

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE
LA DIRECCION LOCAL DE SALUD, COMO COMPRADOR DE SERVICIOS DE
SALUD PARA LA POBLACION POBRE NO ASEGURADA.
IQUIRA – HUILA
2011

NESTOR LEANDRO CERQUERA ORTIZ

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD
Y SEGURIDAD SOCIAL
NEIVA- HUILA
2011

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE
LA DIRECCION LOCAL DE SALUD, COMO COMPRADOR DE SERVICIOS DE
SALUD PARA LA POBLACION POBRE NO ASEGURADA.
IQUIRA – HUILA
2011

NESTOR LEANDRO CERQUERA ORTIZ

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al Titulo de Especialista
en Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad Social

Asesor
Dr. DIEGO FERNANDO RIVERA CAMACHO
Psicólogo Mg. en Salud Pública

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD
Y SEGURIDAD SOCIAL
NEIVA- HUILA
2011

Nota de aceptación

Firma presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, Noviembre de 2011

DEDICATORIA

*A mi madre, por su apoyo incondicional y sus regaños alentadores
en la construcción de mis proyectos.*

*A mi padre, por su paciencia comprensiva y su apoyo incondicional
desde el principio.*

*A mi hermano y a mi hermana, por su acompañamiento y
comprensión.*

A Yaní por estar a mi lado.

Nestor Leandro

AGRADECIMIENTOS

El autor expresa sus agradecimientos a:

A la Universidad Surcolombiana a la Facultad de Salud, y la Coordinación del Posgrado de Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad Social en Salud, quienes con dedicación realizaron un excelente trabajo y jamás descuidaron la calidad en el desarrollo de todos los aspectos en el que nos encontramos.

A los docentes que desde un principio se destacaron por su alto nivel académico y calidez humana.

A la Dirección Local de Salud, del Municipio de Iquira, por darme la oportunidad de construir conceptos y entregarme la confianza para desarrollarlos.

A todos los participantes mil gracias.....

La calidad nunca es un accidente; siempre es el resultado de un esfuerzo de la inteligencia.

John Ruskin

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	20
1. FORMULACION DEL PROBLEMA	22
2. ANTECEDENTES	23
3. JUSTIFICACION	25
4. OBJETIVOS	29
4.1 OBJETIVO GENERAL	29
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	29
5. MARCO REFERENCIAL	30
5.1 MARCO CONCEPTUAL	30
5.1.1 Mejoramiento continuo de la calidad (MCC)	30
5.1.2 Garantía de Calidad	32
5.1.3 La seguridad del paciente	33
5.1.4 Niveles de la Auditoría	34
5.1.5 Tipo de acciones	34
5.1.6 Auditoría para implementar en los entes Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales - En su Condición de Compradores de Servicios de Salud	35
5.2 MARCO LEGAL	37
6. DISEÑO METODOLOGICO	38
6.1 LUGAR DE ESTUDIO	38
6.2 ETAPAS	38
6.2.1 Caracterización general del municipio	38
6.2.2 Análisis prioridades en Salud	39
6.2.3 Programación y Planeación	39
7. RESULTADOS	40
	Pág.

7.1	CARACTERIZACIÓN MUNICIPIO DE IQUIRA	40
7.1.1	Antecedentes históricos	40
7.1.2	Localización física	40
7.1.3	Estructuras físicas fundamentales	41
7.1.3.1	Altitud y Temperatura	41
7.1.3.2	Hidrografía	42
7.1.3.3	Zonas de Amenazas / Riesgos	44
7.2	CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA	50
7.2.1	Pirámide poblacional proyección DANE 2010	51
7.3	CARACTERIZACIÓN SOCIOECONÓMICA	57
7.3.1	Proporción de población con necesidades básicas insatisfechas	57
7.3.2	Distribución porcentual de la población por estrato socioeconómico	58
7.3.3	Distribución porcentual de la población por clasificación de SISBEN	58
7.3.4	Población económicamente productiva por áreas	59
7.3.5	Tasa de empleo	59
7.3.6	Población desplazada	59
7.3.7	Educación	60
7.3.8	Cobertura de educación básica y media	60
7.4	RED DE REFERENCIA	61
7.5	ANÁLISIS DE PRIORIDADES EN SALUD	62
7.5.1	Salud infantil	62
7.5.1.1	Tasa de mortalidad infantil	62
7.5.1.2	Indicadores programa ampliado de inmunizaciones	63
7.5.1.3	Indicadores de morbilidad	64
7.5.2	Salud sexual y reproductiva	65
7.5.2.1	Maternidad segura	65
7.5.2.2	Planificación familiar	66
7.5.2.3	Cáncer de seno	68
7.5.2.4	Cáncer de cuello uterino	68
7.5.3	Salud oral	69
7.5.4	Salud mental	69
7.5.5	Enfermedades transmisibles y las zoonosis	70
7.5.5.1	Tuberculosis	70
7.5.5.2	Lepra	71
7.5.5.3	Rabia	71
7.5.5.4	Fiebre amarilla	71
7.5.5.5	Malaria	71

7.5.5.6	Dengue	71
7.5.6	Enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidades	72
7.5.6.1	Actividad física	72
7.5.6.2	Enfermedades crónicas no transmisibles: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus e Insuficiencia Renal Crónica	73
7.5.6.3	Discapacidad	73
7.5.7	Salud nutricional	74
7.5.7.1	Bajo peso al nacer	74
7.5.8	Clasificación por estado nutricional en menores de 5 años	75
7.5.8.1	Tasa de mortalidad por desnutrición crónica en niños menores de 5 años	76
7.5.8.2	Duración promedio de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses	76
7.5.8.3	Duración total de la lactancia	76
7.5.8.4	Niños y niñas de 6 meses a 5 años de edad beneficiados con el programa de desayunos infantiles	76
7.5.8.5	Número de niños beneficiados con el programa de restaurantes escolares	76
7.5.8.6	Número de adultos mayores beneficiados con complemento alimentario	76
7.5.9	Seguridad sanitaria y del ambiente	77
7.5.9.1	Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano –IRCA	77
7.5.9.2	Viviendas con servicio domiciliario de alcantarillado, acueducto, recolección de basuras y gas natural	78
7.5.10	Seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral	79
7.5.11	Gestión para el desarrollo operativo y funcional del PNSP	79
7.5.12	Mortalidad	80
7.5.13	Morbilidad	82
7.5.13.1	Morbilidad por consulta externa	82
7.5.13.2	Morbilidad por urgencias	84
7.5.14	Recursos, Servicios y Coberturas en Salud	85
7.5.14.1	Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud	85
7.5.14.2	Afiliación al SGSSS por EPS	86
7.5.14.3	Situación de los Servicios de Salud	86
7.5.14.4	Indicadores Hospitalarios	87
7.5.14.5	Poblaciones indígenas: Número de Hospitales Culturalmente Adaptados	87

7.5.14.6	Recurso Humano en Salud	88
7.5.14.7	Asignación presupuestal en salud y fuentes de financiación	89
7.6	PRIORIZACIÓN DE EVENTOS	89
7.6.1	Eventos priorizados según “metodología local participativa” a través de la matriz de “métodos combinados”	89
7.7	PROGRAMACIÓN Y PLANEACIÓN	92
7.7.1	Implementación del modelo de auditoria para el mejoramiento de la calidad de salud de la dirección local de salud del municipio de Iquira	93
7.8	MATRIZ DE PRIORIZACION	95
7.8.1	Definir la calidad deseada para el sistema y velar por la elaboración de planes de mejoramiento consistentes con los problemas de calidad identificados que permiten disminuir la brecha entre la calidad deseada y la calidad observada	95
7.8.2	Seguimiento estricto al cumplimiento de los planes formulados y promover el cierre de ciclos en la organización	95
7.8.3	Descripción de los procesos prioritarios	96
7.8.4	Dirección y evaluación de la red de servicios de salud	96
7.8.5	Gestión de la satisfacción del cliente externo	96
7.8.6	Asesoría sobre los procesos de auditoria	97
7.8.7	Proceso de planeación, coordinación y evaluación de la red de servicios	99
7.8.8	Proceso de verificación de la suficiencia de la red	105
7.8.9	Proceso de operación del sistema de referencia y contrareferencia	106
7.8.10	Proceso de gestión de la satisfacción del cliente externo	110
7.8.11	Proceso de asesoría sobre los procesos de auditoria	114
7.9	MANUAL DE INDICADORES DE DESEMPEÑO	115
7.10	HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA DE LA CALIDAD	118
7.11	CRONOGRAMA DE AUDITORIA	119
8.	DISCUSIÓN	122

9.	CONCLUSIONES	125
10.	RECOMENDACIONES	128
	BIBLIOGRAFIA	129
	ANEXOS	131

LISTA DE FIGURAS

		Pág.
Figura 1.	Estructura del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para el nivel de auditoría	26
Figura 2.	Ciclo PHVA. Pautas de Auditoria. MNP 2007	31
Figura 3.	Localización geográfica del Municipio de Iquira. Fuente: PLEC. 2007	40
Figura 4.	Mapa división político administrativa – Iquira. 2010	41
Figura 5.	Red hidrográfica de Iquira	44
Figura 6.	Mapa amenazas urbanas– Iquira. 2010	46
Figura 7.	Cambio en la dirección de la quebrada Cachimbo debido a la falla de Pacarní	47
Figura 8.	Mapa red de referencia. Departamento del Huila. 2010	61
Figura 9.	Flujograma PAMEC	123

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Grafica 1. Distribución de población por sexo, edad en pirámide. Iquira – 2010	51
Grafica 2. Población por género. Municipio de Iquira – 2010	52
Grafica 3. Distribución poblacional por zona	52
Grafica 4. Proporción de población por grupo étnico	53
Grafica 5. Tasa general de fecundidad. Municipio de Iquira 2004 – 2010	56
Grafica 6. Proporción de población con necesidades básicas insatisfechas	57
Grafica 7. Distribución porcentual de la población por estrato socioeconómico	58
Grafica 8. Distribución porcentual de la población por clasificación de SISBEN	58
Grafica 9. Población económicamente productiva por áreas	59
Grafica 10. Tasa de Mortalidad infantil	62
Grafica 11. Cobertura control prenatal. Municipio de Iquira. 2010	65
Grafica 12. Proporción de métodos de planificación	67
Grafica 13. Proporción de métodos usados por adolescentes	68
Grafica 14. Proporción de discapacidad en la población Iquireña	73
Grafica 15. Distribución de población discapacitada por sexo y edad	74
Grafica 16. Tendencia de desnutrición en menores de 5 Años	75

Grafica 17.	Distribución de menores de 5 años por estado nutricional, sexo y género	75
Grafica 18.	Distribución de gestantes por estado nutricional según IMC. 2010	77
Grafica 19.	Cobertura de servicios públicos. Municipio de Iquira. 2010	78
Grafica 20.	Afiliación al SGSSS	85
Grafica 21.	Distribución de la población por EPS. 2010	86

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Población DANE por edad y sexo. Municipio de Iquira. 2010	50
Cuadro 2. División territorial Municipio de Iquira	54
Cuadro 3. Dinámica poblacional	55
Cuadro 4. Cobertura en educación básica y media. Municipio de Iquira. 2010	60
Cuadro 5. Tasa de Mortalidad Perinatal, menores de 5 años, por IRA y EDA	63
Cuadro 6. Cobertura de inmunización - biológicos PAI. 2006 – 2010. Iquira	63
Cuadro 7. Eventos de interés en Salud Pública en Salud Mental	70
Cuadro 8. Incidencia, Prevalencia y Mortalidad de HTA, DM y ERC	73
Cuadro 9. Establecimientos y entes que tiene sus empleados Afiliados al Sistema General de Riesgos Profesionales	79
Cuadro 10. Mortalidad por causa y grupo etáreo. 2010. Municipio de Iquira	80
Cuadro 11. Morbilidad por Consulta Externa. ESE HMA. Municipio de Iquira. 2010	82
Cuadro 12. Morbilidad por Urgencias. ESE HMA. Municipio de Iquira. 2010	84
Cuadro 13. Asignación presupuesto al Plan de Salud Territorial. Municipio de Iquira	89

Cuadro 14.	Eventos priorizados. Municipio de Iquira. 2010	90
Cuadro 15.	Pasos – Cronograma	120
Cuadro 16.	Cronograma – Anual	121

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Matriz de priorización en salud pública	132
Anexo B. Matriz de priorización de problemas de salud pública	135
Anexo C. Matriz de priorización de problemas de salud pública	136
Anexo D. Matriz de priorización de problemas de salud pública	137
Anexo E. Instrumento de autoevaluación y verificación del PAMEC	138
Anexo F. Formato de reclamo	143
Anexo G. Carta modelo de respuesta al usuario	144
Anexo H. Instrumento de autoevaluación	145

RESUMEN

En este documento se presenta el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de la Dirección Local de Salud del municipio de Iquira, en su condición de comprador de servicios de salud para la población pobre no asegurada; teniendo en cuenta para su desarrollo lo establecido en Las Pautas y Guías de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud expedidas por el Ministerio de la Protección Social y la reglamentación actual en la materia.

El diseño del PAMEC, incluye:

- ✓ Caracterización General del Municipio.
- ✓ Análisis Prioridades en Salud.
- ✓ Programación y Planeación.

Este programa de auditoría operará en el nivel auditoría externa establecido en la norma, tiene su razón de ser en la relación entre los actores del sistema. En la implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, de la Dirección Local de Salud, se tuvieron en cuenta tres prioridades en base al análisis de las diferentes fuentes:

1. Auto evaluación de la Red de prestadores de Servicios de Salud.
2. Proceso de atención al usuario: satisfacción, quejas y reclamos. Atención al usuario.
3. Asesoría sobre los Procesos de Auditoría.

Palabras Claves: Mejoramiento de calidad de atención, procesos de auditoría.

ABSTRACT

This paper presents the Audit Program for Improving the Quality of Care Local Health Iquira Township, in its capacity as purchaser of health services for uninsured poor people, taking into account their development set out in the Guidelines and Audit Guidelines for Improving the Quality of Health Care issued by the Ministry of Social Protection and the current regulations in the field.

PAMEC design includes:

General Characterization of the municipality.

Analysis Health Priorities.

Scheduling and Planning.

This audit program will operate in the external audit level set out in rule has its reason for being and the relationship between actors in the system. In implementing the Audit Program for Improving the Quality of Health Care, the Local Health, took into account three priorities based on the analysis of different sources:

1. Self-evaluation of the network of providers of health services.
2. Process customer service, satisfaction, complaints and claims. Attention to the user.
3. Advisory Audit Process.

Key work : Improving quality of care, audit processes

INTRODUCCIÓN

La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, es uno de los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, y se define como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada con respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios. El Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud – PAMEC – es la forma a través de la que la institución implementa este componente y lo desarrolla siguiendo los parámetros establecidos.

Su normatividad se basa principalmente en el Decreto 1011 de 2006, y el Anexo técnico 2 de la resolución 1043 de 2006, cuyo principal objetivo es el de garantizar la calidad de la atención en salud y la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos a través del mejoramiento continuo y el fortalecimiento institucional. Por ello el municipio tiene la responsabilidad jurídica y moral de propender por el desarrollo de un Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, con énfasis en los principios de Respeto a la dignidad humana, Integralidad, equidad, Eficiencia, Eficacia y mejoramiento continuo de la calidad.

En este documento se presenta el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de la Dirección Local de Salud del municipio de Iquira, en su condición de comprador de servicios de salud para la población pobre no asegurada; teniendo en cuenta para su desarrollo lo establecido en las pautas y guías de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud expedidas por el Ministerio de la Protección Social y la reglamentación actual en la materia. Cabe resaltar que dicho programa se establece dentro de la auditoria externa, manejando criterios de autoevaluación, seguimiento y asesoría

El diseño de este Programa de Auditoria para el Mejoramiento continuo de la Calidad de Atención en Salud (PAMEC), en la Dirección Local de Salud, pretende como objetivo final, permear una *Cultura de la Calidad* y la identificación de la causa raíz de las oportunidades de mejora identificadas, que conduzca a un mejoramiento continuo de la calidad y a la búsqueda permanente de niveles superiores de calidad.

Este documento contiene el proyecto propuesto para la implementación del PAMEC y las acciones planeadas a la fecha por la Dirección Local de Salud, en lo concerniente a la metodología propuesta por las *Pautas Indicativas* del Ministerio de Protección Social. Esta estructurado a partir de la caracterización general del

Municipio de Iquira y el diagnóstico situacional en Salud, como pilares de la programación y planeación enmarcado en las Pautas.

Cumplir con el presente programa de Auditoría se constituye en el principal reto de la Dirección Local de Salud como herramienta transversal de mejoramiento continuo y construcción de cultura de calidad.

El documento está estructurado en diez capítulos: en el primero se plantea la necesidad de la propuesta, en el segundo se presenta la relación del material bibliográfico existente desde la región y la importancia de este, en el tercero se define la importancia y viabilidad de la propuesta, en el cuarto se presentan los objetivos del Programa, en el quinto se desglosa la teoría y la normatividad que enmarca la propuesta, en el sexto se constituye el enfoque metodológico y las etapas del proyecto, en el séptimo se muestran los resultados de la aplicación de la teoría y su fundamentación en el diseño, en el octavo se construye la experiencia y los logros obtenidos en el ejercicio del trabajo y finalmente concluye con las Conclusiones y Recomendaciones.

1. FORMULACION DEL PROBLEMA

El municipio de Iquira en su permanente búsqueda de mejoramiento ha establecido el proceso de mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios; entendido este como el conjunto de características (éticas, humanas, científicas, técnicas, administrativas, y de “servicio”), que debe tener la atención en salud, para alcanzar la satisfacción de las necesidades de los USUARIOS, de las expectativas de ellos y de los prestadores. La programación en auditoria de calidad, satisface una necesidad de crear parámetros adaptados a la realidad local que permitan mejorar y organizar el proceso en la prestación de servicios de salud y los factores que lo componen, para obtener como finalidad única el bienestar del usuario.

Dando cumplimiento a lo establecido en la normatividad vigente (ley 715 de 2001, en la cual se contempla dentro de las competencias de los municipios, la función de dirigir y coordinar el sector salud y el sistema general de seguridad social en el ámbito municipal) y como comprador de servicios de salud para la población pobre no asegurada, el Municipio de Iquira es el directo responsable de la implementación del PAMEC, por lo cual se ha diseñado el presente documento, que pretende ser una herramienta en la que se establece el conjunto de conceptos, principios y disposiciones metodológicas para evaluar la calidad de la atención en salud que se brinda a los afiliados, con el fin de obtener información directa y veraz, que permita tomar medidas conducentes a mejorar permanentemente, los servicios que se prestan.

Es importante tener en cuenta que para que este proceso sea fructífero se requiere la participación activa, efectiva y comprometida de todos los actores que intervienen en el proceso y no el mero desarrollo conceptual del programa. Por ello, el municipio de Iquira, requiere dotarse de herramientas técnicas que le permitan, organizar los esfuerzos necesarios para ejecutar políticas de calidad que permeen las decisiones en materia de prestación de servicios de salud, medir sus resultados y realizar una adecuada retroalimentación, por ello se diseña el PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA DIRECCION LOCAL DE SALUD, COMO COMPRADOR DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA POBLACION POBRE NO ASEGURADA. IQUIRA – HUILA 2011.

2. ANTECEDENTES

La auditoría para el mejoramiento de la calidad tiene prolongados antecedentes en nuestro país, desde cuando en 1983 se aplicaron los primeros estudios de evaluación de historia clínica médica y de revisión de la adecuación del uso de la cama hospitalaria, y en la perspectiva universal ya ha transcurrido casi un siglo desde que EA Codman proponía, y aplicaba métodos de evaluación de los resultados clínicos de la atención como estrategias del mejoramiento y la diferenciación competitiva sobre la base de la calidad de los prestadores¹.

El propósito de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, en desarrollo del título IV del Decreto 1011 de 2006, es el de orientar a los diferentes actores del sistema hacia una adecuada manera de implementar dichos procesos y promover para el país una nueva etapa en la gestión de los procesos de calidad, en la cual se asimilen las experiencias nacionales e internacionales, superando las evaluaciones superficiales y anodinas y convirtiendo a la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud en una herramienta de gestión que impacte en el mejor desempeño del sistema y en la salud de la población.

Es bien conocido que la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud se ha desarrollado a nivel nacional y regional con largos precedentes que muestran a la auditoría como una herramienta de gestión de la calidad y, a su vez, como una herramienta de la gestión gerencial, implica que la auditoría y la organización, así como los auditados deben conocer los elementos básicos que determinan las etapas crecientemente evolutivas que han caracterizado el desarrollo del arte, así como saber utilizar las metodologías e instrumentos propuestos en las experiencias exitosas, armonizándolas con sus condiciones específicas y adaptándolas de manera responsable y creativa.

A nivel regional en materia de Auditoría Externa de la Calidad en Salud, la Secretaría de Salud Departamental, como agente rector en el ente territorial que representa ha publicado un material bibliográfico denominado “Auditoría Externa de la Calidad, Implementadas por las Secretarías de Salud Municipales, Sobre las IPS de Primer Nivel de Complejidad en su Jurisdicción, Neiva 31 de Julio de 2006”. Este material hace referencia a los parámetros que deben desarrollar cada uno de los Municipios en la búsqueda continua de calidad y se convierte en una

¹ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Imprenta Nacional de Colombia Bogotá, D. C., 2007

guía determinante en el ejercicio y construcción de políticas de mejoramiento continuo.

A nivel municipal en materia de Auditoria Interna de la Calidad, la ESE Hospital María Auxiliadora, desde el año 2007, ha venido implementando el “Programa de Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud” (PAMEC). Y periódicamente se ha venido actualizando, convirtiendo dicho documento en una herramienta útil en gestión de calidad, sin embargo cabe resaltar que en la actualidad, la Dirección Local de Salud no cuenta con un programa de calidad que permita desarrollar cultura de calidad y propiciar el Mejoramiento continuo en la verificación de los servicios de salud prestados a la población no asegurada.

3. JUSTIFICACION

La ley 715 establece en su artículo 44: Es competencia de todos los municipios dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito de su jurisdicción.

Decreto 1011 de 2006 en su artículo 32. Establece que los procesos de auditoria serán obligatorios para las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, y las entidades adaptadas y las empresas de medicina pre pagada.

En el mismo artículo establece que el concepto de Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud lleva implícitas las siguientes acciones:

1. La realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios.
2. La comparación entre la Calidad Observada y la Calidad Esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
3. La adopción, por parte de las instituciones, de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos.

Este programa de auditoria operara en el nivel auditoria externa establecido en la norma, tiene su razón de ser e la relación entre los actores del sistema.

La aplicación de este nivel de auditoria requiere que las organizaciones no pierdan de vista los pilares del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de mejoramiento continuo y atención centrada en el cliente, aspectos que deberán ser compartidos entre los actores del sistema para obtener los resultados esperados en materia de calidad en la atención en salud que deben recibir los usuarios.

Figura 1. Estructura del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para el nivel de auditoría.



El propósito del nivel de auditoría externa es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol en las instituciones objeto de la auditoría², lo anterior es posible en la medida en que los niveles de auditoría externa se diseñen e implementen en el sistema conociendo y aplicando procedimientos de auditoría que aseguren que la entidad cuenta con los mecanismos internos (nivel de auditoría interna y autocontrol) necesarios y suficientes como para cumplir con el propósito establecido entre las organizaciones.

En una frase, es un control externo al sistema de auditoría de la institución. Por esta razón el modelo de control establecido por la norma se suele denominar control de segundo orden y requiere haber establecido en forma previa a la realización operativa de la auditoría acuerdos en temas tales como que procesos son prioritarios de mejoramiento para lograr los resultados en la atención en salud,

² COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. 2006. Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 1043 de 2006 la cual establece el Programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, PAMEC.

en los criterios y métodos a ser utilizados en la evaluación, lo cual incluye indicadores, conformación de los equipos de auditoría, mecanismos para resolver no acuerdos entre las partes, entre otros.

En la implementación de los modelos de auditoría externa con enfoque de control de segundo orden, las organizaciones se encontraran en un continuo que esta limitado, en un, extremo, por aquellas entidades que no han desarrollado sistemas explícitos de auditoría interna y autocontrol y, en el otro extremo, por aquellas entidades que cuentan con sistemas avanzados de autocontrol. En el primer caso, la labor de la auditoría externa es facilitar el desarrollo de un sistema de control intrínseco en la institución auditada. En el segundo caso, la auditoría externa se encontrara en el control de la calidad del sistema de auditoría intrínseco de la organización auditada.

Entender el proceso de auditoría externa como parte de un proceso de aprendizaje organizacional tiene consecuencias directas sobre la estructura que se requiere para respaldarlo. Los equipos de auditoría, por ejemplo, no estarán compuestos por funcionarios de la entidad que audita exclusivamente, si no que podrían ser equipos integrados por miembros de las dos entidades. Esta forma de integrar los equipos de auditoría facilita el establecimiento de relaciones de cooperación basadas en la confianza, potencia, el proceso de auditoría al hacer uso del conocimiento y relaciones que poseen los miembros de la entidad auditada respecto de su propia entidad y permite un proceso de aprendizaje en la entidad auditada, aspectos que requieren acuerdos explícitos entre los dos tipos de entidades con respecto a los procesos asistenciales que serán auditados y los instrumentos, criterios y métodos que se van a utilizar durante la ejecución de la auditoría.

De aquí que los aseguradores y los prestadores de servicios de salud podrán conocer con antelación los distintos indicadores de calidad (Calidad deseada) de unos y otros con el objetivo de retroalimentarse y coordinar sus procesos específicos de auditoría, para el crecimiento y fortalecimiento de la calidad en ambas direcciones y siempre con el carácter de concertación entre las partes.

Es por lo anterior que se deben buscar mecanismos que permitan el mejoramiento continuo de la calidad, para brindar bienestar a los usuarios, desarrollando procesos bien organizados que le permita responder a las exigencias de salud de la población con eficiencia y eficacia. La construcción y búsqueda de Calidad debe ser una de las premisas que enmarquen el desarrollo administrativo y político de la Dirección Local de Salud y para ello debe enfocar sus esfuerzos en la proyección de ésta por medio de los diferentes programas y planes.

En ese orden de ideas el PAMEC, se convierte en la mejor alternativa de planeación y desarrollo para la Dirección Local de Salud, teniendo en cuenta los diversos factores que están afectando la salud de los usuarios, pero además es preciso denotar que se han hecho algunos intentos pero no han sido validados por las pautas y las normas que rigen este programa, igualmente la implementación y aplicación de este, no ha tenido ningún antecedente verificable en ninguna instancia. Por lo cual este proyecto es viable por que permitirá responder a una necesidad implícita que representa un reto en cuanto a la gestión y desarrollo de la calidad en la prestación de los servicios de salud.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Dirección Local de Salud del Municipio de Iquira, como comprador de servicios de salud para la población pobre No Asegurada.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Definir los instrumentos y estrategias de evaluación, seguimiento y monitoreo a IPS que permitan identificar el desarrollo y progreso en la implementación del componente de Auditoria para el mejoramiento.

Realizar la caracterización general y el perfil epidemiológico del Municipio de Iquira.

Priorizar los principales eventos en salud del Municipio de Iquira.

Diseñar estrategias de acompañamiento, apoyo y asistencia técnica acordes a los diferentes niveles de desarrollo del componente de Auditoria para el Mejoramiento.

5. MARCO REFERENCIAL

5.1 MARCO CONCEPTUAL

La Auditoría se define como un componente de mejoramiento continuo en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud entendida como: el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinen como básicos en el sistema único de habilitación³.

El contexto en el cual se desarrolla la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud está caracterizado por los siguientes elementos conceptuales:

5.1.1 Mejoramiento continuo de la calidad (MCC). Comprende un conjunto de principios que deben llevar a las organizaciones a pensar más allá de la Evaluación de la Calidad, o de establecer guías o protocolos de seguimiento que sirven únicamente para la Inspección.

El MCC debe ser visto como un proceso de Autocontrol, que involucra al cliente y sus necesidades, y que consiste en la identificación permanente de aspectos del proceso que resulten susceptibles de mejoramiento, con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar las expectativas de dichos clientes.

La filosofía de mejoramiento continuo nace en la industria como el resultado del desarrollo y aplicación de herramientas y métodos de calidad, por personas como Edward Deming, Joseph Juran y Philip Crosby en los Estados Unidos y en el Japón, se introduce en salud a raíz de los trabajos de Donald Berwick en la década de los 90, integrándose y potenciándose con los conceptos y métodos provenientes del modelo asistencial, incluidos los planteamientos pioneros de EA Codman. Las acciones de mejoramiento deben involucrar a todas las personas en la organización⁴.

³ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Imprenta Nacional de Colombia Bogotá, D. C., 2007

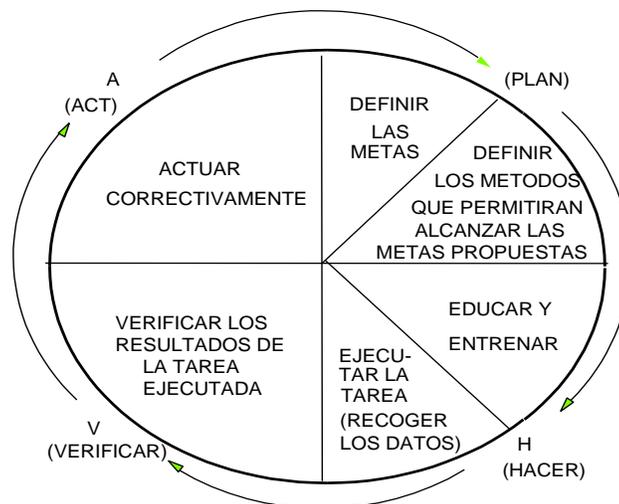
COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Bogotá, D. C., 2004.

El MCC ocasiona una inversión económica relativamente pequeña, comparativamente inferiores a las de otros enfoques, por cuanto implica una filosofía de vida laboral, personal y social, centrada en esfuerzos de mejoramiento constante, y aunque los mejoramientos aislados son pequeños, el proceso origina resultados dramáticos a través del tiempo, además de ser un modelo de bajo riesgo.

El MCC es un enfoque de sentido común que fomenta el pensamiento orientado a procesos, ya que los procesos deben perfeccionarse para que mejoren los resultados. El hecho de no lograr los resultados indica que hay una falla en el proceso. Es responsabilidad de la gerencia identificar y corregir los errores debidos al proceso.

Un enfoque que está en el centro del Mejoramiento Continuo, es el ciclo de mejoramiento ó PHVA. En este método gerencial básico se fundamenta el modelo de auditoria para el mejoramiento de la calidad de atención en salud. (Ver Figura 2)

Figura 2. Ciclo PHVA. Pautas de Auditoria. MNP 2007.



La aplicación del ciclo es un continuo en el tiempo, a continuación se explica cada uno de los cuadrantes:

- **Planear (P):** Esta fase está compuesta de dos etapas. La primera tiene por objeto identificar metas (qué). La segunda tiene que ver con la definición de los medios (cómo), es decir, las maneras de alcanzar las metas.

- **Hacer (H):** Esta es la fase de ejecución de los medios establecidos en la fase inicial; a su vez, tiene dos etapas: la primera se orienta a la formación de las personas en la formas o “comos” establecidos para cumplir la meta; la segunda se presenta formalmente como la ejecución de los planeado, pero tiene que ver, adicionalmente, con la recolección de los datos.

- **Verificar (V):** Esta es la fase de verificación de los resultados. Aquí, sobre la base de los indicadores que se han construido, se valida la ejecución de la etapa anterior gracias a los hechos y datos recogidos.

- **Actuar (A):** En esta cuarta fase es preciso actuar en relación con todo el proceso. Existen básicamente dos posibilidades; en el caso que la meta haya sido conseguida, es necesario estandarizar la ejecución con el ánimo de mantener los resultados del proceso. La otra opción es que no se haya cumplido con la meta, en cuyo caso resulta necesario corregir y ajustar el proceso, para volver a girar el ciclo hasta que la meta sea alcanzada.

5.1.2 Garantía de Calidad. Se entiende por Garantía de Calidad el conjunto de acciones que deliberada y sistemáticamente realizan los individuos, las organizaciones y la sociedad, para generar, mantener o mejorar la calidad de un producto o de un servicio⁵.

La definición de calidad en salud más aceptada en la actualidad, y que ha sido incorporada en la normatividad vigente en Colombia, es la del doctor Avedís Donabedian⁶, quien la define como: lograr los mayores beneficios, con los menores riesgos posibles para el paciente, dados ciertos recursos.

⁵ Ibíd. p.

⁶ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.. Bogotá, D. C., 2004.

En tal sentido, resulta claro que el proceso de garantía de calidad implica un conjunto de acciones sistemáticas, continuas y deliberadas, dirigidas a evitar, prevenir o resolver oportunamente, situaciones que puedan afectar negativamente la obtención de los mayores beneficios posibles para los pacientes, con los menores riesgos. Estas acciones se relacionan con el diseño mismo del sistema de salud, con la gestión que se lleve a cabo para que este diseño cumpla sus objetivos, con la información que se obtenga para evaluar su desempeño y con las acciones que se emprendan para corregir sus deficiencias.

5.1.3 La Seguridad del paciente. Los sistemas de atención en salud han alcanzado un importante desarrollo y son complejos. Aún acciones de atención en salud aparentemente simples se desarrollan mediante la operativización de secuencias de procesos múltiples y en los cuales intervienen muchos profesionales y trabajadores de la salud, durante los cuales pueden presentarse fallas en la calidad impactando en la seguridad del paciente.

Es necesario ser conscientes entonces de que los sistemas de atención en salud son sistemas de alto riesgo y por lo tanto deben analizarse permanentemente de manera retrospectiva cuales han sido los errores que se han cometido y han culminado en un daño al paciente (eventos adversos) o que podrían haberlo hecho (incidentes o casi - evento adverso), como de manera proactiva cuales son las fases en los procesos de atención en las cuales se podrían presentar fallas para prevenirlas de manera sistemática a través del establecimiento de barreras de seguridad (modo de falla). La seguridad del paciente debe involucrar acciones hacia el paciente y la familia en los temas de información cuando ocurre un evento adverso y de apoyo durante el despliegue de las acciones requeridas para remediar o mitigar sus consecuencias⁷.

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud debe constituir una de las herramientas clave para proteger la seguridad del paciente: elegir prioritariamente fuentes de trabajo que impacten en ella, desplegar metodologías que favorezcan el análisis causal y el análisis de las fallas para desatar acciones de mejoramiento efectivas y eficientes.

Igualmente durante el despliegue de las acciones de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención debe facilitar la creación de una cultura

⁷ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Imprenta Nacional de Colombia Bogotá, D. C., 2007.

organizacional autocrítica y proactiva ante los errores y que sea solidaria con los pacientes y sus familias.

5.1.4 Niveles de la Auditoría. En cada una de las organizaciones que hacen parte del campo de aplicación del modelo, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud opera en tres niveles⁸:

El nivel óptimo en el que actúa la auditoría es el AUTOCONTROL, en el cual cada miembro de la organización planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.

El segundo nivel es la AUDITORÍA INTERNA, es una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura de autocontrol. Este nivel puede estar ausente en aquellas, entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que éste sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna”

El tercer nivel, la AUDITORÍA EXTERNA, es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden”. Para los efectos de este modelo, el nivel de auditoría externa tiene su razón de ser en el ámbito de la mesogestión, con base en acuerdos previamente pactados.

5.1.5 Tipo de acciones. En cada una de las organizaciones que hacen parte del campo de aplicación, y para cada uno de los niveles que operan en el modelo, se lleva a cabo tres tipos de acciones de *Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud*:

- **ACCIONES PREVENTIVAS.** Conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad técnica e interpersonal de la misma.

⁸ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.. Bogotá, D. C., 2004.

- **ACCIONES DE SEGUIMIENTO:** Conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización, durante la prestación de sus servicios, sobre los procesos definidos como prioritarios para garantizar la calidad técnica e interpersonal de la atención en salud.

- **ACCIONES COYUNTURALES:** Conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados, y a la prevención de su recurrencia.

5.1.6 Auditoría para implementar en los entes Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales - En su Condición de Compradores de Servicios de Salud. Al tener definido el líder del equipo de auditoría y el equipo de auditoría, si así lo determina la dirección y/o el secretario del Ente territorial, estos deben conocer los procesos prioritarios ya definidos con la participación activa de la dirección.

Deben conocer la calidad deseada, para que puedan comparar más adelante con la Calidad observada dirigiendo este análisis a las causas que afectaron el logro de los resultados. Con esto, se comienza a trabajar por la calidad, como se define en el Sistema de Garantía de Calidad, que es el fundamento de la auditoría para el MEJORAMIENTO CONTINUO de la atención en salud. Al contratar con los prestadores los servicios de salud para la atención de la población vinculada, son muchos los insumos que se pueden tomar para el proceso de auditoría. Deben tener definidos como procesos independientes lo que se relaciona con vigilancia y control, asistencia técnica, verificación de habilitación y proceso de auditoría cuando hacen seguimiento a la red de prestadores con los que contratan la prestación de servicios de Salud a su población vinculada.

Los Entes Territoriales, al contratar con los prestadores la atención en salud de su población vinculada, podrán diseñar un programa de auditoría que les permita evaluar la calidad de sus prestadores, programa de auditoría que debe ser previamente definido y concertado de manera precontractual donde quede claro que les debe servir de retroalimentación para que así se le brinde la mejor atención al usuario y se levanten planes de mejora a los procesos de unos y otros para impactar todo el Sistema de garantía de calidad en salud. Definido lo anterior, se diseñará un programa de auditoría siguiendo estos pasos⁹:

⁹ Ibíd., p.

Identificar los principales problemas de calidad (procesos prioritarios), y conocer cuál es la situación actual de las organizaciones al respecto (calidad observada): En este nivel, los indicadores trazadores del sistema de información para la calidad contemplados por la resolución 1446 de 2006 serán parámetros importantes para la concertación de los mecanismos de auditoría, así como los eventos adversos trazadores y los indicadores de seguimiento a riesgo del sistema único de habilitación (resolución 1043 de 2006). Del intercambio de información deben resultar estrategias compartir para, que active el crecimiento recíproco.

Definir la calidad deseada para el sistema y velar por la elaboración de planes de mejoramiento consistentes con los problemas de calidad identificados que permitan disminuir la brecha entre la calidad deseada y la calidad observada: Para ello es necesario diseñar un plan para identificar las causas que afectan los resultados esperados y emitir recomendaciones que lleven a la implementación de acciones de mejora dirigidas a las desviaciones detectadas en el logro de los resultados. Deben generarse informes para el director incluyendo las recomendaciones y haciendo partícipes y conocedores de la evaluación a los responsables de los procesos. (Aprendizaje organizacional).

Realizar seguimiento estricto al cumplimiento de los planes formulados y promover el cierre de ciclos en la organización: Es muy importante verificar el cumplimiento de la implementación de las acciones de mejoramiento y el impacto que tienen, para así corregir las desviaciones fomentando el crecimiento organizacional. Hay que hacer seguimiento a la implementación de estas mejoras para que se mida el impacto al sistema de salud, dentro del respeto por la autonomía de las instituciones. Dentro de la red se deberá dar especial atención a los siguientes procesos:

- Suficiencia de la red: Demora en ubicación de pacientes en los servicios, entrega de medicamentos, logro de una cita para apoyo diagnóstico. Mecanismos de seguimiento para analizar los cambios de la demanda.
- Sistema de referencia y contrarreferencia: Cantidad de usuarios y oportunidad de ubicación en urgencias y consulta externa a niveles superiores de complejidad, efectividad de las contrarreferencias en el departamento. Hay que cuestionar, en que está fallando posiblemente el primer nivel y si se están implementando oportunamente los programas de prevención y promoción.
- Proceso de atención al usuario: satisfacción, quejas y reclamos.

Con los resultados que arroja el seguimiento anterior, se diseñará una herramienta que ayude a identificar, como insumos para la auditoría, fuentes de riesgo para la población más vulnerable; se puede medir, por ejemplo, enfermedad individual o por epidemia, grupos etáreos (vejez, prematurez, nacimientos múltiples), para ver sus efectos en el sistema. Una vez se tengan identificados los factores de riesgo para la población, evaluar la gravedad, generando indicadores que sirvan para medir la frecuencia en el contexto departamental y municipal y con estos resultados, el director y/o secretario priorice las intervenciones a mejorar que lleven a disminuir los eventos que están afectando la calidad de vida de la población vinculada, con un impacto final tienda a mejorar el nivel de vida de toda la población vulnerable.

5.2 MARCO LEGAL

La ley 715 establece en su artículo 44. Es competencia de todos los municipios dirigir y coordinar el sector salud y el sistema general de seguridad social en salud en el ámbito de su jurisdicción.

Decreto 1011 de 2006 en su artículo 32. En el que se establece que los procesos de auditoria serán obligatorios para las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, y las entidades adaptadas y las empresas de medicina pre pagada.

Anexo técnico 2 de la resolución 1043 de 2006. Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.

Resolución 1446 DE 8 MAYO DE 2006. Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

6. DISEÑO METODOLOGICO

El diseño del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Dirección Local de Salud del Municipio de Iquira - Huila, como comprador de Servicios de Salud para la Población Pobre No Asegurada - 2011 es una propuesta de tipo Estudio de Aplicación desarrollado desde el Enfoque Estratégico, el cual le permite:

- Satisfacer necesidades implícitas que no ha sido satisfecha.
- Dar respuesta a las preguntas: donde estamos?, A dónde queremos ir? Cómo llegar allá?
- Considerar diferentes opciones para solucionar los problemas identificados.
- Hacer un análisis constante de los elementos causales y mantenedores de los problemas.
- Comprometerse con el cómo solucionar el problema.
- Comprometerse con el cambio actual y futuro.

6.1 LUGAR DE ESTUDIO

El diseño se adelantará en La Dirección Local de Salud del Municipio de Iquira, Departamento del Huila con proyección a la ESE Municipal.

6.2 ETAPAS

6.2.1 Caracterización general del municipio. A través de la cual, se esbozaran aquellas particularidades inherentes al desarrollo del municipio.

6.2.2 Análisis prioridades en Salud. Para realizar el análisis del Perfil Epidemiológico, se tiene en cuenta las características de su entorno demográfico, socioeconómico, las prioridades nacionales en salud definidas en el PNSP, la oferta de recursos, servicios y coberturas de salud, la morbilidad y la mortalidad; cada uno de ellos con un grupo de indicadores que lo integran, los cuales se desagregarán más adelante y a los que se les hará un análisis descriptivo y posterior priorización (matriz “método combinados”).

6.2.3 Programación y Planeación. Autoevaluación Reconocimiento de los procesos prioritarios, verificación de fuentes y establecimiento de procesos.

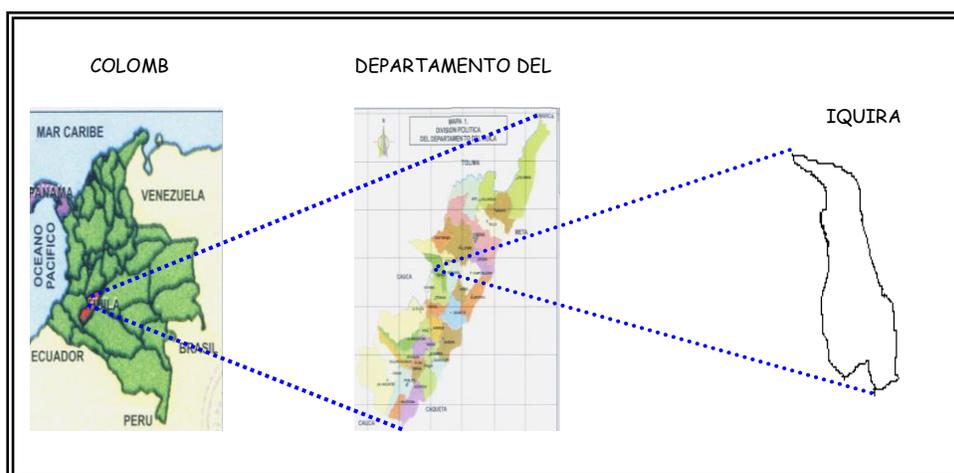
7. RESULTADOS

7.1 CARACTERIZACIÓN MUNICIPIO DE IQUIRA

7.1.1 Antecedentes históricos. La fundación de Iquira data de 1694 por orden de Francisco Martínez de Ospina quien le da el nombre de San Francisco de Iquira a una localidad levantada en los que actualmente se conocen con el nombre de callejón, exactamente son los territorios de las fincas El Carmen, La Mestiza y San Mateo. Sus primeros moradores fueron, los indios Páez que por sospecha de un posible ataque de los indios Pijaos decidieron trasladar la población al sitio que ocupa en la actualidad por ser un terreno alto, con posición estratégica para divisar al enemigo. Por eso se le da el nombre de “montes Altos” como significado que las voces primitivas le daban a la palabra Iquira.

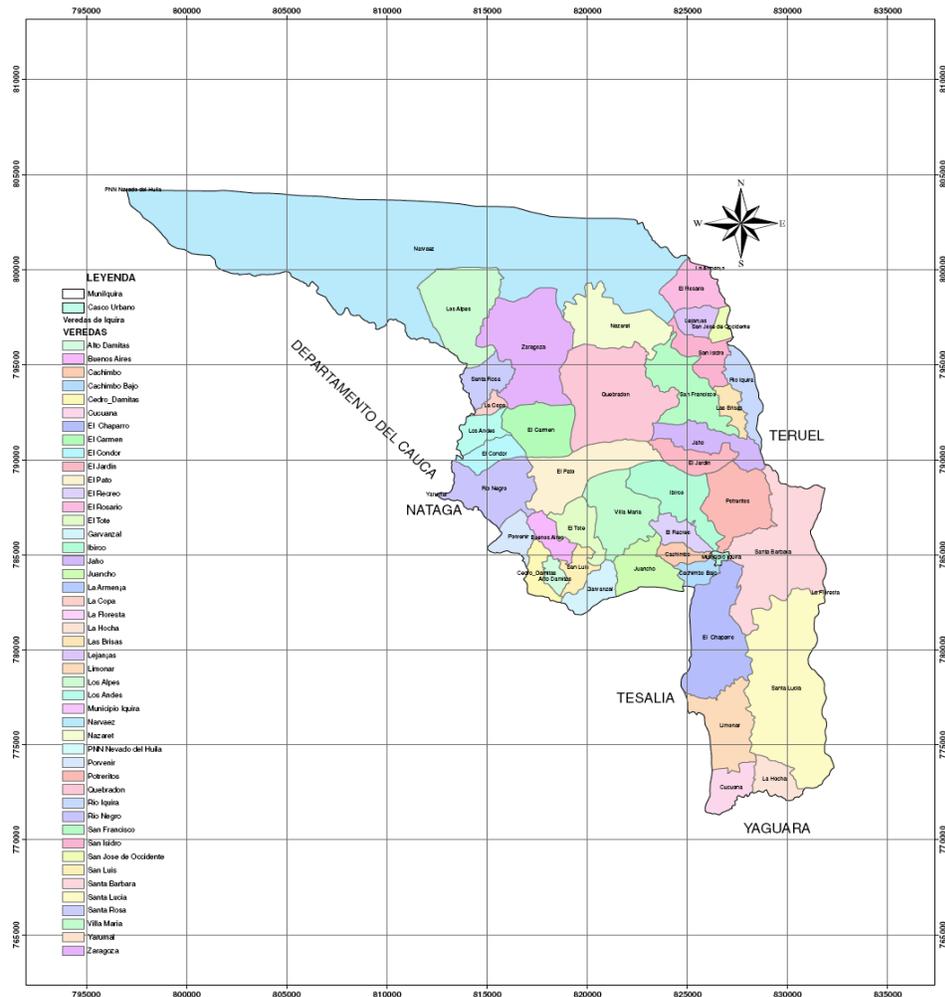
7.1.2 Localización física. El municipio de Iquira está localizado en la parte occidental del departamento del Huila sobre las estribaciones del volcán nevado del Huila (Fig. N°1. Localización geográfica del Municipio de Iquira, a nivel nacional y departamental). Su cabecera municipal se encuentra a 2o39'latitud Norte y 75o38'longitud Oeste, a una distancia de 75 kilómetros de Neiva capital del departamento. Limita al norte con el municipio de Teruel, al sur con el municipio de Tesalia, al oriente con los municipios de Teruel y Yaguará y al occidente con Nátaga y el departamento del Cauca.

Figura 3. Localización geográfica del Municipio de Iquira. Fuente: PLEC. 2007.



Los centros poblados del municipio son: Rio Negro, Valencia y San Luis. Cada uno cuenta con un centro de salud adscrito a la ESE Hospital María Auxiliadora.

Figura 4. Mapa división político administrativa – Iquira. 2010.



Fuente: Secretaría de Planeación Municipal. Alcaldía. Iquira. 2010.

7.1.3 Estructuras físicas fundamentales

7.1.3.1 Altitud y Temperatura. Iquira posee un área de 42.562 Ha, que van desde los 700 m.s.n.m., en la parte Sur hasta los 3.200 m.s.n.m., en las estribaciones del volcán nevado del Huila, al norte, presentando gran variedad de paisajes por la diferencia de climas y rangos de pendientes.

Predomina en su topografía la característica montañosa, la cual alterna con valles, mesetas, colinas y pequeños cañones.

El clima constituye el conjunto de condiciones de la atmósfera que caracteriza el estado o situación del tiempo atmosférico y su evolución en un lugar dado.

El Municipio cuenta con diversos pisos térmicos:

Clima Cálido: comprende 55 Km² y temperaturas entre 20 y 25°C.

Clima Medio: Comprende 220 Km² con temperaturas entre 18 y 20°C.

Clima Frío: Comprende 254 Km² con temperaturas entre 10 y 12°C.

Clima de Páramo: Comprende 3 Km² con temperaturas inferiores a 5°C.

La precipitación anual promedio es de 1.600 mm., en promedio El riesgo volcánico es bajo. La diversidad de climas y diferentes alturas (m.s.n.m) favorecen la circulación de vectores de enfermedades tropicales tales como el dengue, chagas, leishmaniosis, etc.

7.1.3.2 Hidrografía. El Municipio de Iquira corresponde al micro cuenca del río Iquira, Yaguaracito y Río Negro de Narváez. Es importante destacar que la quebrada grande o Ibirco como afluente del río Iquira abastece el acueducto de Iquira. En los últimos años se ha visto disminuido su caudal debido a procesos de tala de bosques, quema y deforestación.

La clasificación hidrológica del municipio está en diferentes unidades, la cual genera afluentes necesarios para el municipio de Iquira:

En la subregión occidental encontramos dos afluentes importantes del Río Magdalena, ellos son: el Río Páez al cual pertenecen las subcuencas del Río La Plata, del Río Negro de Narváez y el Río Yaguará, teniendo como afluentes el Río Iquira y el Río Pedernal.

- Subcuenca del Río Yaguará. Comprende áreas de los municipios de Tesalia, Iquira, Teruel y Yaguará. Entre sus afluentes están los ríos Callejón, Iquira, Yaguaracito, Pedernal. En la confluencia con el Río Magdalena se construyó la hidroeléctrica de Betania. La tendencia de recorrido del Río Yaguará en general es al oriente y sólo en un tramo menor es al norte.

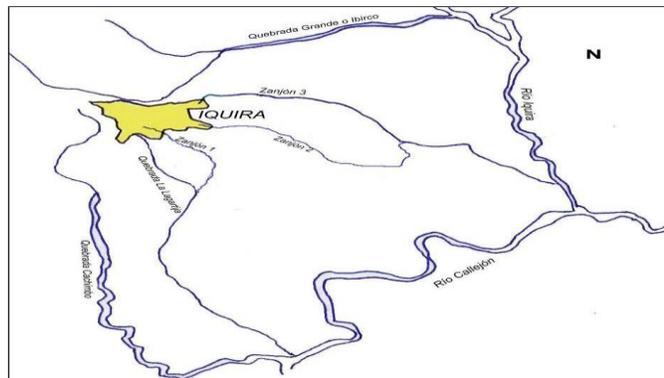
- Río Iquira. Nace en el municipio de Teruel, a los 2900 msnm y se une a los 650 msnm con el Río Callejón para conformar el Río Yaguará. La tendencia del recorrido inicia hacia el Suroriente y luego cambia hacia el Sur hasta su desembocadura, en ciertos tramos su cauce es rectilíneo y en otros es sinuoso. Cruza aproximadamente 3 kilómetros al Oriente del casco urbano de Iquira.

- Río Callejón. Se forma por la confluencia de los ríos Pacarní y Yaguaracito, aproximadamente a los 750 msnm en el municipio de Iquira. Presenta forma sinuosa y unas tendencias de recorrido Norte y Nororiente. Este río pasa aproximadamente 3 kilómetros al Suroriente de la cabecera municipal de Iquira.

- Marco hidrológico local. Cerca al casco urbano de Iquira cruzan dos quebradas que llevan agua permanentemente (perennes) y dentro del perímetro urbano se presentan varios zanjones que nacen allí y son de carácter intermitente o sea que no tienen agua todo el tiempo. Estas corrientes se describen a continuación y su ubicación puede observarse en la Figura N° 3.

- Quebrada Grande o Ibirco. Es una corriente de agua perenne, afluente del Río Iquira, cruza al Norte del casco urbano y presenta en este sector una llanura de inundación relativamente estrecha, que como máximo tiene un ancho de 50 m. Nace aproximadamente a los 2600 msnm, 6 kilómetros al Noroccidente del casco urbano de Iquira, con tendencia de recorrido al Suroriente hasta la altura del casco urbano, donde cambia hacia el Nororiente.

Figura 5. Red hidrográfica de Iquira.



Fuente: El Recurso Hídrico, Contraloría Departamental del Huila.

7.1.3.3 Zonas de amenazas / Riesgos. En el municipio de Iquira se presentan amenazas de origen natural como son: geológicas, geomorfológicas e hidroclimáticas que han sido identificadas en la cabecera municipal, además presentan amenazas de tipo antrópico generadas por la actividad del hombre sobre el medio.

- **De Origen Natural**

Hidrometeorológicas: Por Inundación y Deslizamiento. Amenaza por Inundación. Las zonas con amenaza por inundación corresponden principalmente a los drenajes que tienen influencia en la cabecera municipal son las quebradas Grande o Ibirco, La Lagartija, y los caños que recogen aguas lluvias, denominados en el presente trabajo como Zanjón 1, Zanjón 2 y Zanjón 3.

Al suroccidente del casco urbano pasa la quebrada Cachimbo, a la cual también se le ha determinado unas zonas con amenaza por inundación sobre ambas márgenes. Cada una de estas corrientes de agua tiene asociada un área sobre ambas márgenes donde existe amenaza alta por inundación. Para la quebrada Grande o Ibirco se delimita además una zona con amenaza media por inundación. La zona donde se han originado deslizamientos coincide con el área por donde pasa la traza de la Falla de Pacarní. Allí existe un talud con pendiente alta. El material de suelo y roca está triturado. En el Barrio El Jardín sobre la carrera 5A, existen 7 viviendas ubicadas dentro de la zona mencionada anteriormente, en las partes traseras de estas viviendas se evidencia el fenómeno de inestabilidad, donde el deslizamiento se puede catalogar como un deslizamiento rotacional, el

cual se activa durante épocas de invierno, tal como ocurrió en abril de 1998, que después de un fuerte aguacero, se desprendió material y obstruyó la vía a Pacarní. El proceso se veía acelerado por la presencia de mangueras que descargaban aguas residuales de las viviendas sobre el talud.

Edáficas: Por Erosión. Amenaza alta por erosión fluvial. Corresponde al sector localizado al norte de la calle 7 con carrera 7 sobre la margen derecha aguas abajo de la quebrada Grande o Ibirco, donde existe un escarpe y talud de la terraza muy inclinado y profundo. Este lugar corresponde a un cambio brusco en la dirección de la quebrada debido a que por ahí pasa la traza de la Falla de Pacarní. Ese cambio en la dirección conlleva a que las aguas de la quebrada ejerzan una acción erosiva contra el talud de la margen derecha provocando su desestabilización.

Amenaza baja por erosión fluvial. Dentro de esta categoría se ubica el resto del escarpe de la Terraza 2, sobre la margen derecha aguas abajo de la quebrada Grande o Ibirco. Se califica como baja la amenaza porque actualmente no se ve activo el proceso de erosión fluvial, debido a que la mayor parte del escarpe está bien protegida con vegetación. En caso de que se produzca una deforestación del sector o que cambie la dinámica fluvial, dichos taludes se pueden ver afectados por socavamiento lateral del cauce.

Geológica. La cabecera municipal de Iquira se encuentra ubicada, así como todo el departamento del Huila en una zona de amenaza sísmica alta, según el Estudio General de Amenaza Sísmica de Colombia realizado por la Universidad de los Andes, la Asociación Colombiana de Ingeniería Sísmica (AIS) y el INGEOMINAS AIS. Para la evaluación de la amenaza sísmica y de la actividad neotectónica de fallas se debe tener en cuenta que por la cabecera municipal atraviesa la Falla de Pacarní. Esta falla pertenece al sistema de fallas de Chusma –La Plata en la Cordillera Central.

- **De Origen Antrópico**

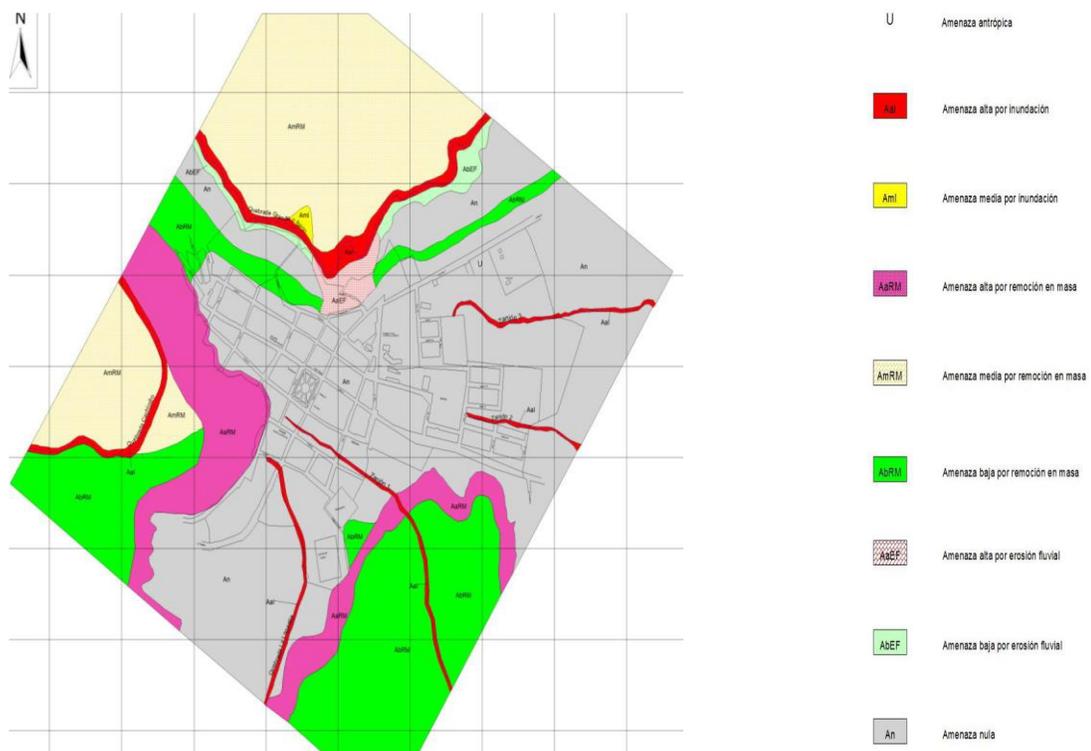
Por encontrarse en una zona de influencia de grupos armados la población civil se ve afectada y al punto que aquellas acciones de origen antrópico puedan desencadenar efectos negativos en el municipio. En el casco urbano de Iquira existe una estación de gasolina ubicada dentro del perímetro urbano en el sector nororiental, a unos 300 m de la zona residencial, sobre la vía Iquira – Yaguará, la cual no se constituye en una amenaza para el casco urbano, siempre y cuando las futuras construcciones respeten un radio de seguridad de 15 m.

Área Rural

- De origen natural

Edáfica: (Erosión). En la región estudiada se presentan dos tipos de erosión, una que es producto de la acción natural de los diferentes agentes atmosféricos y geológicos sobre el paisaje, que provoca el desgaste natural de la superficie del suelo, la modelación del relieve, la meteorización de las rocas y la formación de suelos; y la erosión provocada por la intervención antrópica sobre la naturaleza, por medio de la tala de bosques, las quemas, la construcción de vías de comunicación y la utilización de sistemas de explotación agropecuarios inadecuados entre otros, que ha resultado en la ruptura del equilibrio entre el suelo, la vegetación, el agua y el viento.

Figura 6. Mapa amenazas urbanas Iquira. 2010



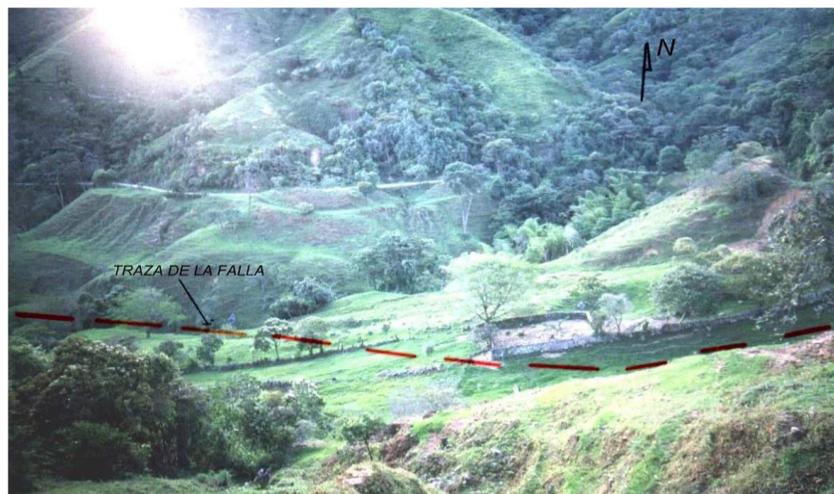
Fuente: Secretaría de Planeación Municipal. Alcaldía Iquira. 2010.

Geológica. El municipio de Iquira está afectado por este el Sistema de Fallas Chusma – La Plata, cuyos nombres varían de acuerdo a los autores, Maldonado y Mantilla (1989) presentan tres fallas importantes al interior y en los alrededores del Municipio, ellas son: Falla de Chusma, que cruza la porción Noroccidental del casco urbano, la Falla Cresta de Gallo y buzamiento hacia el Oeste, finaliza interceptando la Falla de Chusma, aproximadamente a 2.5 km al Suroccidente de la cabecera municipal de Iquira; otra es la Falla de potrero Grande, su traza se halla aproximadamente a 2.8 km al Oriente del casco urbano.

Falla de San Andrés - Pacarní. Es una falla satélite de la Falla de La Plata, de tipo inverso en el sector norte, que se convierte en falla normal en el sector sur. Se desprende de la Falla de La Argentina al sur y se une con la Falla de La Plata al norte, en cercanías de Valencia de La Paz (Iquira). El salto de la falla es de 1600 m en Tesalia.

Al sur del Río Páez se le denomina Falla de San Andrés y al norte del mismo, se le llama Falla de Pacarní. En cercanías a la cabecera municipal de Iquira pone en contacto rocas ígneas plutónicas del Batolito de La Plata - Suaza, con rocas sedimentarias del Grupo Gualanday.

Figura 7. Cambio en la dirección de la quebrada Cachimbo debido a la falla de Pacarní.



Fuente: Plan Local de Emergencias y Contingencias. Iquira. 2007.

- **De origen antrópico**

Desplazamiento y Concentración de Personas. La migración hacia la zona urbana del Municipio de Iquira es ocasionado por los enfrentamientos entre grupos al margen de la ley y fuerzas del ejército, en la zona rural del Municipio. Lo que permite que la población de esta zona se desplace al casco urbano del Municipio. La gran mayoría de los desplazados son atendidos por la Administración Municipal en el casco urbano, concentrándolos en los diferentes centros educativos, para prestarles los auxilios básicos en el momento del conflicto hasta cuando cese los enfrentamientos y puedan regresar posteriormente a sus zonas de influencias y retomen las actividades normales.

Evaluación de las Amenazas. Teniendo en cuenta la lista de amenazas a las cuales está sometido el municipio de Iquira, se tendrá en cuenta para el plan de salud territorial y acorde al Plan Local de Emergencias y Contingencias el fenómeno de tipo natural LAS INUNDACIONES y REMOCIONES EN MASA como la amenaza con alto grado de severidad y que de presentarse generaría una emergencia de grandes proporciones en Los barrios ubicados a orillas de las quebradas y caños.

Las zonas con amenaza por inundación corresponden principalmente a terrenos planos con pendientes suaves que varían entre 0° y 12°, asociados en su mayor parte a los sectores ubicados en las márgenes de las quebradas, en los cambios de dirección de los cauces y en proximidad a estructuras hidráulicas insuficientes. Los drenajes que tienen influencia en la cabecera municipal son las quebradas Grande o Ibirco, La Lagartija, y los caños que recogen aguas lluvias como Zanjón 1, Zanjón 2 y Zanjón 3. Al suroccidente del casco urbano pasa la quebrada Cachimbo, a la cual también se le ha determinado unas zonas con amenaza por inundación sobre ambas márgenes. Cada una de estas corrientes de agua tiene asociada un área sobre ambas márgenes donde existe amenaza alta por inundación. Para la quebrada Grande o Ibirco se delimita además una zona con amenaza media por inundación.

Aspectos ambientales. El surgimiento de cultivos ilícitos desde el año de 1995, Ha traído consecuencias de diferente índole y sobre todo en el aspecto ambiental. Se hace necesario crear acciones para evitar la proliferación de estos cultivos mediante programas alternativos de sustitución. La tala y quema de bosques naturales, la contaminación de las quebradas, los desechos y aguas residuales de unidades sanitarias y basuras, la explotación de madera en forma incontrolada; están generando problemas de escasez hídrica en importantes zonas de amortiguación y esponjas naturales de las montañas, situación que es necesario

controlar a través de procesos educativos y de concientización de la población respecto a los recursos naturales. En Iquira se han declarado zonas de reserva para la conservación y protección de los recursos naturales, dos ecosistemas estratégicos de importancia regional por su alta producción hídrica y diversidad biológica de flora y fauna silvestre.

Zona amortiguadora Parque Nacional Natural Nevado del Huila, se localiza en la periferia del Parque Nacional Natural Nevado del Huila y su función especial dentro del Sistema Nacional de Parques es atenuar las perturbaciones que pueda causar la acción humana. Está ubicada al norte del territorio municipal en zona limítrofe con el municipio de Teruel y el departamento del Cauca, en jurisdicción de las veredas Narváez, Zaragoza, Nazareth, El Rosario y Lejanías, tiene un área aproximada de 11.478 Has.

Reserva Forestal Municipal Alto Banderas, ocupa las parte central del territorio tomando el filo de Banderas desde la Reserva Forestal de Tarpeya al Sur hasta la zona amortiguadora del Parque Nacional Natural Nevado del Huila al Norte; otra porción del territorio correspondiente a las zonas de recarga de las quebradas El Pato, La Perdiz y El Carmen. Es de gran valor estratégico por ser una estrella hidrográfica donde nacen fuentes tributarias de la cuenca del Río Magdalena a través de los Ríos Iquira, Río Negro, Narváez y Callejón; su extensión es de 4.511 Has., que comprenden predios de las veredas Villa María, Ibirco, El Pato, El Carmen, Quebradón, Nazareth y Zaragoza.

Por la fragilidad de estos ecosistemas y su alta vulnerabilidad a las actividades humanas, estas zonas han quedado sometidas a un régimen especial de uso con las siguientes características: Uso principal, conservación, revegetalización y repoblamiento con especies nativas; Uso complementario, investigación, turismo supervisado, recreación pasiva; Uso condicionado, construcción de infraestructura; Uso prohibido, caza, explotación agrícola, pecuaria, forestal o minera.

7.2 CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA

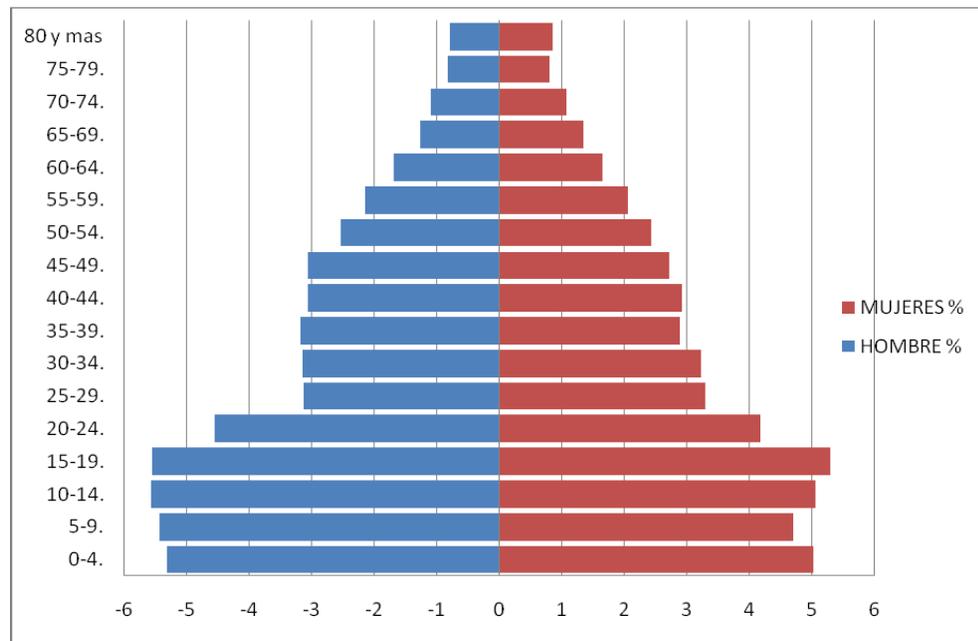
Cuadro 1. Población DANE por edad y sexo. Municipio de Iquira. 2010.

EDADES (AÑOS)	HOMBRES	MUJERES	SUB TOTAL
0-4	613	581	1194
5-9	642	549	1191
10-14	658	606	1264
15-19	641	609	1250
20-24	500	456	956
25-29	350	376	726
30-34	372	371	743
35-39	364	327	691
40-44	352	337	689
45-49	345	306	651
50-54	282	271	553
55-59	239	226	465
60-64	185	184	369
65-69	142	149	291
70-74	129	123	252
75-79	91	92	183
80 Y MÁS	88	93	181
TOTAL	5993	5656	11649

Fuente: Proyecciones población DANE. 2005 – 202

7.2.1 Pirámide poblacional proyección DANE 2010

Gráfica 1. Distribución de población por sexo, edad en pirámide. Iquira – 2010.

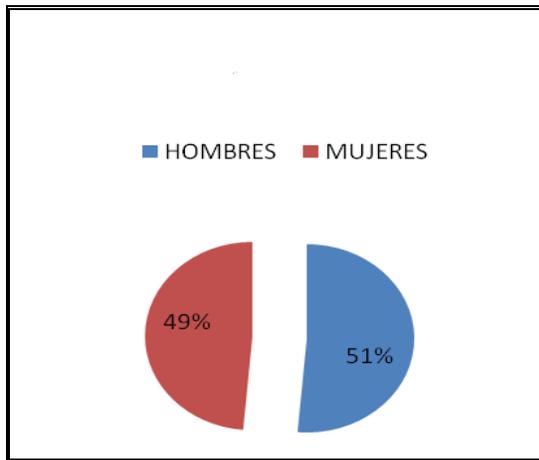


Fuente: DANE 2010

La Pirámide Poblacional del Municipio de Iquira es de tipo **EXPANSIVA**, ya que tiene una base ancha y una rápida reducción a medida que asciende; por lo anterior se concluye que el Municipio mantiene altas tasa de natalidad y mortalidad y un crecimiento anual progresivo.

La grafica anterior permite observar que el municipio de Iquira se encuentra habitado por 1194 niños y niñas menores de 5 años (10,25%), población vulnerable a enfermedades de alto impacto epidemiológico tales como EDAS, e IRAS. Así mismo se resalta la población adolescente de 10 – 19 años es de 2514 y Población de 10 – 49 años 6970 quienes son objeto para el programa de Salud Sexual y Reproductiva y riesgo para Violencia, lesiones evitables y el Consumo de Sustancias Psicoactivas.

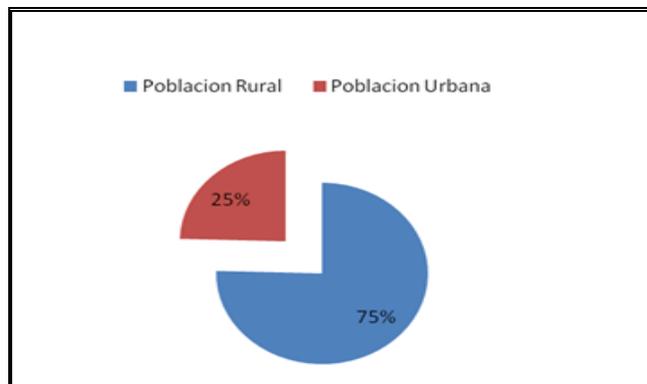
Gráfica 2. Población por género. Municipio de Iquira – 2010.



Fuente: Proyección DANE 2010

Para el año 2010 se tiene una razón de Hombres / Mujeres de 1,05 similar a la Razón del Departamento la cual es del 1,01. Por lo tanto se tiene un índice de masculinidad del 96%, lo que quiere decir que por cada 100 hombres hay 96 mujeres habitantes del Municipio de Iquira.

Gráfica 3. Distribución poblacional por zona.

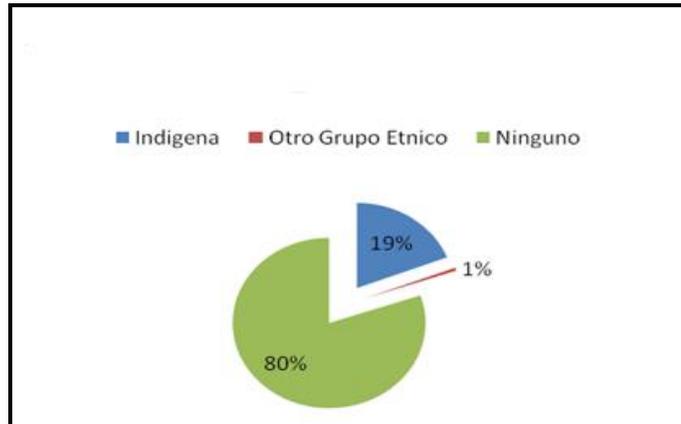


Fuente: Secretaria de Planeación Municipal

Según la grafica anterior, se concluye que por cada persona que habita en la Zona Urbana, 3 viven en la Zona Rural; por lo tanto la población del Municipio de Iquira

se concentra en las veredas y Centros Poblados por lo que se debe afianzar las brigadas de salud a los sitios lejanos del caso urbano.

Gráfica 4. Proporción de población por grupo étnico.



Fuente: Secretaría Municipal de Planeación. Iquira.

En el año 1994 cuando se presentó la avalancha del Río Páez algunos Indígenas habitantes del Departamento del Cauca se trasladaron al Centro poblado de Río Negro; por lo tanto en la actualidad representan el 19 % de la Población total.

El municipio de Iquira tiene población indígena perteneciente al resguardo indígena ubicado en la zona de Río Negro, por lo que se muestra un perfil epidemiológico altamente influenciado por su cultura, aun cuando se ha ganado a través de los años, el alto porcentaje de partos Institucionales. No obstante la falta de conciencia para la adherencia a los Controles Prenatales, y los embarazos en adolescentes, se ve reflejado en la vulnerabilidad para las muertes perinatales y maternas. Además de la Alta incidencia de EDAS e IRAS, siendo con los niveles de desnutrición, los eventos que más afectan a la población infantil.

Cuadro 2. División territorial Municipio de Iquira.

MUNICIPIO DE IQUIRA- División Territorial			
LISTADO DE BARRIOS			
BARRIO	NOMBRE	5	EL VERANO
1	ARANZAZU	6	LAS COLINAS
2	LOS AMIGOS	7	FACTIMA
3	LOS PITUFOS	8	LOS COMUNEROS
4	LOS PINOS	9	EL ESTADIO

LISTADO DE VEREDAS

VEREDA	NOMBRE	21	IBIRCO
1	ZARAGOZA	22	CACHIMBO
2	NARVAEZ	23	SANTA LUCIA
3	ALPES	24	HOCHA
4	SANTA ROSA	25	CUCUANA
5	LA COPA	26	LIMONAR
6	LOS ANDES	27	CHAPARRO
7	EL CARMEN	28	SANTA BARBARA
8	EL CONDOR	29	POTRERITO
9	EL PATO	30	NAZARETH
10	RIONEGRO	31	QUEBRADON
11	EL TOTE	32	SAN FRANCISCO
12	SAN LUIS	33	JAHO
13	BUENOS AIRES	34	ROSARIO
14	ALTO DAMITAS	35	LEJANIAS
15	CEDRO DAMITAS	36	SAN JOSE
16	PORVENIR	37	SAN ISIDRO
17	GARBANZAL	38	BRISAS
18	VILLA MARIA	39	RIO IQUIRA
19	JUANCHO	40	JARDIN
20	RECREO	41	VALENCIA

Fuente: Secretaría de Planeación Municipal. Alcaldía. Iquira. 2010.

Cabe resaltar que en la zona rural donde se concentra la población son en los Centros Poblados de Río negro, Valencia y San Luis; los cuales cada uno cuenta con un centro de Salud adscrito a la Empresa Social de Estado Hospital María Auxiliadora.

Cuadro 3. Dinámica poblacional.

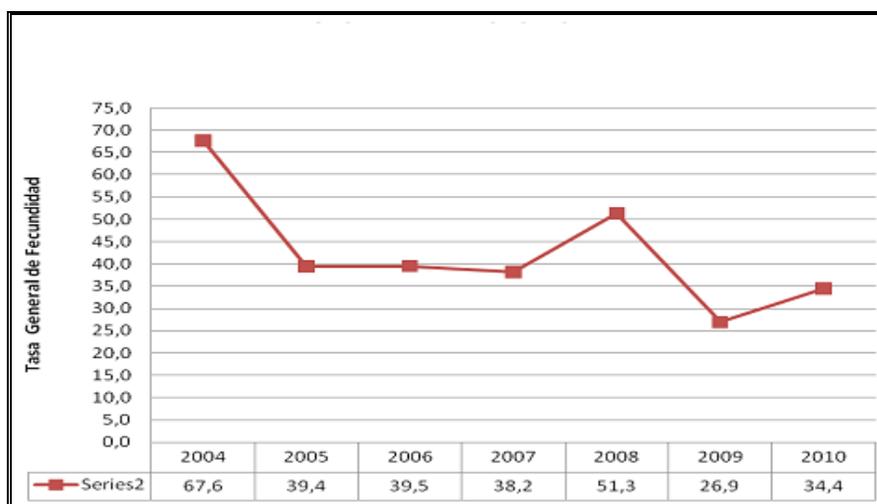
Tasa General de Fecundidad por Mujer	34.43 x 1000
Tasa Específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años	47.85 x 1000
Tasa Bruta de Natalidad (Nacidos Vivos x 1000 habitantes)	14.16 x 1000
Tasa Bruta de mortalidad x1000 habitantes	2.0x 1000

Fuente: DANE 2010 – Informes SSR / SSDH

Durante el 2010, en el Municipio de Iquira se registraron 165 nacidos vivos de mujeres entre las edades 13 – 45 años; de los cuales tres nacidos vivos de adolescentes entre 13 y 14 años de edad; y 29 nacidos vivos de adolescentes entre los 15-19 años de edad; en conclusión se tiene una tasa de Natalidad de 14,16 X1000, lo que significa que por cada 1000 habitantes en el Municipio de Iquira nacieron 14.16 niños y niñas.

En cuanto a la tasa bruta de mortalidad, por cada 1000 habitantes del Municipio de Iquira fallece 2 personas; entre las muertes, se encuentran 3 en menores de 5 años, el restante son personas mayores de 70 años de edad.

Gráfica 5. Tasa general de fecundidad. Municipio de Iquira 2004 - 2010.



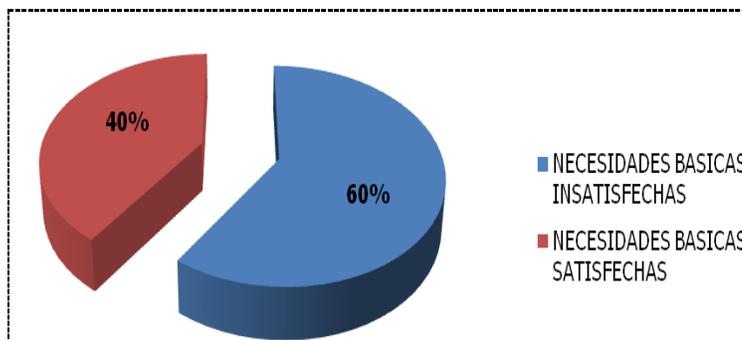
Fuente: Estadísticas Vitales DANE 2010

En la anterior grafica se observa la tendencia de la Tasa General de Fecundidad desde el año 2004 hasta la actualidad. Desde el 2007, año en que inicio el Plan de Salud Territorial se observa un alza, pero finalmente con estrategias, proyectos y Programas eficaces sobre Salud Sexual y Reproductiva que se manejo en el Municipio se logro disminuir y mantener durante los próximos años. De igual forma es de resaltar que para el 2011 se deben implementar estrategias novedosas y asequibles como lo es los servicios amigables para los adolescentes, grupos comunitarios de apoyo en Salud Sexual y Reproductiva (Grupo Pionero SSR), fortalecer el conocimiento de los iquireños sobre el proyecto de vida, derechos y deberes en SSR, así como los métodos de planificación familiar a los cuales tienen acceso.

7.3 CARACTERIZACIÓN SOCIOECONÓMICA

7.3.1 Proporción de población con necesidades básicas insatisfechas.

Gráfica 6. Proporción de población con necesidades básicas insatisfechas.



Fuente: Secretaria de Planeación Municipal. Alcaldía de Iquira. 2010.

Esto significa que 60 de cada 100 viviendas del municipio de Iquira cumple como mínimo con uno de los siguientes criterios:

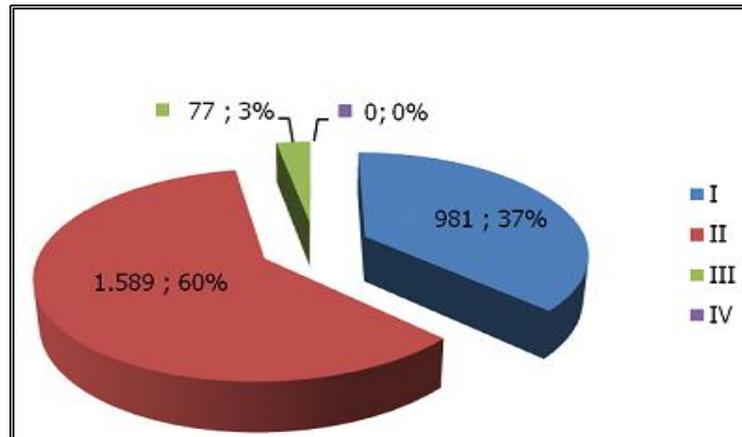
Viviendas inadecuadas: móviles, o ubicadas en refugios naturales o bajo puentes, o sin paredes o con paredes de tela o de materiales de desecho o con pisos de tierra; en la zona rural el piso de tierra debe estar asociado a paredes de material semipermanente o percedero.

Viviendas con hacinamiento crítico: con más de 3 personas por cuarto (excluyendo cocina, baño y garaje) 61 Viviendas con servicios inadecuados: sin sanitario o que, careciendo de acueducto se provean de agua en río, nacimiento, carro tanque o de la lluvia; en la zona rural se incluyen las viviendas que carezcan de sanitario y acueducto y que se aprovisionen de agua en río, nacimiento o de la lluvia.

Viviendas con alta dependencia económica: hay más de 3 personas por miembro ocupado, y el jefe tenga, como máximo 2 años de educación primaria aprobados. Viviendas con niños en edad escolar que no asisten a la escuela: por lo menos un niño, entre 7 y 11 años, pariente del jefe de hogar, y que no asiste a un centro de educación formal.

7.3.2 Distribución porcentual de la población por estrato socioeconómico

Gráfica 7. Distribución porcentual de la población por estrato socioeconómico.

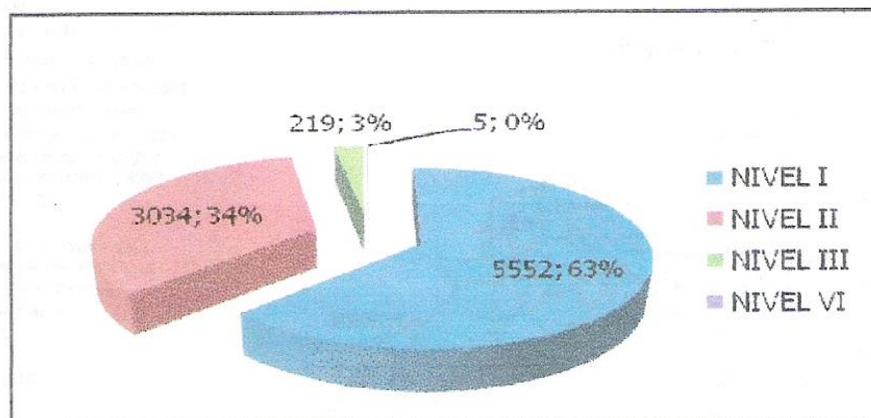


Fuente: Secretaria de Planeación Municipal. Alcaldía de Iquira. 2010.

La distribución porcentual por estrato socioeconómico se hace sobre el total de viviendas registradas por planeación municipal (2647) donde el mayor número corresponden a los estratos 1 y 2, siendo prevalente éste último (60%).

7.3.3 Distribución porcentual de la población por clasificación de SISBEN

Gráfico 8. Distribución porcentual de la población por clasificación de SISBEN

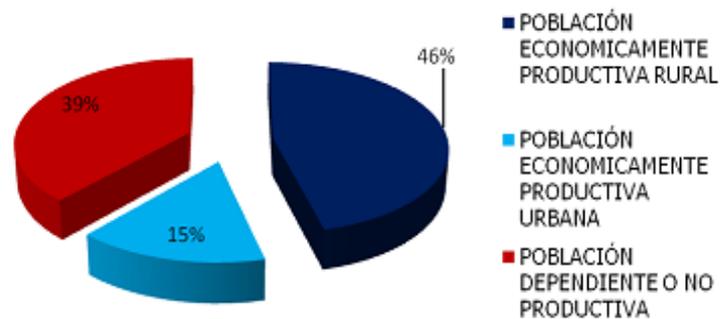


Fuente: Secretaria Planeación Municipal. Iquira. 2010

Para el año 2010 se aplicó la encuesta SISBEN a 8810 habitantes del municipio, donde el 97% corresponde a los niveles I y II, prioritarios para asignación de subsidios a la demanda (afiliación a régimen subsidiado). Por otra parte de acuerdo a la proyección DANE para el 2010 (11.649 hab.) existe una diferencia de 2839 personas, diferencia significativa que ocasiona al municipio mayor exigencias en las metas de salud; teniendo en cuenta dicha situación, lo ideal es realizar una búsqueda activa de población que falta por sisbenizar, así como un censo poblacional con el aval de planeación nacional.

7.3.4 Población económicamente productiva por áreas

Gráfica 9. Población Económicamente productiva por áreas.



Fuente: Secretaria de Planeación Municipal. Alcaldía de Iquira. 2010.

De acuerdo al DANE la población en edad productiva o económica activa es aquella comprendida en edades entre los 15 – 49 años, aptos para iniciar vida laboral. Con relación a esto en el Municipio de Iquira, el 61% es económicamente productivo, siendo mayor en la zona rural, aunque es acorde a las características sociodemográficas del municipio. Por otra parte el porcentaje de población dependiente es del 40%. Ello significa que de cada 10 personas 6 son productivas y 4 no productivas.

7.3.5 Tasa de empleo. De cada 100 personas en edad productiva 84 tienen empleo, las personas restantes en cambio están desocupadas. Por lo tanto se concluye que la tasa de desempleo de Iquira es de 16%.

7.3.6 Población desplazada. Según datos de la Secretaria de Planeación Municipal, hasta agosto de 2010 la población desplazada registrada en el

municipio de Iquira fue de 198 personas, siendo homogénea la distribución por sexo. Los departamentos donde hubo mayor número de personas expulsadas fueron Huila y Cauca, siendo mayor de los municipios de Santa María e Iquira. Iquira tuvo una recepción del 90% del total de desplazados, pues el otro 10% que corresponde a los desplazados expulsados del municipio partieron hacia Neiva y Jamundí Valle del Cauca.

En conclusión el valor porcentual de la población desplazada es 1,66%. Siendo aproximadamente 47 hogares, los cuales son beneficiarios del Programa Acción Social de la Presidencia de la República.

7.3.7 Educación. El municipio de Iquira cuenta con 5 Instituciones Educativas oficiales con 29 sedes distribuidas de la siguiente manera:

- **Área urbana.** Una Institución educativa y 4 sedes, con 914 estudiantes entre básica primaria y secundaria. Trabajan en una jornada. Cuenta con 33 docentes, 5 administrativos y 3 directores.
- **Área rural.** 4 Instituciones educativas y 25 sedes con 1.348 estudiantes de básica primaria y 391 de secundaria, para un total 1.739 estudiantes en el área rural. Cuenta con 71 docentes y 5 directores.

7.3.8 Cobertura de educación básica y media

Cuadro 4. Cobertura en educación básica y media. Municipio de Iquira. 2010.

NIVEL DE EDUCACIÓN	POBLACIÓN DANE	MATRICULADOS 2010	% COBERTURA
BÁSICA (0 A 9 GRADO)	3050	3031	99,4
MEDIA (10 A 11 GRADO)	632	239	37,8

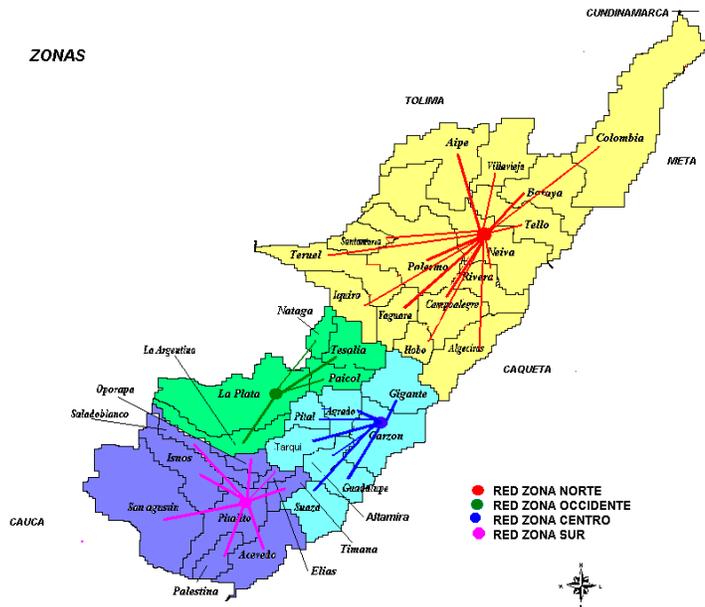
Fuente: Dirección de Núcleo. Matriculas Instituciones Educativas. Iquira. 2010.

La cobertura en educación básica es óptima, la media es deficiente pues de cada 100 jóvenes que deberían asistir a clases, sólo 40 lo hacen. Esto tiene repercusiones a nivel personal y socioeconómico para el municipio.

7.4 RED DE REFERENCIA

Para la población pobre no asegurada los servicios de primer nivel son atendidos por la E.S.E Hospital María Auxiliadora, para la atención de patologías de segundo y tercer nivel E.S.E Hospital Hernando Moncaleano Perdomo del municipio de Neiva. La cobertura global del régimen subsidiado en el municipio desde el año 2006 se ha fortalecido gracias a la gestión de la secretaria de salud y la alcaldía Información; oportuna, veraz y solida, resultante de los procesos de evaluación.

Figura 8. Mapa red de referencia. Departamento del Huila. 2010.



7.5. ANÁLISIS DE PRIORIDADES EN SALUD

7.5.1 Salud infantil

7.5.1.1 Tasa de mortalidad infantil

Gráfica 10. Tasa de mortalidad infantil.



Fuente: Estadísticas Vitales. DANE. 2006 – 2010.

Desde el año 2007 que inicio el Plan de Salud territorial se evidencia el trabajo intersectorial y comprometido del Municipio de Iquira en disminuir la mortalidad infantil, a tal punto que en el 2009 se alcanzó una tasa de mortalidad infantil de 8 casos x 1000 nacidos vivos. Sin embargo en el 2010 se presentaron 3 casos, 2 a su vez muertes perinatales. Se hace prioritario implementar medidas que garanticen el bienestar de la madre y el niño, desde el mismo control prenatal hasta la atención integral continua como mínimo durante el primer año de vida.

Cuadro 5. Tasa de mortalidad perinatal, menores de 5 años, por IRA y EDA.

NOMBRE DEL INDICADOR	CALCULO	RESULTADO
Tasa de Mortalidad Perinatal	2/165 N.V. X 1000	12,12 X 1000 N.V
Tasa de Mortalidad < 5 años	3/1194 X1000	2,51 X1000 < 5 a
Tasa de Mortalidad < 5 años por EDA	0/1194 X 1000	0
Tasa de Mortalidad < 5 años por IRA	1/1194 X 100	0,84 X 1000 < 5 a

Fuente: Estadísticas Vitales DANE 2010 – Boletín Semana 51 SSDH.

Durante el año 2010, se presentaron dos muertes Perinatales y tres muertes en menores de 5 años, de éstas hubo un niño quien falleció por Infección Respiratoria Aguda (neumonía). No se presentaron muertes en menores de 28 días ni muertes por Diarrea en menores de 5 años.

7.5.1.2 Indicadores programa ampliado de inmunizaciones

Cuadro 6. Cobertura de inmunización - biológicos PAI. 2006 – 2010. Iquira.

AÑO	TIPO VACUNA					Cobertura Promedio de Vacunación %
	POLIO	DPT	BCG	TRIPLE VIRAL	FIEBRE AMARILLA < 1 AÑO	
2006	121,50%	122,60%	83,60%	110,30%	95,10%	107
2007	85,70%	85,70%	73,20%	96,10%	97,40%	87,6
2008	96,60%	96,60%	63,90%	94,10%	92,80%	88,8
2009	96,20%	97%	58,30%	97,80%	100%	89,9
2010	84%	84%	71%	92.10%	91%	84,4

Fuente: Informe SSR – SSDH 2010. Programa PAI.

Desde el año 2007 la vacunación ha tenido una tendencia hacia el descenso en coberturas, principalmente en el biológico BCG. Esto guarda relación con la

cobertura de partos institucionales y el subregistro de recién nacidos en partos remitidos.

A pesar de que en el programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) no se ha cumplido la meta de cobertura del 95% por biológicos, se ha realizado esfuerzos por cumplirla, pero por el flujo poblacional, y la existencia de grupos indígenas ha dificultado lograr estas coberturas (parto domiciliario, nivel sociocultural, creencias y prácticas populares en salud).

Además durante un periodo de tiempo no hubo existencia del biológico antiamarílico en la Secretaria de Salud Departamental Huila y en cuanto BCG algunos partos institucionales son remitidos a la ciudad de Neiva y en cuanto a los partos domiciliarios que se presentan en las comunidades indígenas, son factores que influyen en la en la cobertura de vacunación de este biológico.

Con relación a monitoreos rápidos en coberturas de vacunación la SSDH realizó uno en noviembre, se concluyó que el 98% de los niños de 1 a 8 años están inmunizados contra el Sarampión y Rubéola, haciendo que Iquira sea uno de los municipios que contribuye con la meta de erradicar el Sarampión y Rubéola. En Diciembre se realizó otro monitoreo por parte del mismo ente que dio una cobertura de 95% en esquema de menores de 5 años.

7.5.1.3 Indicadores de morbilidad

- Inmunoprevenibles: Parotiditis: un caso (0,84 x 1000 menores de 5 años); Tosferina: dos casos (1,67 x 1000 menores de 5 años); varicela: dos casos (1,67 x 1000 menores de 5 años) y se notificó una varicela colectiva.

Número anual de casos registrados de Sífilis Congénita: 0.

Número de niños menores de 2 años con VIH: 0

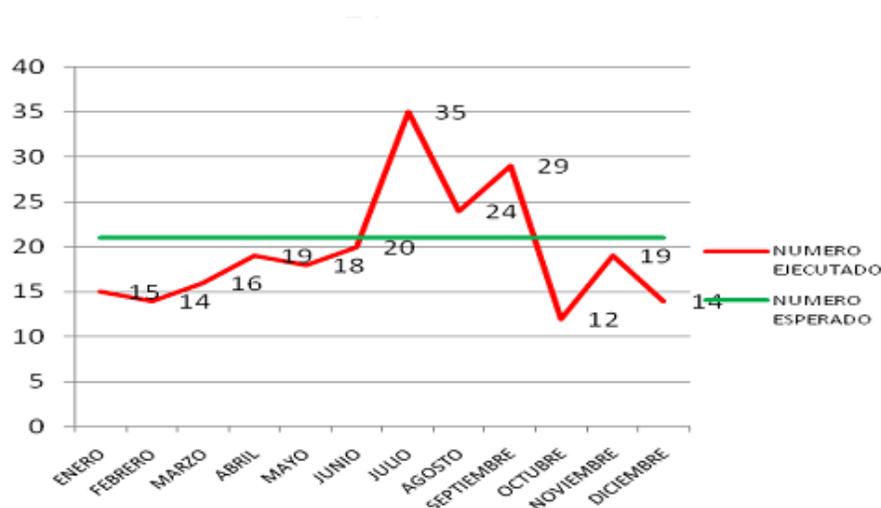
- EDA en menores de 5 años: En el 2010, según reportes SIVIGILA, se presentaron 127 casos de EDA y 425 de IRA, para una población de 1194 menores de 5 años, esto significa que el 10,6% de éste grupo presenta EDA y el 35,6% IRA.

7.5.2 Salud sexual y reproductiva

7.5.2.1 Maternidad segura. Razón de Mortalidad Materna: Numero de muertes Materna / Nacidos Vivos X 1000 = 0/ 165 X1000 = 0 Tasa de mortalidad Materna: 0.

- **Porcentaje de atención prenatal por Medico o Enfermer@:**

Gráfica 11. Cobertura control prenatal. Municipio de Iquira. 2010.



Fuente: Informe SSR – SSDH. Iquira. 2010

Total de gestantes nuevas 2010 = 235; de las cuales 107 (45,5%) y 128 (54,4%) fueron atendidas por medico y enfermer@ respectivamente. Cobertura de Control Prenatal 2010: 93,3%. Los meses en que se inscribieron mayor número de gestantes al programa fueron julio, septiembre y agosto en orden descendente.

- **Porcentaje de mujeres con cuatro o más controles prenatales:** del total de gestantes inscritas en el Programa de Detección Temprana de Alteraciones en el embarazo, el 52,7% (124 gestantes) han asistido a 4 o más controles. Dicha cobertura obedece a que un gran número de gestantes indígenas tiene una asistencia regular a los controles. A pesar del esfuerzo mancomunado de la ESE Hospital María Auxiliadora con la gobernación del resguardo indígena, en la prestación de una atención asequible e integral a través de brigadas y el

transporte asistencial básico cuando es necesario la toma de ecografías obstétricas, trabajo de parto, desde Río Negro hasta la cabecera municipal de Iquira, así como el de casa materna, las gestantes por motivos socioculturales no asisten cumplidamente a los controles. No obstante hay que destacar que el trabajo con ésta población vulnerable ha evolucionado puesto que antes no permitían el acceso de los trabajadores de salud a dicha zona.

- **Embarazo en adolescentes.** Porcentaje de adolescentes que están en embarazo de su primer hijo: Del total de adolescentes embarazadas (71) el 42,25% esperan su primer hijo. Este porcentaje es alto con relación a la línea de base del municipio del año 2007 (31%) y la meta programada para el año 2010 (29%).

Número de adolescentes con hijos nacidos vivos: durante el año 2010 hubo tres nacidos vivos de adolescentes entre 13 y 14 años de edad; y 29 nacidos vivos de adolescentes entre los 15-19 años de edad.

Tasa de Fecundidad en Adolescentes de 15 -19 años: $29/606 * 1000 = 47,85 * 1000$

Tasa de Mortalidad por cáncer de cuello uterino: Numero de muertes/ Mujeres de 10-49 años = 0

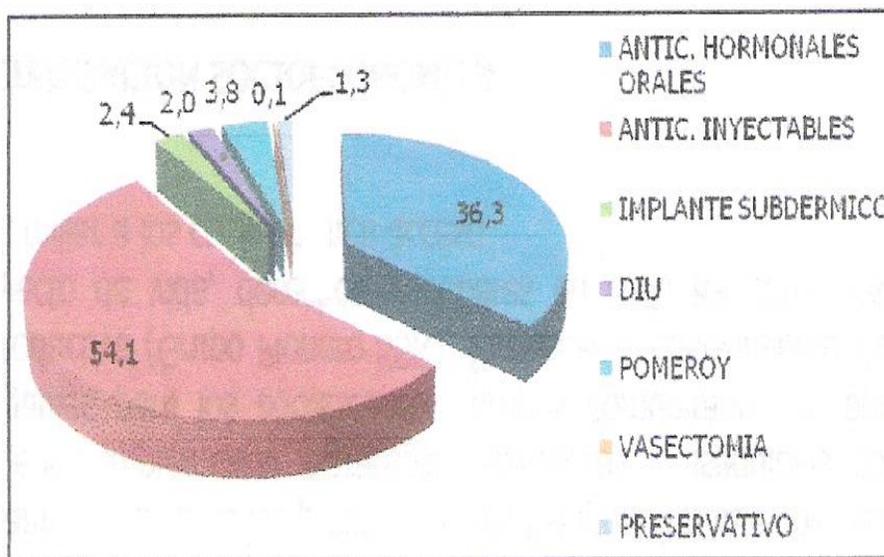
- **Cobertura de parto institucional.** Se atendieron 165 partos en el año, 127 reportados como institucionales y 38 son domiciliarios, alcanzando una cobertura del 77%. Teniendo en cuenta que la cantidad de partos domiciliarios se presentan en la población indígena, generalmente atendidos por partera del resguardo.

7.5.2.2 Planificación familiar

- **Cobertura programa planificación familiar.** Durante el año 2010 se alcanzó una cobertura en planificación familiar del 48,6% equivalente a 790 Mujeres en edad fértil aptas (meta 2010: 1626), el 6,4% de éstas es población indígena. Este cumplimiento es bajo si se compara con la línea base del municipio del año 2007: 80% y de la del objetivo de desarrollo del milenio que plantea incrementar la prevalencia de uso de métodos de anticoncepción en la población sexualmente activa al 75%.

- **Proporción de uso de métodos de planificación**

Gráfica 12. Proporción de métodos de planificación.



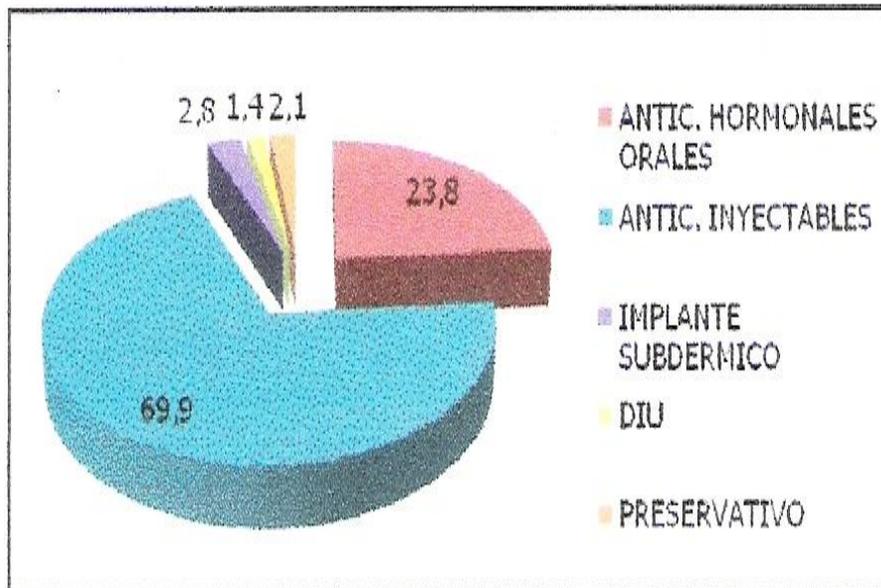
Fuente: Consolidado Informes SSDH – SSR. 2010.

El 89,4% de las mujeres planifican con los métodos convencionales tales como los anticonceptivos orales e inyectables los cuales tienen una eficacia en prevención de embarazo del 92 – 98%. Es destacable que el 4,4% utilizan métodos más eficaces y de “mayor duración” como el DIU, pomeroy e implantes subdérmico. Es necesario aumentar la búsqueda de usuarios con vasectomía y vincular más al género masculino al programa de planificación familiar.

- **Planificación familiar en adolescentes.** Durante el 2010 se obtuvo un cumplimiento del 45% en cobertura de planificación en adolescentes (10 – 19 años). Es acorde a la proporción de población general que se encuentran planificando. Está diez puntos porcentuales por debajo de la meta planteada para todos los municipios del departamento del Huila y 20 puntos porcentuales por debajo de lo planteado por el indicador 5.3 del objetivo N° 5 de desarrollo del milenio.

- **Proporción de uso de métodos de planificación en población adolescente**

Gráfica 13. Proporción de métodos usados por adolescentes.



Fuente: Consolidado Informes SSDH – SSR. 2010.

El 93,7% de los adolescentes planifican con métodos ideales para ellos como lo son los anticonceptivos orales e inyectables. El método más utilizado por los adolescentes es el inyectable ya que a nivel social representa el método más “asequible” y de más fácil consumo.

7.5.2.3 Cáncer de seno. Tasa de mortalidad por cáncer de seno = 0

7.5.2.4 Cáncer de cuello uterino. Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino: 0.

Cobertura en toma de Citología Cervicouterina: Durante el 2010 la cobertura en toma de citología fue de 45% (952 citologías), donde el 4,73% fueron primera vez, 30,1% segunda vez y 56,9% tercera vez. Esto demuestra que a pesar de haber buena adherencia se debe fortalecer la demanda inducida. La cobertura no alcanzó la meta del 80% y estuvo 15% menos a lo alcanzado a nivel Dptal.

El porcentaje de citologías con resultado negativo para neoplasia (81,4%) es congruente con lo presentado a nivel del departamento (85%). No obstante el porcentaje de citologías sugestivas de malignidad es menor (1,47%) a lo presentado a nivel del Huila el cual fue 4% en el 2010. La alteración con mayor prevalencia fueron células escamosas atípicas y células glandulares atípicas de significado indeterminado. Siendo ésta última de mayor malignidad.

7.5.3 Salud oral

- Índice COP Promedio a los 12 años: 0,125 (LB: 2.3 ENSAB III de 1998).
- En salud oral se obtuvo óptimo cumplimiento en la meta de índice COP en menores de 12 años (0,125) el cual está por debajo de lo planteado por el PNSP 2007 – 2010 (2.3)
- Porcentaje de dientes permanentes de los mayores de 18 años: 87,5 %. (Estadística Odontología, ESE HMA. 2010).
- Número de niños de 3 a 15 años que han recibido sellantes en el último año: 2136.
- Número de niños de 5 a 19 que han recibido de flúor en el último año: 1955.

7.5.4 Salud mental. En la actualidad se está adaptando la política nacional de salud mental al municipio de Iquira. De igual forma se realizan asesorías psicológicas individuales y colectivas en la ESE Hospital María Auxiliadora, priorizando a las gestantes y cuidadores e infantes.

Cuadro 7. Eventos de interés en Salud Pública en Salud Mental.

EVENTOS EN SALUD MENTAL	NOTIFICADOS	TASA X 1000
SUICIDIO	1	0,086
INTENTO DE SUICIDIO	8	0,69
VIOLENCIA CONYUGAL	2	0,17
ABUSO SEXUAL	3	0,26
MALTRATO INFANTIL	3	0,26
VIOLENCIA SEXUAL	0	0
HOMICIDIO	6	0,51
MUERTES POR LESIONES DE TRANSITO	1	0,086
MUERTES POR LESIONES NO INTENCIONALE	0	0
CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	0	0
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	0	0
ACCIDENTALIDAD EN TRÁNSITO	0	0

Es preocupante que en salud mental los eventos con mayor incidencia sean: intento de suicidio, homicidio, abuso sexual, maltrato infantil. Por tal motivo es necesario fortalecer la red del buen trato, haciendo alianzas estratégicas no sólo a nivel de entes sino a nivel operativo, con el fin de detectar los posibles casos a tiempo e intervenir oportunamente.

De igual forma se hace la aclaración que los homicidios obedecen a grupos armados al margen de la ley.

7.5.5 Enfermedades transmisibles y las zoonosis

7.5.5.1 Tuberculosis

- Tasa de Incidencia de Tuberculosis estimada: 0,086 x 1000 habitantes. Sólo se presentó un caso de tuberculosis pulmonar en usuario masculino que se clasifica como recaída, pues hace 15 años presentó ésta patología.

- Tasa de mortalidad por tuberculosis: 0.

- Porcentaje de curación de casos de TBC pulmonar baciloscopia positiva: 100%.

7.5.5.2 Lepra

- Prevalencia de Lepra: 0.
- Incidencia Lepra: 0.
- Proporción de casos nuevos detectados sin discapacidad (Grado 0): 0.

7.5.5.3 Rabia

Exposición rábica: 10 casos. Se presentan principalmente por la cantidad de caninos que habitan en la vía pública. La comunidad no atiende a las sugerencias, la cobertura de vacunación en caninos fue 611 y 23 felinos.

7.5.5.4 Fiebre amarilla. No se presentaron casos de morbilidad ni mortalidad durante el año 2010.

7.5.5.5 Malaria. En El 2010 se notifico un caso de malaria Vivax, sin embargo es necesario profundizar si la procedencia es del municipio. El Índice parasitario anual (IPA) fue bajo.

7.5.5.6 Dengue. A Incidencia de Dengue: Durante el 2010 se notificaron 153 casos. Sin embargo fueron confirmados 106 casos de dengue “clásico” y 13 casos de dengue grave. Este incremento en la notificación puede deberse a la situación nacional presentada principalmente durante el primer semestre del 2010, posicionando al dengue como un diagnóstico de “moda” que es compatible con otras causas frecuentes de consulta como fiebre, dolor generalizado, etc. Por lo tanto durante el 2010 se presentaron 10 casos de dengue por cada 1000 Iquireños.

B. Proporción de casos de Dengue Grave: El porcentaje de casos de dengue grave fue de 10,9%.

C. Proporción (%) de hospitalizaciones por Dengue Grave: 8,3% de las hospitalizaciones correspondieron a casos de dengue grave.

D. Letalidad por Dengue Grave: No se presentaron muertes entre las personas que presentaron dengue grave, lo cual es positivo, pues indica que la atención inicial y el carácter remisivo de la ESE Hospital María Auxiliadora es oportuna. De igual forma demuestra el adecuado manejo en niveles superiores de atención en salud.

7.5.6 Enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidades

7.5.6.1 Actividad física

A. Prevalencia de actividad física global en adolescentes entre 13 y 17 años

De acuerdo al proyecto denominado “Si no te quieres ir temprano al cajón, un estilo de vida saludable es la mejor opción” el cual fue financiado por la SSDH para establecer la línea de base de actividad física, entre otros, se concluyó que la prevalencia de la actividad física en adolescentes es del 33,5 %, con un cumplimiento superior a la meta propuesta de 26%.

B. Prevalencia de actividad física mínima en adultos entre 18 y 64 años:

De acuerdo al proyecto en mención, ésta fue de 4,3%. Es baja si se compara con la meta para este grupo poblacional (42,6%) sin embargo hay que tener en cuenta diversos factores que dificultan la participación de los adultos: población mayoritariamente rural, agricultora, poco tiempo libre, sedentarismo, cansancio después de laborar y utilización del tiempo libre para descansar. Es necesario continuar promoviendo la cultura del autocuidado y promoción de hábitos de vida saludable desde estrategias novedades, diversas y aplicables a los diferentes grupos poblaciones teniendo en cuenta la etapa de ciclo vital individual.

7.5.6.2 Enfermedades crónicas no transmisibles: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus e Insuficiencia Renal Crónica

Cuadro 8. Incidencia, Prevalencia y Mortalidad de HTA, DM y ERC.

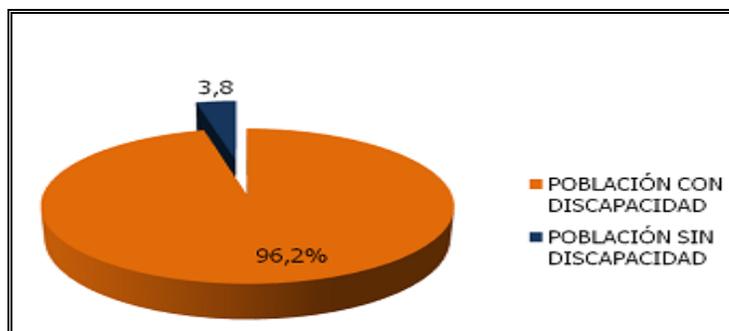
EVENTO	Casos Nuevos (Indicidencia) 2010	Prevalencia hasta el 2010	Tasa de Morbilidad	Tasa de Mortalidad
HIPERTENSIÓN ART	28	285	24,5 x 1000 hab.	0,6 x 1000 hab.
DIABETES MELLITUS	1	47	4,03 x 1000 hab.	0,26 x 1000 Hab
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	0	0	0	0

Fuente: Informes ECNT – SSDH. 2010.

La patología crónica no transmisible de mayor prevalencia e incidencia fue la HTA: por cada 1000 iquireños hay 24 personas con hipertensión arterial. En DM e IRC, no se han presentado casos. La mortalidad por HTA disminuyó en 3,7 puntos porcentuales con relación al 2008. Por tanto la prevención secundaria es eficaz.

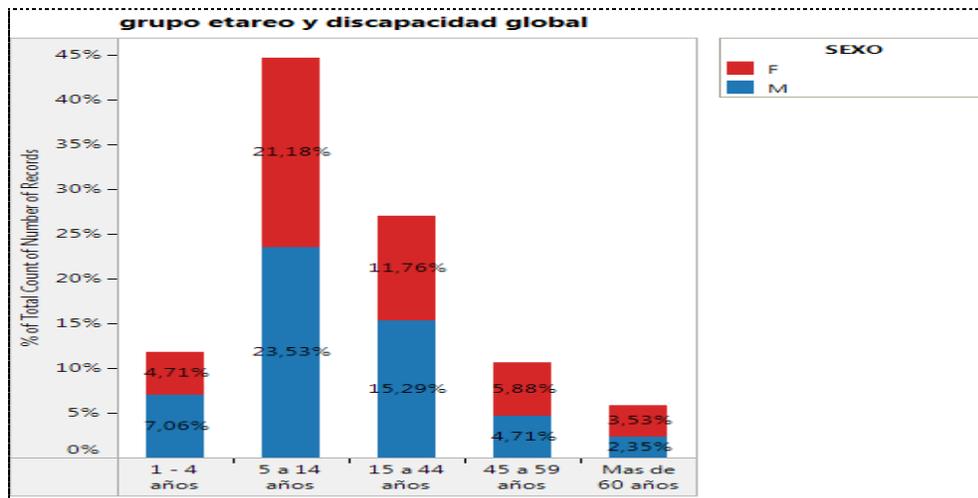
7.5.6.3 Discapacidad

Gráfica 14. Proporción de discapacidad en la población Iquireña



Fuente: Fundación Municipal de Discapitados. 2010

Gráfica 15. Distribución de población discapacitada por sexo y edad.



Fuente: Fundación Municipal de Discapacitados. 2010

En el 2010 se han identificado 423 con algún tipo de discapacidad. De acuerdo a la anterior gráfica de columnas, el grupo poblacional que presenta mayor discapacidad global es el de 5 a 14 años, con un porcentaje de 44,7% seguido del grupo de 15 a 44 años con un 27%. Es preocupante que el mayor número de incapacidades se encuentre entre la población joven y en edad productiva. Pues comparado con el grupo de personas adultas mayores (> 60 años), es una proporción alta, aunque cabe anotar que la mayor población del municipio es de 5 a 44 años.

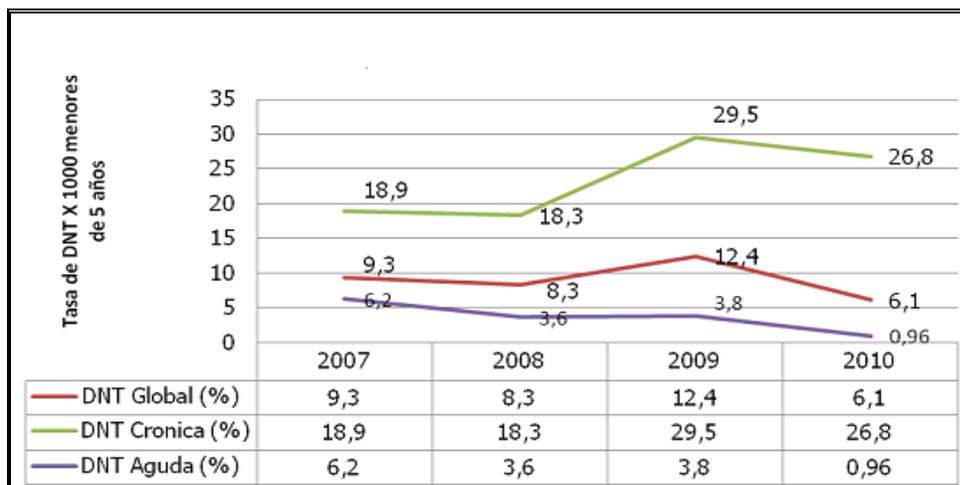
La distribución de discapacidad por sexo es similar teniendo en cuenta que el 53% son hombres y 47% son mujeres.

7.5.7 Salud nutricional

7.5.7.1 Bajo peso al nacer. Durante el 2010 hubo 125 recién nacidos de éstos el 3,2% presento bajo peso al nacer, teniendo cuenta que la definición de este evento es “todo recién nacido a término con peso al nacer inferior a 2500 gramos” según el protocolo de seguimiento epidemiológico integral emanado por la Secretaría de Salud Departamental del Huila, 2010. Por lo que se concluye que para el 2010 se cumplió la meta municipal de sostener por debajo del 5% el bajo peso al nacer.

7.5.8 Clasificación por estado nutricional en menores de 5 años

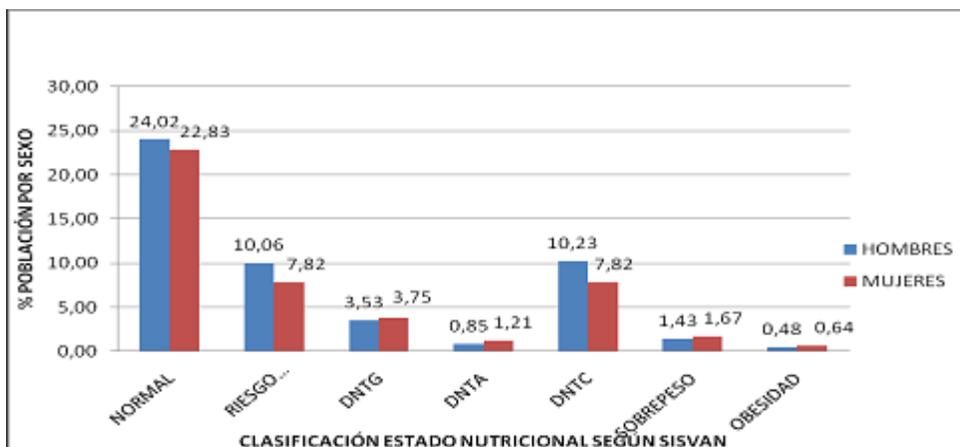
Gráfica 16. Tendencia de desnutrición en menores de 5 Años.



Fuente: Informes Nutrición – SSDH 2007 – 2009. SISVAN niño@s 2010.

Se observa un comportamiento estable los dos primeros años, inicios de implementación del PNSP, sin embargo hubo un aumento en el 2009, y una recuperación en el 2010 en DNT Aguda y Global (cumplimiento óptimo), la DNT Crónica es la prioridad por su prevalencia e impacto en la salud infantil.

Gráfica 17. Distribución de menores de 5 años por estado nutricional, sexo y género.



Fuente: SISVAN. 2010.

La distribución de población menor de 5 años por estado nutricional y sexo es homogénea. Se observa una significativa diferencia de 2,2 puntos porcentuales en el grupo que se encuentra en riesgo de desnutrición y desnutrición crónica siendo los hombres los afectados.

7.5.8.1 Tasa de mortalidad por desnutrición crónica en niños menores de 5 años. 0 casos.

7.5.8.2 Duración promedio de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses. 5,2 meses de edad. Este se encuentra superior a la línea de base de la Encuesta Nacional de Salud y Demografía 2005 (ENDS 2005) realizada por el DANE, donde la media de LME es 2,2 meses. Este importante logro se debe a la promoción de la estrategia de Institución Amiga de la Mujer y la Infancia desde la ESE Hospital “María Auxiliadora”, siendo pilar principal la lactancia materna.

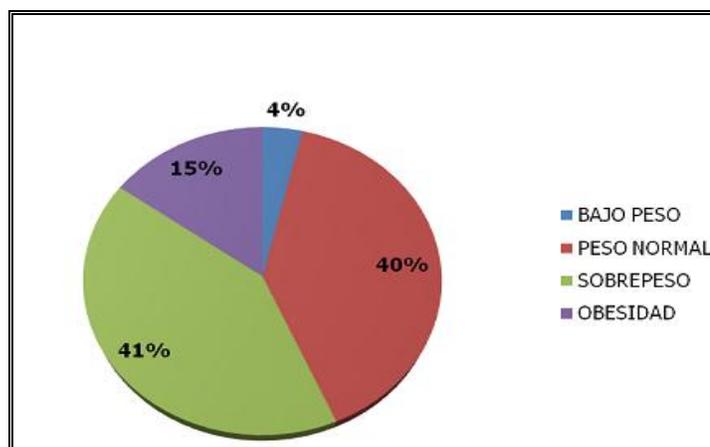
7.5.8.3 Duración total de la lactancia. 21,3 meses de edad. De igual forma supera notablemente a la de la ENDS 2005 de 14,9 meses en promedio. Esto evidencia que las estrategias para la promoción de la lactancia materna han sido asertivas y se debe continuar fortaleciendo la estrategia y los grupos sociales de apoyo para lograr una duración total de LM de 24 meses que le asegure al menor de 5 años una infancia sin infección y nutrida.

7.5.8.4 Niños y niñas de 6 meses a 5 años de edad beneficiados con el programa de desayunos infantiles. Se entregaron 1741 desayunos, donde 654 fueron asignados en niños y niñas de la zona urbana y 1087 en la población rural.

7.5.8.5 Número de niños beneficiados con el programa de restaurantes escolares. Durante el 2010 se asignaron 1575 cupos, distribuidos así: 428 para la zona urbana (27,2%) y 1077 (72,8%) para la zona rural.

7.5.8.6 Número de adultos mayores beneficiados con complemento alimentario. En el 2010 92 adultos mayores se beneficiaron del programa entrega de complemento alimentario, donde la edad requerida para ingresar es mayor a 53 años para mujeres y 57 años para hombres.

Gráfica 18. Distribución de gestantes por estado nutricional según IMC. 2010.



Fuente: Bases SISVAN GESTA. Municipio de Iquira. 2010.

El número total de observaciones fue 352, tomadas del programa SISVAN GESTA. La medida adoptada para la clasificación nutricional de las gestantes fue el índice de masa corporal, por recomendación de la Secretaría de Salud Departamental del Huila. En la gráfica se observa que las alteraciones nutricionales están más asociadas a aquellas por exceso que por defecto. Tal es el caso del 41% que presenta sobrepeso y 15% obesidad (56% por exceso). Sólo un 4% presenta bajo peso lo cual es positivo, ya que constituye una línea de base baja, a la cual es necesario realizarle el seguimiento epidemiológico.

Es importante continuar educando a las gestantes sobre los hábitos nutricionales saludables, los alimentos y cantidades adecuadas pues el sobrepeso y obesidad se asocian a niveles elevados de glicemia lo cual es de riesgo al final del embarazo, principalmente por generar diabetes gestacional que conlleve a un parto complicado.

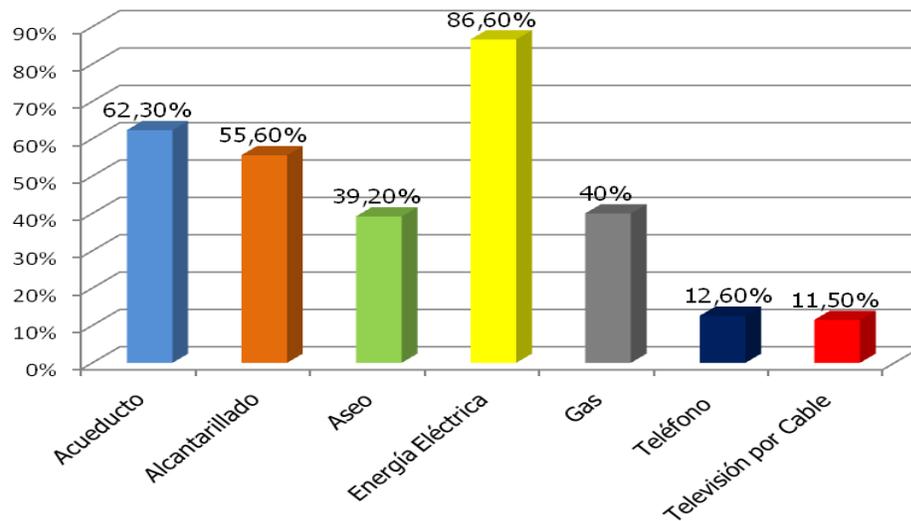
7.5.9 Seguridad sanitaria y del ambiente.

7.5.9.1 Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano –IRCA.

Durante el año 2010 se procesaron 11 muestras de microbiológicos y físico – químicos mb aceptable y apta para el consumo humano; 10 visitas a la planta de tratamiento y 10 visitas a la bocatoma. De acuerdo a los resultados el IRCA es “sin riesgo”, lo que significa que el agua es apta para el consumo humano.

7.5.9.2 Viviendas con servicio domiciliario de alcantarillado, acueducto, recolección de basuras y gas natural

Gráfica 19. Cobertura de servicios públicos. Municipio de Iquira. 2010.



Fuente: Secretaria de Planeación. Alcaldía Iquira. 2010.

El número total de viviendas son 2647 en el 2010, de éstas el 87% cuenta con energía eléctrica, 62,3% acueducto, 55,6% alcantarillado y gas 40%. Desde el 2007 la cobertura en servicios públicos ha aumentado principalmente en aseo, gas, televisión por cable y adecuación (renovación) del acueducto y alcantarillado de 1033 viviendas (39,20%).

7.5.10 Seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral

- **Cobertura de afiliación al Sistema General de Riesgos Profesionales:**

Cuadro 9. Establecimientos y entes que tiene sus empleados Afiliados al Sistema General de Riesgos Profesionales.

ESTABLECIMIENTOS Y ENTES	N°	Afiliados a ARP
Expendio de Licores	2	0
Expendio de Carnes	1	0
Expendio de concentrados y Plaguicidas	1	0
Farmacias	5	0
Ferreterías y Plaguicidas	2	0
Heladerías	4	0
Panaderías	4	0
Restaurantes	5	0
Restaurantes Adulto Mayor	2	2
Restaurantes Escolares	16	16
Tiendas y Supermercados	8	8
Alcaldía	1	1
Hospital	1	1
Asociación de Cafeteros	1	1
Sedes de EPS	4	4
Banco	1	1
TOTAL	58	34
COBERTURA AFILIACIÓN A ARP		58%

7.5.11 Gestión para el desarrollo operativo y funcional del PNSP. Porcentaje de Departamentos, distritos y municipios con implementación de la metodología de

presupuesto por resultados al finalizar el período de gobierno: En el municipio de Iquira, la asignación presupuestal por línea de desarrollo se da de acuerdo al documentos CONPES expedido cada año y se asigna un presupuesto a cuatro prioridades en salud pública: salud infantil, salud sexual y reproductiva, nutrición y salud mental. Cada una con un valor porcentual fijo. En conclusión no se ha implementado la metodología de presupuesto por resultados al finalizar el período de gobierno.

7.5.12 Mortalidad

Cuadro 10. Mortalidad por causa y grupo etáreo. 2010. Municipio de Iquira.

MORTALIDAD 2010 - MUNICIPIO DE IQUIRA		GRUPOS ETÁREOS						TOTAL	Tasa x 1000 hab.
Nº	CAUSA	< 1 año	1 a 4 años	5 - 14 años	15 a 44 años	45 a 59 años	> 60 años		
1	INFARTO AGUDO DE MIROCARDIO	0	0	0	0	0	9	10	0,9
2	ACCIDENTE DE TRÁNSITO	0	0	0	2	1	1	4	0,3
3	HOMICIDIO POR ARMA DE FUEGO	0	0	0	2	1	0	3	0,3
4	MUERTE PERINATAL	2	0	0	0	0	0	2	0,2
5	CHOQUE SEPTICO	0	0	0	0	0	2	2	0,2
6	POSIBLE BRONCOASPIRACION*	1	0	0	0	0	0	1	0,1
7	SEPSIS DE ORIGEN PULMONAR	0	0	1	0	0	0	1	0,1
8	PARO RESPIRATORIO	0	1	0	0	0	0	1	0,1
9	PARO CARDIORRESPIRATORIO	0	1	0	0	0	0	1	0,1
10	ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA	0	0	0	0	0	1	1	0,1
11	TROMBOEMBOLISMO PULMONAR	0	0	0	0	0	1	1	0,1
12	INFARTO CEREBRAL MASIVO	0	0	0	0	0	1	1	0,1
TOTAL		3	2	1	4	2	15	28	2,4

Fuente: RIPS. 2010.

En el año 2010 la tasa general de mortalidad fue de 2,4 defunciones por cada 1000 habitantes. La primera causa de mortalidad fue el infarto agudo de miocardio (IAM) que se presentó en población con alto riesgo cardiovascular, mayores de 60 años. Con relación a la tasa presentada en el 2009 (0,26 x 1000 hab.) el IAM tuvo un notable aumento (0,64). Es de anotar que de las 12 causas de mortalidad cinco hacen referencia a alteraciones a los sistemas cardiocerebrovascular, lo que evidencia que el comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles a nivel municipal es similar al nacional.

La segunda y tercera causa hace referencia a lesiones de causa externa que afectan a los mismos grupos poblacionales de 15 a 60 años. Son preocupantes las cuatro muertes en población en edad productiva. Sin embargo las muertes por homicidio corresponden a ataques antrópicos.

La cuarta causa hace referencia a dos casos de muertes perinatales, atendidas finalmente en niveles de atención en salud de alta complejidad. Una de las muertes corresponde a un caso de hidrocefalia. Junto con la sexta causa constituye una tasa de mortalidad infantil del 18,1 x 1000 hab, porcentaje elevado con relación a los anteriores años, que revela la necesidad de fortalecer las alianzas estratégicas e intervenciones intersectoriales (vías de comunicación, apoyo económico a usuarios) que permitan detectar oportunamente los casos de riesgo y garantizar una ruta de atención asequible y ágil.

7.5.13 Morbilidad

7.5.13.1 Morbilidad por consulta externa.

Cuadro 11. Morbilidad por consulta externa. ESE HMA. Municipio de Iquira. 2010.

MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA 2010- ESE "HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA" - IQUIRA			GRUPOS ETÁREOS						TOTAL	Tasa x 1000 hab
N	DIAGNOSTICO	CIE10	< 1 año	1 a 4 años	5 - 14 años	15 a 44 años	45 a 59 años	> 60 años		
1	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	I10X	0	0	0	85	443	1039	1567	134,5
2	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	J00X	132	174	127	122	45	41	641	55,0
3	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	R509	52	130	203	132	35	31	583	50,0
4	PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	B829	13	119	199	125	36	26	518	44,5
5	CARIES DE LA DENTINA	K021	1	63	129	254	36	3	486	41,7
6	DOLOR, NO ESPECIFICADO	R529	5	9	54	151	105	92	416	35,7
7	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESP.	N390	21	23	31	158	60	53	346	29,7
8	GASTRITIS, NO ESPEC.	K297	0	1	12	179	82	61	335	28,8
9	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INF.	A09X	64	105	41	59	24	13	306	26,3
10	GINGIVITIS AGUDA	K050	0	64	91	133	14	1	303	26,0
OTROS			417	753	1367	3530	1308	1007	8382	719,5
TOTAL			705	1441	2254	4928	2188	2367	13883	

Fuente: RIPS. 2010.

Con relación a la morbilidad por consulta externa, la primera causa de consulta es la Hipertensión Arterial Primaria, aunque cabe aclarar que ésta obedece al control de los hipertensos y suministro de tratamiento farmacológico, sin embargo por considerarse como "enfermedad general" se tiene en cuenta para el presente análisis. De ésta se resalta que el 34% de las consultas fueron en personas en edad productiva (15 a 59 años), lo cual es preocupante puesto que es una

enfermedad crónica no transmisible que a mediano plazo puede generar incapacidades y a largo plazo la muerte.

Seguido se encuentra la rinofaringitis aguda o “resfriado común” que afecto principalmente a la población menor de 5 años.

La tercera y sexta causa de consulta (fiebre N.E. – Dolor N.E) corresponden a la denominación enmarcada en el CIE 10 como síntomas o diagnósticos no precisos, por tal motivo se mencionan por su alta prevalencia, pero para un análisis epidemiológico no son significativos. El grupo poblacional que más consulto por fiebre no especificada fueron los menores de 44 años; por dolor no especificado las personas de 15 a 59 años.

Es probable que el aumento de consulta por fiebre del año 2009 (sexto puesto) al 2010 (tercer puesto) se deba al incremento del número de casos de dengue en éste último.

La cuarta y novena causa (parasitosis intestinal y diarrea asociada a gastroenteritis infecciosa) presenta similar comportamiento afectando a población menor de 14 años. Éstas se relacionan principalmente con tratamiento del agua, condiciones de la vivienda e higiene personal y correcta manipulación de alimentos. Así como otros factores socioeconómicos. Éstas junto a la gastritis evidencia la importancia de intensificar la educación dirigida a adquirir hábitos de higiene tales como: hervir el agua, lavado de alimentos, preparación adecuada de alimentos, importancia de los controles de crecimiento y desarrollo (antiparasitarios), lavado de manos, etc.

La infección de vías urinarias de sitio no especificada afecta más a la población en edad fértil (15 a 44 años).

Dentro de la morbilidad por consulta externa registra en el quinto y décimo lugar dos causas correspondientes a salud oral: caries de la dentina y gingivitis aguda. Ambas afectan al grupo población de 1 a 44 años. Cabe anotar que a pesar que el índice COP del año 2010 fue de 0,25, es necesario promover hábitos de higiene oral que conlleve a la adherencia de los mismos.

7.5.13.2. Morbilidad por urgencias

Cuadro 12. Morbilidad por urgencias. ESE HMA. Municipio de Iquira. 2010.

MORBILIDAD POR URGENCIAS 2010- ESE "HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA" – IQUIRA			GRUPOS ETÁREOS						TOTAL	Tasa x 100 0 hab
N	DIAGNOSTICO	CIE 10	< 1 año	1 a 4 años	5 a 14 años	15 a 44 años	45 a 59 años	> 60 años		
1	FIEBRE DEL DENGUE [DENGUE CLASICO]	A90X	0	2	12	17	3	1	35	3,0
2	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	A09X	3	4	5	4	1	2	19	1,6
3	FIEBRE, NO ESPECIFICADA*	R509	2	1	3	5	1	1	13	1,1
4	FIEBRE CON ESCALOFRIO*	R500	1	2	2	2	2	0	9	0,8
5	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	L031	0	0	1	3	0	3	7	0,6
6	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR*	R101	0	0	2	4	0	1	7	0,6
7	ASMA, NO ESPECIFICADA	J459	1	0	0	4	0	0	5	0,4
8	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	N390	1	0	0	1	1	1	4	0,3
9	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS*	R104	0	0	0	2	2	0	4	0,3
10	ASMA PREDOMINANTEMENTE ALERGICA	J450	2	0	0	1	0	0	3	0,3
OTRAS			6	6	4	29	4	9	58	5,0
TOTAL			16	15	29	72	14	18	164	

Fuente: RIPS. 2010

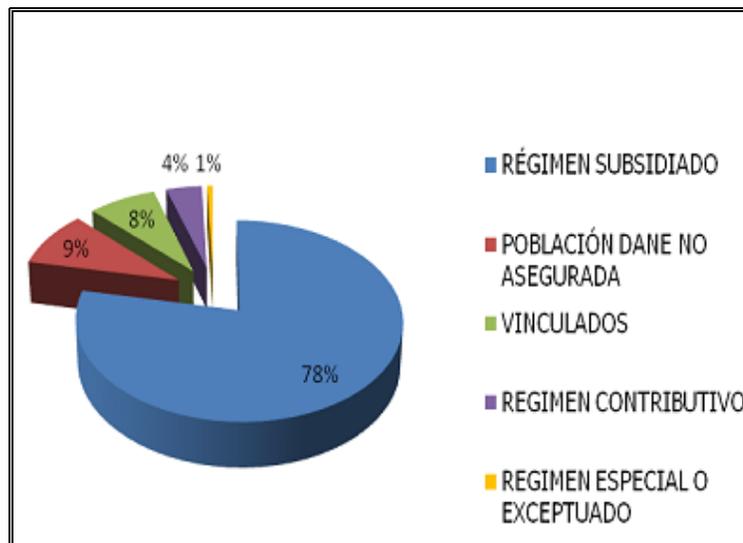
La morbilidad por Urgencias presenta un subregistro aproximado del 87%, esto se debe a que el software manejado por el hospital del municipio presenta fallas en el registro de causas de consultas por Urgencias. Por lo tanto se toman los datos arrojados por el sistema con el fin de hacer una aproximación de la morbilidad por este servicio. La primera causa de consulta por urgencias corresponde a dengue

clásico o actualmente sin signos de alarma. Esto se debe a que el año 2010 se consideró para el municipio de Iquira un año epidémico en Dengue. Las causas de consulta con asterisco (*) corresponden según el CIE 10 a síntomas o diagnósticos no específicos, esto evidencia la necesidad de establecer diagnósticos más precisos, de igual forma el manejo del diagnóstico al momento del egreso.

7.5.14 Recursos, servicios y coberturas en salud

7.5.14.1 Afiliación al sistema general de seguridad social en salud

Gráfica 20. Afiliación al SGSSS

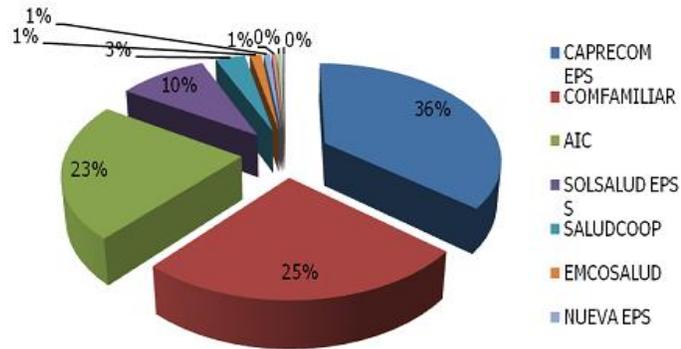


Fuente: Secretaria de Planeación Municipal.

De acuerdo a la población DANE 2010 (11649 habitantes), hay una cobertura general de aseguramiento del 87% (régimen subsidiado, contributivo y especial). La población no asegurada es del 9%, existe una diferencia significativa entre la población DANE 2010 y la población sisbenizada.

7.5.14.2 Afiliación al SGSSS por EPS

Gráfica 21. Distribución de la población por EPS. 2010.



7.5.14.3 Situación de los servicios de salud. La atención en salud para los habitantes de Iquira se encuentra bajo la responsabilidad de la Administración Municipal que funciona autónomamente a través de la dirección local de salud, como ente descentralizado e independiente frente a la secretaría de Salud del Huila. Desde el punto de vista de la atención, la entidad local solo está en capacidad de ofrecer el primer nivel de atención en salud; lo que significa que ante la existencia de enfermedades complejas que requieran la intervención de especialistas, es necesario desplazarse hasta la ciudad de Neiva para recibir el debido tratamiento. En cuanto a oferta de servicios en la E.S.E. María Auxiliadora cuenta con las siguientes áreas funcionales:

Servicios ambulatorios, consistentes en consulta externa, medicina general y odontología; servicio de urgencias, hospitalización para pacientes en observación y enfermedades de baja complejidad, sala de partos; laboratorio clínico y farmacia; se cuenta con el servicio de dos (2) ambulancias para traslado asistencial Básico. Estos servicios se complementan por profesionales independientes que atienden consulta externa en medicina general y odontología por fuera de las instalaciones del Hospital.

En cuanto a las instalaciones de la E.S.E. María Auxiliadora, presenta deficiencias en el área de consulta externa, además se hace necesario fortalecer el área de promoción y prevención ya que no cuenta con espacios adecuados para la prestación del servicio, según el decreto 1011 de 2006. Por su parte los centros de salud de Río Negro y Valencia de La Paz se encuentran bastante deteriorados y

en proceso de mejoramiento, complementación y construcción el puesto de salud Benjamín Dindicue del Resguardo Indígena. El Régimen Subsidiado de Seguridad Social en salud cubre 7.638 usuarios carnetizados en la zona urbana y zona rural dispersa, cifra que se ha mantenido durante los tres últimos años debido a la baja disponibilidad de recursos financieros para hacer aumento de cobertura.

Las principales fuentes de financiación del sistema corresponden a transferencias del Gobierno Nacional, por concepto del Sistema General de Participaciones (S.G.P.), Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) y Situado Fiscal.

7.5.14.4 Indicadores hospitalarios

- Razón de consultas ambulatorias por habitante/ año: 2,2.
- Razón de camas hospitalarias por 1000 habitantes: 0,51.
- Porcentaje de ocupación de camas: 21%.
- Número de instituciones de salud según nivel de atención: 1.
- Cobertura de IPS con COVES: 100%.
- Cobertura de UPGD: 100%; Oportunidad del 90%.

7.5.14.5 Poblaciones indígenas: Número de hospitales culturalmente adaptados. Actualmente se cuenta con el centro de Salud Indígena “Benjamín Dindicué” en el resguardo indígena de Río Negro. Este a su vez tiene personal propia del resguardo, que habla el dialecto Naza, lo que facilita la superación de barreras etnoculturales. Por otra parte desde el 2010 se adelanta un trabajo con las parteras, capacitándolas para que informen oportunamente al puesto de salud y a la ESE Hospital María Auxiliadora (centro principal de atención), sobre las gestantes que se encuentran en parto o aquellas que dan a luz en situaciones no previstas, para la atención integral de la madre y recién nacido.

Así mismo se presta el servicio de brigadas de atención en salud, programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de forma continua, transporte asistencial básico priorizada a gestantes e infantes, y para toma de exámenes y ecografías obstétricas.

En conclusión se ha logrado ganar un espacio en una comunidad resistente como lo es la indígena y se espera continuar adelantando programas con enfoque transcultural que permitan la complementación ideal de las medicinas tradicional y moderna, que conlleve a los habitantes del resguardo a confiar su vida en las manos del personal de salud, y permitan optimizar las coberturas en aspectos puntuales como el parto institucional, planificación familiar, citología cervicouterina, etc.

7.5.14.6 Recurso humano en salud

- Razón de odontólogos / habitante: Se cuenta con un odontólogo para todo el municipio.
- Razón de médicos generales / habitantes: Se cuenta con cuatro médicos generales para todo el municipio.
- Razón de enfermer@s/ habitantes: Se cuenta con tres enfermeros profesionales para todo el municipio.
- Razón de auxiliares de enfermería / habitantes: Se cuenta con 20 auxiliares de enfermería para todo el municipio. Adscritos a diferentes entidades.

7.5.14.7 Asignación presupuestal en salud y fuentes de financiación:

Cuadro 13. Asignación presupuesto al Plan de Salud Territorial. Municipio de Iquira.

LÍNEAS DE POLÍTICA DESARROLLO DEL PNSP 2007 – 2010	PRESUPUESTO EJECUTADO 2010	PRESUPUESTO PROYECTADO 2011
Recursos para las acciones de promoción de la salud y de la calidad de vida.	\$ 82.594.390	\$ 72.186.549
Recursos para la prestación de servicios de prevención de riesgos y de recuperación y superación de los daños en salud.	\$ 141.405.673	\$138.633.013
Recursos para la vigilancia en salud y gestión del conocimiento.	\$15.040.000	\$15.845.827
Recursos para la gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del plan de salud pública.	\$ 9.970.000	\$0

7.6 PRIORIZACIÓN DE EVENTOS

7.6.1 Eventos priorizados según “metodología local participativa” a través de la matriz de “métodos combinados”. (Ver anexos: A – B – C - D). De acuerdo a la priorización realizada sobre las 10 primeras causas de morbilidad por consulta externa, urgencias, SIVIGILA, y al realizar el cruce entre los puntajes de estas, se obtuvo que los eventos priorizados para el presente diagnóstico que analiza la situación en salud del Municipio de Iquira hasta el año 2010 son los siguientes:

Cuadro 14. Eventos priorizados. Municipio de Iquira. 2010.

N°	EVENTO	TOTAL
1	mortalidad infantil	18
2	dengue	15
3	hipertensión arterial	12
4	malnutrición	11
5	intento de suicidio	11
6	parasitosis intestinal	10
7	diarrea y gastroenteritis de origen infeccioso	10
8	infección de vías urinarias de sitio no especificado	10
9	intoxicación por plaguicidas	9
10	rinofaringitis aguda	9

De acuerdo a la priorización se deben abordar las causales de cada uno de estos eventos e intervenir de acuerdo al área correspondiente, mediante acciones sectoriales e intersectoriales¹⁰.

Con relación la mortalidad infantil, es necesario mejorar aspectos puntuales de la prioridad de Salud Infantil que están relacionados con la prioridad de Salud Sexual y Reproductiva, tales como: embarazos en adolescentes y de alto riesgo obstétrico, cobertura y adherencia a controles prenatales; cobertura parto institucional, planificación familiar (principalmente en adolescente y gran multíparas), prevención de ITS durante el embarazo, etc. Así mismo es necesario fortalecer los grupos de apoyo social para el cuidado de menor de un año, mediante el paso 10 Estrategia IAMI.

Con relación al dengue, constituye la segunda prioridad pues fue causa más frecuente morbilidad en el 2010. Un aspecto positivo es que la tasa de letalidad es cero, lo cual significa que se debe mejorar primordialmente la prevención primaria, pues a pesar de ser el vector más hallado en las viviendas iquireñas (según encuesta vivienda saludable APSR), es posible disminuir la proliferación del dengue mediante acciones de prevención, mitigación y control. Principalmente aquellas orientadas bajo la estrategia de Información, Educación y Comunicación, así como de movilización social contra la enfermedad.

¹⁰ SANABRIA, María Belén. Guía Metodológica para el Análisis de Situación de Salud. Ministerio de Protección Social. República de Colombia. 2010

La Hipertensión arterial continúa constituyéndose como la causa de mayor morbimortalidad en el municipio, un factor de riesgo evidente que favorece la prevalencia de éste en los grupos mayores de 44 años es la poca actividad física desarrollada, siendo la prevalencia de actividad física tan sólo de 4%, comparada con la meta del Plan Nacional de Salud Pública del 42%.

Es necesario profundizar más en los factores de riesgo a los que se enfrenta dichos casos y la población en general, con el objetivo de obtener una perspectiva real del problema y lograr una correcta orientación de las intervenciones a realizar.

En cuarto lugar se ubica la malnutrición, ésta afecta sobre todo a población menor de 5 años, tanto así que para el año 2010 la proporción de desnutrición crónica fue de 18,2 %, esto significa que la disminución paulatina de calorías en la alimentación a causado una baja talla para la edad del grupo analizado. A su vez, puede causar problemas en otros sistemas funcionales tales como el neurológico, hematopoyético, óseo entre otros.

El intento de suicidio enmarcado dentro de la prioridad de salud mental se constituye como la quinta prioridad. Por tal motivo se hace necesario reevaluar las estrategias de salud mental aplicadas, fortalecer la red del buen trato y la creación de grupos y alianzas estratégicas a nivel operativo, para que las directrices tomadas desde entes como el ICBF, Comisaría de Familia, Policía Nacional, Hospital María Auxiliadora, Dirección Local de Salud redunden en la comunidad.

El sexto y séptimo evento según la priorización, está relacionado principalmente con las condiciones de vivienda, hábitos de higiene personal y cuidados a nivel familiar. Pues la parasitosis intestinal y la diarrea asociada a gastroenteritis infecciosa afecta principalmente a población infantil (menores de 5 años), lo que a su vez tiene repercusiones en su estado nutricional. Por tal motivo es conveniente adelantar programas de educación puerta a puerta, verificando condiciones de la vivienda y además fortalecer las Unidades de rehidratación oral comunitarias (UROCS).

Con relación a las infecciones de vías urinarias no especificadas, que se ubica en el octavo lugar de la priorización, ésta afecta primordialmente a la población en edad fértil, edades entre los 15 y 44 años. Por esta razón es imprescindible la promoción de una sexualidad responsable, que conlleve a la utilización de la doble protección (sobre todo en población adolescente), la disminución de prácticas sexuales riesgosas y la detección temprana de infecciones. De igual forma es necesario fortalecer desde la infancia los hábitos de higiene adecuados (más en

las mujeres) para la prevención de IVU por falta de conocimientos sobre auto cuidado.

La intoxicación por plaguicidas ubicada en el noveno puesto, refleja la importancia de realizar un seguimiento a los trabajadores del municipio. En este caso a los agricultores quienes son los más expuestos a éste tipo de sustancias. Es posible disminuir esta incidencia mediante la medición de los valores límites permisibles en áreas de fumigación, la educación a los empleadores y trabajadores sobre el derecho de afiliación al Sistema General de Riesgos Profesionales, así como la influencia del entorno laboral en su salud. De igual forma, los elementos de protección personal, el almacenamiento correcto de plaguicidas y otros insumos, así como la organización del vigía o comité paritario de salud ocupacional son medidas imprescindibles para lograr una disminución de éste evento.

Por último se ubica la rinofaringitis aguda o “resfriado común”. A pesar de ser una causa frecuente de consulta y al parecer de leve impacto. Preocupa el hecho que afecte principalmente a la población infantil, donde es más predispuesto a complicaciones como infecciones respiratorias de vías bajas tales como neumonía.

Con relación a esto en el 2010 se presentó una muerte en una menor de 4 meses que tenía como base problemas respiratorios (según la causa de ingreso), de igual forma un menor de 5 años falleció por Infección Respiratoria Aguda. Esto alerta sobre una situación que pasa de ser común y de poca importancia para la comunidad a un evento de cuidado que requiere las medidas de prevención, los cuidados domiciliarios correctos, la atención en salud oportuna y el conocimiento de los signos de alarma.

Por tal motivo se debe promover la estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia articulada a AIEPI Comunitario y Clínico en el hospital, grupos sociales de apoyo (FAMI, Hogares infantiles, UAIRAC’s) y demás agentes comunitarios.

7.7 PROGRAMACIÓN Y PLANEACIÓN

El Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en la Dirección Local de Salud del municipio de Iquira ha sido diseñado con base en las pautas metodológicas presentadas en el documento Pautas de Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en Salud del Ministerio de la Protección social del año 2007.

En consonancia con lo establecido en el artículo 35 y 39 de Decreto 1011/2006, el PAMEC de la DLS incluye un componente de asesoría a las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que operan en el Municipio, sobre la implementación de Procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud con el propósito de fomentar el mejoramiento de la calidad de los servicios de Salud del municipio.

7.7.1 Implementación del modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de salud de la dirección local de salud del municipio de Iquira

- Identificación de los principales problemas de calidad (procesos prioritarios), y conocer cual es la situación actual de las organizaciones al respecto (calidad observada)

En este nivel, el análisis de la situación en salud del municipio, el perfil epidemiológico y los indicadores trazados del sistema de información para la calidad contemplados en la Resolución 1446 de 2006 fueron parámetros importantes para la concertación de los mecanismos de auditoría.

En la selección de estas prioridades se considera, en primer lugar, los tres procesos prioritarios de carácter obligatorio para una entidad territorial de salud de conformidad con las directrices del Decreto 1011 de 2006 así: los dos primeros en su condición de compradora de servicios para la población no asegurada, y el tercero en su carácter de entidad rectora de la salud en el municipio. Estos procesos son:

- **Auto evaluación de la Red de prestadores de Servicios de Salud.**

Dentro de la Red se dará especial atención a los siguientes procesos:

- Suficiencia de la red: demora en ubicación de pacientes en los servicios, entrega de medicamentos, logro de una cita para apoyo diagnóstico. Mecanismos de seguimiento para analizar los cambios de la demanda.
- Sistema de referencia y contra referencia: Cantidad de usuarios y oportunidad de ubicación en urgencias y consulta externa a niveles superiores de complejidad,

efectividad de las contra referencias en el departamento. se cuestionará, en que esta fallando posiblemente el primer nivel y si se están implementando oportunamente los programas de prevención y promoción.

- **Proceso de atención al usuario: satisfacción, quejas y reclamos. Atención al usuario.** Se evaluara sistemáticamente la satisfacción de la comunidad con respecto al ejercicio de sus derechos, al acceso, oportunidad y a la calidad de los servicios ofrecidos por la DLS tanto en forma directa como a través de la red de prestadores.

- **Asesoría sobre los Procesos de Auditoria.** De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 39 del Decreto 1011 de 2006, a los Entes municipales de la salud les corresponde asesorar a las EAPB y las IPS en el desarrollo de sus procesos de auditoria, con el propósito de fomentar el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud de la población en su jurisdicción.

Este proceso enseñara a partir del diseño e implementación de acciones para divulgar y capacitar a las IPS en materia de los niveles de calidad esperados en la atención en salud de la población del municipio, de manera que se unifiquen criterios y se establezcan acuerdos y compromisos, sobre los objetivos y metas de mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, y sobre los criterios y métodos mediante los cuales se realizara el seguimiento requerido, para velare por un mejoramiento efectivo de la calidad de la atención en salud. Es importante incluir el abordaje a realizar para la priorización de problemas de calidad (procesos prioritarios), definen de la calidad esperada y observada y la elaboración e implementación de planes de mejoramiento acordes con los problemas identificados.

Se analizarán diversas fuentes tales como: Observación directa, inquietudes de la comunidad (encuestas, quejas y reclamos, sugerencias), resultados de la Auditoria realizada a la E.S.E Hospital María Auxiliadora de Iquira, observaciones y resultado de las auditorias externas (Contraloría, Supersalud, Secretaria de Salud Departamental).

El resultado de la auto-evaluación es la identificación de los procesos a mejorar, es decir la generación de un listado de procesos que son factibles de intervenir por parte de la Dirección Local de Salud.

Las fuentes utilizadas indican fallas de calidad, es decir existencia de una brecha entre el resultado deseado y la realidad, lo que indica que existen procesos que generan riesgo para el usuario.

7.8 MATRIZ DE PRIORIZACION

CRITERIOS DE VALORACION (1 AL 5)	Auto evaluación de la Red	Atención al usuario	Asesoría sobre los procesos de Auditoria
Riesgo para la Salud publica	5	4	3
Riesgo para el municipio	5	5	4
Volumen o frecuencia	5	5	4
Costos de las fallas o errores	5	4	3
Posibilidades de Mejora	4	4	5
TOTALES	24	22	19

7.8.1 Definir la calidad deseada para el sistema y velar por la elaboración de planes de mejoramiento consistentes con los problemas de calidad identificados que permiten disminuir la brecha entre la calidad deseada y la calidad observada. Para ello fue necesario diseñar un plan para identificar las causas que afectan los resultados esperados y emitir recomendaciones que lleven a la implementación de acciones de mejora dirigidas a las desviaciones detectadas en el logro de los resultados. Se generaran informes para el gerente de la E.S.E incluyendo las recomendaciones y haciendo partícipes y conocedores de la evaluación a los responsables de los procesos. (Aprendizaje organizacional).

7.8.2 Seguimiento estricto al cumplimiento de los planes formulados y promover el cierre de ciclos en la organización. Es muy importante verificar el cumplimiento de la implementación de las acciones de mejoramiento y el impacto que tienen, para así corregir las desviaciones fomentando el crecimiento organizacional. Hay que hacer seguimiento a la implementación de estas mejoras para que se mida el impacto al sistema de salud, dentro del respeto por la autonomía de las instituciones.

Una vez se tengan identificados los factores de riesgo para la población del municipio, se evaluará la gravedad, generando indicadores que sirvan para medir la frecuencia en el contexto municipal y con estos resultados, la Dirección Local de Salud priorizará las intervenciones a mejorar que lleven a disminuir los eventos que están afectando la calidad de vida de la población vinculada, con un impacto final que debe ser mejorar el nivel de vida de toda la población vulnerable.

La Dirección Local De Salud del municipio de Iquira adoptará los instrumentos para recolección de la información que la S.S.D. ha diseñado en la Guía de auditoría externa de la Calidad para ser implementada por las Secretarías de Salud Municipales sobre las Entidades prestadoras del primer nivel de complejidad de su jurisdicción.

7.8.3 Descripción de los procesos prioritarios. Se describen a continuación los procesos prioritarios objeto del presente documento, con sus correspondientes procedimientos. Para el efecto, luego de una descripción general de todos los procesos se presenta globalmente cada proceso, e inmediatamente después los procedimientos que lo integran.

7.8.4 Dirección y evaluación de la red de servicios de salud. Dentro de la dirección de la red se dará especial atención a los siguientes procesos:

a) Planeación, Coordinación y Evaluación de la Red de Servicios.

b) Suficiencia de la red: demora en ubicación de pacientes en los servicios, entrega de medicamentos, logro de una cita para apoyo diagnóstico. Mecanismos de seguimiento para analizar los cambios de la demanda.

c) Operación del sistema de referencia y contra referencia: Se hará seguimiento a la cantidad de usuarios y oportunidad de ubicación en urgencias y consulta externa a niveles superiores de complejidad, efectividad de las contra referencias en el departamento. Se hará seguimiento a las fallas del primer nivel y si se están implementando oportunamente los programas de prevención y promoción.

7.8.5 Gestión de la satisfacción del cliente externo. Este proceso hace referencia al conjunto de procedimientos mediante los cuales se lleva a cabo la evaluación y el mejoramiento sistemático de la satisfacción de los usuarios con

respecto al ejercicio de sus derechos y al acceso y oportunidad de los servicios ofrecidos por la DLS tanto en forma directa como a través de la red de prestadores.

Del proceso de evaluación de la satisfacción del cliente externo hacen parte dos grandes procesos:

- Auditoria de la Satisfacción de los Usuarios.
- Gestión de Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones.

La auditoria de la satisfacción de los usuarios hace referencia a la aplicación periódica de encuestas de satisfacción que permiten obtener información clave para el cálculo de una buena parte de los indicadores de desempeño, con base en los cuales se adoptaran decisiones para el mejoramiento de la calidad. En otras palabras, es el componente preventivo de la gestión del servicio.

7.8.6 Asesoría sobre los procesos de auditoria. Por tratarse de un programa educativo no respetivo, el tercer proceso del PAMEC de la DLS no se estandariza a la manera de un conjunto de líneas de política, mediante los cuales se hace explícito el compromiso de la Dirección Local de Salud, con la asesoría que se debe brindar a las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que operan en el Municipio, sobre los Procesos de Auditoria para el Mejoramiento a la calidad de la Atención de Salud.

De conformidad con lo anterior, se establecen las siguientes líneas políticas:

1. La DLS difundirá a los responsables del desarrollo del PAMEC en su Municipio, el documento técnico.
2. El modelo de vigilancia de la calidad será presentado a las instituciones como una metodología válida, pero no obligatoria, para el desarrollo de PAMEC.
3. La DLS ofrecerá su concurso para aclarar las inquietudes y dudas que puedan seguir entre las IPS y demás entidades obligadas a desarrollar el PAMEC.

4. Durante las visitas de auditoria de prestación de servicios, se constatará la implementación del documento técnico y el grado de desarrollo de PAMEC en las IPS, y se formularán las recomendaciones del caso, cuya aplicación será objeto de seguimiento posterior.

5. Las presentes líneas de política y el instrumento de auto evaluación y verificación del PAMEC serán dados a conocer a las IPS adjunto el modelo de vigilancia de la calidad.

6. En caso de encontrar que la IPS no presentan avance alguno en el desarrollo del PAMEC, se adelantarán las acciones de investigación correspondientes y se aplicarán las sanciones pertinentes, de conformidad con lo establecido en el artículo 50 del Decreto 1011 de 2006.

7. Cuando la IPS demuestren algún grado de avance en el desarrollo e implementación del PAMEC, los evaluadores aclararán las dudas que se presenten.

A continuación se plantean en formatos de fácil comprensión, los tres procesos que fueron objeto de estandarización en el PAMEC en la DLS.

7.8.7 Proceso de planeación, coordinación y evaluación de la red de servicios.

DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD DE IQUIRA		PROCESO DE PLANEACIÓN, ORGANIZACIÓN Y COORDINACIÓN DE LA RED DE SERVICIOS		FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	
				APROBADO POR: Dirección Local de Salud	
QUE (PROCEDIMIENTOS)	QUIEN	CUANDO	COMO	DONDE	PARA QUE
Verificar que los servicios contratados estén inscritos, verificados y habilitados por la SSD	Dirección Local de Salud	Inicialmente Anualmente	(Ver Procedimiento 001). Seguimiento a indicadores de calidad y de los eventos adversos.	Dirección Local de Salud	Dar cumplimiento a competencias del municipio y normas vigentes.
Auditoria de Historias Clínicas.	Auditoria de calidad	Semestral	(Ver Procedimiento 002).	IPS	Asegurar al usuario una atención en salud acordes con los estándares de calidad del SOGCS.
Verificar el cumplimiento de las condiciones básicas de habilitación de los servicios de las IPS contratados.	Auditoria de calidad	Anualmente	(Ver Procedimiento 003). Verificación de operaciones de los comités obligatorios.	IPS	Garantizar que los prestadores de servicios de salud contratados cumplan con los requisitos del SOGCS.
Evaluación del proceso de admisión del usuario a los servicios.	Auditoria de calidad	Semestral	(Ver Procedimiento 004).	IPS	Identificar la presencia de barreras de acceso a los usuarios.
Seguimiento de indicadores de calidad para el primer nivel de complejidad y de los eventos adversos.	Auditoria de calidad	Semestral	(Ver Procedimiento 005).	IPS	Identificación de riesgos en la prestación de servicios.

- **PROCEDIMIENTO 001**

VERIFICAR LA INSCRIPCION Y HABILITACION DE LOS SERVICIOS CONTRATADOS

DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD DE IQUIRA	PROCEDIMIENTO 001	
	VERIFICAR LA INSCRIPCION Y HABILITACION DE LOS SERVICIOS CONTRATADOS	
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	
	APROBADO POR: Dirección Local de Salud	
Objeto: Garantizar que los prestadores de servicios de salud contratados cumplan con los requisitos del SOGCS.		
Responsable: Dirección Local de Salud		
Condiciones: Contar con la relación de servicios contratados y habilitados por la SSD.	Materiales necesarios: Computador. Insumos de oficina.	
<p>Ejecución: (Actividades Esenciales): Solicite a la ESE Municipal, la Resolución de cumplimiento de condiciones de Habilitación y/o Formulario de inscripción de servicios de prestadores de servicios de salud, debidamente radicado en la SSD, donde se detallen la totalidad de los servicios prestados.</p> <p>Verifique la información reportada por la ESE con la base de datos de prestadores actualizada de la SSD.</p> <p>Notifique al prestador si no se encuentre registrado que debe proceder a hacerlo.</p> <p>Archive correctamente los documentos de soporte en la carpeta del contrato.</p>		
Productos o resultados esperados: IPS municipal cumpliendo con normatividad del SOGCS		
Definiciones o referencias: Decreto 1011/06, Resolución 1043/06		

- **PROCEDIMIENTO 002**

EVALUACION DEL COMPONENTE DE HISTORIAS CLINICAS

DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD DE IQUIRA	PROCEDIMIENTO 002	
	EVALUACION DEL COMPONENTE DE HISTORIAS CLINICAS	
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	
	APROBADO POR: Dirección Local de Salud	
Objeto: Asegurar al usuario una atención en salud acordes con los estándares de calidad del SOGCS.		
Responsable: Auditor de Calidad		
Condiciones: Cita previa con el Auditor de calidad de la IPS a Evaluar.		Materiales necesarios: Instrumento de evaluación de Historias Clínicas
<p>Ejecución: (Actividades Esenciales): Estudie y analice previamente el instrumento a aplicar. Solicite el consolidado de atenciones de consulta externa y/o urgencias realizadas a los usuarios vinculados durante el periodo a analizar. Seleccione aleatoriamente del consolidado solicitado anteriormente un número representativo de historias clínicas para su evaluación. Diligencie el instrumento consignando los hallazgos de la revisión de historias clínicas, no es indispensable la presencia del Auditor de la IPS evaluada. Socialice con la oficina de calidad de la IPS los resultados obtenidos.</p>		
<p>Manejo de materiales e información: El instrumento debe ser diligenciado de acuerdo al instructivo. El instrumento debe ser socializado con los funcionarios de la oficina de calidad.</p>		
<p>Productos o resultados esperados: Instrumento correctamente diligenciado. / Plan de mejoramiento concertado.</p>		

- **PROCEDIMIENTO 003**

VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES BASICAS DE HABILITACION DE SERVICIOS DE LAS IPS CONTARTADAS POR EL MUNICIPIO

DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD DE IQUIRA	PROCEDIMIENTO 003	
	VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES BASICAS DE HABILITACION DE SERVICIOS DE LAS IPS CONTARTADAS POR EL MUNICIPIO	
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	
	APROBADO POR: Dirección Local de Salud	
Objeto: Seguimiento al cumplimiento de las normas vigentes del SOGC		
Responsable: Auditoria de Calidad		
Condiciones: Formato de registro de servicios a habilitar por la IPS.	Materiales necesarios: Computador. Normatividad vigente sobre habilitación.	
Ejecución: (Actividades Esenciales): Elabore la lista de chequeo con los estándares y criterios de la resolución que va a evaluar en la IPS. Realice la auditoria de campo, informe previamente a la IPS sobre la visita. Elabore un informe con los hallazgos para la DLS. La DLS concertara un plan de mejoramiento. Seguimiento al plan de mejoramiento.		
Manejo de materiales e información: En la definición de las políticas se debe tener en cuenta que el propósito fundamental de las mismas es procurar el mejoramiento del acceso, la oportunidad, la pertinencia, la seguridad, la continuidad y la eficiencia de los servicios que se brindan a la población. Ley 715 de 2001 y Decreto 1011 de 2001		
Productos o resultados esperados: Concertación del plan de mejoramiento de las condiciones de habilitación de la IPS.		

- **PROCEDIMIENTO 004**

EVALUACION DEL PROCESO DE ADMISION DEL USUARIO A LOS SERVICIOS

DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD DE IQUIRA	PROCEDIMIENTO 004	
	EVALUACION DEL PROCESO DE ADMISION DEL USUARIO A LOS SERVICIOS	
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	
	APROBADO POR: Dirección Local de Salud	
Objeto: Identificar la presencia de barreras de acceso a los usuarios.		
Responsable: Auditoria de Calidad		
Condiciones: Documentos.	Materiales necesarios: Computador.	
<p>Ejecución: (Actividades Esenciales): Aplique el instrumento evaluador S.S.D.2 evaluación del proceso de admisión del usuario a los servicios asistenciales. Solicite información sobre el proceso de asignación de citas y tiempos de atención, verifique la veracidad de esta. Verifique la capacidad instalada. Elabore un informe con los hallazgos para la DLS. La DLS concertara un plan de mejoramiento. Seguimiento al plan de mejoramiento.</p>		
<p>Manejo de materiales e información: En la definición de las políticas se debe tener en cuenta que el propósito fundamental de las mismas es procurar el mejoramiento del acceso, la oportunidad, la pertinencia, la seguridad, la continuidad y la eficiencia de los servicios que se brindan a la población. Ley 715 de 2001 y Decreto 1011 de 2001</p>		
<p>Productos o resultados esperados: IPS con accesibilidad y oportunidad en la prestación de los servicios.</p>		
<p>Definiciones o referencias: Decreto 1011/06</p>		

- **PROCEDIMIENTO 005**

SEGUIMIENTO A INDICADORES DE CALIDAD PARA EL PRIMER NIVEL DE COMPLEJIDAD Y DE LOS EVENTOS ADVERSOS

DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD DE IQUIRA	PROCEDIMIENTO 005	
	SEGUIMIENTO A INDICADORES DE CALIDAD PARA EL PRIMER NIVEL DE COMPLEJIDAD Y DE LOS EVENTOS ADVERSOS	
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	
APROBADO POR: Dirección Local de Salud		
Objeto: Identificación de riesgos en la prestación de servicios.		
Responsable: Auditoría de Calidad		
Condiciones: Informe de indicadores de calidad reportados a la Superintendencia Nacional de Salud y de los eventos adversos	Materiales necesarios: Computador. Insumos de oficina.	
Ejecución: (Actividades Esenciales): Analice el informe de indicadores y eventos adversos del semestre a auditar. Verifique la confiabilidad de la fuente de datos. Verifique que con los hallazgos en la IPS, se concierten planes de mejoramiento y/o toma de acciones preventivas, seguimiento o coyunturales. Elabore un informe con los hallazgos para la DLS. La DLS concertara un plan de mejoramiento. Seguimiento al plan de mejoramiento.		
Manejo de materiales e información: En el diseño de estrategias se debe tener en cuenta que el propósito fundamental de las mismas es procurar el mejoramiento del acceso, la oportunidad, la pertinencia, la seguridad, la continuidad y la eficiencia de los servicios que se brindan a la población.		
Productos o resultados esperados: Seguimiento y evaluación de los indicadores de la gestión de la calidad de la atención en salud.		
Definiciones o referencias: Decreto 1011/06, Resolución 1043/06		

7.8.8 Proceso de verificación de la suficiencia de la red.

DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD DE IQUIRA		PROCESO DE VERIFICAR SUFICIENCIA DE LA RED			FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	
					APROBADO POR: Dirección Local de Salud	
QUE (PROCEDIMIENTOS)	QUIEN	CUANDO	COMO	DONDE	PARA QUE	
Análisis Epidemiológico. Perfil	Auditoria de Calidad	Bimestral	Diligenciar formato N° 1 Perfil epidemiológico.	Dirección Local de Salud	Conocer primeras causas de consultas de los vinculados	
Análisis de capacidad instalada.	Auditoria de Calidad	Semestral	Solicitar a la IPS la oferta de Infraestructura, analizar y avalar.	Dirección Local de Salud	Verificar si la infraestructura es suficiente para atender la demanda de servicios.	

7.8.9 Proceso de operación del sistema de referencia y contrareferencia.

DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD DE IQUIRA		PROCESO DE OPERACIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA		FECHA DE ACTUALIZACIÓN:		
				APROBADO POR: Dirección Local de Salud		
QUE (PROCEDIMIENTOS)	QUIEN	CUANDO	COMO	DONDE	PARA QUE	
Evaluación del sistema de REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.	Auditoria de Calidad	Semestral	(ver Procedimiento 006).	IPS	Garantizar al usuario seguridad y continuidad en la atención por los diferentes niveles de complejidad del SGSSS	
Verificar reportes e informes del centro regulador de urgencias de los servicios prestados por la IPS de 2 y 3 nivel de complejidad, donde se verifique por parte de la IPS municipal los mecanismos establecidos por el Departamento para la referencia y contrareferencia de pacientes.	Auditoria de Calidad	Semestral	(Ver Procedimiento 007).	IPS	Identificar fallas y responsabilidades en el proceso de Referencias y Contrarreferencias de urgencias a través del CRUE	
Verificar reportes e informes de la SSD – HUN, de pacientes remitidos a 2 y 3 nivel de complejidad.	Auditoria de Calidad	Semestral	(Ver Procedimiento 007)	IPS	Identificar fallas y responsabilidades en el proceso de Referencias y Contrarreferencias de consulta externa.	

Operación del comité de Referencia Municipal.	Dirección Local de Salud	Bimestral	Convocar a reunión, levantar actas de temas analizados y tareas asignadas.	Dirección Local de Salud	Planificar actividades, toma de decisiones, toma de acciones para el mejoramiento del sistema de referencia municipal.
---	--------------------------	-----------	--	--------------------------	--

- **PROCEDIMIENTO 006**

EVALUACION DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD DE IQUIRA	PROCEDIMIENTO 006	
	EVALUACION DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	
APROBADO POR: Dirección Local de Salud		
Objeto: Garantizar al usuario seguridad y continuidad en la atención por los diferentes niveles de complejidad del SGSSS		
Responsable: Auditor de Calidad		
Condiciones: Cita previa con el Auditor de calidad de la IPS a Evaluar.		Materiales necesarios: Instrumentos de evaluación de referencia y contra referencia.
<p>Ejecución: (Actividades Esenciales): Estudie y analice previamente el instrumento a aplicar. Solicite el consolidado de referencia a los usuarios vinculados realizados durante el periodo a analizar. Seleccione aleatoriamente del consolidado solicitado anteriormente un número representativo de historias clínicas para su evaluación. Aplique el instrumento en base a los formatos de referencia utilizados por la IPS, no es necesario la presencia del auditor de la IPS. Socialice con la oficina de calidad de la IPS los resultados obtenidos</p>		
<p>Manejo de materiales e información: El instrumento debe ser diligenciado de acuerdo al instructivo. Entregue copia del instrumento diligenciado a la oficina de calidad de la IPS.</p>		
Productos o resultados esperados: Instrumento correctamente diligenciado.		
Definiciones o referencias: Ver instrumento de evaluación de referencia y contrarreferencia de la IPS.		

- **PROCEDIMIENTO 007**

VERIFICAR REPORTES E INFORMES DEL CRUE

DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD DE IQUIRA	PROCEDIMIENTO 007 VERIFICAR REPORTES E INFORMES DEL CRUE	
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	
	APROBADO POR: Dirección Local de Salud	
Objeto: Identificar fallas y responsabilidades en el proceso de Referencias de urgencias a través del CRUE		
Responsable: Auditor de Calidad.		
Condiciones: Haber recibido el informe de la ESE		Materiales necesarios: Computador. Insumos de oficina.
<p>Ejecución: (Actividades Esenciales): Solicitar a la ESE un informe ejecutivo de la referencia y contrarreferencia realizadas por el CRUE, así como las no realizadas de parte de la ESE por el CRUE, especificando a estas últimas las causas del NO uso de este servicio. En el informe además se debe contemplar las principales patologías de referencia, la población de mayor vulnerabilidad o demanda de atención en niveles superiores, tiempos de respuestas a solicitudes, tiempos de salida de la ambulancia, % contrarreferencia recibidas discriminadas por servicios y por Instituciones. Solicitar la relación de referencias de pacientes de urgencias solicitada a través del CRUE. Verificar la información mediante el cruce de información que aporta la ESE con la información que aporta el CRUE. Elabore un informe con los hallazgos y sugiera acciones para el plan de mejoramiento.</p>		
Manejo de materiales e información: Entrega de informe a la DLS		
Productos o resultados esperados: Informe de auditoría – Plan de mejoramiento.		
Definiciones o referencias: Normatividad vigente		

7.8.10 Proceso de gestión de la satisfacción del cliente externo.

DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD DE IQUIRA		PROCESO DE AUDITORIA DE LA SATISFACCION DE LOS USUARIOS		FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	
				APROBADO POR: Dirección Local de Salud	
QUE (PROCEDIMIENTOS)	QUIEN	CUANDO	COMO	DONDE	PARA QUE
Auditoria de la satisfacción de los usuarios	Dirección Local de Salud	Semestral	(Ver Procedimiento 008).	IPS - DLS	Obtener información sobre la satisfacción de los usuarios, necesaria para el cálculo de los indicadores.
Gestión de reclamos, sugerencias y felicitaciones.	Dirección Local de Salud	Diario	(Ver Procedimiento 007).	Oficinas Dirección Local de Salud	Sintetizar la información y facilitar la adopción de estrategias de mejoramiento.
Evaluación SIAU	Auditoria de Calidad	Semestral	(Ver Procedimiento 010).	IPS	Generar estrategias de mejoramiento continuo de la calidad y satisfacción del usuario.

- **PROCEDIMIENTO 008**
AUDITORIA DE LA SATISFACCION DE LOS USUARIOS

PROCEDIMIENTO 008	PROCEDIMIENTO 008 AUDITORIA DE LA SATISFACCION DE LOS USUARIOS	
DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD DE IQUIRA	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	
	APROBADO POR: Dirección Local de Salud	
Objeto: Evaluar la percepción de los usuarios con los servicios prestados.		
Responsable: Dirección Local de Salud.		
Condiciones: Ambiente adecuado para la aplicación de la encuesta.	Materiales necesarios: Formato de encuesta Recurso humano	
Ejecución: (Actividades Esenciales): Aplicación de encuestas para evaluar grado de satisfacción y consolidación de los datos. Informe de resultados Socialización de resultados a la ESE Análisis de información y definición de estrategias y/o actividades.		
Manejo de materiales e información: Formato de encuesta		
Productos o resultados esperados: Informe de resultados – estrategias de mejoramiento		
Definiciones o referencias: Indicador de satisfacción.		

• **PROCEDIMIENTO 009**

DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD DE IQUIRA	PROCEDIMIENTO 009	
	GESTION DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES	
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	
	APROBADO POR: Dirección Local de Salud	
Objeto: Garantizar a la comunidad la existencia de canales amplios de comunicación para expresar su satisfacción o insatisfacción.		
Responsable: Dirección Local de Salud		
Condiciones: Infraestructura adecuada para la recepción y tramite de las manifestaciones de la comunidad.		Materiales necesarios: Buzón de sugerencias – formato. Computador - Insumos de oficina.
Ejecución: (Actividades Esenciales): Recepción de reclamos, sugerencias o felicitación. Gestión de reclamos, sugerencias o felicitación. Envío de respuesta al usuario. Análisis de información y definición de estrategias.		
Manejo de materiales e información: Formato de reclamos y sugerencias		
Productos o resultados esperados: Consolidado de quejas y reclamos Estrategias de mejoramiento.		
Definiciones o referencias: Oportunidad al trámite de quejas inferior a 15 días.		

- **PROCEDIMIENTO 010**

DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD DE IQUIRA	PROCEDIMIENTO 010	
	EVALUACION DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN AL USUARIO EN LAS IPS	
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	
APROBADO POR: Dirección Local de Salud		
Objeto: Verificar que la atención prestada a los usuarios en las IPS contratada sea adecuada.		
Responsable: Auditor de calidad		
Condiciones: Cita previa con el Auditor de calidad de la IPS a Evaluar.		Materiales necesarios: Instrumento de Evaluación del SIAU
Ejecución: (Actividades Esenciales): <ul style="list-style-type: none"> • Estudie y analice previamente el instrumento N° 07 a aplicar. • Aplicación del instrumento con base en los criterios a evaluar, diligencie los observadores. • Socialización de resultados con el personal del área de calidad de la ESE. 		
Manejo de materiales e información: El Instrumento de Evaluación debe de ser diligenciado de acuerdo a su instructivo. Entregue copia del Instrumento aplicado a la oficina de calidad de la IPS.		
Productos o resultados esperados: Instrumento de Evaluación correctamente diligenciado. Estrategias de mejoramiento.		
Definiciones o referencias: Instrumento de Evaluación del SIAU		

7.8.11 Proceso de asesoría sobre los procesos de auditoría.

DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD DE IQUIRA		PROCESO DE AUDITORIA DE LA SATISFACCION DE LOS USUARIOS		FECHA DE ACTUALIZACIÓN: APROBADO POR: Dirección Local de Salud		
QUE (PROCEDIMIENTOS)	QUIEN	CUANDO	COMO	DONDE	PARA QUE	
Aplicación del instrumento de monitoreo del PAMEC	Auditoría de calidad	Semestral		IPS	Conocer el grado de madurez del SOGC de la ESE	
Elaboración de un informe con los hallazgos	Auditoría de calidad	Semestral		Dirección Local de Salud	Dar a conocer a la DLS, los hallazgos, que sirvan de marco al diseño de las estrategias de mejoramiento.	
Concertación y seguimiento al plan de mejoramiento	Dirección Local de Salud	Semestral		IPS	Fomentar en la IPS la cultura de mejoramiento del SOGC	

7.9 MANUAL DE INDICADORES DE DESEMPEÑO

En el presente capítulo se presentan las fichas técnicas de los indicadores adoptados por la DLS, que aplican a las instituciones de Primer nivel de Complejidad de acuerdo a la circular No 030 de 2.006 de la Superintendencia Nacional de Salud y a la resolución No 1446 de 2.006 del MPS, con el propósito de unificar su utilización de manera que se garantice la fiabilidad y validez de las mediciones.

CÓDIGO DEL INDICADOR: DLS-1	
NOMBRE DEL INDICADOR: Evaluación de las historias clínicas	
OBJETIVO DEL INDICADOR	Establecer el porcentaje de las historias clínicas con un cumplimiento superior.
RESPONSABLE	Auditor Medico
ATRIBUTO O CARACTERISTICAS	Calidad
FORMULA DEL INDICADOR	$\frac{\text{Numero de historia clínicas evaluadas con calificación mayor al 95\%} \times 100}{\text{Total de HC evaluadas.}}$
META DEL INDICADOR	Mínimo el 80% de las HC evaluadas con calificación mayor al 95%
FUENTE DE DATOS	IPS
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Semestral
CATEGORIAS DE DISCRIMINACION	-----

CÓDIGO DEL INDICADOR: DLS-2	
NOMBRE DEL INDICADOR: Evaluación de la calidad de la referencia	
OBJETIVO DEL INDICADOR	Establecer el porcentaje de con un cumplimiento optimo.
RESPONSABLE	Auditor Medico
ATRIBUTO O CARACTERISTICAS	Calidad
FORMULA DEL INDICADOR	<u>Numero de Referencias evaluadas con calificación mayor al 95% x 100</u> Total de Referencias evaluadas.
META DEL INDICADOR	Mínimo el 80% de las Referencias evaluadas con calificación mayor al 95%
FUENTE DE DATOS	IPS
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Semestral
CATEGORIAS DE DISCRIMINACION	-----

NOMBRE DEL INDICADOR: Tasa de satisfacción global	
OBJETIVO DEL INDICADOR	Evaluar la percepción de la comunidad con los servicios prestados.
RESPONSABLE	DLS
ATRIBUTO O CARACTERISTICAS	Satisfacción / Lealtad
FORMULA DEL INDICADOR	<u>Numero de Usuarios que se consideran satisfechos con los servicios recibidos en la ESE x 100</u> Numero Total de personas encuestadas.
META DEL INDICADOR	Igual o mayor al 80% de las encuestas aplicadas.
FUENTE DE DATOS	IPS / DLS
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Semestral
CATEGORIAS DE DISCRIMINACION	-----

CÓDIGO DEL INDICADOR: DLS-4	
NOMBRE DEL INDICADOR: Proporción de quejas resueltas antes de 15 días	
OBJETIVO DEL INDICADOR	Tramite oportuno de las manifestaciones de la comunidad.
RESPONSABLE	DLS
ATRIBUTO O CARACTERISTICAS	Satisfacción / Lealtad
FORMULA DEL INDICADOR	<u>Numero de quejas en las que se adoptan correctivos antes de 15 días</u> Numero Total de quejas recibidas x 100.
META DEL INDICADOR	Igual o mayor al 90% de las quejas recibidas.
FUENTE DE DATOS	DLS
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Semestral
CATEGORIAS DE DISCRIMINACION	-----

7.10 HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA DE LA CALIDAD

Sin instrumentos de evaluación para los procesos de auditoria, las evaluaciones serian variables y muy poco objetivas. Mas grave aun, si no se contara con instrumentos no seria posible calcular los indicadores y, en consecuencia, la DLS no sabría si esta cumpliendo o no con los niveles de calidad con las cuales se ha comprometido, y todo el esfuerzo de desarrollo de su programa de auditoria seria vano.

La Dirección Local de Salud del Municipio de Iquira adoptara los instrumentos para recolección de la información que la S.D.S.H. ha diseñado en la guía de auditoria externa de la calidad para ser implementada pos las Secretarias de Salud Municipales sobre las Entidades prestadoras del primer nivel de complejidad de su jurisdicción.

Encuesta de Satisfacción

Formato de reclamo y/o sugerencia

INSTRUMENTO S.S.D.H No. 1 –Perfil Epidemiológico.

INSTRUMENTO S.S.D.H No. 2 –Evaluación del proceso de admisión del usuario a los servicios asistenciales.

INSTRUMENTO S.S.D.H No. 3 –Evaluación de la calidad de la historia clínica

INSTRUMENTO NS.S.D.H No.5 –Evaluación de la calidad del proceso de referencia y contra referencia.

INSTRUMENTO S.S.D.H No.7 –Evaluación de servicio de información y atención al usuario en la E.S.E.

INSTRUMENTO S.S.D. No. 8 –Verificación comités de obligatorio cumplimiento.

Instrumento de Auto evaluación y Verificación del PAMEC.

7.11 CRONOGRAMA DE AUDITORIA

El cronograma de auditoria, es una herramienta que permite homologar, las fechas en la cuales se reportara la información para la obtención de los indicadores. Las reglas básicas que orientan el diseño y la utilización de este cronograma son:

Cuadro 15. Pasos – Cronograma.

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD	
PASO	ACTIVIDADES
1	AUTOEVALUACION
2	DEFINICION DE PRIORIDADES
3	DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA
4	MEDICION INICIAL DEL DESEMPEÑO DEL PROCESO
5	FORMULACION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO
6	EJECUCION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO
7	EVALUACION DEL MEJORAMIENTO
8	APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

La periodicidad establecida en el cronograma corresponde a la que se determino en las fichas técnicas de los indicadores.

Cuadro 16. Cronograma – Anual.

PASO	ENE	FEB	MARZO	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
1	PLANEAR											
2	PLANEAR											
3		PLANEAR										
4			HACER									
5			HACER					VERIFICAR				
6				HACER	HACER	HACER			ACTUAR	ACTUAR	ACTUAR	
7							VERIFICAR					VERIFICAR
8												VERIFICAR



El cronograma de auditoria establecerá anualmente las fechas para el reporte de los indicadores de calidad que hacen parte del PAMEC de la DLS.

8. DISCUSIÓN

Con base en las competencias y obligaciones que le corresponden cumplir a la Dirección Local de Salud, como ente territorial y comprador de servicios de salud para la población pobre no Asegurada, dentro del marco Sistema General de Seguridad Social en Salud y teniendo como referencia los componentes del diagnóstico y priorización en salud del Municipio de Iquira, se diseña el **Programa de Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC)**, con las respectivas disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud -SOGCS-. En tal sentido se ha diseñado la presente herramienta para la puesta en marcha de diferentes modelos operativos consagrados en normas técnicas y administrativas de obligatorio cumplimiento para garantizar una adecuada prestación de servicios de salud con la calidad definida por las normas formuladas por Ministerio de la Protección Social.

Este programa tiene como razón ser la Auditoria Externa, que enmarca los procesos e instrumentos diseñados desde la Dirección Local de Salud y proyectados hacia la ESE Hospital María Auxiliadora; de allí que este documento tiene la intención de convertirse en una guía de trabajo aplicable que conduzca a cambiar el enfoque dado a la forma de prestar los servicios de salud, con acciones reguladoras de evaluación y proyección de calidad de los servicios, involucrando a todos los sectores y procesos en el que se desarrolla la programación y planeación.

La estructuración del diseño del PAMEC de la Dirección Local de Salud, se plantea desde la necesidad de construir cultura de calidad y aportar al mejoramiento y organización de los procesos de gestión, es un instrumento que complementa el modelo de evaluación y auditoria como mecanismo de seguimiento y control. Los principales pilares que soportan el Programa de auditoria, además fundamentales en el desarrollo de este, son la autoevaluación y la actividades de auditoria.

El plan de auditoria para el mejoramiento de la calidad, si es correctamente implementado se constituirá en un componente que al hacer seguimiento a las diferencias entre la calidad deseada y la calidad observada, incentive el respeto a los derechos del paciente y la buena practica profesional, así como en parte en fortalecer la viabilidad de la institución dentro de un contexto de eficiencia y ética.

Figura 9. Flujograma PAMEC.



La retroalimentación es la constante principal en el desempeño del Programa de auditoría, puesto que un proceso edificado genera efectos positivos como efectos adversos, que deben ser tenidos en cuenta para la ejecución y elaboración del plan de mejoramiento. Por ello la auditoría para el mejoramiento de la calidad de salud, es un proceso técnico, que va inmerso en la misma prestación de los servicios y cuyo mecanismo de actuación se da específicamente mediante la retroalimentación al sistema acerca de su desempeño comparado con el marco de estándares óptimo, a través del cual la DLS pueda implementar Procesos de mejoramiento que le permitan optimizar la utilización de los recursos destinados a la atención (eficiencia), mejorar el impacto en la salud de los pacientes y la población (efectividad clínica) y ofrecer al cliente los servicios que espera y a los cuales tenga derecho en un ambiente de respeto e interacción en la dimensión interpersonal de la atención, de tal manera que le genere satisfacción, pero también buscando incentivar un justo y óptimo equilibrio entre la satisfacción de las expectativas de los individuos y las necesidades de la sociedad. Los planes de mejoramiento son el resultado de la correcta aplicación de las fases iniciales de la Auditoría y será sujeto de asesoría por parte de la DLS, por lo que se precisa de

manera efectiva el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, que comprende la Autoevaluación, Seguimiento y Evaluación.

El Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud de la DLS, desde su concepción y contextualización es un instrumento que una vez implementado, permite estructurar los procesos prioritarios en aras de garantizar el mejoramiento continuo de calidad en la Prestación del servicio de salud y por ende la satisfacción de los usuarios. Pero a su vez permite al ente territorial un mejoramiento continuo de calidad institucional, por que permite desarrollar procesos eficientes integrados a los modelos de gestión y autogestión puesto que el PAMEC es una herramienta sistémica de control, que favorece el cumplimiento de la misión institucional (MECI). En lo personal se establece una herramienta práctica para complementar el esfuerzo del Mejoramiento continuo de Calidad y se alcanza una meta enorme en la consolidación de mis proyectos y la asociación de estos con el aporte a la administración en materia laboral e intelectual.

9. CONCLUSIONES

En este Documento se plantearon estrategias que de manera directa eliminan los factores internos de debilidad y las amenazas que ofrece el medio, permitiendo de este modo una prestación de sus servicios dentro del contexto de eficiencia y calidad, perpetuando un crecimiento estratégico en cuanto a diseño intervención y producción intelectual.

El presente análisis es una herramienta contundente que hace parte de la planeación, administración y auditoria en salud del municipio de Iquira, siendo orientador de la acción, donde se expresan los objetivos de bienestar y desarrollo, las estrategias más importantes para su consecución y los recursos generales con que se cuenta para su ejecución.

En la implementación del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, de la Dirección Local de Salud, se tuvieron en cuenta tres prioridades en base al análisis de las diferentes fuentes:

- Auto evaluación de la Red de prestadores de Servicios de Salud.
- Proceso de atención al usuario: satisfacción, quejas y reclamos. Atención al usuario.
- Asesoría sobre los Procesos de Auditoria.

1. El estudio realizado indica fallas de calidad, es decir existencia de una brecha entre el resultado deseado y la realidad, lo que indica que existen procesos que generan riesgo para el usuario.

2. Las prioridades según el Plan Nacional de Salud Publica que más deben fortalecerse durante el 2011 para el cumplimiento del Plan de Salud Territorial en orden descendente son: Salud Infantil, Salud Sexual y Reproductiva, enfermedades transmisibles y las zoonosis, enfermedades crónicas no transmisibles, nutrición, salud mental y las lesiones violentas evitables, seguridad sanitaria y del ambiente y seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral.

3-. Los indicadores que presentan mejoría con relación a los años anteriores desde el 2007 (año de implementación del plan nacional de salud pública) o aquellos alcanzaron la meta según el plan de salud territorial y metas de de SSDH son:

- Salud Infantil: cobertura de 98% en esquema de inmunización contra sarampión - rubeola en niños y niñas de 1 a 8 años, y un 95% con esquema completo en menores de 5 años, de acuerdo a los monitoreos de cobertura realizados por la SSDH en los meses de noviembre y diciembre de 2010.
- Salud Sexual y Reproductiva: cobertura de control prenatal de 93,3% es buena si se tiene en cuenta la cantidad de población rural dispersa y el porcentaje de población indígena (16%); cero casos de VIH – SIDA; incremento de la planificación familiar en adolescentes (45%); porcentaje de malignidad en citologías de 1,47% inferior al departamental (4%).
- Salud Oral: índice COP (0,125) muy inferior a la meta 2.2 PNSP.
- Las enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidades: prevalencia de actividad física en adolescentes 33%; cero casos de enfermedad renal crónica.
- Nutrición: disminución de desnutrición global y aguda en menores de 5 años. 4% de gestantes con bajo peso según índice de masa corporal. No hubo muertes por desnutrición.

Los indicadores que presentan desmejora con relación a los años anteriores desde el 2007 (año de implementación del plan nacional de salud pública) o aquellos no alcanzan la meta según el plan de salud territorial y metas de la SSDH son:

- Salud Infantil: mortalidad infantil (tasa 18,2 x 1000 NV); coberturas en vacunación (promedio total 91%); morbilidad por EDA 10,6% e IRA 35,6% en menores de 5 años.
- Salud Sexual y Reproductiva: aumento en tasa general de fecundidad; embarazo adolescente 42%; parto institucional: 77%; Cobertura en planificación

familiar: 86%; planificación familiar en adolescentes: 45%; cobertura en toma de citologías: 45%.

- Zoonosis y enfermedades transmisibles: Se presentó un caso de TB pulmonar por recaída, actualmente recuperado (baciloscopia negativa). Incremento de dengue y dengue grave en el primer semestre (tasa de 10,2 x 1000 hab.)
- Nutrición: Desnutrición Crónica en menores de 5 años: (18%).

10. RECOMENDACIONES

Es importante la consideración de este PAMEC en la consolidación de políticas futuras, lineamientos y planificación general, que den orientación para contrarrestar los problemas que afectan la salud y calidad de vida de los pobladores del municipio.

Las prioridades en salud que se evidencian en el análisis, deben tener una atención de mayor escala por parte de las autoridades municipales y departamentales, ya que es una constante descuidar la inversión social, esperar la atención de eventos que en muchos casos son evitables a través de la promoción y prevención.

El presente documento (PAMEC) es un instrumento aplicativo que permitirá desarrollar factores de planeación estratégica, por ello no debe pasar desapercibido en el momento de realizar una investigación o trabajo en la materia referente a Mejoramiento de la Calidad y Sus Procesos.

BIBLIOGRAFIA

ALCALDÍA DE IQUIRA. Informe Secretaria de Planeación Municipal.. 2010.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. 2006 Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 1043 de 2006 la cual establece el Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, PAMEC. Boletín Semana Epidemiológica 51. Secretaría de Salud Departamental del Huila. 2010.

Ibid.,p.

Ibid., p.

Ibid., p.

Ibid., p.

DANE. ESTUDIOS POSTCENSALES NO. 7 ISBN 978-958-624-078-9 BOGOTÁ - COLOMBIA – 2009.

_____.Secretaría de Salud Departamental del Huila. 2010. Informe de Estadísticas Vitales

MUNICIPIO DE IQUIRA. Diagnóstico de salud. MUNICIPIO DE IQUIRA. Dirección Local de Salud. Municipio de Iquira. 2011

MATRIZ DE PRIORIZACIÓN PARA PROBLEMAS EN SALUD PÚBLICA. Método “Combinados”. Instructivo. 2009

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 2009. Metodología Estandarizada para el Análisis de Situación de Salud.

PLAN LOCAL DE EMERGENCIAS Y CATÁSTROFES. CLOPAD. Iquira. 2007

PLAN DE SALUD TERRITORIAL 2008 – 2011. Municipio de Iquira.

PROYECCIONES NACIONALES Y DEPARTAMENTALES DE LA POBLACIÓN
2005 – 2020.

SANABRIA, María Belén. Guía Metodológica para el Análisis de Situación de
Salud. Ministerio de Protección Social. República de Colombia. 2010

ANEXOS

Anexo A. Matriz de priorización en salud pública

INSTRUCTIVO

El presente instrumento pretende facilitar la priorización de problemas DE SALUD PÚBLICA con un enfoque epidemiológico. Priorizar es ordenar de acuerdo con el grado de importancia que confiere el analista. Existen múltiples técnicas y modelos de priorización, alguna de ellas apoyadas en valoraciones cuantitativas, otras en juicios cualitativos. En contra de lo que algunos creen, la priorización no es un proceso frío de medición sino un proceso ético y político de contrastación de valores e intereses alrededor de los hechos. En todos los casos, aun cuando las mediciones son numéricas y aparentemente objetivas, la priorización refleja los intereses y experiencias subjetivas de los analistas frente a las observaciones cualitativas o cuantitativas del fenómeno.

1. PROBLEMAS IDENTIFICADOS. Después de revisar la información disponible y pertinente, haz un listado de las situaciones consideradas problema para la organización. Los problemas se definen en términos operativos, como situaciones desfavorables que ameritan transformación. Procura ser exhaustivo en tu relación.

2. VALORACION DE LA GRAVEDAD. Valora la gravedad de cada uno de los problemas con base en la siguiente escala cualitativa:

- 1 punto Genera consecuencias consideradas por el analista como leves. (Incapacidad física, mental o social menor de 7 días. No produce discapacidad permanente ni muerte)
- 2 puntos: Genera consecuencias moderadas (Incapacidad de 7 a 90 días. No produce discapacidad ni muerte)
- 3 puntos: Genera daños importantes. (Incapacidad mayor de 90 días o discapacidad moderada)
- 4 puntos: Genera daños muy importantes (discapacidad severa o muerte)

3. VALORACION DE LA FRECUENCIA. Valore cada uno de los problemas con base en la siguiente escala cualitativa:

- 1 punto La situación analizada es muy rara en el grupo. Afecta menos del 1% de la población
- 2 puntos: La situación analizada es poco frecuente en el grupo. Afecta entre el 1 y el 5%
- 3 puntos: La situación analizada es frecuente en el grupo. Afecta entre el 6 y el 10%
- 4 puntos: La situación analizada es muy frecuente en el grupo. Afecta más del 10%

4. VALORACION DE LA TENDENCIA. Valore cada uno de los problemas con base en la siguiente escala cualitativa:

- 1 punto El problema tiende a disminuir. Es cada vez más raro
- 2 puntos: El problema ha sido estable en los últimos años
- 3 puntos: El problema muestra tendencia al aumento progresivo
- 4 puntos: El problema muestra un crecimiento marcado e inusitado

5. VALORACION SOCIAL. Valore cada uno de los problemas con base en la siguiente escala cualitativa:

- 1 punto Los actores involucrados no muestran interés en el problema ni en su solución

- 2 puntos: Los actores muestran poco interés en el problema pues tienen otras prioridades
- 3 puntos: Los actores suelen incluir este problema entre sus principales intereses
- 4 puntos: Los actores se muestran especialmente interesados en el problema y en la solución

6. VALORACION DE LA VULNERABILIDAD DEL PROBLEMA. Valore la vulnerabilidad de cada uno de los problemas con base en la siguiente escala cualitativa:

- 0 puntos: Problema invulnerable a medidas de la agencia. No hay nada o muy poco que hacer
- 2 puntos: El problema responde parcialmente a medidas de la agencia
- 4 puntos: El problema responde bien a medidas de la agencia

7. PUNTAJE TOTAL DE PRIORIDAD. Multiplica entre sí los diferentes puntajes. Ordena los problemas de acuerdo con su puntaje total. Evalúa la calidad de tu análisis en función de la confiabilidad de la información y de los juicios realizados.

Anexo B. Matriz de priorización de problemas de salud pública.

INSTRUMENTO

No.	PROBLEMA A VALORAR	CRITERIO DE VALORACION					PUNTAJE TOTAL
		Gravedad	Frecuencia	Tendencia	Valoración social	<i>Vulnerabilid</i>	
1	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	3	2	3	2	2	12
2	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	1	3	2	1	2	9
3	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	1	2	2	1	0	6
4	PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA	2	2	1	3	2	10
5	CARIES DE LA DENTINA	2	2	2	1	2	9
6	DOLOR, NO ESPECIFICADO	1	2	3	1	0	7
7	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	2	2	1	2	2	9
8	GASTRITIS, NO ESPECIFICADA	2	1	1	1	0	5
9	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	2	1	1	2	2	8
10	GINGIVITIS AGUDA	1	1	3	1	0	6

MORBILIDAD CONSULTA EXTERNA

Anexo C. Matriz de priorización de problemas de salud pública.

INSTRUMENTO

No.	PROBLEMA A VALORAR	CRITERIO DE VALORACION					PUNTAJE TOTAL
		Gravedad	Frecuencia	Tendencia	Valoración social	<i>Vulnerabilid</i>	
1	FIEBRE DEL DENGUE [DENGUE CLASICO]	2	2	4	3	4	15
2	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	2	2	2	2	2	10
3	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	1	2	3	2	0	8
4	FIEBRE CON ESCALOFRIO	1	1	3	2	0	7
5	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	2	1	1	1	0	5
6	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR	1	1	3	1	0	6
7	ASMA, NO ESPECIFICADA	2	1	3	1	0	7
8	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	2	1	3	2	2	10
9	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	1	1	1	1	0	4
10	ASMA PREDOMINANTEMENTE ALERGICA	1	1	2	1	0	5

MORBILIDAD URGENCIAS

Anexo D. Matriz de priorización de problemas de salud pública.

INSTRUMENTO

No.	PROBLEMA A VALORAR	CRITERIO DE VALORACION					PUNTAJE TOTAL
		Gravedad	Frecuencia	Tendencia	Valoración social	<i>Vulnerabilid</i>	
1	DENGUE	2	2	4	3	4	15
2	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	3	2	3	2	2	12
3	DENGUE GRAVE	4	1	3	3	4	15
4	EXPOSICIÓN RÁBICA	2	1	1	1	2	7
5	INTENTO DE SUICIDIO	4	1	2	2	2	11
6	MALNUTRICIÓN	3	2	2	2	2	11
7	INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS	2	1	3	1	2	9
8	VIOLENCIA CONYUGAL	1	1	1	1	0	4
9	MORTALIDAD INFANTIL	4	2	4	4	4	18
10	VARICELA INDIVIDUAL	2	1	1	1	2	7

MORBILIDAD SIVIGILA – COMUNIDAD

Anexo E. Instrumento de autoevaluación y verificación del PAMEC.

Este instrumento tiene lugar en el marco del proceso de asesoría a las entidades de salud con respecto a los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Este instrumento permitirá el grado de desarrollo del PAMEC en la IPS.

Para efectos del diligenciamiento del instrumento, el valor que corresponda según la opción que mejor represente la realidad de la entidad, y de acuerdo con la siguiente escala de valoración:

NC Cero (0) Puntos. No existe ningún desarrollo con respecto al criterio evaluado.

P Uno (1) a Dos (2) Puntos, así:

1. Existen intentos de cumplimiento del criterio pero son muy incipientes.
2. Hay un grado de cumplimiento avanzado pero no es total.

C Tres (3) Puntos. El proceso, criterio o componente esta totalmente cumplido.

Al concluir la auto evaluación o la verificación se suman los puntos obtenidos, se multiplican por cien ¿100? Y el valor obtenido se divide por sesenta ¿60?. El resultado obtenido se expresara en porcentaje e indica el grado de desarrollo del PAMEC en la entidad analizada.

Cuando el valor obtenido sea inferior al 70 por ciento, la entidad debe emprender acciones tendientes a fortalecer el PAMEC.

Niveles entre el 71 por ciento y el 95 por ciento indican un desarrollo avanzado que todavía es susceptible de fortalecer.

Cuando el valor obtenido es superior al 95 por ciento, la entidad cuenta con un PAMEC totalmente desarrollado e implantado.

ENCUESTA EVALUACION DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE SALUD

Fecha: D ---- M ----- A -----

TIPO DE REGIMEN: CONTRIBUTIVO ----- SUSIDIADO ----- VINCULADO -----

OCUPACIÓN DEL USUARIO: _____

SERVICIO SOLICITADO: Medicina --- Odontología ---- Urgencias ___ Hospitalización ___ Laboratorio Clínico ___

P y P ---- Otro -----

IPS

¿Cuál es el grado de satisfacción frente a los aspectos relacionados a continuación?

	Satisfecho 	Insatisfecho 
1. Las instalaciones, materiales y equipos del servicio utilizado		
2. Información recibida de los servicios que presta la IPS		
3. Información recibida relacionada con los documentos requeridos para la atención		
4. Información suministrada por parte del profesional tratante acerca de su enfermedad y Plan de Tratamiento		
5. Tiempo transcurrido entre la solicitud de la cita y la asignación de esta		
6. Tiempo de espera entre la hora de asignación de la cita y la hora de atención por el profesional		
7. Atención recibida del personal que lo/la atendió		
8. Conocimiento de sus deberes y Derechos		
9. Calidad y oportunidad de la respuesta a solicitud/reclamo		
10. Proceso de Asignación de citas		

EVALUACION DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION

11. ¿Le han cobrado por los servicios de P y P? si ---- no -----

12. ¿en la IPS le han informado sobre las actividades de P y P?
si ---- no -----

13. indique con una x a través de que medio:

- a. Visitas domiciliarias.
- b. Videos o material educativo.
- c. Talleres o charlas.
- d. Otro ----- ¿Cuál? _____

14. que servicios de P y P ha utilizado:

indique con una x

toma de citología _____

Vacunación _____

control joven _____

control del adulto _____

salud oral _____

planificación _____

control prenatal _____

otro _____ ¿Cuál? _____

Sugerencias y recomendaciones:

EPS

¿Cuál es el grado de satisfacción frente a los aspectos relacionados a continuación?

	Satisfecho 	Insatisfecho 
11. Las instalaciones, materiales y equipos del servicio utilizado.		
12. La Atención brindada por el Funcionario		
13. El Horario de Atención		
14. La información recibida en derechos y deberes		
15. La Información recibida en los servicios de promoción y prevención		
16. La información recibida sobre la red de prestadores		

	Menor a 1 semana	Entre 1 y 2 semanas	Mas de dos semanas
El tiempo transcurrido para la autorización de procedimientos y/o consulta especializada fue			
El tiempo transcurrido entre la solicitud de cita especializada y la asignación fue			

Este proceso tuvo alguna dificultad si ____ no ____ especifique _____

Anexo F. Formato de reclamo

FORMULACIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS – APRECIACIONES O SUGERENCIAS,

Fecha Queja:	
Nombre del afectado:	
Doc. Identidad	
Quien formula la queja o sugerencia	
Tipo Queja:	
Institución donde se presento el suceso:	
Inst. donde se presento la queja	
Tipo de seguridad social:	
ARS- EPS:	
Descripción o motivo de la queja:	

TRAMITES REALIZADOS

Fecha	Dependencia	Oficio No.	Observaciones
Firma del afectado o quien da la sugerencia		Firma de quien recepciona la queja o sugerencia	

Anexo G. Carta modelo de respuesta al usuario.

CARTA MODELO DE RESPUESTA AL USUARIO

Natága (Huila), Fecha

Señor(a):
(NOMBRE DEL USUARIO)
Dirección
Ciudad

Estimado(a) Señor(a)

En atención a su (reclamo, sugerencia), recibido(a) el día _____ nos permitimos informarle que... (Se informa el trámite realizado y en caso de reclamo o sugerencia la solución otorgada). En caso de felicitación la importancia del comentario para trabajar con mayor compromiso en la satisfacción del usuario.

Le agradecemos sinceramente sus apreciaciones porque con ellas nos brinda una valiosa oportunidad de mejorar nuestros los servicios, y esperamos seguir contando con sus opiniones en el futuro.

Reciba un cordial saludo.

NOMBRE DE QUIEN GESTIONA
CARGO

Anexo H. Instrumento de autoevaluación.

DIRECCION LOCAL DE SALUD	INSTRUMENTO DE AUTOEVALUACIÓN Y VERIFICACIÓN DEL PAMEC			
CRITERIOS DE EVALUACIÓN	NC	P	C	
1. La IPS Cuenta con un PAMEC debidamente documentado				
1.1	Para el diseño y documentación del PAMEC la entidad tuvo en cuenta el énfasis y los procesos prioritarios considerados en el Decreto 1011/2006, según el tipo de institución.			
1.2	Los procesos prioritarios que hacen parte del PAMEC han sido estandarizados de manera que se disminuyan la variabilidad y las posibilidades de error.			
1.3	El PAMEC contempla la utilización de indicadores y metas que permitan establecer niveles de calidad deseada para cada uno de los procesos prioritarios.			
1.4	El PAMEC contempla la utilización de instrumentos de medición y evaluación relacionados con los indicadores y metas previamente establecidos.			
1.5	El PAMEC incluye acciones de autocontrol y auditoria interna sobre los procesos definidos como prioritarios.			
1.6	El PAMEC está debidamente documentado y ha sido adoptado oficialmente como parte del soporte documental de calidad de la organización.			
1.7	La IPS ha designado una persona, grupo o dependencia responsable de la implementación y seguimiento del PAMEC.			
2. El PAMEC ha sido implantado en la IPS.				
2.1	La IPS ha realizado actividades de divulgación para dar a conocer el PAMEC			
2.2	El PAMEC es completamente conocido en todas las áreas pertinentes.			

2.3	La IPS promueve y estimula la realización de actividades de autocontrol por parte de las personas que intervienen en los procesos prioritarios.			
2.4	Los procesos prioritarios se sujetan a lo establecido en los correspondientes estándares de procedimiento.			
CRITERIOS DE EVALUACIÓN		NC	P	C
3. La Organización lleva a cabo los Procesos de Evaluación y Medición Previstos en el PAMEC				
3.1	El PAMEC se aplica regularmente en todas las áreas como parte de las tareas habituales de la organización.			
3.2	La IPS utiliza los instrumentos de medición relacionados con los indicadores y estándares establecidos en el PAMEC.			
3.3	Las mediciones se llevan a cabo con la periodicidad establecida en la documentación.			
3.4	Las actividades de autocontrol se documentan de acuerdo con los lineamientos impartidos por la organización.			
3.5	La IPS realiza las acciones de auditoria interna de conformidad con lo previsto en el PAMEC.			
4. La IPS Ajusta y Mejora sus Procesos Prioritarios con base en los resultados de las mediciones realizadas en el PAMEC.				
4.1	La IPS cuenta con evidencia documental que permite demostrar que la información obtenida se utiliza para el mejoramiento de los procesos.			
4.2	La IPS actualiza sus metas para promover el mejoramiento continuo de la calidad.			
4.3	La IPS mejora sus instrumentos de medición con base en el aprendizaje derivado de su aplicación.			
4.4	La IPS cuenta con mecanismos para controlar la aplicación del PAMEC y para evaluar sus resultados.			