. Casos de muertes perinatales en Cartagena 2003 – 2005

CASOS DE MORTALIDAD PERINATAL EN EL DISTRITO DE CARTAGENA DE 2003 A JUNIO 30 DE 2005

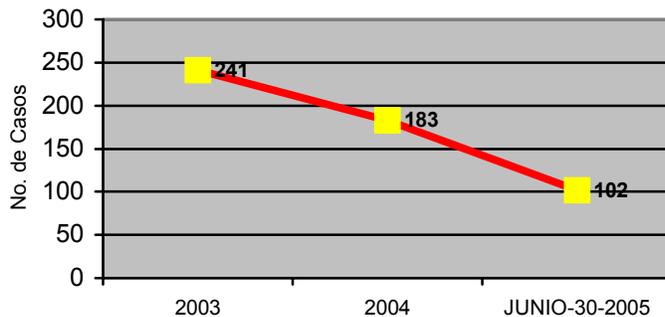
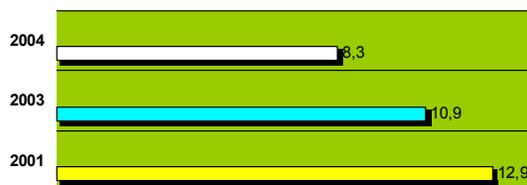


Ilustración 18. Incidencia de muertes perinatales

TASA DE MUERTE PERINATAL EN CARTAGENA, INCIDENCIA POR 1000 NACIDOS VIVOS



TASA POR 1.000 NACIDOS VIVOS

Se considera Muerte Perinatal a la muerte de un producto dentro de la semana gestacional número 22 y los primeros 7 días post-parto.

La Muerte Perinatal, es uno de los indicadores, a través del cual se evalúan aspectos como grado de desarrollo, acceso, coberturas y calidad en los servicios de salud, etc de una población.

La tendencia de la Mortalidad Perinatal durante el periodo 2003-2004 ha sido hacia la disminución, no obstante las proyecciones, teniendo en cuenta la incidencia del evento al primer semestre de 2005, conllevan a plantear la probabilidad de un aumento de los casos, similar al 2003 hacia el final del año. A pesar de esta disminución, el indicador sigue en niveles tales que obligan a plantearlo como uno de los problemas en Salud Pública prioritarios para el Distrito de Cartagena.

Las causas identificadas en la incidencia del evento son:

1. Pre-Clampsia –Eclampsia y trastornos Hipertensivos durante el embarazo
2. Prematurez
3. Sepsis.

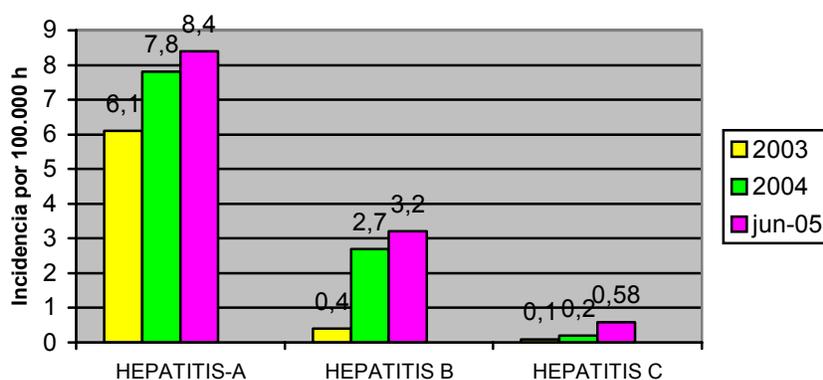
Los factores de riesgo identificados son:

1. Ausencia o deficiencias en la realización de Controles Prenatales.
2. Deficiencias en la oportunidad y calidad de la asistencia Clínica y Paraclínica.
3. Bajo Nivel Socioeconómico.
4. No disponibilidad de afiliación al SGSSS.
5. Ausencia de practicas de auto cuidado en las embarazadas.

7.2.9. HEPATITIS A, B y C.

Ilustración 19. Incidencia de hepatitis viral en Cartagena 2003-2005

INCIDENCIA DE HEPATITIS A,B y C EN CARTAGENA 2003 A JUNIO DE 2005



Fuente: Oficina de Epidemiología- DADIS

Ilustración 20. Casos de hepatitis A por localidad Cartagena 2005

CASOS DE HEPATITIS A EN CARTAGENA SEGUN LOCALIDAD, DE ENERO A JUNIO DE 2005

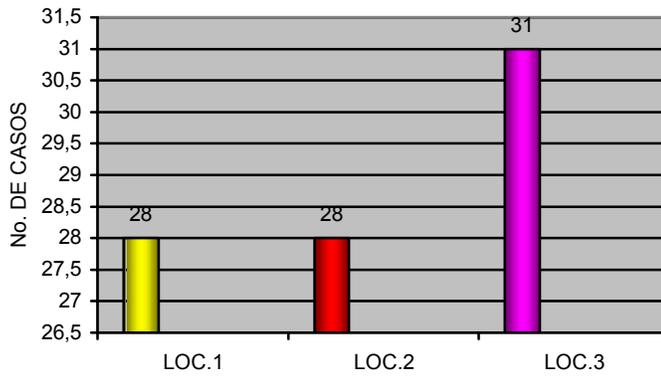


Ilustración 21. Casos de hepatitis B por localidad Cartagena 2005

CASOS DE HEPATITIS B EN CARTAGENA SEGUN LOCALIDAD, DE ENERO A JUNIO DE 2005

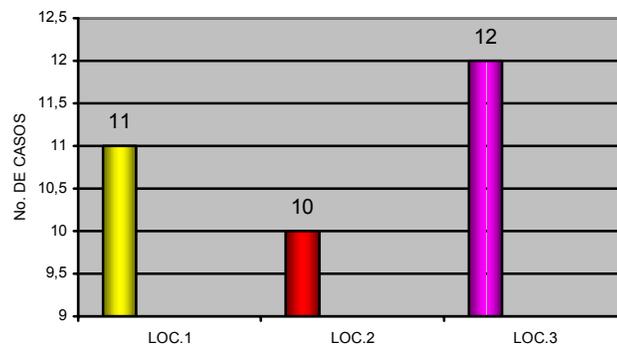
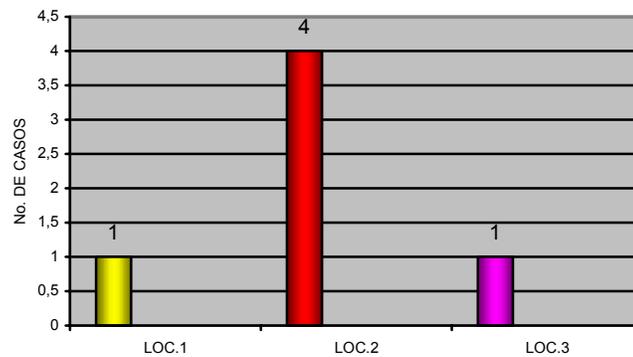


Ilustración 22. Casos de hepatitis C por localidad Cartagena 2005

CASOS DE HEPATITIS C EN CARTAGENA SEGUN LOCALIDAD, DE ENERO A JUNIO DE 2005



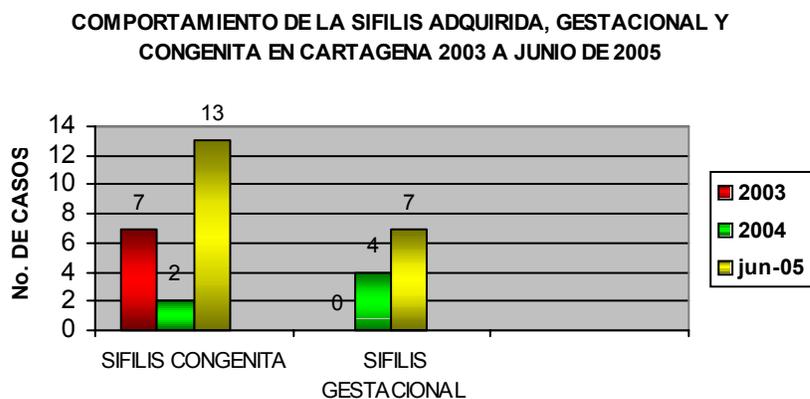
Fuente: Oficina de Epidemiología- DADIS

La tendencia de la incidencia de la Hepatitis en todas sus modalidades durante el periodo 2003 a junio 30 de 2005 es hacia el aumento, de tal forma que en las 3 formas, a junio 30 de 2005 ya el numero de casos presentados supera el 100% de los años anteriores, y en el caso de la Hepatitis C por ejemplo el aumento es cerca del 300%.

Los motivos de este aumento se pueden explicar por aspecto como: El fortalecimiento del SIVIGILA Distrital, lo que ha devenido en un aumento en la notificación de casos, la alta incidencia de comportamientos sexuales de riesgo entre la población, que en el caso de la Hepatitis B, como ITS, se relaciona con la alta incidencia de estos eventos en el Distrito, la presencia de malos hábitos higiénico-sanitarios en la población para efectos de la forma A y C, por ejemplo.

7.2.10. SÍFILIS CONGÉNITA

Ilustración 23. Sífilis en Cartagena a junio de 2005



Fuente: Oficina de Epidemiología- DADIS

La Sífilis Congénita y Gestacional muestra un aumento en la incidencia de casos durante el periodo de tiempo analizado, lo que conlleva a considerar aspectos como:

1. Aumento concurrente de los casos de Sífilis adquirida en mujeres, las cuales llegan al estado de embarazo, sin haber sido diagnosticadas, y mucho menos tratadas. De hecho de enero a junio de 2005 se han registrado 7 casos de sífilis gestacional.
2. Deficientes acciones de promoción y prevención con respecto el evento como ITS.
3. Deficiencias las acciones de control prenatal en la población.

La incidencia de estos eventos cobra mayor importancia si se tiene en cuenta que una vez se presentan, predisponen a la ocurrencia de casos de Muerte Perinatal, y Mortalidad Infantil.

7.2.11. VIH/SIDA

Ilustración 24. Casos de SIDA Cartagena 2003 A 2005



Ilustración 25. Incidencia de SIDA en Cartagena



Ilustración 26. Mortalidad por SIDA en Cartagena, 1991 - 2002



Ilustración 27. Casos nuevos de Sida a junio de 2005

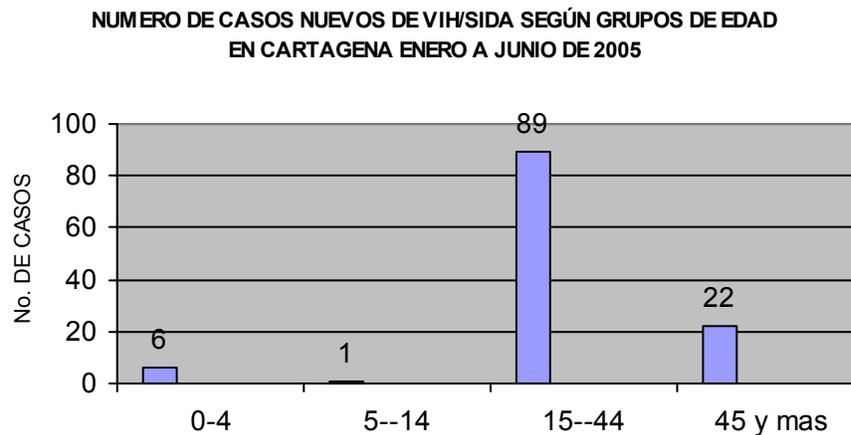
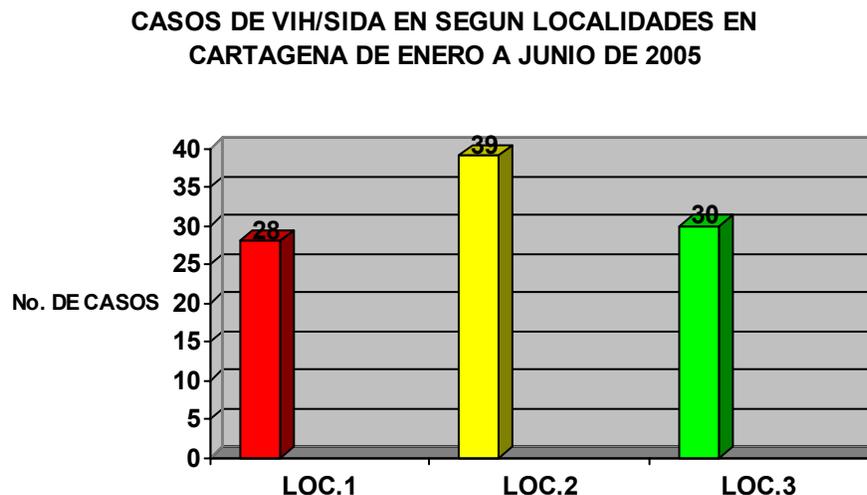


Ilustración 28. Casos de SIDA en Cartagena 2005 por localidad



Fuente: Oficina de Epidemiología- DADIS

Desde el año 1983, cuando se diagnosticó el primer caso de SIDA en Cartagena, que de hecho fue el primer caso diagnosticado en el país, la incidencia de este evento ha venido en aumento en el Distrito de Cartagena.

Las características epidemiológicas del evento en el Distrito de Cartagena son.

1. La epidemia muestra una tendencia hacia al aumento. (Ver grafico).
2. La mayoría de los casos (cerca del 70%) se están detectando en fase de SIDA, lo que evidencia una falta de oportunidad en los diagnósticos, y limita las posibilidades de sobrevivencia del paciente, además de la probabilidad de disminución de transmisión por parte de este.
3. La tasa de letalidad es del 45% -50%, lo que plantea una baja efectividad en el manejo de los pacientes.
4. Los grupos de edad que muestran mayor incidencia es la población entre los 15-44 años de edad (Población sexualmente activa). (75%)
5. Mayor incidencia en hombres que en mujeres. (relación 1.6 : 1)

6. La vía de transmisión mas frecuente es el contacto sexual tipo Heterosexual (83%), frente a otras formas de transmisión como las transfusiones sanguíneas, la vía vertical, etc.
7. Las enfermedades oportunistas de mayor incidencia son: Candidiasis,
8. Un notable subregistro de casos dentro del SIVIGILA.

Enfrentar la Epidemia de VIH//SIDA en la actualidad implica un redireccionamiento de la política Distrital de promoción y prevención al respecto, la que actualmente se caracteriza por la preponderancia en casi su totalidad de estrategias de información a través de talleres y charlas a la comunidad, asumiendo que de esta forma se obtienen cambios de comportamiento que conducen a la población a adoptar conductas sexuales de tipo saludable, lo que a la luz de la actual evidencia científico técnica no guarda una relación causa-efecto directa.

Las acciones de información y capacitación a la comunidad son solo una de las acciones a tener en cuenta dentro de una política general de promoción y prevención al respecto efectiva y de impacto. Lo anterior es aplicable al manejo de todas las Infecciones de transmisión Sexual.

Actualmente el principal factor de riesgo identificado para la transmisión de VIH/SIDA son las Necesidades Básicas Insatisfechas dentro de la población, lo que conlleva a otra serie de factores como el poco acceso a servicios de salud, bajos niveles educativos, escaso acceso a la información, etc.

El Distrito enfrenta en la actualidad con respecto al VIH/SIDA uno de sus principales problemas de Salud Publica, enfrentarlo implica la adopción de una política Distrital orientada al mejoramiento de las condiciones de bienestar de la población en lo concerniente a la relación de estas con los factores de riesgo identificados.

7.2.12. TUBERCULOSIS Y LEPROA.

Ilustración 29. Casos nuevos de TBC en Cartagena, 1998 - 2004

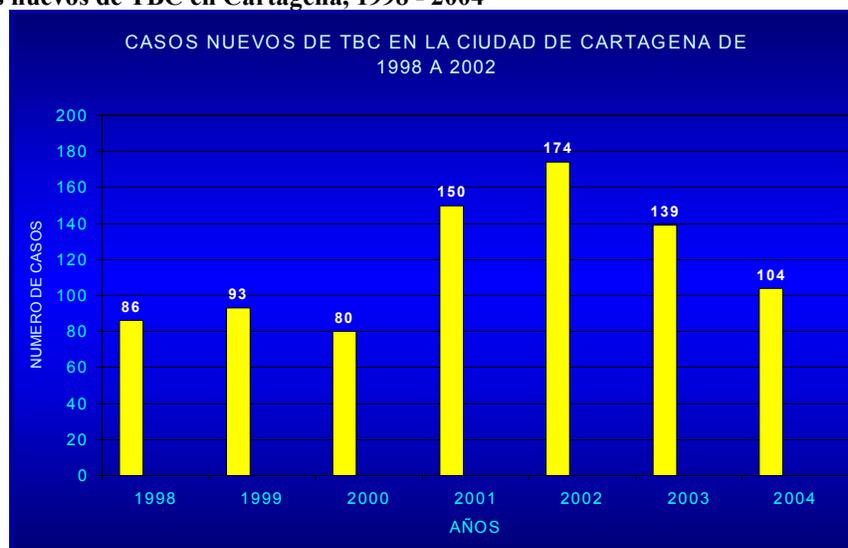
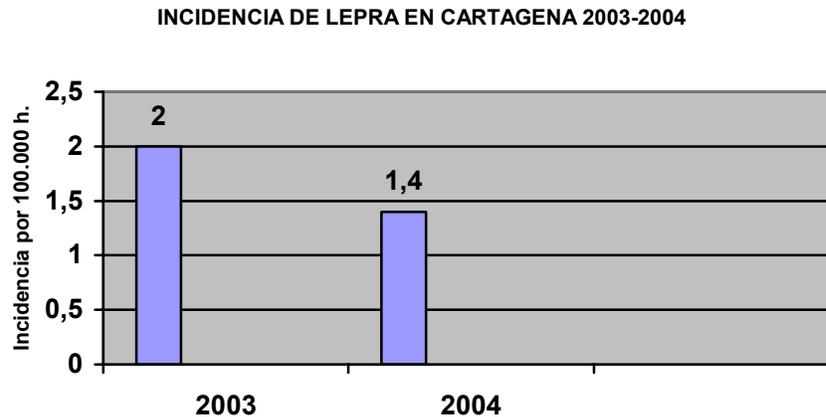


Ilustración 30. Incidencia de lepra en Cartagena, 2003 - 2004



Fuente: Oficina de Epidemiología- DADIS

El 90% de los casos de TBC son de la forma pulmonar, frente a un 10% de la forma extrapulmonar. La incidencia de TBC en el Distrito se ha mantenido constante en los últimos años (alrededor de 25.5 x 100.000). Las localidades 2 y 3 son las que registran mayor numero de casos durante el periodo estudiado (aproximadamente el 70%).

La prevención de la incidencia de TBC se debe encaminar hacia el mejoramiento de las condiciones de vida de la población en lo concerniente a las NBI aunado al reforzamiento en las estrategias de búsqueda y manejo de casos.

La prevalencia de lepra en el Distrito se ha mantenido por debajo de la meta de eliminación(menos de 0.5 x 10.000), se destaca el diagnostico oportuno de los pacientes como resultado de búsqueda de los mismos de tal forma que mas del 90% de estos se lograr hallar sin el desarrollo de discapacidad, y la incidencia de esta en el 100% de los casos es de grado I. No obstante mas del 50% de los casos son de la forma multibacilar (la mas infectante)

7.2.13. HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

Las enfermedades cardiovasculares que se refieren a una amplia variedad de enfermedades del corazón y los vasos sanguíneos incluyendo la enfermedad coronaria, la hipertensión, arterial, eventos cerebrovasculares, y la patología reumático cardiaca, constituyen una de las mas importantes causas de morbimortalidad. Se calcula que causan mas de 16 millones de muertes al año, de las cuales la mitad son atribuidas a las enfermedades isquemicas y un bajo porcentaje a los accidentes cerebrovasculares.

La probabilidad de morir por enfermedad isquemica del miocardio en los países de Latinoamérica y el caribe es de 2% entre los hombres de 15-60 años y el 1% en las mujeres de la misma edad. Diversos factores causales se conjugan para producir estas enfermedades, lo cual hace que las estrategias de prevención y control tengan que ser necesariamente impulsadas desde diferentes campos. Se han identificado a nivel mundial factores de riesgo modificables como los niveles altos de colesterol y triglicéridos, el sedentarismo, la obesidad, el tabaquismo, , entre otros.

En Colombia las enfermedades cardiovasculares, son superadas por la violencia y los accidentes dentro de las primeras causas de muerte y representan 1/3 de la morbilidad y mortalidad de la población mayor de 35 años.

En la ciudad de Cartagena la Hipertensión Arterial hace parte de los eventos bajo Vigilancia Epidemiológica, cada una de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) o Unidades de Notificación(UN) que hacen parte del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Distrital, notifican semanalmente a la Oficina de Vigilancia Epidemiológica del DADIS los casos nuevos registrados en su población atendida.

Por cada Periodo Epidemiológico (sumatoria de 4 Semanas Epidemiológicas) se están notificando un promedio de 14 casos, la mayoría de ellos en población mayor de 40 años de edad.

Durante el año 2004 las enfermedades cardiovasculares ocuparon el primer lugar dentro de la Mortalidad de la ciudad con cerca de 800 casos. En cuanto a la Morbilidad la Hipertensión arterial con 38.421 (Incidencia de 29.4 x 1000 hab.) solo fue superada en su Incidencia por la Infección Respiratoria Aguda con 54.221 casos registrados (Incidencia de 53.9 x 1000).

Es sabido que los niveles elevados de presión arterial producen toda una serie de cambios estructurales en las arterias que aportan sangre al cerebro, corazón, riñones y otros órganos, produciendo variados tipos de afección. Durante el 2004 murieron en la ciudad 301 personas por Infarto Agudo del Miocardio (Tercera causa de muerte) y otras 138 por Insuficiencia Renal (Octava causa de muerte.).

Este panorama de principales eventos trazadores de Morbimortalidad en la ciudad de Cartagena nos coloca ante la posibles ocurrencia para el sector salud de lo que se ha denominado la DOBLE CARGA EPIDEMIOLOGICA, donde la población debido a los malos hábitos dietéticas, el tabaquismo, el sedentarismo, etc. comienza a producir aumentos sustanciales en la incidencia de las enfermedades cardiovasculares que son junto con los eventos accidentales por así decirlo enfermedades propias de países con altos niveles de desarrollo, a la vez que el sector salud tiene que continuar “ luchando” contra las enfermedades propias del subdesarrollo y las NBIs presentes en la gran mayoría de la población, lo que a la postre encarece los costos en el sector y de paso dificulta las acciones de priorización , promoción y prevención.

7.2.14. MORTALIDAD POR IRA y EDA EN MENORES DE 5 AÑOS.

Ilustración 31. Mortalidad por IRA y EDA en menores de 5 años en Cartagena, 2005

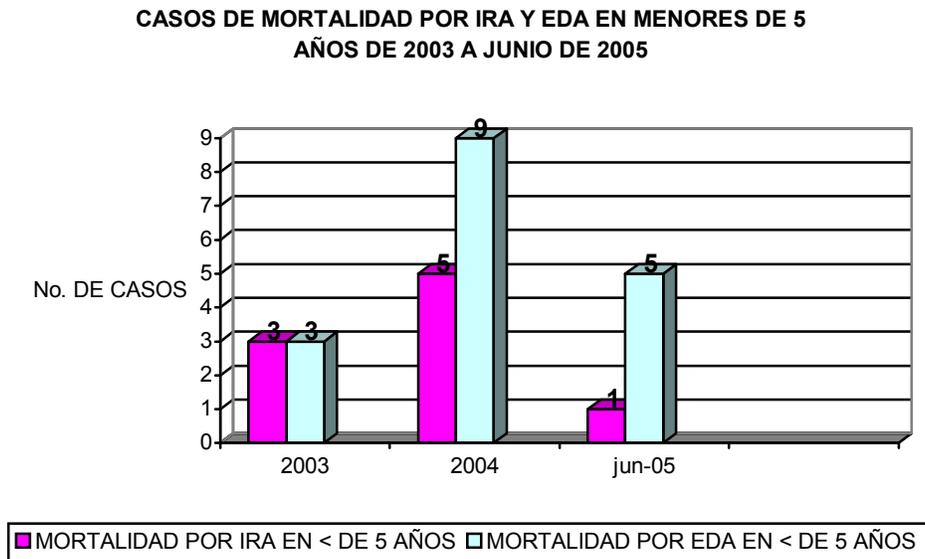
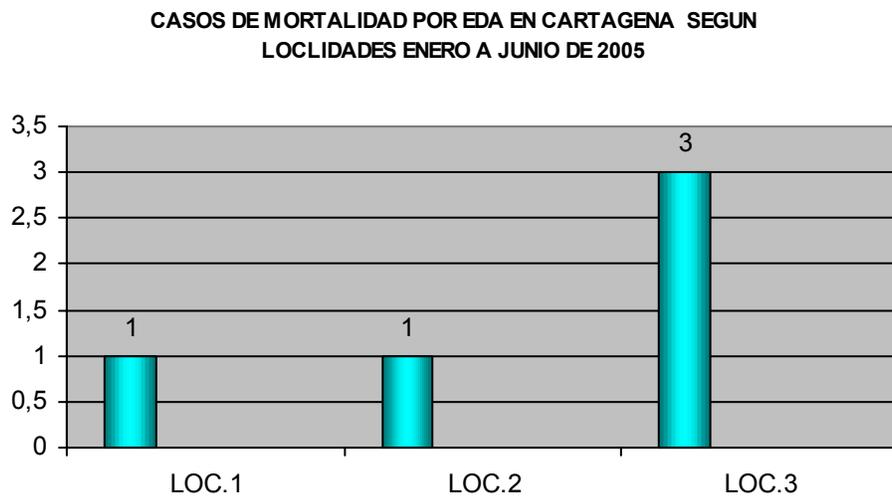


Ilustración 32. Mortalidad por EDA según localidades de Cartagena 2005



La incidencia de muertes por IRA y EDA en menores de 5 años ha venido en aumento durante el periodo estudiado, lo que obliga a revisar las acciones de promoción y prevención implementadas al respecto en el Distrito por parte de las entidades del SGSSS Distrital.

7.2.15. MORBILIDAD Y MORTALIDAD GENERAL

Tabla 45. DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL DISTRITO DE CARTAGENA DURANTE EL AÑO 2003

No.	Diagnostico	No de Casos	Incidencia*
1	INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA	32.154	32.8
2	ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	31.478	32.1
3	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	19.458	19.8
4	SÍNDROMES ANEMICOS	18.654	18.5
5	PARASITOSIS INTESTINAL	18.269	18.1
6	ESCABIOSIS	17.584	17.4
7	INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS	17.325	17.2
8	VULVOVAGINITIS	16.574	16.7
9	INFECCIONES GENERALES DE PIEL Y TEJIDO CELULAR	15.423	15.5
10	FARINGOAMIGDALITIS	14.897	14.8

Tabla 46. DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD CARTAGENA 2004

No.	Diagnostico	No de Casos	Incidencia*
1	INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA	54221	53.9
2	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	38.421	37.5
3	EDA	30.421	29.4
4	INFECCIONES GENERALES DE PIEL Y TEJIDO CELULAR	30.214	29.7
5	VULVOVAGINITIS	27.412	26.7
6	INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS	26.321	25.1
7	SÍNDROMES ANEMICOS	24.781	25.3
8	ESCABIOSIS	23.425	22.4
9	PARASITOSIS INTESTINAL	18.781	17.3
10	FARINGOAMIGDALITIS	15.365	14.1

La morbilidad durante el periodo estudiado se caracteriza por la predominancia de eventos de tipo infeccioso, donde destaca en primer lugar la Infección Respiratoria aguda con una incidencia de 53.9 X 1000, en 2004, notándose un considerable aumento en comparación el 2003 (32.8 x 1.000.).

La Hipertensión Arterial fue la segunda causa de morbilidad con una incidencia de 37.5 x 1000. La Hipertensión Arterial es un evento a tener en cuenta dentro de la morbilidad. Es un evento significativo dentro de nuestra morbilidad ya que este es un evento que en determinado momento por si solo o por la adición de otros factores de riesgo que de hecho existen en nuestra población, puede ser precursor de eventos tanto o mas deletéreos como el Accidente Cerebro vascular, La Insuficiencia Cardiaca, la Insuficiencia Renal, que de hecho entran a ser causales importantes de la mortalidad del Distrito.

Los otros eventos característicos son La Enfermedad diarreica aguda con 29.4 x 1000 (32.1 x 1000 en 2003) infecciones generales de piel y tejido con 29.7 x 1000, Vulvovaginitis con 26.7 x 100, IVU con 25.1 x 1000, Síndrome Anémico con 25.3 x 1000, Escabiosis con 22.4 x 1000, Parasitosis Intestinal con 17.3 x 1000 y la Faringoamigdalitis con 14.1 x 1000.

Si bien dentro de la etiología de cada uno de estos eventos infecciosos se identifican microorganismos virales, micóticos o bacterianos, o ya sean los parásitos como agentes causales, es también demostrable que existen en nuestra población situaciones y condiciones que se constituyen en verdaderos factores de riesgo para la incidencia de este tipo de patologías, como son la pobreza, necesidades básicas

insatisfechas, el hacinamiento, deficiencias en los servicios de alcantarillado y agua potable, entre otros.

Estos factores de riesgo son los responsables en última instancia de dar a este tipo de eventos el carácter de verdaderas endemias, se vuelven tan cotidianas estas patologías que la gente llega a entenderlas como eventos necesarios e inevitables dentro del ciclo vital de cada individuo.

Ahora, lo importante de lo anterior, es que se puede romper la cadena causal entre estos factores de riesgo y los agentes etiológicos a través de estrategias de promoción y prevención que logren empoderar a la comunidad para que asuman hábitos, y estilos de vida saludables por una parte, y por otra, son necesarias la intersectorialidad y voluntad política que logren cambios sustanciales en el ambiente de vida de las personas, supliendo sus NBI.

En este punto es importante resaltar que si bien en nuestras comunidades desde hace tiempo se vienen adelantando planes y programas de promoción y prevención a través de las diferentes estrategias que la legislación ha establecido, en lo que atañe a la promoción de la salud, esta ha sido entendida y manejada solo en su componente de educación, partiendo de la premisa de que a través de la capacitación y la enseñanza se logran cambios de comportamiento en el individuo que anulen los factores de riesgo para enfermar y morir.

La tasa general de mortalidad en el distrito durante el 2003 fue de 385.4 x 100.000. La primera causa de mortalidad en el Distrito De Cartagena fue la Hipertensión Arterial. (Tasa de 48.7 x 100.000).

La tasa general de mortalidad en el distrito durante el 2004 fue de 452.3 X 100.000 en el 2003 fue de 385.4 x 100.000. La primera causa de mortalidad en el Distrito De Cartagena fue la Hipertensión Arterial. Con 438 casos, . Esto evidencia el desenlace deletéreo que están teniendo los pacientes afectados, lo que a la luz de los hechos puede demostrar fallas en los programas de control y manejo de la hipertensión en la población del distrito.

El peso de la Hipertensión Arterial se hace aun mas significativo dentro del perfil de mortalidad si analizamos que en este también figuran eventos como el Infarto Agudo del Miocardio con 301 casos, y la Insuficiencia Renal Crónica con 138 casos, plantándose la posibilidad de que algún porcentaje de estos casos sean producto de una Hipertensión Arterial mal manejada.

Las anteriores hallazgos, obligan a que el DADIS dentro de sus competencias, asuma la vigilancia y revisión del manejo que dentro de las diferentes IPS, ARS, etc. se esta dando a los programas de Hipertensión Arterial, a sabiendas que las complicaciones que esta acarrea y que conllevan a disminuir la calidad de vida de los pacientes o ya sea su deceso, son evitables a través de las diferentes estrategias establecidas en los programas de P y P, acciones que deben ir de la mano con las políticas de promoción y prevención necesarias de aplicar en torno a estos eventos desde el ámbito de la salud publica.

Las muertes por proyectil de arma de fuego, la tercera causa de muerte en el distrito, (segunda en 2003) con 276 casos a lo que podría estar contribuyendo los factores de riesgo de índole social como el pandillismo y la delincuencia, que durante este halló se incrementaron en la ciudad.

La cuarta causa de muerte fue la Neumonía Bacteriana con 275 casos. Muestra también el perfil una serie de eventos como las afecciones e infecciones del periodo peri natal, la Hipoxia Intrauterina, con 186 casos, evento relacionado con las altas tasas de Mortalidad Peri natal del distrito.

Los anteriores indicadores que entre otras cosas miden la calidad de la atención en salud, evidencian la necesidad de evaluar y replantear lo que se está haciendo en el Distrito en cuanto a la atención prenatal y del recién-nacido.

Capítulo 8. PROCESOS CRÍTICOS EN LA GESTIÓN SANITARIA DE CARTAGENA

Los siguientes son los procesos en los que se tienden a presentar más riesgos de errores, ineficiencias y problemas de corrupción:

8.1. RIESGOS EN LA GESTIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

8.1.1. INTEGRACIÓN Y DEPURACIÓN DE LA BASE DE DATOS

- El nuevo SISBEN puede no estar implementado o mal implementado o implementado de manera incompleta o haberse dañado la base de datos por completo.
- El nuevo SISBEN puede no haberse cruzado con el viejo y por lo tanto no hay una base de datos única.
- La Administración del SISBEN no cuenta con dispositivos de almacenamiento de datos para la remisión de la base de datos.
- El DADIS no cuenta con personal entrenado en manejo de base de datos.
- El DADIS no cuenta con los aplicativos informáticos necesarios para la administración de bases de datos.
- El nuevo SISBEN puede no estar implementado o mal implementado o implementado de manera incompleta o haberse dañado la base de datos por completo.
- El nuevo SISBEN puede no haberse cruzado con el viejo y por lo tanto no hay una base de datos única.
- La Administración del SISBEN no cuenta con dispositivos de almacenamiento de datos para la remisión de la base de datos.
- Las entidades encargadas de la identificación con instrumentos diferentes al SISBEN no reporten las novedades mensualmente o que no garanticen la calidad de la información
- El ICBF no cuenta con una base de datos actualizada de niños abandonados o la base de datos no se encuentra sistematizada.
- El ICBF no cuenta con una base de datos de los núcleos familiares de las madres comunitarias
- La Alcaldía Distrital no cuenta con un listado de indigentes y pacientes en instituciones psiquiátricas.
- La Secretaría Departamental del Interior no ha solicitado a la Secretaría de Reinserción de la Presidencia de la República una base de datos actualizada de la población desmovilizada.
- La Red de Solidaridad no tiene un listado actualizado de desplazados por la violencia.

8.1.2. ELABORACIÓN BASE DE DATOS INICIAL DE PRIORIZADOS.

- El DADIS no cuenta con personal entrenado en manejo de base de datos.
- El DADIS no cuenta con un computador para el manejo de la base de datos del Régimen Subsidiado en Salud
- El DADIS no cuenta con los aplicativos informáticos necesarios para la administración de bases de datos.

8.1.3. ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE LA BASE DE DATOS DE POTENCIALES BENEFICIARIOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD

- Las instituciones responsables de reportar mensualmente las novedades de los potenciales beneficiarios identificados con criterios distintos al SISBEN pueden no reportarlas o hacerlo de manera irregular o extemporánea.
- La Oficina de Administración del SISBEN puede no reportar las novedades o hacerlo de manera irregular o extemporánea.
- Las ARS pueden no reportar las novedades o hacerlo de manera irregular o extemporánea.
- El DADIS no cuenta con personal suficiente para atender las solicitudes de actualización de datos que realizan los potenciales beneficiarios o las organizaciones comunitarias.
- El DADIS no cuenta con recurso humano para realizar las visitas de verificación de inconsistencias o corroborar solicitudes de actualización de datos.
- Fluctuaciones de voltaje o interrupciones del fluido eléctrico pudieran dañar las bases de datos.
- Las diversas situaciones que impiden a la Registraduría Distrital realizar sus actividades y poder solucionar oportunamente los problemas de identificación.

8.1.4. SELECCIÓN E INSCRIPCIÓN DE ARS

- Seleccionar una ARS que no llene los requisitos legales para operar.
- Que la Calificación NO sea objetiva.
- Intereses personales que afecten el proceso.

8.1.5. PLANEACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA LIBRE ELECCIÓN DE ARS (PREPARACIÓN PARA LA AFILIACIÓN)

- No tener disponible el presupuesto adecuado.
- Planeación orientada hacia los intereses particulares.
- No seguir el plazo establecido para llevar a cabo la libre elección
- No contar con formas de participación social consolidadas que apoyen el evento

8.1.6. LIBRE ELECCION DE ARS

- Afiliación fraudulenta.
- Convocatoria y afiliación de personas que no tienen derecho.
- Afiliación de personas que tienen derecho pero que no están priorizada para este evento.
- Persona que no puede afiliarse teniendo el derecho (Ej. Duplicidad con contributivo, aparece muerta y no está muerta).
- Que el potencial beneficiario no pueda escoger libremente ARS.
- Que las ARS no entreguen los carné en el acto público.
- Competencia desleal de ARS.
- NO se completen los cupos disponibles.

8.1.7. TRASLADOS DE ARS

- Multiafiliación.
- Que el afiliado se quede sin ARS.
- Manipulación de traslado.
- No verificar el periodo mínimo de permanencia a la misma ARS por parte del afiliado que solicita el traslado, el cual es de tres años.

8.1.8. EXCEPCIONALIDADES PARA LA AFILIACION A ARS

- Actos administrativos en firme o sentencia judicial en firme que hayan ordenado la revocatoria de la autorización, disolución y liquidación, terminación unilateral del contrato, declaratoria de caducidad del contrato, nulidad de los contratos o retiro por incumplimiento de participación mínima en el mercado.
- Acto administrativo de decisión del Distrito aplicando artículo 36 del Decreto 050 de 2003 de no-suscripción o renovación del contrato de aseguramiento.
- Documento de evaluación del número de afiliados a asignar por ARS.

8.1.9. CONFORMACIÓN DE BASE DE DATOS DE AFILIADOS PARA CONTRATACIÓN CON ARS

- Incluir en base de datos personas no carnetizadas.
- Sacar de la Base de Datos personas que tienen el derecho.
- Base de datos con duplicidades.

- Incluir personas que no tienen el derecho al Régimen Subsidiado.

8.1.10. SUSCRIPCIÓN Y LEGALIZACIÓN DE CONTRATOS

- Inconsistencias en la base de datos de afiliados no identificadas en el proceso de afiliación.
- El subproceso puede verse afectado por actos de competencia desleal no controlada en la realización de la libre elección.
- Desinformación a la población objetivo por parte de los responsables del proceso.
- Que los recursos para la contratación no hayan sido adecuadamente adicionados en el presupuesto del municipio.
- Situaciones internas y/o externas controlables desde la fuente que al no ser controladas impiden la realización de la suscripción y legalización de los contratos dentro de los tiempos contemplados en la normatividad vigente.

8.1.11. MANEJO DE NOVEDADES

- La información presentada por las diferentes fuentes puede resultar inconsistente o contradictoria y los resultados de validación ser igualmente inconsistentes o poco confiables.
- No identificar oportunamente las novedades.
- El ajuste de la información puede genera inconformismo entre la población o instituciones que puedan ver afectados sus intereses, especialmente cuando las novedades afectan el pago a las ARS o excluyen del subsidio a personas inicialmente afiliadas.
- Identificar situaciones de exclusiones de afiliados incorrectas.
- Excluir afiliados sin seguir el debido proceso, que tengan que volver a ser incluidos por orden jurídica.
- La base de datos del Régimen Contributivo puede estar desactualizada, con lo cual se pueden estar identificando múltiples afiliaciones que no son ciertas.
- La exigencia de certificado de defunción para identificar los fallecimientos puede impedir la liberación de cupos.

8.1.12. REEMPLAZOS E INCLUSIONES

- Que los reemplazos e inclusiones no se realicen siguiendo los parámetros de priorización establecidos o en circunstancias diferentes a las contempladas en la norma (Art.34 Acuerdo 244 de 2003)
- Que no se cuente con los recursos necesarios para garantizar la continuidad de los cupos que han asignado por inclusión o reemplazo especialmente cuando se trata de recién nacidos.
- Disponer de cupos de personas que temporalmente han sido trasladada al Régimen Contributivo (Art.30 Acuerdo 244 de 2003)

- Se pueden presentar situaciones de selección adversa por una incorrecta aplicación de los criterios de priorización en la asignación de los cupos liberados.

8.1.13. CERTIFICACIÓN DE PAGOS

- El no pago dentro de los plazos establecidos a las ARS genera para el Distrito el pago de interés de mora de acuerdo a lo contemplado en el Decreto Ley 1281 de 2002.
- Se puede presentar morosidad en el pago por parte del Distrito debido al incumplimiento de la ARS en cualquiera de sus obligaciones contractuales legalmente definidas.

8.1.14. SEGUIMIENTO E INTERVENTORÍA DE CONTRATOS

- El contrato de interventoría no se firma a tiempo
- La información presentada por las ARS puede ser inconsistente o carecer de veracidad.
- El nombramiento del interventor puede responder a intereses particulares.
- Que no se tomen las medidas pertinentes para aplicar correctivos a situaciones encontradas o que estas no surtan el efecto deseado.
- No realizar seguimiento a los procesos sancionatorios si este es el caso.
- No tener claridad en las competencias y excederse en las mismas.

8.1.15. LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS

- Inconsistencias en los informes de interventoría.
- Inconsistencias en la información financiera que posee la Unidad Financiera del Distrito y la que posee El DADIS (o la entidad haga sus veces) con respecto a la ejecución de los contratos con las ARS.
- No contar con la información suficiente o veraz para sustentar la liquidación.
- No discriminar las actas de liquidación por fuentes, pagos realizados y excedentes para cada una de ellas si es el caso
- No realizar las liquidaciones dentro de los tiempos establecidos por la normatividad vigente.
- No hacer efectivo el pago de los valores resultado de la liquidación tanto a favor como en contra del ente territorial frente a la ARS.
- No establecer e imponer sanciones cuando la situación así lo amerite.

8.1.16. PLANEACIÓN DE LA GESTIÓN FINANCIERA

- La Base de Datos de afiliados puede estar incluyendo personas que no necesitan el subsidio.
- La aplicación del SISBEN puede estar excluyendo población pobre con necesidades prioritarias del subsidio.

- El nuevo SISBEN puede dejar por fuera muchos afiliados antiguos rompiendo la continuidad.
- La población desplazada puede estar falseando la estadística poblacional.
- La Base de Datos de Afiliados puede estar incluyendo duplicados.
- Se puede estar sobrestimando la disponibilidad de las fuentes financieras que no han certificado recursos.
- Se puede estar perdiendo cofinanciación por falta de esfuerzo local.

8.1.17. ADMINISTRACIÓN DEL PRESUPUESTO DISTRITAL DE INGRESOS

- Las vigencias presupuestales de los municipios operan entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre y la contratación del RS opera entre el 1 de Abril y el 31 de Marzo lo cual exige atención especial por parte de los servidores públicos a cargo de este subproceso.
- Cuando los recursos del RS no se incorporan al presupuesto municipal, las Contralorías no los pueden controlar y pueden ser desviados.
- En ocasiones el Fondo Distrital De Salud no opera totalmente según las normas vigentes, pues los recursos de salud no se especifican en un capítulo especial del presupuesto Distrital o no tienen cuentas bancarias especiales. El manejo de recursos del R. S. en fondos comunes favorece retenciones indebidas, desvío de recursos gravámenes tributarios.
- Que el Distrito no haya creado el Fondo Local de Salud mediante Acuerdo y solo presente ante el Fosyga la cuenta bancaria certificada para los giros pero y su presupuesto, lo cual debilita el control externo.

8.1.18. ADMINISTRACIÓN DEL PRESUPUESTO DISTRITAL DE GASTOS

- Mantener fondos en instituciones financieras poco sólidas.
- El Certificado de disponibilidad presupuestal, como condición previa de la contratación, así como el registro presupuestal de los contratos perfeccionados, constituyen la garantía del cumplimiento de las obligaciones, su falta o imperfección genera un alto riesgo de no cumplimiento.
- Cuando los gastos se ejecutan con recursos que se manejan por fuera del presupuesto, se facilitan los desvíos y no se puede hacer control sobre ellos.
- Cuando los gastos en el Régimen Subsidiado se hacen por fuera de los Fondos Locales de Salud, se pueden retrasar los pagos pues los recursos hacen unidad de caja con los fondos comunes.
- Cuando los recursos del Régimen Subsidiado se manejan por fuera de los Fondos Locales de Salud se pueden invertir provisionalmente para obtener rentabilidad y se facilita desviar sus rendimientos para otros gastos además de estimular el retraso en los pagos.
- La falta de sincronía entre la vigencia de los contratos del RS y la vigencia fiscal puede generar dificultades de cumplimiento en las obligaciones.
- Cuando el gasto está asociado al recaudo simultáneo de varias fuentes se pueden ocasionar retrasos innecesarios.

8.1.19. ADMINISTRACIÓN DE TESORERÍA

- La generación de interés de mora para el Distrito que incumpla con el pago a las ARS dentro del plazo establecidos, de acuerdo a lo contemplado en el Decreto Ley 1281 de 2002.
- Comprobantes elaborados con errores, enmendaduras o inconsistencias.
- Pérdida en el transporte de cheques, cuando este es el mecanismo de pago en los municipios.
- No existen en el Ente Territorial sistemas de acopio, archivo y acceso a la información
- Existe desinformación de las normas relacionadas con el flujo de recursos, por parte del funcionario a cargo.
- Incumplimiento de las ARS al presentar novedades.
- Cuando no hay un fondo local de salud o no se utiliza para recibir todos ingresos existe el peligro que ocurran desvíos.
- Cuando los recursos se manejan por fuera del Fondo Distrital De Salud y se ponen a rendir intereses existe el riesgo del desvío de esos rendimientos y de estimular la mora en los pagos.
- Cuando todos los ingresos no se presupuestan se produce una falta de control fiscal sobre ellos.
- Debe haber un sistema riguroso para abrir cuentas bancarias con firmas debidamente autorizadas para evitar captaciones ilegales y desvíos.
- Si no hay cuentas separadas de salud existe el riesgo que tales cuentas puedan ser embargadas.
- Las cuentas separadas evitan que se les aplique el impuesto del cuatro por mil del cual esta exenta salud.
- Se debe verificar la inscripción de cuentas en las entidades aportantes para evitar captaciones paralelas.
- Las ordenes de pago y los cheques deben ser firmados en forma mancomunada incluyendo al Director Local de Salud para evitar desvíos.
- Los tesoreros, el director de salud y quienes manejan fondos deben estar debidamente afianzados.
- Debe haber una adecuada segregación de funciones entre los que autorizan el gasto y quienes hacen los pagos.
- La ARS deben cobrar mediante facturas prenumeradas para facilitar el trabajo de la auditoria y evitar el desvío de pagos.
- Los pagos deben hacerse solo en cheques cruzados con pago exclusivo al primer beneficiario, por todo el valor de la orden de pago y a nombre de la ARS. O se deben autorizar giros a cuentas debidamente inscritas en la tesorería Distrital por la ARS.

8.2. PARTICIPACIÓN SOCIAL

8.2.1. RENDICIÓN DE CUENTAS Y EVALUACIÓN PARTICIPATIVA

- Los organismos de dirección pueden obstaculizar la participación comunitaria para evitar sus actividades de vigilancia y control.
- Los líderes y veedores comunitarios no están adecuadamente formados o intencionadamente pueden obstaculizar la marcha de la administración.
- La participación comunitaria se puede “politizar” y ejercer un papel negativo en los procesos de vigilancia y control. La participación comunitaria puede ser el mejor aliado para garantizar la focalización de la afiliación en beneficio de los más pobres y de excluir a la población con capacidad de pago, de la misma manera, la participación comunitaria puede permitir orientar los programas en forma más adecuada a las necesidades.

8.3. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

Funciones generales. Las Direcciones Distritales de Salud deberán cumplir las siguientes funciones, sin perjuicio de las que le señalen la Constitución, la ley y demás normas especiales:

8.3.1. SOBRE EL EJE DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y SALUD PÚBLICA

- Vigilar por el cumplimiento de las normas constitucionales, legales y las demás disposiciones vigentes por parte de los diversos actores del sector salud, a fin de garantizar la operatividad del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el nivel departamental.
- Inspeccionar, vigilar y controlar directamente o en coordinación con los municipios, la aplicación de la normatividad vigente en lo referente a la calidad de la prestación de servicios a las personas vinculadas dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito departamental.
- Verificar el cumplimiento de las normas relativas al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de niveles 2 y 3 de atención, de acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno Nacional.
- Inspeccionar, vigilar y controlar la prestación de los diferentes servicios de salud contemplados en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiada, dentro del ámbito departamental.
- Desarrollar un sistema de atención integral al usuario, que permita su adecuada información, oportuna atención de quejas y reclamos y la solución alterna de conflictos de acuerdo con la ley.
- Ejercer la inspección, vigilancia y control de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del departamento, en relación con el cumplimiento de las normas técnicas, científicas, administrativas y financieras del sector salud.
- Establecer un sistema de indicadores de alerta temprana que permita la evaluación de los vigilados, la identificación de situaciones de riesgo y la toma de correctivos por parte de las entidades promotoras de salud, administradoras de régimen subsidiado y demás entidades que realicen

aseguramiento, así como de las prestadoras de servicios para garantizar la calidad de la atención en salud.

- Establecer un sistema de indicadores de salud de la población afiliada al Régimen Subsidiado, que permita medir las condiciones de salud de los diferentes usuarios de los servicios.

8.3.2. SOBRE EL EJE DE ASEGURAMIENTO

- Inspeccionar, vigilar y controlar el cumplimiento de la normatividad vigente en lo referente a la operatividad del régimen subsidiado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Publicar u ordenar la publicación de los estados financieros, indicadores de desempeño, e informes de gestión de las entidades sometidas a su control, u ordenar que éstas les suministren a los usuarios dicha información, de tal manera que les permita conocer la situación de las mismas y la del sector en su conjunto, para garantizar la libre elección y movilidad por parte del usuario dentro del Sistema, de suerte que les facilite a través de elementos de juicio claros y objetivos para escoger las mejores opciones del mercado.
- Ejercer inspección, vigilancia y control, sobre el aseguramiento en salud, para garantizar la adecuada contratación con la red de prestadores de servicios, la afiliación, carnetización, acceso a los servicios de salud, información y reconocimiento de los derechos de los usuarios. En relación con la verificación de estos procesos del régimen subsidiado, las Direcciones Seccionales de Salud podrán contratar auditorías externas con el propósito de lograr que los subsidios se destinen efectivamente a la población más pobre y vulnerable y se cumpla con el principio de equidad del Sistema, de acuerdo con lo previsto en el artículo 233 de la Ley 100 de 1993.

8.3.3. SOBRE EL EJE DE FINANCIAMIENTO

- Inspeccionar, vigilar y controlar, bajo la coordinación de la Superintendencia Nacional de Salud, la aplicación de la normatividad vigente en la generación, flujo y destino final de recursos financieros del sector, cualquiera sea su origen, de acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno Nacional.
- Hacer el seguimiento de las transferencias o participaciones que por ley realicen las entidades territoriales al sector de la salud.
- Coadyuvar al desarrollo de un sistema de información único para identificar situaciones de evasión, elusión y riesgo financiero del Régimen Subsidiado de Salud y articular las actuaciones a que haya lugar con las demás entidades de control acorde con sus competencias.
- Ejercer, bajo la coordinación de la Superintendencia Nacional de Salud, las acciones de inspección, vigilancia y control sobre la explotación de los monopolios rentísticos, generadores de recursos con destino a la salud, de acuerdo con el régimen propio de cada uno de ellos.
- Velar porque se realicen adecuadamente las provisiones en materia previsional y prestacional de las instituciones prestadoras de servicios de salud y las instituciones de utilidad común que contraten con el Estado.
- Velar por el cumplimiento de las reglas generales que deben seguir los hospitales en su contabilidad, sin perjuicio de la autonomía reconocida a éstos para escoger y utilizar métodos accesorios, siempre que éstos no se opongan directa o indirectamente, a las instrucciones generales impartidas por la Superintendencia.

- Impartir las instrucciones para la cabal aplicación de las normas o su definición por vía administrativa cuando dentro del Régimen Subsidiado de Salud haya necesidad de dirimir asuntos relacionados con el flujo o aplicación de los recursos.
- Emitir concepto certificación por el incumplimiento del pago por parte de las entidades territoriales a las Administradoras del Régimen Subsidiado -ARS-.

8.3.4. DE COORDINACIÓN DE AGENTES DE CONTROL

- Velar por la aplicación de la normatividad vigente en relación con el cumplimiento de las funciones y competencias de Inspección, vigilancia y control atribuidas a las Direcciones Territoriales de Salud.
- Adelantar acciones pertinentes al fortalecimiento efectivo de los mecanismos de control social sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud. En desarrollo de esta función, puede, entre otras actividades, desarrollar un sistema de atención integral al usuario, que permita su adecuada información, la oportuna atención de quejas y reclamos y la solución alterna de conflictos, de acuerdo con la ley.
- Actuar como instancia coordinadora frente a los municipios.
- Coordinar, en desarrollo de los convenios o mecanismos previstos para el adecuado funcionamiento de la Red de Controladores, las materias sobre las cuales los demás organismos de inspección y vigilancia del Estado apoyarán a la Superintendencia Nacional de Salud para el desarrollo de sus funciones, y la forma y condiciones en las cuales se suministrará la información regular y oportuna que se obtenga en la ejecución tales actividades, tanto desde de la Superintendencia, como desde los otros organismos de control.
- Operar en el ámbito departamental la Red de Controladores del Sistema General de seguridad social en salud, como un mecanismo de comunicación y coordinación de organismos y agentes de la inspección, vigilancia y control.
- Requerir, hacer el seguimiento y evaluar la adopción y puesta en marcha de los instrumentos de autoregulación y autocontrol dentro del sector salud, en el ámbito departamental;
- Llevar el registro de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- Solicitar a los organismos y agentes de control competentes los informes de revisoría fiscal, control interno, auditorías, interventorías del Régimen Subsidiado y demás informes obtenidos en el cumplimiento de sus competencias, para la realización de un control integral al sector.
- Coordinar con las Direcciones Territoriales de Salud, o en su defecto, con las entidades territoriales, el ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control sobre el Régimen Subsidiado de Salud atribuidas a éstas. Esta coordinación podrá llevarse a cabo mediante la realización de convenios de cooperación y concertación para la adecuada delimitación de las funciones de supervisión atribuidas tanto al nivel central, como al nivel descentralizado y en los cuales se determine la información que periódicamente remitirán las entidades descentralizadas. Las funciones de coordinación se ejercerán sobre las materias de inspección, vigilancia y control que se encuentran a cargo de los departamentos, de acuerdo con lo dispuesto en las leyes 10 de 1990, 100 de 1993, 715 de 2001 y demás normas pertinentes.

8.3.5. DE APLICACIÓN DE MECANISMOS PARA EL CONTROL:

- Ejercer funciones especiales de policía judicial y como autoridad de policía sanitaria, de conformidad con la Ley 9 de 1979 y el artículo 312, numeral 3° del Código de Procedimiento Penal, el Decreto 1355 de 1970 y las normas que lo modifiquen o adicionen.
- Solicitar al a Superintendencia Nacional de Salud la intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplan funciones de explotación y operación de monopolios rentísticos, cedidos al sector salud, Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de cualquier naturaleza, e intervenir técnica y administrativamente las direcciones territoriales de salud, en los términos de la ley y los reglamentos. La intervención en las instituciones prestadoras de servicios de salud tendrá como primera etapa procurar el salvamento de la entidad correspondiente.
- Trasladar a la Superintendencia de Sociedades para que lleve a cabo el proceso de liquidación de las instituciones prestadoras de servicios de salud privadas, con excepción de las fundaciones, corporaciones y demás entidades de utilidad común sin ánimo de lucro, siempre y cuando no hayan manejado recursos públicos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Ejercer la facultad de ejecutar por jurisdicción coactiva de conformidad con las normas vigentes, las tasas o contribuciones que le correspondan, así como las multas que imponga.
- Emitir instrucciones a las instituciones vigiladas sobre la manera como deben cumplirse las disposiciones que regulan su actividad, fijar los criterios técnicos y jurídicos que faciliten el cumplimiento de tales normas y señalar los procedimientos para su cabal aplicación, así como, aplicar las sanciones respectivas, relacionadas a aquellos asuntos que son objeto de su competencia, de acuerdo con las normas legales.
- Emitir las órdenes necesarias para que se suspendan de inmediato las prácticas ilegales o no autorizadas y se adopten las medidas correctivas o de saneamiento.
- Practicar visitas a los entes vigilados, en desarrollo de las cuales podrá utilizar todos los medios de prueba previstos en las normas procedimentales con el fin de obtener un conocimiento integral y el esclarecimiento de los hechos que sirvan de fundamento para las decisiones a que haya lugar.
- Requerir informes, conceptos y dictámenes a los agentes de control sobre la práctica de sus actividades de inspección, vigilancia y control en los entes vigilados, y exigirles la aplicación de los lineamientos técnicos y operativos que haya trazado.
- Interrogar bajo juramento y con observancia de las formalidades previstas para esta clase de pruebas en el Código de Procedimiento Civil, a cualquier persona cuyo testimonio pueda resultar útil para el esclarecimiento de los hechos durante el desarrollo de sus funciones. En desarrollo de esta facultad podrá exigir la comparecencia, haciendo uso de las medidas coercitivas que se consagran para este efecto en el Código de Procedimiento Civil.
- Imponer, en desarrollo de sus funciones, las siguientes sanciones: Amonestación escrita; multas sucesivas graduadas según la gravedad de la falta, a los representantes legales y demás funcionarios de las entidades vigiladas y agentes de control
- Aplicar por analogía procedimientos de inspección, vigilancia y control que tenga la Superintendencia Nacional de Salud en aquellos aspectos que no estén reglamentados.

- Efectuar un seguimiento sobre la manera como las entidades vigiladas y los agentes de control adoptan las acciones correctivas dispuestas por la Superintendencia Nacional de Salud, señalados en los actos administrativos debidamente expedidos.

NOTA: En el ejercicio de la aplicación de los mecanismos de control, se aplicarán procedimentalmente las normas establecidas en el Código Contencioso Administrativo, sin perjuicio de los procedimientos especiales vigentes.

8.4. EN LA GESTIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA (PAB) y RECURSOS DEL 4.01% DE LA UPC-S

8.4.1. ETAPA DE PLANEACIÓN

- El no contar con un diagnóstico de la situación de salud de la población conlleva a errores en la elaboración del Plan de Atención Básica (PAB)
- No concertar con las comunidades durante la fase de diagnóstico y planeación
- No tomar en consideración estándares demográficos y epidemiológicos actualizados por las deficiencias del sistema de información

8.4.2. ETAPA DE CONTRATACIÓN

- Falta de criterios técnicos en el diseño de los términos de referencia
- Falta de criterios técnicos en la estimación del valor del contrato
- Falta de transparencia en la selección de contratista

8.4.3. ETAPA DE SEGUIMIENTO A CONTRATO

- Inexistencia de un manual de procedimientos de interventoría del Plan de Atención Básica
- Criterios de cumplimiento de contratos son exclusivamente los de ejecución de actividades y no existen criterios de impacto epidemiológico
- Inoportunidad o inexistencia de contratos de interventoría del Plan de Atención Básica (PAB) y del 4.01% de la UPC-S

Capítulo 9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

9.1. CONCLUSIONES

1. Existe una situación disfuncional del sector público de la salud de Cartagena, en el componente asistencial caracterizado por: una Dirección Distrital de Salud con limitantes organizacionales, de recurso humano y de sede para desarrollar las competencias asignadas al sector.
2. La poca capacidad resolutoria del primer nivel de atención genera congestión en los niveles superiores. Esto conlleva a un manejo ineficiente de los recursos financieros y sanitarios de la ciudad y baja cobertura de los servicios de mediana y alta complejidad.
3. Existe dificultad en el acceso a los servicios hospitalarios por la deficiencia de la red prestadora y por los trámites para acceder a una autorización por parte del DADIS.
4. Los ceses parciales o totales de funcionamiento de las IPS públicas (Paros – Reestructuraciones – Liquidaciones) reducen aún más el acceso a los servicios de la población pobre y vulnerable, sobre todo la no asegurada.
5. Existe una
6. Baja calidad en los servicios ofertados (IPS sin llenar completamente los requisitos de habilitación)
7. Limitaciones financieras para el sector con déficit presupuestal de más de 20 mil millones de pesos en el componente de atención a la población pobre no asegurada.
- 8.

9.2. RECOMENDACIONES,

RECOMENDACIÓN N° 1. REESTRUCTURACIÓN DE LA DIRECCIÓN DISTRITAL DE SALUD.

Se requieren cambios estructurales en el DADIS, que permitan garantizar el cumplimiento de las competencias de ley como se describen en el capítulo 4 de este documento. Se necesita implementar todo un proceso de desarrollo institucional que incluyan los siguientes aspectos:

- a. Rediseño de la estructura organizacional
- b. Rediseño del plan de cargos
- c. Rediseño del manual de funciones y requisitos
- d. Diseño del manual de procedimientos
 - i. Procedimientos del área de Aseguramiento
 - ii. Procedimientos del área de Salud pública
 - iii. Procedimientos del área de Vigilancia y control
 - iv. Procedimientos del área de Prestación de servicios
 - v. Procedimientos del área de Calidad en la Atención
 - vi. Procedimientos del Fondo Distrital de Salud
- e. Diseño del modelo de atención
- f. Diseño de la política de prestación de servicios de salud
- g. Manual de Referencia y Contrarreferencia de pacientes, muestras y estudios
- h. Plan de Emergencias y Desastres
- i. Manual de Interventoría del Régimen Subsidiado de Salud

- j. Manual de inspección, vigilancia y control del Régimen Contributivo
- k. Manual de vigilancia epidemiológica
- l. Manual del Sistema de Información en Salud
- m. Manual de Calidad
- n. Manual de verificación de requisitos de habilitación de IPS

RECOMENDACIÓN N° 2. REORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DISTRITAL DE SALUD.

Reorganizar el Sistema Distrital de Salud dentro del esquema de SILOS, Sistemas Locales de Salud por Localidades. Se debe organizar un SILOS por cada localidad, de tal forma que:

1. Se descentralicen los procesos de información y atención de usuarios
2. Se descentralicen los procesos de autorización de servicios a la población pobre no asegurada y a la afiliada al Régimen Subsidiado de Salud en lo no cubierto por el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S)
3. Se fortalezcan los procesos de participación social por cada localidad
4. Se organicen subsistemas de referencia y contrarreferencia por cada localidad, en cabeza de un Hospital Local en cada SILOS.
5. Se descentralicen los procesos de vigilancia epidemiológica por cada SILOS.

RECOMENDACIÓN N° 3. FORTALECIMIENTO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN PÚBLICO

Fortalecer el primer nivel de atención mediante la transformación de tres unidades de atención de 24 Horas (CAP) en verdaderos hospitales locales con capacidad resolutive mínima de:

1. Atención del parto vaginal normal con 2 salas de parto, 2 salas de trabajo de parto y una sala de puerperio
2. Atención de urgencias de primer nivel 24 horas
3. Laboratorio clínico de baja complejidad 24 horas
4. Equipo de Rayos X
5. Un Ecógrafo
6. Dos quirófanos, uno para urgencias y otro para cirugías programadas
7. Camas de hospitalización de primer nivel
8. Consulta externa de especialidades básicas

Cada SILOS contará con un Hospital Local que constituya el centro de georreferencia y, no obstante, no se crearán nuevas personas jurídicas de derecho público. Todas las unidades de atención de primer nivel seguirán constituyendo una misma Empresa Social del Estado.

RECOMENDACIÓN N° 4. FORTALECIMIENTO DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

Fortalecer los mecanismos de participación de los actores sociales de cada localidad para la promoción e impulso de la intersectoriedad en los procesos de promoción y prevención de la salud en el Distrito (Comunidad-Administración – Industria- Gremios- Universidades- ONG – IPS- ARS- EPS) y los procesos de veeduría y control social en el manejo de la salud. Cada localidad tendrá un COPACO y estos se articularán con el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud – CTSSS.

RECOMENDACIÓN N° 5. SANEAMIENTO FISCAL DEL SECTOR SALUD

Se requiere elaborar un Plan de Saneamiento Fiscal del Sector para cubrir los déficit que se han venido acumulado de vigencias anteriores, que a la fecha deben superar los 24 mil millones, debido a servicios prestados por la red de IPS contratadas que garantizaron las atenciones de urgencias sin CDP. Este plan deberá incluir entre otras medidas:

1. Auditoría de facturas
2. Negociación de glosas
3. Conciliaciones ante Procuraduría
4. Negociación de deudas y suscripción de convenios de pago
5. Traslados presupuestales para garantizar los pagos (se pueden usar recursos de ETESA, Regalías, Recursos propios de los ingresos corrientes)
6. Solicitar la concurrencia del nivel nacional

RECOMENDACIÓN N° 6. FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE CALIDAD

Como lo requiere el Decreto 1011 de 2006, se debe contratar una entidad externa, preferiblemente una Universidad, que se encargue de:

1. Capacitar y entrenar al equipo de auditores del DADIS
2. Realizar un acompañamiento en la evaluación de requisitos de habilitación de la red prestadora de servicios de salud de Cartagena.
3. Elaborar el Programa de Auditoría de la Calidad en la Atención en Salud
4. Elaborar un manual de contratación de servicios de salud
5. Elaborar el Manual de Calidad del DADIS
6. Implementar el Sistema de Calidad del DADIS

RECOMENDACIÓN N° 7. TRANSPARENCIA EN LA CONTRATACIÓN

Para garantizar más transparencia en la contratación se recomiendan las siguientes medidas:

1. Contratar el Plan de Atención Básica (PAB) y 4,01% del Régimen Subsidiado de Salud²¹ con Universidades que cuenten con Facultades del área de la salud.
2. Estimar los montos de la contratación de los servicios para garantizar la atención a la población pobre no asegurada y a afiliados al Régimen Subsidiado de Salud en lo no cubierto por el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S) a través de mecanismos técnicos de estimación de demanda potencial de servicios y diseñar contratos de pago por presupuesto prospectivo.
3. Diseñar un Manual de Interventoría del Plan de Atención Básica (PAB) que incluya no sólo la verificación del cumplimiento de metas programadas, sino la modificación de los indicadores epidemiológicos. Se realizarán glosas por la falta de impacto con relación a la línea de base.

²¹ El artículo 46 de la Ley 715 de 2001 establece que una parte de los recursos de Promoción y Prevención del Régimen Subsidiado de Salud se ejecutarán directamente por el municipio. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud en su acuerdo 229 definió el monto de 4,01% de la UPC-S. Estos recursos se retienen en el Fondo Territorial de Salud y se deben ejecutar preferiblemente con IPS públicas.

4. Diseñar un manual de interventoría del Régimen Subsidiado de Salud y contratar Universidades para ejecutar dicha interventoría con informes mensuales y autorización de pagos a las ARS sobre la base de población efectivamente carnetizada.
5. Publicar todo el proceso contractual y los informes de interventoría en página web.
6. Realizar audiencias públicas trimestrales de rendición de cuentas ante las Organizaciones Sociales, ONG, Organismos de inspección, vigilancia y control y demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.