



Plan de Salud Distrital 2013 - 2015

Ahora Si Cartagena Saludable

Martha Rodríguez Otálora. Directora DADIS

Heyliana Guzmán. Subdirectora

Kelly Hodeg Durango. Jefe Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo

Katya Mendoza Sáleme. Director Operativo de Salud Pública

María Paulina Osorio. Directora Operativa de Vigilancia y Control

Abraham Curi. Director Operativo de Prestación de Servicios

Teresita Perezbardi. Directora Administrativa y Financiera

Edna Romero. Jefe Oficina de Participación y Atención al Usuario

Álvaro Cruz. Director Centro Regulador de Urgencias y Emergencias

Cesar Malambo Tous. Profesional Universitario

Cartagena de Indias DT y C
2013

Tabla de contenido

| | |
|---|-----------|
| PRESENTACIÓN | 3 |
| CAPÍTULO 1. GENERALIDADES | 4 |
| MARCO CONCEPTUAL Y JURÍDICO | 4 |
| PROPÓSITO, ENFOQUES Y PRINCIPIOS | 4 |
| LÍNEAS DE POLÍTICA | 4 |
| PRIORIDADES Y METAS NACIONALES DE SALUD | 5 |
| CAPÍTULO 2. DIAGNÓSTICO | 7 |
| ASPECTOS GENERALES | 7 |
| GEOGRAFÍA | 7 |
| CLIMA | 7 |
| HIDROGRAFÍA | 7 |
| ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS | 8 |
| EDUCACIÓN | 8 |
| EMPLEO Y SALARIO | 8 |
| ASPECTOS DEMOGRÁFICOS | 9 |
| ASEGURAMIENTO | 13 |
| INDICADORES DEL ESTADO DE SALUD | 16 |
| MORTALIDAD | 16 |
| MORTALIDAD MATERNA | 16 |
| MORTALIDAD POR CÁNCER DE CUELLO UTERINO | 17 |
| MORTALIDAD INFANTIL | 17 |
| MORTALIDAD PERINATAL | 17 |
| MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS | 18 |
| MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS POR CAUSA DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA) | 18 |
| MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS POR CAUSA DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA) | 19 |
| MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN | 19 |
| MUERTES POR SUICIDIO | 20 |
| MORBILIDAD GENERAL | 20 |
| COBERTURAS DE VACUNACIÓN | 21 |
| VIH-SIDA | 22 |
| RABIA | 25 |
| PROMOCIÓN SOCIAL | 25 |
| CAPACIDAD INSTALADA DE LA RED PÚBLICA | 26 |
| CAPACIDAD INSTALADA DE LA RED PRIVADA | 28 |
| CAMAS HOSPITALARIAS | 31 |
| EMERGENCIAS Y DESASTRES | 34 |
| SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA | 36 |
| SITUACIÓN FINANCIERA DEL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD | 41 |
| CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN | 51 |
| CAPÍTULO 4. DEFINICIÓN DE LA PLATAFORMA ESTRATÉGICA | 54 |
| VISIÓN | 54 |
| MISIÓN | 54 |
| LÍNEAS DE POLÍTICA | 54 |
| EJES PROGRAMÁTICOS | 55 |
| EJE PROGRAMÁTICO 1. ASEGURAMIENTO EN SALUD | 56 |
| EJE PROGRAMÁTICO 2. PRESTACIÓN Y DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD | 57 |
| EJE PROGRAMÁTICO 3. SALUD PÚBLICA | 59 |
| EJE PROGRAMÁTICO 4. PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE RIESGOS PROFESIONALES | 69 |
| EJE PROGRAMÁTICO 5. PROMOCIÓN SOCIAL | 69 |
| EJE PROGRAMÁTICO 6. EMERGENCIAS Y DESASTRES | 70 |
| EJE PROGRAMÁTICO 7. FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL | 71 |
| CAPÍTULO 5. PLAN PLURIANUAL DE INVERSIONES | 73 |



PRESENTACIÓN

El Plan de Salud Territorial, "Ahora Si Cartagena Saludable", se desarrolla en el marco del Objetivo Estratégico de "Inclusión Social" con su Estrategia Salud plasmada en el Plan de Desarrollo Distrital Ahora Si Cartagena 2013-2015.

La política de salud, no debe estar enfocada solamente a la ejecución de programas, sino de modelos de desarrollo. Lo que se plantea en el presente plan es la implementación del modelo de atención primaria en salud, que parte de la declaración de Alma Ata, en 1978 que la concibe como:

- La asistencia sanitaria esencial
- Basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptados.
- Aceptado universalmente, accesible a todos los individuos y a todas las familias de la comunidad.
- Con plena participación comunitaria.
- A un costo que la comunidad y el país puedan asumir a todos los niveles de su desarrollo dentro de un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.
- Que convoca la solidaridad de los que más recursos tienen hacia los menos favorecidos

Si bien la ley 100 de 1993 estableció un Sistema de Seguridad Social en Salud que se basa en brindar cobertura, no desarrolló un modelo de atención específico. En la ley 1122 de 2007 se adopta para toda Colombia el modelo de atención primaria en salud, pero este concepto se desarrolla plenamente en la ley 1438 de 2011.

Retomando experiencias exitosas de otras ciudades de Colombia y otros países del mundo, se considera que el establecimiento de acciones de salud, deben estar enmarcadas en este modelo, el cual será implementado mediante la construcción de redes integradas de prestación de servicios de salud y soportado por un moderno sistema de información que permita la integración de la atención y la detección temprana del riesgo y la aplicación oportuna de las medidas encaminadas a evitar la morbilidad y la mortalidad.



CAPÍTULO 1. GENERALIDADES

MARCO CONCEPTUAL Y JURÍDICO

El Plan de Salud Territorial es equivalente al plan sectorial de salud del Distrito, por tanto, es parte integral de la dimensión social del plan de desarrollo territorial y se rige, en lo pertinente, en materia de principios, procedimientos y mecanismos de elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control por la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo –Ley 152 de 1994. Así mismo, se rige especialmente por lo establecido en las Leyes 715 de 2001, 1122 y 1151 de 2007, 1438 de 2011, el Decreto 3039 de 2007, la resolución 425 de 2008 y las demás normas reglamentarias.

La Alcaldía Distrital, a través del Departamento Administrativo Distrital de Salud DADIS, operativizará Objetivo Estratégico de “Inclusión Social” con su Estrategia Salud, adoptando, adaptando e implementando, políticas de obligatorio cumplimiento, Internacionales y Nacionales, acorde con las metas de desarrollo de los objetivos del milenio y las metas establecidas en el Plan Nacional de Salud Pública (PNSP).

La Administración Distrital formulará y aprobará el Plan de Salud Territorial con el fin de acoger las políticas, prioridades, objetivos, metas y estrategias del Plan Nacional de Salud Pública, el cual comprende acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y las acciones de promoción y prevención incluidas en el Plan Obligatorio de Salud, del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, dicho plan reemplazará el Plan de Atención Básica; y en el Sistema General de Riesgos Profesionales a cargo de sus administradoras, en coherencia con los perfiles de salud territorial y además, adoptar el sistema de evaluación por resultados.

Estas políticas buscan prolongar y mejorar la calidad de vida promoviendo condiciones y estilos de vida saludables, previniendo y superando los riesgos para la salud, y recuperando o minimizando el daño, entendiendo la salud como un derecho esencial individual, colectivo y comunitario logrado en función de las condiciones de bienestar y desarrollo, mediante acciones sectoriales e intersectoriales.

El Ministerio de Salud y Protección Social definió por medio de la Resolución 425 de 2008, la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, para facilitar la implementación del Plan Decenal de Salud Pública.

PROPÓSITO, ENFOQUES Y PRINCIPIOS

El Plan de Salud Territorial tiene como propósito fundamental el mejoramiento del estado de salud de la población del Distrito de Cartagena, para lograr en el mediano y largo plazo evitar la progresión y ocurrencia de desenlaces adversos de la enfermedad, enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica, como también disminuir las inequidades territoriales en salud.

El Plan de Salud Territorial se regirá por los enfoques y principios previstos en el Plan Nacional de Salud Pública.

LÍNEAS DE POLÍTICA

El Plan de Salud Territorial adoptará, adaptará e implementará las líneas de política de promoción de la salud y la calidad de vida, prevención de riesgos, recuperación y superación de los daños en la salud, vigilancia en salud y gestión del conocimiento y gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan, previstos en el Plan Nacional de Salud Pública.



PRIORIDADES Y METAS NACIONALES DE SALUD

El Plan de Salud Territorial se ha realizado de conformidad con las prioridades y metas en salud establecidas en el Plan de Nacional de Desarrollo y en el Plan Decenal de Salud Pública.

Es así como el Plan Nacional de Desarrollo, tiene como objetivos consolidar, en el marco del sistema de protección social, el aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en salud, como instrumento para mejorar el acceso y la calidad en la prestación de servicios y la protección al usuario como base de la prosperidad democrática. Para el efecto, se propone desarrollar estrategias que promuevan una vida saludable; que permitan brindar atención oportuna y de calidad a los usuarios; consolidar el aseguramiento, avanzar en la unificación de planes de beneficios y regular los servicios no cubiertos por el plan de beneficios, garantizando la sostenibilidad financiera y operativa de los regímenes contributivo y subsidiado.

Adicionalmente el Plan Nacional de Desarrollo plantea fortalecer institucionalmente el Sistema General de Seguridad Social en Salud en la vigilancia del riesgo a cargo del INS y el INVIMA, en la disponibilidad de información oportuna y confiable para la toma de decisiones, en la eficacia del sistema de inspección vigilancia y control y las entidades a cargo y en la rendición de cuentas como herramienta de control social.

El Plan Nacional, en su parte de Salud, recomienda considerar las diferencias regionales y los abordajes apropiados, a la vez que los enfoques diferenciales pertinentes para grupos de población que lo requieran, entre los cuales se encuentran la perspectiva de género; la población en condición de desplazamiento y discapacidad; la infancia, niñez y adolescencia.

Plantea los retos asociados al imperativo ético de garantizar el derecho a la salud a todos los ciudadanos, en igualdad de condiciones; y realizarlo a través de un sistema organizado, eficiente y sostenible.

A continuación se presentan los principales indicadores de salud del Plan Nacional de Desarrollo.

Tabla 1. principales indicadores de salud del Plan Nacional de Desarrollo.

| Indicador | Línea Base | Meta 2014 |
|--|---|-----------------|
| Tasa de Mortalidad infantil ajustada | 20,6 por mil nacidos vivos. Fuente: DANE 2008 | 17,15 ODM |
| Tasa de Mortalidad en la niñez ajustada | 24,89 por mil nacidos vivos. Fuente: DANE 2008 | 19,61 ODM |
| Razón de Mortalidad materna | 75,6 muertes por 100.000 NV. DANE 2007. | 48,8 ODM |
| Cobertura de vacunación en niños y niñas de 1 año | Triple Viral: 95,2% - 2009 DPT 92,2% 2009. Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI. MPS | 95,0% anual ODM |
| Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales | 83,6%. Fuente: DANE 2008 | 89% ODM |
| Porcentaje de atención institucional del parto | 98,1% Fuente: DANE 2008 | 98,1% |
| Porcentaje de atención institucional del parto por personal calificado | 98,1% Fuente: DANE 2008 | 98,1% |
| Porcentaje de niños con bajo peso al nacer | 8,5% Fuente: DANE 2008 | <10% |
| Tasa ajustada por edad de mortalidad asociada a cáncer de cuello uterino por 100.000 mujeres | 8,8 Fuente: Instituto Nacional de Cancerología con base DANE | 7.08 ODM |
| Prevalencia de VIH en población de 15 a 49 años de edad | 0,59%. 2009. Observatorio VIH MPS | <1% anual |
| Porcentaje transmisión materno - infantil del VIH | 2,9% Observatorio VIH. MPS Preliminar julio de 2008 | <2% ODM |
| Cobertura de tratamiento antirretroviral | 71%. Diciembre de 2009. Observatorio VIH. MPS | 88,5% ODM |
| Mortalidad por malaria | 53 casos Fuente: DANE 2008 | 46 casos ODM |
| Mortalidad por dengue | 74 casos Fuente: DANE 2008 | 57 casos ODM |
| Letalidad por dengue (número de muertes por casos graves) | 1,57. Fuente: MPS-DANE 2008 | <2% |

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
| Oportunidad en la detección de cáncer de Cuello Uterino (% de casos de cáncer de cuello uterino detectados in situ) | 58,3%. Fuente: Observatorio de calidad MPS 2009 | 0.8 |
| Prevalencia de Enfermedad Renal crónica estadio 5 | 45,1 por 100.000 habitantes. Cuenta Alto Costo, 2009 | Reducir 10% en el cuatrienio |
| Proporción de pacientes que se mantienen sin enfermedad renal o en estadio temprano (estadio 1 y 2) a pesar de tener enfermedades precursoras | 54%-2010 (Fuente: Cuenta de Alto Costo) | 0.85 |
| Porcentaje de captación en los servicios de salud de los pacientes existentes con HTA en la población BDUA | 38%-2010 (Fuente: Cuenta de Alto Costo) | 0.7 |
| Porcentaje de la población que percibe como bueno su estado de salud | 79%. ECV 2008 | 0.9 |
| Prevalencia de anemia en niños y niñas menores de 5 años y mujeres de 13 a 49 años en las áreas urbano y rural | 33%. 2005. ENSIN | Reducir a 20% |
| Duración de la lactancia materna exclusiva | 1,8 meses. 2010. ENSIN | Incrementar a 3,8 meses para 2015 |
| Porcentaje de niños menores de 5 años que presentan retraso en talla o desnutrición crónica | 13,2% ENSIN 2010 | 8% |
| Porcentaje de las personas que están por debajo del consumo de energía mínima alimentaria | 13% FAOESTAT | 7,8% |
| Cobertura de citología cervicouterina en mujeres de 25 a 69 años | 76% - ENDS 2005 | Sostener en al menos el 76% |
| Prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción entre la población adolescente (15 a 19 años) sexualmente activa | 55,5% Fuente: Profamilia Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005 | 63,6% ODM |
| Prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción en la población sexualmente activa | 68,2% Fuente: Profamilia Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005 | 74% ODM |
| Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que han sido madres o están en embarazo | 20,5% Fuente: Profamilia Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005 | <15% ODM |



CAPÍTULO 2. DIAGNÓSTICO

ASPECTOS GENERALES

Geografía

El Distrito Cultural y Turístico de Cartagena de Indias, funge como capital del Departamento de Bolívar desde su creación, es ante todo una ciudad histórica y turística, fundada en 1533 por Pedro de Heredia, alcanzando su independencia de la corona española el 11 de Noviembre de 1811, fecha que se celebra cada año dentro del marco de las fiestas tradicionales del 11 de noviembre y el Concurso Nacional de Belleza, lo cual mantiene un flujo turístico importante en la ciudad. Esto, sumado a su condición de ciudad costera con grandes atractivos naturales, la convierte en un destino turístico importante tanto nacional como internacional. Cartagena fue declarada Patrimonio Histórico y Cultural de la Humanidad por la UNESCO en el año 1985 y erigida como Distrito mediante el Acto Legislativo N° 1 de 1987. En el año 2004 se hizo su reglamentación mediante la Ley 278 del Congreso de la República.

Está localizada al norte de la República de Colombia, sobre el Mar Caribe, dentro de las coordenadas 10 Grados 25'30" de latitud norte y 75 Grados 33' 50" de longitud oeste, a una altitud de 5 metros sobre el nivel del mar. Es la capital del Departamento de Bolívar, se encuentra a una distancia aérea de 600 kilómetros y por carretera de 1.204 km de Bogotá, Capital de Colombia. Limita al Norte con el Mar Caribe, al Sur con el municipio de San Onofre, al Este con Santa Catalina, Santa Rosa, Turbaco y Turbana y al Oeste con el Mar Caribe.

Cartagena tiene una extensión de 609.1 km², de los cuales 551.1 km², que representan el 91.14% del territorio, corresponden al área urbana y los restantes 54 km², equivalentes al 8.86%, conforman el área rural e insular. Su población, estimada en 967.103 habitantes para el año 2012, se concentra en el área urbana donde reside aproximadamente el 95.5% (923.414 habitantes) y el 4.5% (43.689) restante vive en el área rural e insular.

Clima

Cartagena de Indias tiene un clima tropical cálido-húmedo influenciado por fenómenos climatológicos como los vientos Alisios entre diciembre y marzo, con períodos de lluvia y períodos secos. Las temperaturas medias varían entre 24°C y 32°C, suavizadas por los vientos marinos del noreste; la humedad relativa promedio es del orden del 76% y las lluvias están distribuidas durante el año en dos períodos, entre marzo y junio; y de agosto a noviembre, alternados con épocas secas como el denominado "Veranillo de San Juan". Las tierras están comprendidas en el piso térmico cálido.

Aunque el clima tiende a ser caluroso, generalmente todo el año, siempre es ventoso, de lo que resulta un clima soportable e incluso confortable. Los meses de noviembre a febrero son los más ventosos del año, resultado en un extra enfriamiento, a las temperaturas de esos meses del invierno boreal.

Cartagena de Indias, aunque es una ciudad caribeña marítima, muy raras veces es tocada por huracanes que si afectan a otras ciudades del Caribe como La Habana, Santo Domingo, Cancún, Kingston, San Juan. La razón de ello es que la ciudad se encuentra al sur de la ruta de los huracanes.

Hidrografía

El Distrito Turístico y Cultural de Cartagena de Indias es un ente territorial con diversidad geográfica extrema, la máxima extensión de su territorio se encuentra ubicado en la zona rural y de esta, un número muy representativo lo conforman, además de las zonas costeras, las islas e islotes que tiene su jurisdicción. Más allá del concepto de ciudad bahía, Cartagena es una gran llanura a nivel del mar, dominada por el Cerro de la Popa, bañada en toda su parte nororiental por el Mar Caribe, e



internamente circundada por numerosos cuerpos de agua, dentro del cual se destaca la Ciénaga de la Virgen, la cual recibe afluentes como son los de Arroyo Grande y Cucumán desde Turbaco, y otros cuerpos de agua como son las canalizaciones de diversos cursos de agua de la ciudad. Su ubicación y extensión han hecho pensar en la posibilidad de un sistema interno de transporte masivo basado en la conectividad de estos cuerpos de agua. El cerro de la Popa y la formación rocosa de Punta Canoa, son los accidentes geográficos más importantes.

ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS

Educación

De acuerdo con la información, manejada por la agencia nacional para la Superación de la Pobreza Extrema, la tasa de alfabetismo (mayores de 5 años) en Cartagena es de 91%. El acceso a la educación se evalúa a través de los indicadores tasa de cobertura bruta (108,88% en el 2012) que relaciona la totalidad de los alumnos matriculados en instituciones privadas y públicas de calendario A y B en los niveles de preescolar, primaria, secundaria y media, con la población total entre 5 y 16 años. La tasa de cobertura neta (93,95% en el 2012) relaciona la totalidad de alumnos entre 5 y 16 años matriculados en instituciones educativas públicas o privadas de calendario A o B, con respecto a la población total de Cartagena en el mismo grupo de edad.

Por nivel educativo, la mayor cobertura neta se presenta en primaria (107,88%), secundaria (97,90%) y preescolar (75,87%).

Empleo y salario

La Tasa de desempleo a Septiembre de 2012 fue de 9,7%, así, de cada 100 cartageneros, aproximadamente 10 están desempleados. La tasa de subempleo fue 36% y la tasa de informalidad del 60% lo que indica que de cada 10 empleos creados en la ciudad, 6 son informales, lo cual es también un reflejo de las características de la calidad de las ocupaciones de nuestra población. A Diciembre de 2007 Cartagena presentaba una tasa de desempleo del 13,6 por ciento.

Por rama de actividad económica, el empleo en la ciudad se genera principalmente en Comercio Restaurantes y Hoteles, en donde existen aproximadamente 116 mil personas ocupadas, representando el 30% del empleo total. Seguidamente, se ubica el empleo en Servicios Comunales, Sociales y personales con 91 mil ocupados, lo que representa el 23% del empleo total. Transporte, Almacenamiento y Comunicaciones, con 58 mil ocupados aporta el 15% del empleo, la Industria Manufacturera ocupa aproximadamente a 44 mil personas, representando el 11% del empleo en la ciudad, y las actividades de la Construcción aportan el 9% del empleo, con aproximadamente 37 mil.

Pobreza

La incidencia de la pobreza que se presenta se refiere al porcentaje de la población con ingresos inferiores al valor de una canasta de bienes, que ya no sólo incluye alimentos, sino también vivienda, vestuario, educación, esparcimiento, entre otros.

En el último decenio, la pobreza en Cartagena se ha mantenido en niveles relativamente altos, observándose un empeoramiento en la distribución del ingreso. Según el último informe de la evolución distrital de las Metas de Desarrollo del Milenio, la incidencia de la pobreza en Cartagena paso del 36% en 2009 (MESEP, 2009) al 34.2% (PNUP, 2012), y la pobreza extrema evolucionó en ese mismo periodo del 8.9% al 6.2%. No obstante esta ostensible mejoría en las líneas de pobreza e indigencia, el coeficiente de Gini que mide la desigualdad en los ingresos ha venido empeorando, situándose en 0.52 desde el año 2009.

Si bien la tasa de desempleo ha experimentado una notable caída y se ha registrado una reducción de la pobreza global en Cartagena, al analizar el indicador de pobreza

por ingresos se observa que la incidencia de pobreza en Cartagena, comparada con el promedio nacional, se encuentra en menores niveles. De las 13 áreas metropolitanas, solo está por debajo de ciudades como Montería y Pasto, y presenta niveles superiores a las demás ciudades. En lo que concierne a la pobreza extrema, hubo un retroceso importante entre el año 2011 y 2012, con el aumento de casi un punto porcentual. En términos absolutos, esto significa que más de 15 mil Cartageneros que entre 2008 y 2011 salieron de la pobreza extrema, volvieron a caer en ella. Al cierre de 2012, la cifra oficial total de pobres extremos fue de 55 mil personas.

El Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI en Cartagena presenta para la zona urbana un porcentaje del 25,45% (DANE), indicador que se encuentra por encima del total nacional (19,66%) para la misma zona, lo que permite evidenciar un retraso en la ciudad en este indicador social. Para la zona rural, el NBI en Cartagena está en 35,50%. Si se le compara con el total nacional (53.51%), se puede deducir que en este indicador la ciudad muestra una situación más favorable que el país.

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

El dinamismo de crecimiento poblacional, de acuerdo al Censo DANE 2005, muestra una tendencia decreciente con respecto a años anteriores. La población muestra una tendencia decreciente en su tasa de crecimiento poblacional reduciéndose en un promedio del 1.17% anual. Si hubieran seguido las tendencias proyectadas a partir del censo de 1993. Cartagena en el año 2012 habría alcanzado el número de 1.104.725 habitantes. En el CENSO 2005 se observa una disminución de la población esperada con un total de 892.545 habitantes para el año 2005 año con una proyección de 956.181 para el año 2011. La población ha continuado creciendo pero ha desacelerado su ritmo de crecimiento.

La natalidad, es una medida que refiere a la relación que existe entre el número de nacimientos ocurridos en un cierto período y la cantidad total de efectivos del mismo periodo, la tasa de natalidad (NV/Pob. Total)*1000 a Diciembre del 2011 en Cartagena se encuentra en el orden de 19,79 nacimientos por cada 1.000 habitantes¹. La tasa de natalidad (NV/Pob. Total)*1000, a Diciembre del 2012 en Cartagena se encuentra en el orden de 20,31 nacimientos por cada 1.000 habitantes.

Fecundidad. Si bien en Colombia la fecundidad ha venido decreciendo desde mediados de la década de los años sesenta, se encuentran aún hoy día grupos de población con fecundidad relativamente alta. La reducción de la fecundidad es importante, además, porque conlleva la reducción de la mortalidad infantil y materna. En Cartagena la tasa General de fecundidad (TGF) es de 83,68 nacimientos por mil mujeres en edad fértil

Distrito Turístico y Cultural de Cartagena de Indias Comportamiento Demográfico

| PERÍODO | TASAS DE REPRODUCCIÓN (POR MUJER) | | TASAS GLOBAL DE FECUNDIDAD | | EDAD MEDIA DE LA FECUNDIDAD (años) |
|-----------|-----------------------------------|------|----------------------------|---------------------------|------------------------------------|
| | Bruta | Neta | Global (Por mujer) | General (por mil mujeres) | |
| 1990-1995 | 1,82 | 1,72 | 3,72 | 126,7 | 26,41 |
| 1995-2000 | 1,65 | 1,57 | 3,39 | 112 | 26,58 |

Fuente: DANE

Tabla 2. Población comparativa con otras zonas de Colombia. Distrito Turístico y Cultural de Cartagena De Indias. 2009– 2012.

¹ Fuente: DADIS

| ENTE TERRITORIAL | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|------------------|---------|---------|---------|---------|
| Cartagena | 933.541 | 944.481 | 955.709 | 967.103 |



| | | | | |
|---------|------------|------------|------------|------------|
| Bolívar | 1.958.431 | 1.980.012 | 2.002.531 | 2.025.573 |
| Región | 9.613.191 | 9.747.931 | 9.884.995 | 10.023.072 |
| País | 44.978.832 | 45.509.584 | 46.044.601 | 46.581.823 |

Fuente CENSO DANE 2005

La pirámide poblacional del Distrito de Cartagena está cambiando su forma hacia la pirámide de base estrecha característica de la transición demográfica. Por debajo de los 29 años de edad se muestra una tendencia al cese del ensanchamiento y ya en los grupos de menores de 10 años de edad se aprecia el estrechamiento antes mencionado, lo cual es consistente con las cifras del censo DANE (Gráfico No. 1). Igualmente, comienza a hacerse evidente el incremento en la población mayor de 60 años de edad que ya es mucho más representativa que hace unos años.

Observando la distribución poblacional de Cartagena por grupo de edad y sexo, se encuentra que el 48,24% es de sexo masculino y el 51,76% de sexo femenino, distribuidos por grupos de edades, según se observa en la tabla 3.

Los menores de 5 años representan el 8,73% (84.440) de la población, lo cual representa una importante franja de la población y el 53,37% (516.158) se ubica entre los 15 y los 49 años de edad, lo que evidencia una población mayoritariamente joven de predominio femenino en la edad económicamente más productiva y con mayor fertilidad, lo cual permite prever un crecimiento exponencial en los próximos años de mantenerse las condiciones socioculturales actuales.

Como se observa en la tabla poblacional Cartagena tiene una población mayoritariamente joven, el 68,247% es menor de 35 años, de esta el 27,16% está entre cero y los 14 años. Si le sumamos la población adolescente hasta los 19 años, este porcentaje sube al 36,49%. La información en análisis permite establecer que el 80,54% de la población de Cartagena es menor de 50 años. De igual forma se observa que menos del 10% de la población Cartagenera es mayor de 60

Gráfico 1. Pirámide poblacional. Cartagena de Indias. 2012

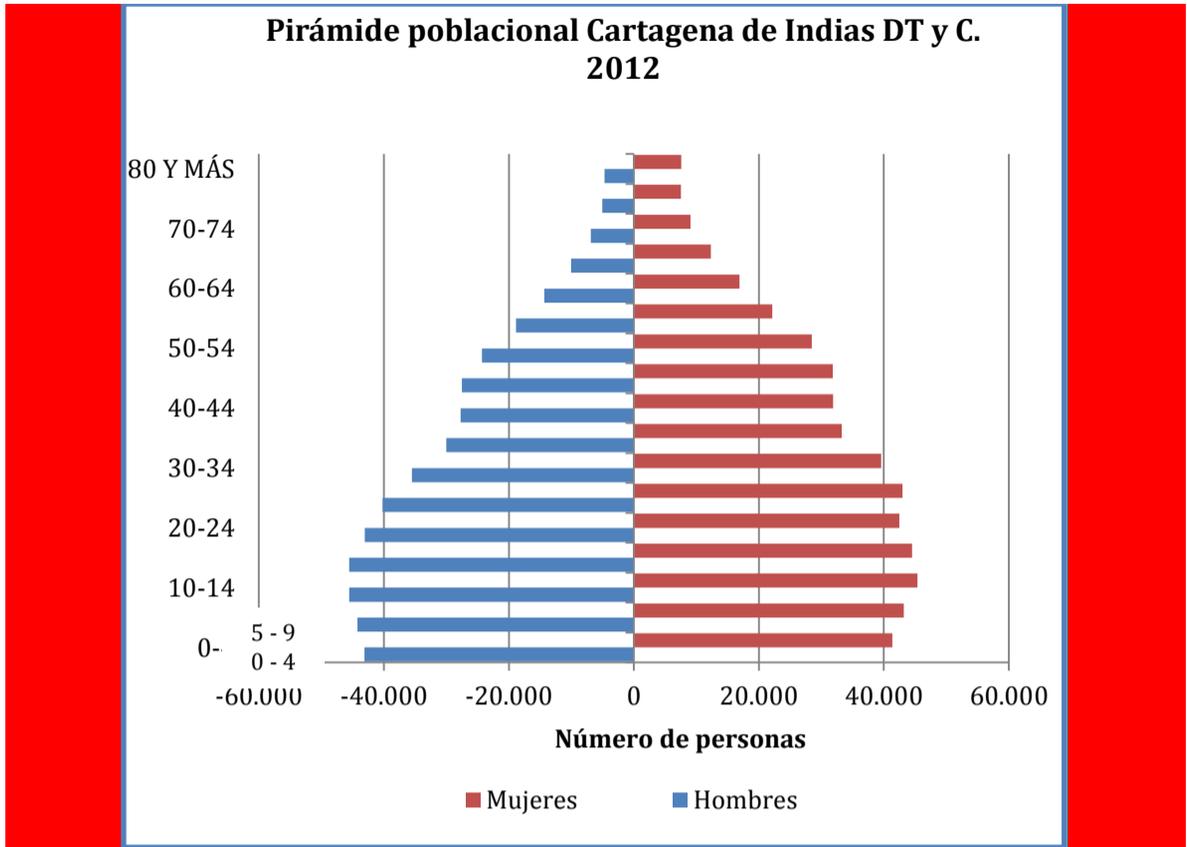


Grafico 1. Pirámide poblacional, Cartagena 2012. Proyecciones poblacionales DANE-Censo 2005.

Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo. DADIS

Tabla 3. Distribución Poblacional Según Sexo y Edad. Distrito Turístico y Cultural de Cartagena de Indias. Año 2012.

| GRUPOS DE EDADES | HOMBRES | MUJERES | TOTAL | % |
|------------------|---------|---------|--------|-------|
| 0 A 4 | 43.092 | 41.348 | 84.440 | 8,73% |
| 5 A 9 | 44.213 | 43.187 | 87.400 | 9,04% |
| 10 A 14 | 45.566 | 45.379 | 90.945 | 9,40% |
| 15 A 19 | 45.554 | 44.546 | 90.100 | 9,32% |
| 20-24 | 43.053 | 42.476 | 85.529 | 8,84% |
| 25-29 | 40.177 | 42.979 | 83.156 | 8,60% |
| 30-34 | 35.509 | 39.604 | 75.113 | 7,77% |
| 35-39 | 29.999 | 33.257 | 63.256 | 6,54% |
| 40-44 | 27.734 | 31.875 | 59.609 | 6,16% |
| 45-49 | 27.531 | 31.864 | 59.395 | 6,14% |
| 50-54 | 24.287 | 28.472 | 52.759 | 5,46% |

| | | | | |
|--------------|----------------|----------------|----------------|-------------|
| 55-59 | 18.867 | 22.139 | 41.006 | 4,24% |
| 60-64 | 14.326 | 16.931 | 31.257 | 3,23% |
| 65-69 | 10.028 | 12.349 | 22.377 | 2,31% |
| 70-74 | 6.876 | 9.054 | 15.930 | 1,65% |
| 75-79 | 5.047 | 7.513 | 12.560 | 1,30% |
| 80 Y MÁS | 4.670 | 7.601 | 12.271 | 1,27% |
| TOTAL | 466.529 | 500.574 | 967.103 | 100% |

Fuente: Oficina de Planeación DADIS y proyecciones DANE

Tabla 4. Distribución de la Población por Localidades. Distrito Turístico y Cultural de Cartagena de Indias. 2012.

| LOCALIDAD | TOTAL | % |
|--------------------------|---------|------|
| Histórica y Caribe Norte | 378.424 | 39 |
| Virgen y Turística | 287.049 | 30 |
| Industrial de la Bahía | 301.630 | 31 |
| Total | 967.103 | 100% |

Fuente: Oficina de Planeación y desarrollo DADIS

De acuerdo con la división político administrativa del Distrito, el 39% de la población se encuentra distribuida mayoritariamente en la Localidad Histórica y del Caribe Norte, no obstante podría decirse que la distribución poblacional es bastante uniforme entre las diferentes localidades

GRAFICO 2. Distribución Porcentual de la Población por Localidades. Distrito Turístico y Cultural de Cartagena de Indias. 2011.

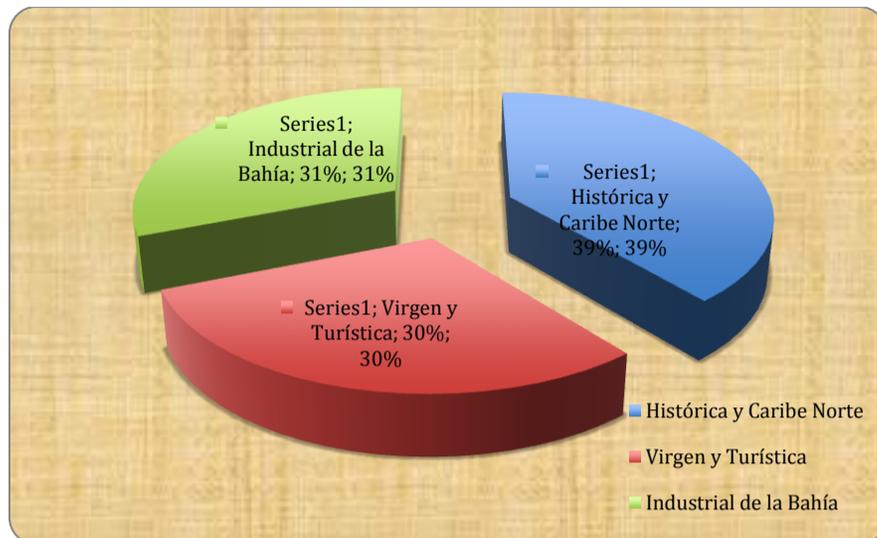


Tabla 5. Comparativo de Población por Niveles de SISBEN. Distrito Turístico y Cultural de Cartagena. Años 2.008 – 2.011

| NIVEL SISBEN | 2008 | 2009 | 2010 | 2.011 |
|----------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---|
| | Número de Personas Sisbenizadas | Número de Personas Sisbenizadas | Número de Personas Sisbenizadas | Número Personas Sisbenizadas Metodología III (Niveles para Salud) |
| 1 | 542.280 | 583.880 | 593.820 | 337.156 |
| 2 | 231.113 | 232.226 | 231.255 | 70.529 |
| 3 | 27.479 | 26.701 | 25.984 | 0 |
| 4 | 128 | 133 | 140 | 0 |
| 5 | 26 | 28 | 8 | 0 |
| Otros | | | | 164.949 |
| Subtotal | 801.026 | 842.968 | 851.207 | 572.631 |
| No Sisbenizados | 122.193 | 90.978 | 93.682 | 383.550 |
| Total Población DANE | 923.219 | 933.946 | 944.889 | 956.181 |

Fuente: DADIS - Dirección Operativa de Aseguramiento

Uno de los graves problemas sociales de la ciudad de Cartagena es la pobreza, esto quedó debidamente establecido en los resultados de los estudios técnicos de la estratificación socioeconómica y del Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN), cuyos datos son semejantes y coherentes (tabla 5).

A nivel del SISBEN, según los puntos de corte para acceder a beneficios de salud, cerca de un 43% de la población de Cartagena se encuentra en los niveles uno y dos. Estos datos son concordantes con la información establecida por el DANE para establecer NBI.

ASEGURAMIENTO

La función de las Empresas Promotoras de Servicios de Salud Subsidiadas (EPS-S) es asegurar el riesgo en salud de la población sin capacidad de pago identificada dentro

de los niveles 1 y 2 del SISBEN y poblaciones especiales vulnerables como habitantes de calle, víctimas del conflicto armado y otros. Son responsables de la afiliación y prestación del Plan obligatorio de salud del Régimen Subsidiado y sirven de intermediarias entre el Estado y las instituciones prestadoras de servicios de salud, a través de la afiliación de las personas al sistema general de Seguridad Social en Salud. Allí se afilian las personas pobres y vulnerables identificadas como susceptibles de recibir subsidios en salud por parte del Estado y que pertenecen a grupos prioritarios para la afiliación.

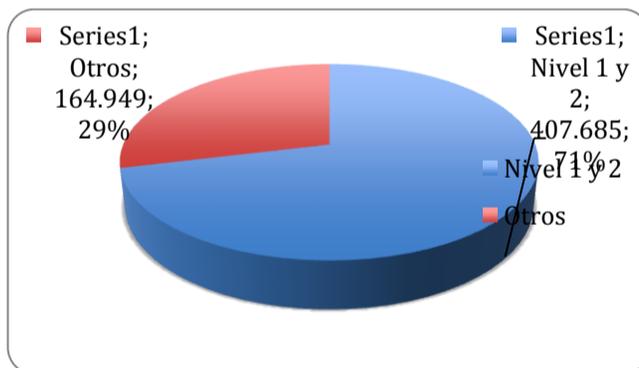
El Régimen Contributivo brinda seguridad social en Salud, se a las personas que tienen una vinculación laboral, o a aquellas con capacidad de pago como los trabajadores independientes, los pensionados y sus familias.

Tabla 6. Cobertura de Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud. Distrito Turístico y Cultural de Cartagena De Indias. 2011.

| | Población Total de Distrito Cartagena 2011 | Afiliados Contributivo | Afiliados Subsidiado |
|----------|---|-------------------------------|-----------------------------|
| Personas | 956.181 | 511.519 | 410.226 |
| % | 100% | 53% | 43% |

De los 956.181 habitantes de Cartagena a finales de 2011, a 572.634 personas se le ha aplicado la nueva encuesta del Sisben (Metodología III). De ellas 407.685 se encuentran en los Niveles 1, 2 y aplican para ser beneficiados de afiliación al régimen subsidiado. Los puntos de corte del SISBEN METODOLOGÍA III establecidos por la Resolución 3778 de 2011 expedida por el Ministerio de la Protección Social, sólo describe los Niveles 1 y 2, el resto de Niveles.

Gráfico 3. Sisbenizados Metodología III. Distrito Turístico y Cultural de Cartagena. 2011



A Diciembre 31 2011 el Distrito de Cartagena cuenta con 410.226 afiliados al Régimen Subsidiado, de los cuales 407.558 corresponden a Subsidio Total y 2.668 corresponden a Subsidio Parcial. Actualmente en el Distrito de Cartagena se viene adelantando el plan piloto que unifica los planes de beneficios del régimen subsidiado con el régimen contributivo. El plan piloto sigue el espíritu de la ley 100 de 1993, y con él se pretende mejorar las condiciones de la atención en salud de la población, especialmente garantizando la integridad, continuidad de servicios con cargo a los recursos de oferta, accesibilidad y seguridad, todos estos atributos de la calidad. El plan piloto inició en el Distrito de Cartagena el 1 de abril del 2010.

Tabla 7 Afiliados al Régimen Subsidiado Por Niveles. Distrito Turístico y Cultural de Cartagena De Indias. 2011.

| RÉGIMEN SUBSIDIADO | 2011 |
|--------------------|----------------|
| Nivel 1 | 310.864 |
| Nivel 2 | 73.882 |
| Nivel 3 | 3.951 |
| Listados Censales | 21.529 |
| TOTAL | 410.226 |

Las EPS-S deben garantizar el plan obligatorio de salud vigente para el régimen contributivo a toda su población afiliada, quedando a cargo del Distrito el amparo de las actividades y procedimientos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS). Teniendo en cuenta la unificación de los planes de beneficio del régimen contributivo con el régimen subsidiado, establecido por el acuerdo 013 de la CRES en el distrito de Cartagena de Indias, las atenciones realizadas para eventos no incluidos en el POS disminuyeron.

A continuación se muestra la tabla de distribución de los cupos contratados para el Régimen Subsidiado con corte a Diciembre 31 de 2011 por EPS-S.

Gráfico 4. Población afiliada al régimen subsidiado según EPS-S. Distrito Turístico y Cultural de Cartagena. 2011

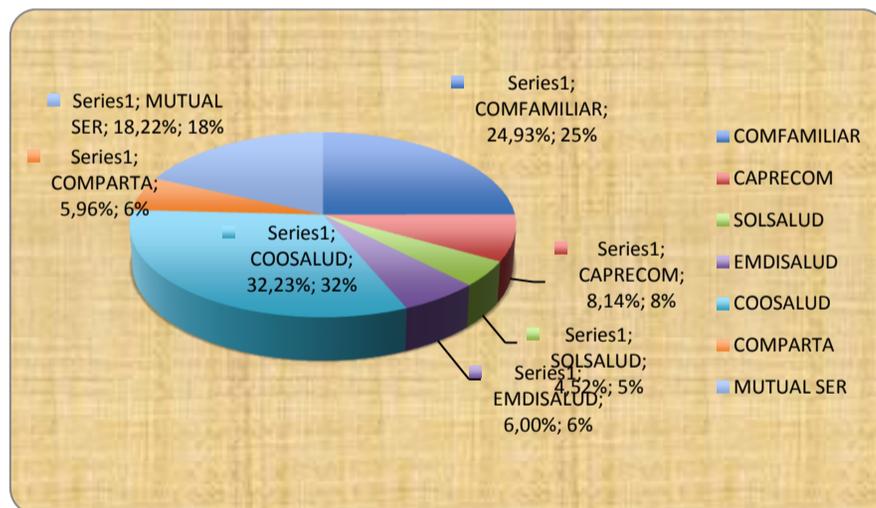


Tabla 8. Distribución Poblacional según cupos contratados con EPS-S. Distrito Turístico y Cultural de Cartagena. 2011

| NOMBRE | CANTIDAD |
|---|----------------|
| CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CARTAGENA COMFAMILIAR | 102.277 |
| CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES CAPRECOM | 33.372 |
| SOLSALUD EPS SA | 18.562 |
| EMPRESA MUTUAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA SALUD E.S.S. EMDISALUD ESS | 24.597 |
| COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA LTDA. COOSALUD E.S.S. | 132.219 |
| COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA-COMPARTA | 24.445 |
| ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ESS | 74.754 |
| TOTAL | 410.226 |



En 2 EPS-S se encuentran el 57,16% de los cupos contratados del régimen subsidiado del Distrito de Cartagena: COOSALUD, que cuenta con el 32,23% y COMFAMILAR con el 24,93%.

La distribución de los cupos en las otras EPS-S es el siguiente: MUTUAL SER (18,22%), CAPRECOM (8,14%), EMDISALUD (6%), COMPARTA (5,96%) y SOLSALUD (4,52%).

El valor de la UPC para Cartagena a partir del 1 de Enero del año 2012 es \$466.192,8 por afiliado-año.

INDICADORES DEL ESTADO DE SALUD

Mortalidad²

Analizando el comportamiento de la mortalidad general durante el año 2012 se registraron 3.399 defunciones, de las cuales, un 87,6% (n=2.976) fueron por causas naturales y un 12,4% (n=423) por causas externas o violentas.

Al distrito le correspondió a una tasa global de mortalidad de 351,5 por 100.000 habitantes, por encima de la registrada en el año 2011 en el distrito de Cartagena (328,5), igualmente por debajo de la registrada en el nivel nacional (437,8); en términos generales la tendencia de la tasa de mortalidad general en el distrito de Cartagena va con tendencia hacia el descenso.

La patología que ocupó la principal causa de defunción fue el Infarto Agudo al Miocardio con un 15,4% (n=459) del total de las defunciones registradas durante el año 2012; seguida de el Choque séptico/Septicemia de origen no especificado con un 13,1% (n=391); el tercer lugar le correspondió a la Disfunción Orgánica Múltiple con un 6,6% (n=196); el cuarto y quinto lugar lo ocuparon el Choque carcinogénico y el Cáncer de pulmón con un 4,6% (n=136) y 2,5% (n=73) respectivamente. Dentro de las 20 primeras 20 causas de defunción los menores porcentajes los registraron la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y las malformaciones congénitas con un 0,91% (n=27) y 0,87% (n=26) respectivamente.

Mortalidad Materna³

La mortalidad materna es uno de los indicadores, a través del cual se evalúan aspectos como grado de desarrollo, acceso, coberturas y calidad en los servicios de salud, etc. de una población. Este evento es el resultante de múltiples factores y condiciones, que además de los aspectos médicos propiamente dichos, se relaciona con aspectos socioeconómicos, culturales, legislativos y políticos entre otros. Así, la mayoría de las mujeres que mueren en eventos asociados con la maternidad son las más pobres, las que tienen un menor nivel educativo y mayores dificultades en el acceso a servicios de salud. En el año 2008 se presentó una tasa 44 muertes maternas por cada por 100.000 mil niños nacidos vivos, para el año 2009 estuvo en el orden de 25,22 muertes maternas por cada 100.000 mil niños nacidos vivos, en el 2010 se situó en 59,37 muertes maternas por cada 100.000 mil niños nacidos vivos y en el 2011 se situó en 58.11 muertes maternas por cada 100.000 mil niños nacidos vivos.

Durante el año 2012 se notificaron al Subsistema de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA, del distrito de Cartagena un total de 13 Muertes Maternas (MM), de las cuales solo 9 entran para el cálculo del indicador razón de mortalidad Materna y son las que están contenidas en el presente informe. Las Unidades Primarias Generadoras de Datos – UPGD, UCI Gestión Salud, Clínica Madre Bernarda y Clínica San José de Torices presentaron los mayores porcentajes con un 22,2% (n=2) para cada una;

² FUENTE: DADIS, Oficina de Planeación.

³ Se considera muerte materna a la muerte de una mujer en estado de embarazo, sin importar la edad gestacional o el sitio de desarrollo de este, y que se presenta por causas desencadenadas o agravadas por este estado, hasta los 42 días post-parto. El indicador hace referencia al cociente entre el total de defunciones maternas sobre el número total de nacidos vivos. Se entiende por defunción materna, debido a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o su atención. No incluye el fallecimiento por causas no relacionadas con el embarazo como accidentes o tumores malignos.



mientras que la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, la Clínica Universitaria San Juan de Dios y la Clínica Sol de las Américas presentaron un porcentaje de 11,1% (n=1) para cada una.

Mortalidad por cáncer de cuello uterino

Durante el año 2007 se presentaron en el distrito de Cartagena un total de 43 defunciones por Cáncer de Cuello uterino, correspondiéndole al distrito una tasa de mortalidad por este evento de 9,1 por 100.000 mujeres, siendo esta la tasa más alta de las registradas en los últimos 6 años; a partir de este año el comportamiento de este evento presentó una tendencia marcada hacia el descenso, siendo así que durante el año 2012 se presentaron un total de 234 defunciones por este mismo evento, correspondiendo a una tasa de mortalidad de 4,8 por 100.000 mujeres; la más baja en los últimos 6 años; si bien el número de casos de mujeres con Cáncer de Cuello uterino es cada día mayor, el número de defunciones por año es cada vez menos; este comportamiento bien pudiera justificarse por las amplias coberturas de tamizaje de citologías cervico uterinas, en donde se diagnostican tempranamente estos casos, realizándose intervenciones oportunas

Mortalidad Infantil

La mortalidad infantil es uno de los indicadores de salud más comúnmente empleados para los análisis de la situación de salud. La tasa de mortalidad infantil mide el riesgo de morir que tiene el niño antes del primer año de vida y es considerada como un indicador proxy del desarrollo, en tanto que tiene una relación directa con las condiciones de vida de una población, refleja el grado de vulnerabilidad de la población infantil, así como el grado de desarrollo alcanzado por una nación en términos de bienestar y equidad; El elemento que define adicionalmente su importancia es el impacto que tiene en la esperanza de vida al nacer de las poblaciones. Este indicador se encuentra correlacionado con otros aspectos como el nivel educativo de las madres, la desnutrición y el saneamiento básico, por lo tanto puede dar respuestas sobre la relación pobreza-medio ambiente.

La tasa de mortalidad infantil para el Distrito de Cartagena en el 2007 fue de 10 por 1.000 Nacidos Vivos, manteniéndose estable con relación al año 2006. (Fuente Oficina de Planeación y Desarrollo DADIS), en 2008 era de 10,7 por cada 1.000 nacidos vivos, se redujo a 8,07, para -2009, para el año 2010 se redujo a 7,5 , para el año 2011 se redujo a 7,39 Y en el 2012 se incrementó en 12,57 .

Se han venido realizando una serie de acciones en pro de la niñez cartagenera, como el desarrollo de la estrategia de Atención Integral a Enfermedades Prevalentes en la Infancia, AIEPI, en las EPS e IPS de la ciudad; y la inclusión de nuevos biológicos en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) como las vacunas contra el neumococo y el rotavirus, esta última a nivel nacional. Cartagena fue la primera ciudad de Colombia que inició la vacunación gratuita contra el neumococo a su población infantil, desde diciembre de 2008, sumado a otros factores tales como el aumento de la cobertura de agua potable y alcantarillado, las cuales sin duda han mejorado la calidad de vida de la población y en particular de aquella más susceptible como son los menores de un año. No se puede desconocer, sin embargo, la importante carga que aún representan estas muertes en la mortalidad general del Distrito por eventos evitables tales como muertes por neumonía, muertes por enfermedad diarreica y desnutrición.

Mortalidad Perinatal

El Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) de Colombia incluye la notificación semanal de muertes perinatales desde 1996, reportándose anualmente un promedio de 5.000 defunciones, en el 2011 en el distrito de Cartagena se captaron 257 casos de mortalidad perinatal, el 27.51% para una tasa de 11.30 X 1000 NV colocándonos por encima de la media nacional para registros del 2010 tasa de 9.75 X 1000 NV, importante mencionar que el 27.51% (n=71) son casos cuyas madres residen en municipios del Departamento de Bolívar, al observar la distribución de los casos en según residencia en el distrito de Cartagena observamos que los barrios Olaya Herrera, EL Pozón, Nelson Mandela acumulan el 13% del total de casos ocurridos en el 2011, Al



observar el comportamiento del evento según la afiliación observamos que en el 67% de los casos estaban afiliados al régimen subsidiado, el 23% pertenecía a régimen contributivo, y en un 9% eran población pobre no asegurada, importante mencionar que según análisis de grupo poblacional y dato de importancia el 0.4% (n=1) de los casos se presentó en población en condición de desplazamiento, El criterio de requerir hospitalización se evidenció en el 95.7% de los casos, el 4.3% de los casos no tuvieron estancia hospitalaria, con relación al sitio de defunción y teniendo en cuenta un peso porcentual el 88.4% de los casos fallecieron en una institución de salud Hospital/Clínica, en un 4.7% la ocurrencia del evento fue en el domicilio

Al analizar los antecedentes maternos de los casos de mortalidad perinatal se identifican con mayor peso porcentual, con relación al soporte afectivo de su entorno se evidencia que en el 71,7% convivían con un conyugue, EL 26.7% convivían con la familia, con relación a la escolaridad el 35,7% de los casos registro secundaria, el 28.3% primaria, el 15.1% estudios superiores, el 1.9% ningún grado de escolaridad.

Se evidencia una cultura a la no planificación familiar, el 74% de no usaba ningún método de planificación familiar, se observan para los antecedentes obstétricos un promedio de 4 gestaciones previas, 3 partos, 1 cesárea, 2 abortos, El 17.1% de las madres de los casos de mortalidad perinatal evidenció como antecedente de riesgo el haber tenido Recién Nacidos pretermino, en un 7.0% registraron Recién Nacidos de bajo peso, el 57.8% no manifestó ningún antecedente de riesgo según los factores de riesgo descritos. La preeclampsia y las hemorragias obstétricas con 10.5% y 6% respectivamente registran el mayor peso porcentual dentro de las complicaciones ocurridas durante la gestación. El embarazo no deseado, feto con incompatibilidad con la vida evidencian un aporte importante dentro de los factores de riesgo que pudieron conducir el desenlace fatal para el feto.

Para el año 2012 la tasa fue de 11,87, se notificaron al Subsistema de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA, un total de 236 Muertes Perinatales, siendo la ESE Clínica Maternidad Rafael Calvo la institución de salud en donde más se registraron casos durante el año 2012 con un 44,9% (n=106); seguida muy de lejos por la Clínica Universitaria San Juan de Dios con 11,4% (n=27); el tercer lugar lo obtuvo la Clínica Madre Bernarda con un 9,7% (n=23); el cuarto y quinto lugar le correspondieron a la UCI Santa Cruz de Boca Grande y a la Clínica Crecer con un 8,1% (n=19) y 7,1% (n=17) respectivamente. Cabe destacar que estas 5 UPGD están concentrando el 81% (n=192) de la Muertes Perinatales registradas durante el año 2012.

Mortalidad en Menores de 5 años

La mortalidad en menores de 5 años representa uno de los indicadores de morbimortalidad más importantes en la evaluación de calidad de vida de una población, por representar ésta el grupo poblacional más vulnerable. Los eventos que más incidencia tienen en la mortalidad en menores de cinco años son la Infección Respiratoria Aguda y la Enfermedad Diarreica Aguda, las cuales a la luz de los avances científicos actuales se consideran muerte potencialmente evitables. Factores de índole social, económico, cultural, educativo, ambiental, político, tales como saneamiento básico, pobreza, calidad y acceso a servicios de salud, entre otros favorecen la presentación de éstos eventos entre las comunidades con mayor porcentaje de necesidades básicas insatisfechas.

Así, en Cartagena la mortalidad en menores de 5 años representó una incidencia de 21 por cada 10.000 niños menores de 5 años en el 2011, superando a la calculada para el año 2010 la cual fue de 20,79 por 10.000 menores de cinco años y para el año 2012 14,55.

Mortalidad en Menores de 5 años por causa de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)⁴

⁴El indicador se refiere al cociente entre el total de niños menores de 5 años muertos por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) sobre la población total menor de 5 años. Se expresará como el número de niños menores de 5 años muertos por EDA por cada 100.000 niños menores de 5 años.



Si bien los agentes patógenos causantes de diarrea se encuentran presentes en general en toda la comunidad, existen métodos ampliamente difundidos para evitar la infección, particularmente medidas higiénicas sanitarias que pueden disminuir la incidencia de diarreas infecciosas. Sin embargo, el evento de mortalidad por diarrea como tal se presenta por complicaciones como la deshidratación y en muchos casos se asocia a otros factores como desnutrición. De ésta manera, la mortalidad por Enfermedad Diarreica se considera una muerte evitable porque existe una forma fácil, económica al alcance de toda la población, para evitar la deshidratación, a través de las Sales de Hidratación oral, entre otras medidas.

Es importante tener en cuenta que el evento muerte por EDA, puede enmascarse con otros diagnósticos como sepsis, desnutrición, entre otros que podrían en un momento dado disminuir los casos reportados específicamente como muerte por diarrea.

Para el año 2010 se presentó una incidencia de 5,81 muertes por cada 100.000 menores de 5 años, se reportaron 5 casos de muerte por Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso en menores de cinco años. Para el año 2011 tuvo una incidencia de 2,34 muertes por cada 100.000 menores de 5 años, se reportaron 2 casos de muerte por Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso en menores de cinco años en el 2012 1,18, se registró un (1) caso.

Mortalidad en Menores de 5 años por causa de Infección Respiratoria Aguda (IRA)⁵

En el año 2010 se reportaron en el Distrito de Cartagena 19 casos de muerte por infección respiratoria aguda en menores de cinco años para una Tasa de Mortalidad por infección respiratoria aguda de 22 casos por cada 100.000 menores de 5 años, es decir que de cada 100.000 niños menores de cinco años, 22 murieron por enfermedad respiratoria aguda. En el año 2011 se reportaron en el Distrito de Cartagena 12 casos de muerte por infección respiratoria aguda en menores de cinco años, con una Tasa de 14,06 casos por cada 100.000 menores de 5 años, es decir que de cada 100.000 niños menores de cinco años, 14,06 murieron por enfermedad respiratoria aguda en el 2011, para el 2012 se reportaron en el Distrito de Cartagena 5 casos de muerte por infección respiratoria aguda en menores de cinco años, con una Tasa de 5,92 casos por cada 100.000 menores de 5 años, es decir que de cada 100.000 niños menores de cinco años, 5,92 murieron por enfermedad respiratoria aguda en el 2012.

El DADIS, entre otras acciones, mediante la estrategia Atención Integral a enfermedades prevalentes en la infancia AIEPI, la capacitación clínica y comunitaria, la conformación y dotación de las unidades AIEPI, realiza acciones para captar los pacientes en las propias comunidades, administrar las sales de hidratación oral, hacer una clasificación inicial y determinar la necesidad de remisión en un centro asistencial, de tal manera que se agilice la identificación y canalización de los niños en mayor riesgo de complicaciones por diarrea, deshidratación y neumonía.

Estas acciones han permitido la disminución progresiva de la mortalidad por IRA en menores de 5 años en el Distrito en los últimos cuatro años, ya que para el año 2008 estaba en un 39 casos por cada 100.000 menores de 5 años.

Mortalidad por Desnutrición

En lo correspondiente al 2012 hubo un reporte de 2 casos de muerte por desnutrición en niños menores de 5 años en el Distrito, para una incidencia de 2,36 por 100.000 niños menores de 5 años, muy similar a la tasa del año 2011 donde igualmente se reportaron 2 casos de muerte por desnutrición en niños menores de 5 años en el Distrito, con una tasa de 2,34 por 100.000 niños menores de 5 años para ese año 2011, tasas que aumentaron con relación al año 2010 donde no se presentaron casos.

⁵El indicador hace referencia al cociente entre el total de niños menores de 5 años muertos por Infección Respiratoria Aguda (IRA) sobre la población total menor de 5 años. Se expresa como el número de niños menores de 5 años muertos por IRA por cada 100.000 niños menores de 5 años.



Muertes por suicidio

El registro de casos de suicidios en el 2012 fue muy superior a los registrados en los últimos 5 años al sumar 38 casos tasa de 3.93 casos por cada 100.000 habitantes , cinco más que en el 2011 con una incidencia de 3,45 por 100.000 habitantes, cifra mayor en un 26,9% a la reportada el año previo (2010) cuando se reportaron 26 casos y una incidencia de 2,75 por 100.000 habitantes.

Los casos que más se reportan se concentran mayormente en la población hasta 50 años, se presentaron a diferentes horas del día sin evidenciarse una tendencia.

Al igual que sucede con los homicidios y las muertes por accidentes de tránsito, las muertes por suicidio vienen registrando una tendencia hacia el aumento en los últimos años.

Se viene fortaleciendo la promoción de la salud mental mediante acciones de vigilancia, atención psicosocial, atención por psiquiatra en instituciones de baja complejidad, seguimiento domiciliario a intentos de suicidio e implementación de una línea de atención 24 horas para consulta de casos.

Morbilidad general

El criterio más acertado y preciso para la definición de los cambios en la salud de la población está dado por el conocimiento y análisis de la morbilidad. Cada enfermedad es el resultado de la interacción entre el organismo y el medio ambiente, la morbilidad de colectivos que tienen condiciones de trabajo y de vida comunes, se debe principalmente al carácter y la intensidad de los factores adversos. Estos estudios permiten el seguimiento mediante evaluaciones periódicas.

De acuerdo a la información suministrada por la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, durante el año 2012, para el Primer Nivel de Atención en Salud se puede observar que La morbilidad por consulta externa en al año 2012 sigue presentado un comportamiento similar a la de los años anteriores, con el predominio de patologías de tipo infeccioso, particularmente Infección Respiratoria Aguda (IRA), Infecciones intestinales (EDA), de la piel e infecciones urinarias (IVU).

Durante el año 2012 se registraron un total de 426.569 consultas en el servicio de Consulta externa; siendo el evento Rinofaringitis aguda (Resfriado común) quien reportará la mayor proporción con un 11,7% (n=49.740) del total de casos; seguida muy de lejos por la Cefalea, con un 2,9% (n=12.403; el tercer lugar lo ocuparon las Parasitosis Intestinales, sin otra especificación con un 2,7% (n=11.515) registros; el cuarto y quinto lugar lo registraron el Lumbago no especificado y la Anemia por deficiencia de Hierro sin otra especificación con un 2,1% (n=8.995) y 1,8% (n=7.638) respectivamente.

Dentro de las primeras 20 causas de consulta externa médica, las frecuencias más bajas la registraron la Dermatitis atópica no especificada y la amigdalitis aguda no especificada con un 0,7% (n=2.967) y 0,6% (n=2.657) respectivamente

En lo concerniente al comportamiento según el género, observamos que el 69% (n=294.879) de las personas atendidas en la Consulta Externa de la institución pertenecían al sexo femenino, mientras que el porcentaje restante al género masculino (n=131.690).

Teniendo en cuenta el análisis de la Morbilidad por Consulta Externa según la edad, se evidencia que el grupo de 1 a 4 años fue quien se viera más afectado con un 11,3% (n=48.032) del total de los casos; seguido por el rango de 5 a 9 años con un 8,9% (n=38.160); el tercer lugar le correspondió al grupo de 45 a 49 años con un 7,04% (n=30.033); el cuarto y quinto lugar lo ocuparon los rangos de 50 a 54 años y de 15 a 19 años con un 7,01% (n=29.885) y 6,86% (n=29.282). Los menores porcentajes los ocuparon los grupos de 30 a 34 años y de 35 a 39 años con un 5,2% (n=22.344) y



5,1% (n=21.900). Es de anotar que el 51,4% de las consultas se registraron en personas con edades inferiores a 34 años.

Coberturas de vacunación

Los eventos inmunoprevenibles constituyen uno de los grupos priorizados en el Distrito para vigilancia epidemiológica, dados los compromisos de tipo social y económico tanto a nivel nacional como internacionales adquiridos en la erradicación de algunos eventos que suelen comprometer a los menores de 5 años.

Las coberturas de vacunación obtenidas en el Distrito para los distintos biológicos, es calculada según la población objeto PAI (menores de 1 año) y de 1 año. dada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Mediante este componente se pretende optimizar la gestión y ejecución de los diferentes componentes del Programa Ampliado de Inmunizaciones –PAI- con el fin de lograr el control, eliminación y erradicación de las enfermedades inmunoprevenibles de interés en salud pública.

La meta es lograr coberturas útiles de vacunación del 95% con todos los biológicos del PAI en los niños menores de 5 años y asegurar el cumplimiento de la norma técnico – administrativas del PAI en las diferentes entidades del Distrito que brindan el servicio de vacunación.

Como se observa en la siguiente tabla, durante los años 2008 al año 2012, se han logrado coberturas útiles de vacunación en la mayoría de los biológicos del PAI que se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 10. Coberturas útiles de vacunación. Distrito Turístico y Cultural de Cartagena De Indias. 2008- 2012.

| BIOLÓGICO | AÑO | | | | |
|----------------------|--------------------------------|------|------|--------|--------|
| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| ANTIPOLIO | 122.30% | 119% | 113% | 104% | 109% |
| BCG | 129.40% | 137% | 122% | 137% | 139% |
| ANTIHEPATITIS B (HB) | 116.40% | 120% | 109% | 100.6% | 109.4% |
| INFLUENZA (HIB) | 116.40% | 120% | 109% | 100.6% | 109.4% |
| DPT | 116.40% | 120% | 109% | 100.6% | 109.4% |
| NEUMOCOCO | Se universalizó en el año 2011 | | | 90.5% | 119% |
| ROTAVIRUS | Se universalizó en el año 2010 | | 92% | 95% | 105% |
| TRIPLE VIRAL | 131.20% | 119% | 117% | 110% | 112% |
| FIEBRE AMARILLA (FA) | 103.50% | 114% | 98%. | 115% | 111% |

Para el logro de las metas se realizan las estrategias de vacunación institucional, barrido casa a casa y jornadas de vacunación, se desarrollan estrategias de comunicación a través de pautas radiales y televisivas sobre vacunación, se resalta la gestión de la mayoría de las aseguradoras y de la participación de la comunidad.

Se vienen realizando monitoreos rápidos de coberturas de vacunación cuyos resultados permiten intensificar las acciones de vacunación. En estas actividades se ha contado

con la participación de las EPS Subsidiadas y Contributivas, IPS y equipos extramurales de la ESE Cartagena de Indias, ESE Hospital universitario del Caribe y el DADIS.

Se sigue brindando asistencia técnica sobre lineamientos del PAI a las IPS con servicio de vacunación y se ha logrado que el 100% de las IPS entregue en forma oportuna el informe de cobertura mensual de vacunación, de igual forma han mejorado en un alto porcentaje la calidad de la información reportada.

Se fortaleció la red de frío con la construcción de la central de red de frío con un cuarto frío para conservación de vacunas, planta eléctrica y control de temperatura a través de internet.

Es importante tener en cuenta sin embargo, que Cartagena es ciudad con alto movimiento poblacional y receptora de gran número de población desplazada, lo cual es un riesgo latente para la Salud Pública, por lo cual las actividades de vigilancia se mantienen vigentes.

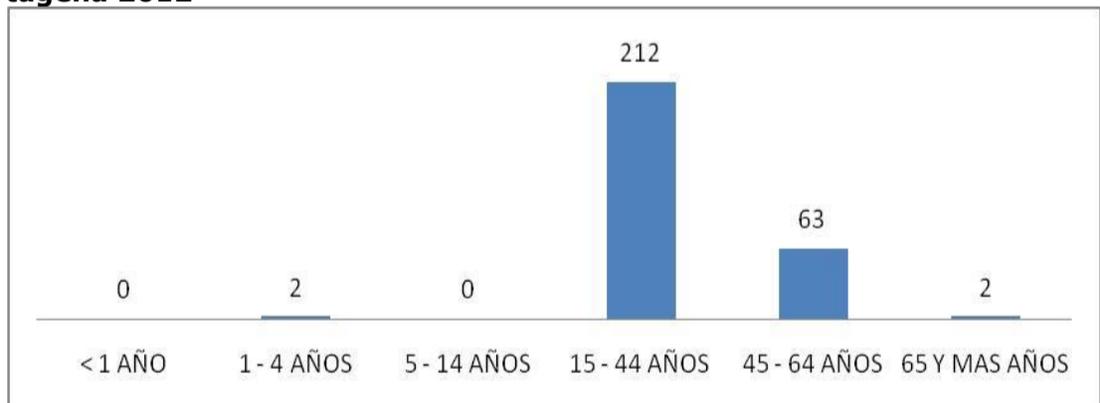
VIH-SIDA

En el año 2012 se notificaron 279 casos de este evento, observando el mayor número de casos en la semana 3. con tendencia al descenso en las semanas posteriores. Con respecto al año 2011, se nota un descenso, en el cual se notificaron 301 casos.

Los casos de VIH/SIDA son procedentes en el 99% del área de cabecera municipal y 1% en el área centro poblado.

De los casos de VIH/SIDA presentados, el 76% (n=212) se presentó en el grupo de 15 a 44 años, seguido del grupo de 45 a 59 años (n=63). Se reportaron 2 casos en el grupo de 1 a 4 años, lo que refleja casos de transmisión perinatal, no se han reportado casos en el grupo de 5 a 14 años y en menores de 1 año.

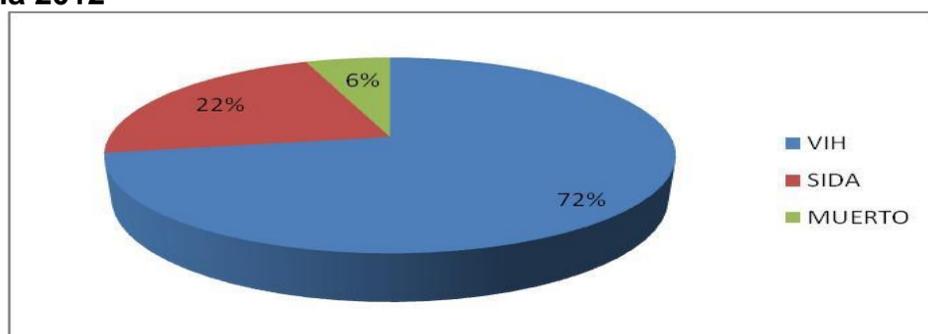
Grafica 5. Distribución de casos de VIH/SIDA según grupos de edad. Cartagena 2012



Fuente: SIVIGILA 2012

Con respecto a la distribución de casos de VIH/SIDA según estadio clínico, el 72% (n=202) fueron reportados como VIH, 22% (n=61) como SIDA y 6% (n=16) como muertos

Grafica 6. Distribución de casos de VIH/SIDA según estadio clínico. Cartagena 2012



Fuente: SIVIGILA 2012

El 63% (n=177) de los casos corresponde al género masculino y el 37% (n=102) al femenino. De la totalidad de los casos de VIH/SIDA el 10% (n=27) corresponde a gestantes, las cuales se encuentran afiliadas a Coosalud (n=8), Mutual ser (n=3), Salud Total (n=3) Cafesalud (n=29), Nueva EPS (n=2), Coopsagar (n=2); Comfamiliar, Coomeva, Caprecom, Solsaud, Emdisalud y Comfenalco con 1 caso en cada una y 1 caso no afiliado al sistema de seguridad social .

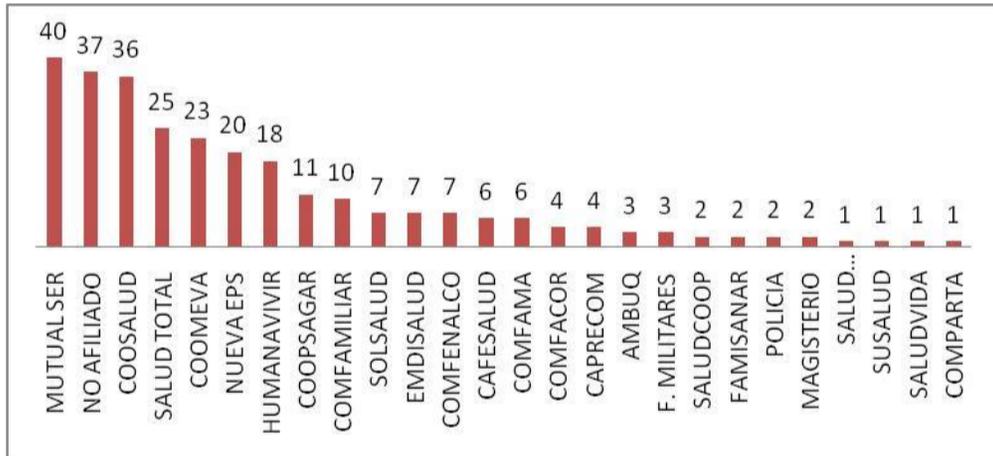
Grafica 7. Distribución de casos de VIH/SIDA según género y grupo poblacional. Cartagena 2012



Fuente: SIVIGILA 2012

El 46,6% (n=130) de los casos se encuentra afiliados al régimen subsidiado, la aseguradora que presenta el mayor número de casos es Mutual ser (40) y seguido de Coosalud (36); 38% (n=106) en el régimen contributivo, presentando el mayor número de casos Salud Total (n=25) seguido de Coomeva (n=23). Cabe anotar que se registran 37 casos no afiliados al Sistema de Seguridad en Salud.

Grafica 8. Distribución de casos de VIH/SIDA por aseguradora - Cartagena año 2012



Fuente: SIVIGILA 2012

Dengue⁶

Durante el año 2012 en el distrito de Cartagena se presentaron un total de 183 casos de Dengue, de los cuales un 95,6% (n=75) correspondientes a la subclasificación clínica de casos de Dengue sin signos de alarma, un 4,4% (n=8) a casos de Dengue Grave, de los cuales hubo un caso de muerte por Dengue en un niño de año de edad, para una letalidad de un 12.5%. Al distrito de Cartagena le correspondió para ese año una tasa de incidencia de 18,9 por 100.000 habitantes, y una mortalidad de 0,5% sobre todos los casos, en el año 2011 se presentaron un total de 352 casos para una incidencia de 36,81 por 100 mil, 18 casos de dengue grave (1.88 casos por 100 mil habitantes) y una mortalidad., para el 2011 la tasa de incidencia para dengue fue de 121 casos X 100.000 habitantes y de 5.0 casos X 100.000 habitantes para dengue complicado, dado esta incidencia de dengue

⁶ Fuente: Oficina de epidemiología -DADIS.

Teniendo en cuenta el comportamiento del evento Dengue según el rango de edad, se evidencia que el grupo etario más afectado fue el de 5 a 9 años con un 26,8% (n=49), seguido del grupo de 10 a 14 años con un 20,8% (n=38); el tercer lugar le correspondió al grupo de 15 a 19 años con un 10,4% (n=19); el cuarto y quinto lugar lo ocuparon los rangos de 1 a 4 años y de 20 a 24 años con un 10,0% (n=20) y 9,8% (n=18) respectivamente. Ver tabla 37.

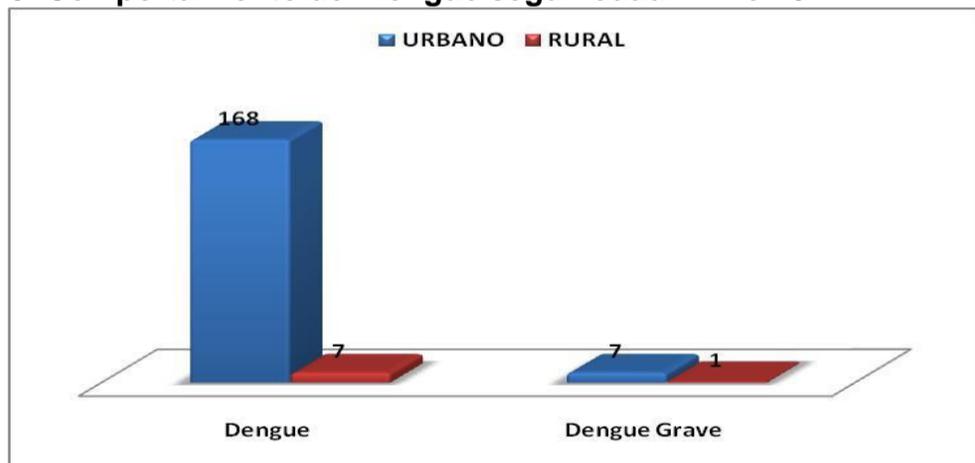
Tabla 9. Comportamiento del Dengue según edad – Año 2012

| No. | Edad | Dengue | Dengue Grave | Frecuencia absoluta | Frecuencia relativa |
|-----|--------------|------------|--------------|---------------------|---------------------|
| 1 | < 1 año | 0 | 0 | 0 | 0% |
| 2 | 1 - 4 | 19 | 1 | 20 | 10,0% |
| 3 | 5 - 9 | 48 | 1 | 49 | 26,8% |
| 4 | 10 - 14 | 36 | 2 | 38 | 20,8% |
| 5 | 15 - 19 | 18 | 1 | 19 | 10,4% |
| 6 | 20 - 24 | 18 | 0 | 18 | 9,8% |
| 7 | 25 - 29 | 12 | 0 | 12 | 6,6% |
| 8 | 30 - 34 | 2 | 0 | 2 | 1,1% |
| 9 | 35 - 39 | 10 | 0 | 10 | 5,5% |
| 10 | 40 - 44 | 1 | 2 | 3 | 1,6% |
| 11 | 45 - 49 | 3 | 0 | 3 | 1,6% |
| 12 | 50 - 54 | 2 | 0 | 2 | 1,1% |
| 13 | 55 - 59 | 3 | 0 | 3 | 1,6% |
| 14 | 60 - 64 | 3 | 1 | 4 | 2,2% |
| | Total | 175 | 8 | 183 | 100% |

Fuente: Sivigila Cartagena

Según la distribución de casos por procedencia, tanto para los casos de Dengue sin signos de alarma como para los casos de Dengue Grave, los mayores porcentajes se presentaron en el área urbana con un 96,0% (n=168) y 87,5% (n=7) respectivamente. Ver Grafica 54.

Gráfica 9. Comportamiento del Dengue según edad – Año 2012



Fuente: Sivigila Cartagena

Teniendo en cuenta el comportamiento según género, en los casos de Dengue sin signos de alarma el sexo más afectado fue el femenino con un 50,3% (n=88); mientras que el género masculino fue el más afectado en los casos de Dengue Grave con un 75% (n=6). Ver gráfica 55.

Tabla 10. Comportamiento del Dengue según Sistema de aseguramiento – Año 2012

| No. | Tipo de Seguridad social | DENGUE | | DENGUE GRAVE | | TOTAL |
|-----|--------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|-------|
| | | Frecuencia absoluta | Frecuencia relativa | Frecuencia absoluta | Frecuencia relativa | |
| 1 | Contributivo | 33 | 18,9% | 3 | 37,5% | 36 |
| 2 | Subsidiado | 121 | 69,1% | 3 | 37,5% | 124 |
| 3 | Excepción | 11 | 6,3% | 0 | 0% | 11 |
| 4 | Especial | 1 | 0,6% | 1 | 12,5% | 2 |



| | | | | | | |
|---|--------------|------------|---------------|----------|-------------|------------|
| 5 | No afiliado | 9 | 5,1% | 1 | 12,5% | 10 |
| | TOTAL | 175 | 100,0% | 8 | 100% | 183 |

Fuente: SiviGila Cartagena

Rabia

Aunque en el Distrito de Cartagena no se registran casos de rabia humana o animal desde hace más de 10 años, se mantiene la vigilancia sistemática de los accidentes con animales potencialmente transmisores de rabia, principalmente perros y gatos, siendo éste un evento de notificación obligatoria al SIVIGILA.

Para el 2012 en el Distrito de Cartagena fueron reportados 202 casos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, el 38% fueron agresiones ocurridas en personas de género femenino y el 62% personas de género masculino.

El 61.4% de las agresiones fueron no exposición, el 32.2% fueron clasificadas como exposición leve y el 6.4% como exposición grave, al 0.5% de las exposiciones graves se le administro vacuna antirrábica, en el 39.1% del total de las agresiones, el animal estaba vacunado, en un 19.8% de los animales no tenia antecedente de vacunación, en un 41.1% se desconoció este antecedente.

PROMOCIÓN SOCIAL

Cartagena de Indias ha sido en los últimos años destino de miles de compatriotas, que ven en ella la posibilidad de un futuro diferente y quizás prometedor para sacar adelante a sus familias, sometidas de la violencia a salir de sus terruños, cargando a cuestas con sus penas, sueños fallidos, el duelo de sus muertos y el desarraigo en su máximo esplendor.

Según datos de la Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional (conocido como Acción Social), a Noviembre 30 de 2011, en Cartagena se encuentran registrados, 71.437 personas en condición de víctimas del conflicto armado que conforman 16.692 hogares; de esta población el 49% es de sexo masculino y el 51% es de sexo femenino. La mayoría de ella está asentada en los barrios Nelson Mandela, San José de los Campanos y el Pozón, aunque en los últimos años, unos nuevos asentamientos han cobrado especial importancia componiéndose en su mayoría por esta población como son Juan Pablo II, Revivir de los Campanos, Colombiatón en uno de sus sectores y Flor del Campo en uno de sus sectores.

Como población Desmovilizada del conflicto armado, en el Distrito de Cartagena, se encuentran registrados cerca de 330 participantes del proceso de la Alta Consejería para la Reintegración, ACR, programa de la Presidencia de la República, que busca reintegrar social y económicamente a las personas y grupos alzados en armas. De éstas, el 90% son hombres y el 10% son mujeres. Una de las problemáticas en salud más sentidas en este grupo poblacional es el consumo de sustancias psicoactivas, seguido por el consumo de alcohol en algunos de sus participantes.

Otra franja de población especialmente vulnerable, es la de la población indígena, que en el Distrito de Cartagena que no es autóctona sino que es producto de la inmigración o del desplazamiento forzoso. Está concentrada en dos cabildos, uno es el de Membrillal y el otro es el de las Américas, que en estos momentos, se encuentra en proceso de reconocimiento. Los Indígenas que han llegado a la ciudad, proceden en su mayoría del departamento de Córdoba y pertenecen a la etnia Zenú. Como se dijo anteriormente muchos llegan como víctimas del conflicto armado, lo que significa que ostentan la doble condición de vulnerabilidad. Los capitanes de estos cabildos, hacen llegar periódicamente al DADIS un listado censal de la población identificada y que ellos mismos han carnetizado para efectos de su inclusión en base de datos y facilitar con ello su atención en salud y vinculación al SGSSS.



Un cuarto grupo poblacional vulnerable, es el de las familias ubicadas en la pobreza extrema, para lo cual el Gobierno Nacional construyó una estrategia encaminada a lograr que 1,5 millones de estas familias en el país puedan superar la pobreza y mejorar sus condiciones de vida. Para esto, la "Red para la Superación de la Pobreza Extrema - JUNTOS", como fue llamada en un principio, o "UNIDOS", como es llamada en la actualidad, hace acompañamiento permanente a las familias intervenidas, poniendo a interactuar de forma adecuada a la Comunidad con la Institucionalidad. En salud, los tres primeros logros básicos a satisfacer son: Afiliación al SGSSS, Acceso a intervención de Promoción y Prevención de las Mujeres a tamizaje de cáncer de cuello uterino y acceso a intervención de promoción y prevención de hombres a tamizaje de cáncer de próstata.

De acuerdo a los estimativos poblacionales del DANE y atendiendo las proyecciones del nivel nacional, que señalan que en condiciones de Discapacidad y Movilidad Reducida, vive alrededor del 10% de la población total de Cartagena, tendríamos en el Distrito de Cartagena aproximadamente 96.710 personas en condición de discapacidad ya sea física y/o cognitiva. Pero los datos del mismo censo, muestran que el 5.5% de la población presenta alguna limitación permanente, el 5.4% en los hombres y el 5.5% en las mujeres. Según la misma fuente, las limitaciones permanentes aumentan con la edad. El 60% de la población en esta condición se presenta a partir de los 30 años. La Administración Distrital, en cabeza del DADIS, se encuentra en estos momentos en el proceso de Registro, Identificación y Caracterización de la Población con Discapacidad habiéndose completado hasta el momento más de 19 mil registros, los cuales se han integrado al sistema nacional desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social, que es el responsable de la atención Integral a la Población con Discapacidad en el país.

Cartagena cuenta, desde finales de 2010, con una Política Pública de Discapacidad, formulada como hoja de ruta para atender a esta población.

SITUACIÓN DE LA RED PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD

Capacidad instalada de la red pública

El Distrito Turístico y Cultural de Cartagena como ente Territorial, solo cuenta con una entidad pública de su competencia de baja complejidad, la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, esta empresa tuvo su origen, inicial en el año 1999, mediante el Acuerdo del Honorable Consejo Distrital N° 43, por medio del cual se crearon las 3 ESE Distritales, entidades administrativas de baja complejidad ubicadas e identificadas como: ESE Hospital Local La Esperanza, ESE Hospital Local Canapote, ESE Hospital Local San Fernando; este ejercicio funcional de la salud Distrital solo estuvo vigente dos años. La desproporcionalidad de costos entre lo administrativo y lo funcional, generaron que en el año 2001, que mediante el Decreto Distrital N° 0421 de Junio 29, se fusionaran estas entidades en lo que hoy es la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, entidad que entró en operación plena en septiembre del mismo año. Funcionalmente está constituida por una amplia red de centros y puestos de salud, distribuidos en el área urbana, rural e insular del Distrito de Cartagena de Indias, que tiene por objeto, brindar los servicios de baja complejidad a la población pobre y vulnerable no asegurada y a la afiliada al Régimen Subsidiado.

Actualmente cuenta con 46 puestos y centros de salud que ofrecen servicios de baja complejidad.

En el marco de la Red Distrital de Prestadores de Servicios de Salud, la ESE brinda los servicios ambulatorios de baja complejidad, y es el punto de entrada para el acceso a los servicios hospitalarios de baja, media y alta complejidad que son brindados por la IPS públicas y privadas que conforman la red. El promedio año de atenciones reportadas por la ESE Hospital Local Cartagena de Indias superan las 480.000 atenciones.

Desde las administraciones anteriores se aprobaron la construcción de 4 modernos hospitales, los cuales se encuentran operando parcialmente

TABLA N°11 CAPACIDAD INSTALADA POR SERVICIOS DE LA ESE HOSPITAL CARTAGENA DE INDIAS

| ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS - CAMAS HABILITADAS POR SERVICIOS EN LA CIUDAD DE CARTAGENA 2009-2013 | | | | | |
|---|------|------|------|------|------|
| SERVICIOS | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
| CAMAS HOSPITALIZACION ADULTOS | 24 | 18 | 37 | 48 | 29 |
| CAMAS HOSPITALIZACION PEDIATRICOS | 5 | 5 | 9 | 13 | 0 |
| CAMAS OBTETRICAS | 32 | 26 | 23 | 23 | 10 |
| SALAS DE PARTO | 10 | 10 | 7 | 7 | 5 |

Fuente: REPS- Dirección Operativa Vigilancia y Control –DADIS

TABLA N°11 CAPACIDAD INSTALADA DE SALAS DE PARTO POR LOCALIDAD DE LA ESE HOSPITAL CARTAGENA DE INDIAS

LOCALIDAD 2

| INSTITUCION | SALA DE PARTO Cant. | LOCALIDAD |
|--|---------------------|-----------|
| ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA CAP DE LA CANDELARIA | 1 | 2 |
| ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA CAP LA BOQUILLA | 1 | 2 |
| ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA CAP BAYUNCA | 1 | 2 |

LOCALIDAD 3

| INSTITUCION | SALA DE PARTO Cant. | LOCALIDAD |
|--|---------------------|-----------|
| ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA CAP PASACABALLO | 1 | 3 |
| ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA CAP ARROZ BARATO | 1 | 3 |

| INSTITUCION | SALA DE PARTO Cant. | LOCALIDAD |
|---|---------------------|-----------|
| GRAN TOTAL CAMAS HOSPITALIZACION | 5 | — |

Red Pública Alterna

Existe una red pública alterna ubicada en el distrito de Cartagena que no son de su manejo directo ya que pertenecen al ente departamental, como son la ESE Clínica de Maternidad Rafael Calvo de mediana complejidad cuyo portafolio incluye la atención ambulatoria de la mujer embarazada, hospitalización, embarazo de alto riesgo, consulta médica especializada, tratamiento quirúrgico, y cuidados intensivos e intermedios para el neonato y la ESE Hospital Universitario del Caribe, entidad que generará los servicios de mediana y alta complejidad, principal Centro de referencia de pacientes de Red de Servicio Distrital y Departamental.

ESE CLINICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO

La ESE Clínica de Maternidad Rafael Calvo, es una institución pública de mediana complejidad presta los servicios de consulta externa y cirugía baja complejidad y de mediana complejidad de Ginecología y Obstetricia de forma AMBULATORIA, de URGENCIAS y HOSPITALIZACIÓN, Incluye Laboratorio Clínico de Mediana Complejidad las 24 horas. Adicionalmente cuenta con una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y una Unidad de Cuidados Intensivos Adulto cuyos servicios están disponibles a los pacientes de la Clínica que los ameriten.

Cuenta con 7 camas de uci neonatal y 22 camas de uci intermedios, 1 ambulancia medicalizada y una ambulancia básica, 11 camas pediátricas, 10 camas de adultos y 70 camas obstétricas, 3 salas de cirugías y 3 salas de partos.

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE

La ESE Hospital Universitario del Caribe es una institución pública de mediana y alta complejidad que cuenta con 10 camas de UCI, 8 camas de uci intermedios, 245 camas de adultos, 6 salas de cirugías. Además su servicio de urgencias de mediana y alta complejidad.



Los Servicios de Alto costo o alta Complejidad, son prestados por la ESE Hospital Universitario de Caribe, y por la red privada del Distrito del distrito este último por lo general es sin contrato, lo que dificulta la atención ya que algunas exigen para su atención no solo la autorización de servicio sino la garantía de pago como es la disponibilidad presupuestal y su respectivo registro

Capacidad instalada de la Red Privada

La Red de IPS privadas de Cartagena presta los servicios de baja complejidad y especializados disponibles y habilitados, con excepción de trasplantes de órganos, cuyos pacientes son referidos a IPS de Medellín, Bogotá y Cali. Los servicios ofertados por la Red Privada Alterna son los siguientes: Terapia física y rehabilitación, atención integral en salud del segundo y tercer nivel médico quirúrgica, hospitalaria con apoyo diagnóstico y terapéutica, Oftalmología de alta complejidad, VIH/SIDA, imágenes diagnósticas de alta complejidad, banco de sangre, laboratorio clínico de mediana y alta complejidad, oncología clínica y quirúrgica, diálisis y hemodiálisis, cuidados intensivos y salud mental, hemoneurodinamia, rehabilitación cardiaca para la atención en salud a la población pobre y vulnerable, desplazada por la violencia y la no asegurada del Distrito de Cartagena.

Los servicios de laboratorio clínico e imágenes diagnósticas son ofertados por la ESE Hospital Local Cartagena de Indias y prestados por terceros mediante subcontratación con personas naturales o jurídicas en sedes externas.

Otro componente débil que posee la oferta asistencial de Cartagena en la baja complejidad es la carencia de una buena dotación hospitalaria para la adecuada atención de los usuarios, esta situación incide notablemente en la percepción de satisfacción de los usuarios y de la disponibilidad de ellos para no trasladarse hacia otras IPS de mayor complejidad. Además, de la limitante de los suministros y de medicamentos, otro factor, como la disponibilidad de recurso humano generan algún tipo de inconformidad en la atención del paciente, especialmente en los servicios de urgencia.

Los Servicios de Alto costo o alta Complejidad, son prestados por la ESE Hospital Universitario de Caribe, y por la red privada del Distrito del distrito este último por lo general es sin contrato, lo que dificulta la atención ya que algunas exigen para su atención no solo la autorización de servicio sino la garantía de pago como es la disponibilidad presupuestal y su respectivo registro.

Hoy el país requiere fortalecer su infraestructura de atención en clínicas, hospitales y centros de salud. Según un estudio reciente de la Organización Mundial de la Salud publicado este año, Colombia es uno de los países de la región que cuenta con el indicador más bajo de número de camas por cada 10.000 habitantes. Colombia tiene 12 camas por cada 10.000 habitantes, mientras que Chile tiene 24, República Dominicana 22, Argentina 41, Brasil 36, Estados Unidos y Europa más de 30. Esto indica que el país necesita que en los próximos años se realicen inversiones para que podamos prestar los servicios que demanda la población colombiana. En ocasiones se presenta congestión para acceder a los servicios de salud por esta razón.

Se ha verificado que en total, la ciudad cuenta con un déficit de camas para la población objeto, pero debemos tener presente que Cartagena atiende la mayor parte de necesidades de cama del Departamento de Bolívar y de otros Departamentos vecinos, haciendo este factor insuficiente al Hospital Universitario del Caribe.

En el año 2006, con la apertura de la ESE Hospital Universitario del Caribe, la demanda de servicios de la población objeto se canalizó hacia esta entidad la cual en el mes de diciembre atendió algo más de 2.000 eventos. Todavía hoy, Cartagena depende totalmente para la atención de su población objeto en los niveles de media y alta complejidad de las entidades del orden departamental, nacional y privadas.

Claro que con la apertura de los hospitales nuevos del Pozón, Arroz Barato, Canapote y próximo el de San Fernando, debe mejorar la atención oportuna de baja y mediana complejidad.



En lo referente a la gestión de inspección vigilancia y control en salud del Sistema Obligatorio de Garantía encontramos que en el Distrito de Cartagena de Indias, conforme en el Departamento Administrativo Distrital de Salud –DADIS- un grupo interdisciplinario para realizar la verificación de las condiciones de habilitación en las IPS y Consultorios de Profesionales Independientes, realizar vigilancia y control en la prestación de servicios. Actualmente el DADIS cuenta con la Dirección Operativa de Vigilancia y Control, creada a inicios del 2006, con la finalidad de contar con una Dependencia que se dedique exclusivamente a realizar actividades de inspección, vigilancia y control a los Prestadores de servicios de salud en el marco del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud que se compone del Sistema Único de Habilidadación, del Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad de la Atención en Salud; así como también verificar dentro del Sistema Único de Habilidadación el adecuado manejo de los residuos hospitalarios, gestión del servicio farmacéutico, el sistema de información para la calidad, el mantenimiento hospitalario, la tecnología biomédica controlada y tramitar y resolver las quejas relacionadas con las fallas en la calidad de la Prestación de Servicios de salud.

De los 1.226 prestadores que existen, el 98% han renovado su inscripción en el Registro Especial de Prestadores de servicios de salud, en estos cinco (5) últimos años, se han realizado 2276 visitas de verificación, igualmente se deben realizar visitas para la implementación de la verificación de procesos, tales como el sistema de información para la calidad, mantenimiento hospitalario, tecnología biomédica controlada, sistema de información y atención al usuario, alianza de usuarios, planes de auditoría para el mejoramiento de la calidad, resolución de quejas presentadas por los usuarios por fallas en la prestación de los servicios de la salud, procesos administrativos sancionatorios por incumplimiento en la normatividad vigente, además verificar como mínimo el 25% de los prestadores inscritos en la respectiva vigencia del registro especial de prestadores de servicios de salud, capacitaciones y asistencias técnicas a los prestadores de servicios de salud, actualización de la base de datos del registro de prestadores de servicios de salud por lo que se hace necesario formular un proyecto que permita coadyuvar en la consecución de las metas propuestas para el cuatrienio y poder garantizar la calidad en la prestación de los servicios de salud, mediante la promoción y verificación del cumplimiento de los lineamientos establecidos por el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud.

Encontramos en el Distrito de Cartagena una cobertura de un 53% de IPS verificadas que cumplen con los componentes del Sistema Obligatorio de la Garantía de Calidad, la principal dificultad que existe para lograr una cobertura ideal en los procesos de Vigilancia Inspección y Control en las entidades de salud del Distrito, según lo que nos corresponde hacer, se debe, básicamente, al incumplimiento de los prestadores para realizar la actualización de la Inscripción, Novedades y renovaciones de sus servicios en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, acorde con lo establecido en el Decreto 1011 de 2006, se debe mantener actualizado el censo de prestadores; depurar, actualizar y validar, ante el Ministerio de la Protección Social, el Registro especial de prestadores de servicios de salud del Distrito de Cartagena; dar estricto cumplimiento a la meta de visitas de verificación establecida por el Ministerio de la Protección Social, brindar asistencia técnica a los prestadores que lo soliciten, capacitar y asesorar en la Implementación del PAMEC, promover para que las IPS se acojan al Sistema de Acreditación en Salud y monitorear el Sistema de Información de la Calidad en Salud.

Tabla N° 12 RELACION DE PRESTADORES PRIVADOS DE SERVICIOS DE SALUD HABILITADOS EN EL DISTRITO DE CARTAGENA, 2013

| PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD DEL DISTRITO DE CARTAGENA 2013 (privadas) | | | |
|--|---|------------------------------------|---|
| PRESTADORES HABILITADOS (sin incluir las sedes) | | | |
| 1226 | | | |
| INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD | PROFESIONALES INDEPENDIENTES | OBJETO SOCIAL DIFERENTE | TRANSPORTE ESPECIAL DE PACIENTES |

| | | | |
|-----|-----|----|---|
| 368 | 817 | 30 | 5 |
|-----|-----|----|---|

Fuente: REPS- Dirección Operativa Vigilancia y Control –DADIS

Fuente: REPS- Dirección Operativa Vigilancia y Control –DADIS

La prestación de servicios asistenciales en salud del Distrito de Cartagena lo conforman un total de 1223 prestadores, de los cuales 368 son IPS (30.3%), 817 Profesionales independientes (66.9%), 30 son objeto social diferentes (2.4%) y 5 prestadores de servicio de transporte especial de pacientes (0.4%).

Capacidad instalada en la Red de Servicios de Cartagena.

A continuación se muestra la capacidad instalada de los servicios de Salud del Distrito de Cartagena.

Tabla N° 13 RELACION DE CAMAS HABILITADAS POR SERVICIOS EN CARTAGENA, AÑOS 2009-2013

| SERVICIOS | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|--|------|------|------|------|------|
| CUIDADO INTENSIVO ADULTO | 20 | 20 | 116 | 136 | 137 |
| CUIDADO INTERMEDIO ADULTO | 52 | 69 | 69 | 89 | 97 |
| CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO | 29 | 25 | 32 | 74 | 64 |
| CUIDADO INTERMEDIO PEDIATRICO | 20 | 15 | 18 | 23 | 19 |
| CUIDADO INTENSIVO NEONATAL | 99 | 85 | 96 | 113 | 99 |
| CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL | 90 | 82 | 110 | 105 | 90 |
| CAMAS HOSPITALIZACION ADULTOS | 741 | 839 | 835 | 987 | 937 |
| CAMAS HOSPITALIZACION PEDIATRICOS | 254 | 238 | 274 | 266 | 222 |
| CAMAS OBTETRICAS | 225 | 212 | 195 | 209 | 195 |
| PSIQUIATRICAS | 45 | 45 | 5 | 63 | 63 |
| FARMACODEPENDENCIA | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| CUIDADO AGUDO MENTAL | 8 | 8 | 8 | 7 | 7 |
| CUIDADO INTERMEDIO MENTAL | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| SALUD MENTAL PSIQUIATRICA | 0 | 17 | 17 | 18 | 18 |
| SALAS DE PARTO | 11 | 12 | 28 | 27 | 23 |
| SALAS DE CIRUGIA | 42 | 48 | 8 | 93 | 87 |

Fuente: REPS- Dirección Operativa Vigilancia y Control –DADIS

Como se observa en la **Tabla No.13** en términos generales se puede inferir que el número de camas en el distrito de Cartagena ha tenido una tendencia al aumento en los últimos cuatro años pasando de un número total de camas de 1593 para el año 2009 a 1960 para en el año 2013.

Este aumento en el número de camas está asociado en un mayor porcentaje a la ampliación o habilitación de Unidades de Cuidados Intensivos adultos y pediátricos, donde se puede observar que para el primero en el año 2009 se contaba con 20 camas habilitadas y para el año 2013 se cuentan con 137 camas. Lo que equivale a un 685% de crecimiento en este servicio.

Servicio de cuidados intensivos e intermedios

En Cartagena existen 24 instituciones de servicios de salud que ofertan 137 camas de unidad de cuidado intensivo adulto, 97 camas de unidad de cuidado intermedio adulto, 64 camas de unidad de cuidado intensivo pediátrico, 19 camas de unidad de cuidados intermedio pediátrico, 99 camas de unidad de cuidado intensivo neonatal y 90 camas de unidad de cuidado intermedio neonatal, para un total de 506 camas habilitadas.

Tabla N° 14 RELACION DE CAMAS UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS

| ENTIDAD | CUIDADO INTENSIVO ADULTO | CUIDADO INTERMEDIO ADULTO | CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO | CUIDADO INTERMEDIO PEDIATRICO | CUIDADO INTENSIVO NEONATAL | CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL | TOTAL CAMAS | LOCALIDAD |
|---|--------------------------|---------------------------|------------------------------|-------------------------------|----------------------------|-----------------------------|-------------|-----------|
| CLINICA CARTAGENA DEL MAR | 6 | 4 | | | 4 | 6 | 20 | 1 |
| MEDIHELP | 4 | 1 | 2 | 1 | | | 8 | 1 |
| UCI DEL CARIBE - MATERNIDAD BOCAGRANDE | 4 | 2 | | | 11 | 13 | 30 | 1 |
| CENTRO MEDICO CRECER | 5 | 3 | | | 14 | 6 | 28 | 1 |
| CLINICA BLAS DE LEZO | 5 | 5 | | 2 | 6 | | 18 | 1 |
| CLINICA UNIV.SAN JUAN DE DIOS | 23 | 21 | | | | | 44 | 1 |
| MATERNIDAD RAFAEL CALVO | | | | | 7 | 22 | 29 | 1 |
| GESTIÓN SALUD S.A | 10 | 6 | | | | | 16 | 1 |
| CLINICA CARDIOVASCULAR JESUS DE NAZARET | 8 | 4 | | | | | 12 | 1 |
| UCI COMFAMILIAR | | | | 2 | 4 | | 6 | 1 |
| CUNA NATAL S.A | | | 5 | 4 | 6 | 6 | 21 | 1 |
| UCI ESTRIOS SEDE 01 | | | 6 | 5 | 6 | 6 | 23 | 1 |
| UCI ESTRIOS SEDE 02 | 12 | 9 | | | 7 | 4 | 32 | 1 |
| Clínica HIGEA IPS S.A. | 4 | | 7 | | 7 | | 18 | 1 |
| FUNDACION CENTRO COLOMBIANO DE EPILEPSIA Y ENFERMEDADES NEUROLOGICAS-FIRE | 2 | 3 | | | | | 5 | 1 |
| NUEVO HOSPITAL BOCAGRANDE | 9 | 9 | | | 4 | 12 | 34 | 1 |
| SOCIEDAD SAN JOSE DE TORICES | 11 | | | | | 10 | 21 | 1 |
| IPS GEMEVA EU | | 5 | 10 | 4 | 6 | 4 | 29 | 1 |
| GRUPO AMIR S.A.S CLINICA SOL DE LAS AMERICAS | 5 | 4 | | | | | 9 | 1 |
| TOTAL | 108 | 76 | 30 | 18 | 82 | 89 | 403 | — |

| ENTIDAD | CUIDADO INTENSIVO ADULTO | CUIDADO INTERMEDIO ADULTO | CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO | CUIDADO INTERMEDIO PEDIATRICO | CUIDADO INTENSIVO NEONATAL | CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL | TOTAL CAMAS | LOCALIDAD |
|--|--------------------------|---------------------------|------------------------------|-------------------------------|----------------------------|-----------------------------|-------------|-----------|
| ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE | 10 | 8 | | | | | 18 | 2 |
| CLINICA GENERAL DEL CARIBE | 11 | 4 | | 1 | 3 | 1 | 20 | 2 |
| FUNDACION UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DOÑA PILAR | | | 23 | | 8 | | 31 | 2 |
| TOTAL | 21 | 12 | 23 | 1 | 11 | 1 | 69 | — |

| ENTIDAD | CUIDADO INTENSIVO ADULTO | CUIDADO INTERMEDIO ADULTO | CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO | CUIDADO INTERMEDIO PEDIATRICO | CUIDADO INTENSIVO NEONATAL | CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL | TOTAL CAMAS | LOCALIDAD |
|---|--------------------------|---------------------------|------------------------------|-------------------------------|----------------------------|-----------------------------|-------------|-----------|
| CLINICA MADRE BERNARDA | 5 | 6 | 11 | | 6 | | 28 | 3 |
| CLINICA NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO SUCURSAL CARTAGENA | 3 | 3 | | | | | 6 | 3 |
| TOTAL | 8 | 9 | 11 | 0 | 6 | 0 | 34 | — |
| GRAN TOTAL | 137 | 97 | 64 | 19 | 99 | 90 | 506 | |

Se puede observar que el 80% de las camas habilitadas de unidad de cuidados intensivos e intermedios (adultos, pediátricos y neonatales) se concentra en la localidad 1 del Distrito de Cartagena, mientras que en la localidad 2 abarca el 14% de las camas y la localidad 3 tan solo con el 6%.

CAMAS HOSPITALARIAS

TABLA N°15 RELACION DE LA CAPACIDAD INSTALADA DE CAMAS EN EL DISTRITO DE CARTAGENA POR PRESTADOR AÑO 2013.



En Cartagena existen 41 instituciones de servicios de salud que ofertan 211 camas de hospitalización pediátrica, 937 camas de hospitalización adulto, 195 camas de obstetricia, 63 camas psiquiátricas, 5 camas de farmacodependencia, 7 camas de unidad de cuidado agudo mental, 7 camas de unidad de cuidado intermedio mental, 18 camas de salud mental psiquiátrica, para un total de 1443 camas habilitadas.

| ENTIDAD | HOSPITALIZACION PEDIATRICA | HOSPITALIZACION ADULTO | HOSPITALIZACION OBSTETRICA | PSIQUIATRICAS | FARMACODEPENDECIA | CUIDADO AGUDO MENTAL | CUIDADO INTERMEDIO MENTAL | SALUD MENTAL PSIQUIATRICA | LOCALIDAD |
|---|----------------------------|------------------------|----------------------------|---------------|-------------------|----------------------|---------------------------|---------------------------|-----------|
| CLINICA MEDIHELP | 2 | 9 | | | | | | | 1 |
| CLINICA BLAS DE LEZO SEDE 01 | 11 | 55 | | | | | | | 1 |
| CLINICA BLAS DE LEZO SEDE 02 | 9 | 17 | 2 | | | | | | 1 |
| ESE MATERNIDAD RAFAEL CALVO | 11 | 10 | 70 | | | | | | 1 |
| CLINICA CARTAGENA DEL MAR | 6 | 54 | 3 | | | | | | 1 |
| COMFAMILIAR | 5 | 31 | | | | | | | 1 |
| PROFAMILA | | 2 | | | | | | | 1 |
| CLINICA UNIVERSITARIA SAN JUAN DE DIOS | 14 | 158 | 39 | | | | | | 1 |
| FUNDACION SIMON SANTANDER SEDE 01 | | | | 13 | 3 | 2 | 5 | | 1 |
| FUNDACION SIMON SANTANDER SEDE 02 | | | | 20 | | | | | 1 |
| HOPITAL INFANTIL NAPOLEON FRANCO PAREJA | 87 | | | | | | | | 1 |
| CENTRO MEDICO CRECER | 11 | 18 | 33 | | | | | | 1 |
| GESTION SALUD S.A | | 11 | | | | | | | 1 |
| CLINICA DE LA MUJER | 2 | 3 | 6 | | | | | | 1 |
| CEMIC | | | | 30 | 2 | 5 | 2 | 7 | 1 |
| FIRE | 4 | 40 | | | | | | | 1 |
| NUEVO HOSPITAL BOCAGRANDE | 10 | 32 | | | | | | | 1 |
| SOCIEDAD AEROPORTUARIA DE LA COSTA | | 3 | 1 | | | | | | 1 |
| SOCIEDAD SAN JOSE DE TORICES S.A.S | 4 | 31 | | | | | | | 1 |
| FUNDACION REDIMIR | | 2 | 2 | | | | | | 1 |
| FUNDACION MARIO SANTO DOMINGO | 2 | 2 | 2 | | | | | | 1 |
| UCI DEL CARIBE S.A- MATERNIDAD BOCAGRANDE | 1 | 24 | | | | | | | 1 |
| CUNA NATAL SA | 1 | | | | | | | | 1 |
| FUNDACION DESARROLLO HUMANO JUAN CARLOS MARRUGO VEGA | | | | | | | | 1 | 1 |
| ESTRIOS SEDE 02 | | 6 | | | | | | | 1 |
| GRUPO AMIR S.A.S | 8 | 39 | 2 | | | | | | 1 |
| CLINICA MATERNO INFANTIL CORAZON DE JESUS CARTAGENA S.A.S | 11 | | | | | | | | 1 |
| TOTALES | 188 | 547 | 160 | 63 | 5 | 7 | 7 | 8 | |

| ENTIDAD | HOSPITALIZACION PEDIATRICA | HOSPITALIZACION ADULTO | HOSPITALIZACION OBSTETRICA | PSIQUIATRICAS | FARMACODEPENDECIA | CUIDADO AGUDO MENTAL | CUIDADO INTERMEDIO MENTAL | SALUD MENTAL PSIQUIATRICA | LOCALIDAD |
|--|----------------------------|------------------------|----------------------------|---------------|-------------------|----------------------|---------------------------|---------------------------|-----------|
| ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA CAP DE LA ESPERANZA | | 7 | | | | | | | 2 |

| | | | | | | | | | |
|---|----|-----|----|---|---|---|---|---|---|
| ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA CAP BAYUNCA | | | 2 | | | | | | 2 |
| ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA CAP DE LA CANDELARIA | | | 3 | | | | | | 2 |
| CLINICA GENERAL DEL CARIBE | | 26 | 8 | | | | | | 2 |
| CLINICA HIGEA IPS S.A | 4 | 6 | 2 | | | | | | 2 |
| ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE | 6 | 245 | | | | | | | 2 |
| TOTALES | 10 | 284 | 15 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |

| ENTIDAD | HOSPITALIZACION PEDIATRICA | HOSPITALIZACION ADULTO | HOSPITALIZACION OBSTETRICA | PSIQUIATRICAS | FARMACODEPENDENCIA | CUIDADO AGUDO MENTAL | CUIDADO INTERMEDIO MENTAL | SALUD MENTAL PSIQUIATRICA | LOCALIDAD |
|---|----------------------------|------------------------|----------------------------|---------------|--------------------|----------------------|---------------------------|---------------------------|-----------|
| CLINICA MADRE BERNARDA | 10 | 55 | 12 | | | | | | 3 |
| ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA CAP DE PASACABALLO | | | 3 | | | | | | 3 |
| ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA CAP BOQUILLA | | | 3 | | | | | | 3 |
| ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA CAP ARROZ BARATO | | 22 | 2 | | | | | | 3 |
| CLINICA SAN FELIPE DE BARAJAS S.A.S | | | | | | | | 10 | 3 |
| CLINICA NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO | 3 | 29 | | | | | | | 3 |
| TOTALES | 13 | 106 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 | |
| GRAN TOTAL | 211 | 937 | 195 | 63 | 5 | 7 | 7 | 18 | |

TOTAL CAMAS HOSPITALARIAS: 1443

Red Alterna Privada:

El Distrito de Cartagena complementa su red de servicios con unas IPS de naturaleza privada, la cual atienden a la población asegurada y a la vinculada en los niveles de baja, mediana y alta complejidad. Esta Red complementaria es utilizada siempre y cuando la oferta de servicios de las IPS Públicas Adscritas no oferte estos servicios o sea insuficientes la capacidad instalada.

Se encuentran habilitadas 3 entidades privadas de urgencias de baja complejidad, dos en la localidad 1 y una en la 3.

El Distrito cuenta con 8 IPS privadas que prestan el servicio de urgencias de mediana y alta complejidad, 7 ubicadas en la localidad 1 y 1 en la localidad 3.

TABLA N°16 URGENCIAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD EN EL DISTRITO DE CARTAGENA POR PRESTADOR AÑO 2013

| SERVICIOS | PRESTADOR | localización |
|-------------------------|---------------------------|--------------|
| DIALISIS | FUNDACION ANDINA | |
| | RTS | |
| | FRESENIUS MEDICAL CARE | |
| ATENCION MEDIANA Y ALTA | CLINICA CARTAGENA DEL MAR | Localidad 1 |
| | MEDIHEALP (UROHEALTH) | Localidad 1 |

| | | |
|--|---|-------------------|
| <i>COMPLEJIDAD</i> | CLINICA MADRE BERNARDA | Localidad 3 |
| | CLINICA SAN JUAN DE DIOS | Localidad 3 |
| | CLINICA BLAS DE LEZO | Localidad 3 |
| | CLINICA SAN JOSE DE TORICES | Localidad 1 |
| | HOSPITAL INFANTIL NAPOLEON FRANCO | Localidad 1 |
| | CLINICA SAN JOSE DE TORICES | Localidad 1 |
| | FUNDACION CENTRO COLOMBIANO DE EPILEPSIA Y ENFERMEDADES NEUROLOGICAS – FIRE | |
| | CLINICA SAN JUAN DE DIOS | |
| | CLINICA GENERAL DELCARIBE | |
| | CLINICA NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO | |
| | CLINICA CRECER | |
| | <i>APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPAEUTICO</i> | NEURODINAMIA LTDA |
| CENTRO DE MEDICINA NUCLEAR | | |
| FIRE | | |
| IMÁGENES Y RADIOLOGIA | | |
| CENTRO NEURORADIONCOLOGICO DE CARTAGENA | | |
| <i>LAB CLINICO DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD</i> | CENTRO RADIONCOLOGICO DEL CARIBE | |
| | EDGAR GAVIRIA RAMIREZ | |
| <i>CUIDADOS INTENSIVOS</i> | LABORATORIO SALUD PUBLICA DEPTAL | |
| | CLINICA CARTAGENA DEL MAR | |
| | GESTION SALUD | |
| | UCI DOÑA PILAR | |
| | UCI HONAC (ESTRIOS) | |
| | UCI DEL CARIBE | |
| | CLNICA CARDIOVASCULAR JESUS DE NAZARET | |
| CLINICA HIGEA | | |
| <i>SALUD MENTAL</i> | CEMIC, CLINICA SAN FELIPE DE BARAJAS, FUNDACION SIMON SANTANDER, CLINICA LA | |

Emergencias y desastres

Cartagena de Indias, por su ubicación geográfica y las condiciones especiales de su territorio debido a su amplio número de cuerpos de aguas internos, así como su extensión marina y demás condiciones de suelo, es una Ciudad potencialmente vulnerable a eventos de origen natural al igual que otros de origen antrópico propios de nuestro país, por esta razón y buscando que las emergencias que se atiendan bajo criterios coordinados, con la participación de todas las entidades responsables dentro del Consejo Distrital de Gestión del Riesgo y los Comités Conocimiento del Riesgo, Reducción del Riesgo, y Manejo del Desastre, la Alcaldía Mayor de Cartagena de Indias considera prioridad dentro del plan de Gestión del riesgo que adelanta, la puesta en marcha de Estrategia Distrital para afrontar las diferentes situaciones en caso de presentarse eventos catastróficos.

Teniendo en cuenta que las acciones de respuesta exigen un proceso de Conocimiento, reducción del riesgo y el Manejo del desastres se requiere que las diferentes instituciones estén preparadas para garantizar un trabajo coordinado, se considera esencial, el desarrollo de estrategias que permitan garantizar una adecuada respuesta en situaciones de emergencias.



Las bases para la formulación del Plan Gestión del Riesgo, estrategias, funciones y responsabilidades, así como las guías y criterios están contemplados en un marco general de las Ley 1523 de 2012, por la cual se adopta la política nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se establece el Sistema Nacional del Riesgo de desastres y se dictan otras disposiciones.

Se entiende por desastre el resultado que se desencadena de la manifestación de uno o varios eventos naturales o antropogénicos no intencionales que al encontrar condiciones propicias de vulnerabilidad en las personas, los bienes, la infraestructura, los medios de subsistencia, la prestación de servicios o los recursos ambientales, causa daños o pérdidas humanas, materiales, económicas o ambientales, generando una alteración intensa, grave y extendida en las condiciones normales de funcionamiento de la sociedad, que exige del estado y del sistema Distrital ejecutar acciones de respuesta a la emergencia, rehabilitación y reconstrucción.

Por lo tanto la Gestión del Riesgo, es el proceso social de planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas y acciones permanentes para el conocimiento del riesgo y promoción de una mayor conciencia del mismo, impedir o evitar que se genere, reducirlo o controlarlo cuando ya existe y para prepararse y manejar las situaciones de desastres, así como para posterior recuperación, entendiéndose; rehabilitación, y reconstrucción del sector salud en todos sus aspectos.

Los desastres por inundaciones deslizamientos entre otros, a que ha estado expuesta la ciudad han dejado un número de víctimas y/o familias que hace que el Distrito fortalezca las acciones en materia de Emergencias y desastres para disminuir el número de víctimas (Tabla 17).

El Distrito de Cartagena, se encuentra expuesto a inundaciones y deslizamientos por la vulnerabilidad a la que se encuentra por factores físicos, por la construcción de viviendas en zonas susceptibles a inundaciones y remoción en masa; salud, por el déficit de infraestructura en el sector salud para la atención de emergencias y Desastres; económicos, por el aumento notable de viviendas subnormales, como expresión de las necesidades básicas insatisfechas de la población; educación cultural, por la falta de incorporación del tema de Riesgo local en las estructuras curriculares de todos los niveles educativos; Institucional por la ausencia de trabajo interinstitucional que optimice recursos y agilice trámites; y políticas por la relativa ausencia del tema del riesgo Local en los Planes de Desarrollo y Planes de ordenamiento territorial

Además la zona industrial de Mamonal y las ampliaciones que se desarrollan en el sector se requiere estar preparados para eventos tecnológicos que involucren a la población o aumente los riesgo para la salud de las diferentes comunidades expuestas en forma aguda o crónica a las diferentes sustancias nocivas.

Tabla 17. N° De Víctimas Afectadas en Eventos de Desastre Presentados en el Distrito de Cartagena 1998 y 2011

| Fecha | Evento | N° de Víctimas |
|-------|---|---------------------|
| 1988 | Coletazo huracán JOAN | 1.020 familias |
| 1993 | Inundaciones fenómeno del niño | 3000 personas |
| 1995 | Inundaciones ola invernal | 1.080 personas |
| 1995 | Accidente aéreo en maría la baja | 59 personas + |
| 1999 | Coletazo huracán LENNY | 2500 personas |
| 2002 | Atentado terrorista edificio Inteligente Chambacú | 2 personas + |
| 2002 | Explosión barrio socorro | 5 personas + |
| 2004 | Inundación | 20.000 Damnificados |

| | | |
|-------------|--|--|
| 2007 | Inundación | 7.000 Damnificados |
| 2009 | Marea roja, escape de amoniaco y derrame de hidrocarburo en la bahía | Afectación a comunidades y trabajadores expuesto |
| 2010 - 2011 | Inundaciones y deslizamientos con remoción en masa | 10.000 Damnificados |

Fuente: Plan Local de Emergencias Cartagena de Indias
Unidad Para La Prevención y Atención de Desastres del Distrito
Centro Regulador de urgencias - DADIS

TABLA N° 18 Panorama De Riesgo Del Distrito De Cartagena

| Tipo de evento | Amenaza | Vulnerabilidad | Factor de riesgo | Susceptibilidad de afectación |
|----------------------|---------|----------------|------------------|---|
| Inundaciones | Media | Alta | Alto | Zona Sur-oriental Corregimientos de la Loc. No. 2. Zona sur- |
| Deslizamientos | Media | Alta | Alto | Zona Centro, Localidad No. 1 |
| Tecnológicos | Media | Alta | Alto | Localidad No. 3 Corregimientos de la Localidad No. 1 y 3 |
| Vientos huracanados | Bajo | Medio | Bajo | Zona sur-oriental y Corregimientos de la Localidad No. 2 |
| Incendios forestales | Bajo | Medio | Bajo | Zona Centro de la Loc. No. 1 y Zona sur occidental de la Loc. No. 3 |

Fuente: Plan Local de Emergencias Cartagena de Indias.
Unidad Para La Prevención y Atención de Desastres del Distrito

Al observar el panorama de riesgo de Cartagena observamos que las zonas más susceptibles de afectación por un evento catastrófico son la Zona Sur-oriental Corregimientos de la Localidad No. 2; Zona sur-occidental Localidad No. 3; Zona Centro, Localidad No. 1, las cuales se encuentran expuestas con una alta vulnerabilidad y un alto factor de riesgo a inundaciones, deslizamientos y eventos tecnológicos respectivamente

Sistema De Referencia y Contra Referencia

El Sistema de Referencia y Contrarreferencia está actualmente organizado y basado en el Decreto 0877 de 2007, la red se divide en subredes por localidad, y el Manual de Referencia y Contrarreferencia vigente en Cartagena D. T y C, cuyo funcionamiento permite que la red de prestadores de servicios de salud opere en la búsqueda de la oportunidad y la calidad de los servicios de salud.

La Red de Urgencias es el sistema de red donde se interrelacionan todos los niveles de atención en salud del Distrito de Cartagena y del Departamento, con un nodo central constituido por el CRUE (Centro Regulador de Urgencias y Emergencias), dependiente de la Dirección Operativa de Vigilancia y Control, responsable de la regulación, inspección y vigilancia de la red de urgencias para garantizar la referencia y contraferencia de pacientes de urgencias y hospitalizaciones, el cual cuenta con radiooperadores, médicos, psicólogos, psiquiatra, enfermera, médico forense y toxicólogo, apoyo a la gestión y dos profesionales especializados de planta coordinando las actividades del CRUE. El cual funciona en la actual infraestructura desde el 2010. En la actualidad se tiene la línea de salud mental y toxicología para situaciones de urgencia – emergencia y desastre.



Para el trámite de autorizaciones de servicios de salud se cuenta con apoyo de la Dirección Operativa de Prestación de Servicios, con los auditores concurrentes en cada IPS, los cuales emiten las ordenes respectivas para la prestación de servicios de salud.

El CRUE tiene habilitados los correos electrónicos siguientes: cruecartagenaref@gmail.com y cruecartagenabolivar@gmail.com. Los prestadores, a través de estos correos solicitan las autorizaciones de servicios de salud y reciben respuesta inicial por este medio del servicio solicitado, posteriormente se emite una autorización que es enviada al prestador para efectos de facturación de los servicios aprobados.

A través de este correo se reciben: anexo técnico N° 2 (Informe de la atención inicial de urgencia), anexo técnico N° 3 (Solicitud de autorización de servicios de salud) emitiéndose una respuesta inicial y posteriormente enviando el anexo técnico N° 4 (Autorización de servicios de salud), según lo normado en el decreto 4747 de 2007 y la Resolución 3047 de 2008.

De acuerdo a la información suministrada por el CRUE, para el 2012 el 92% de las referencias fueron de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias (baja complejidad) a la mediana y alta complejidad, y la red pública recibió el 17% de las referencias de urgencias, el 19% fue a su red interna, el resto a las instituciones privadas.

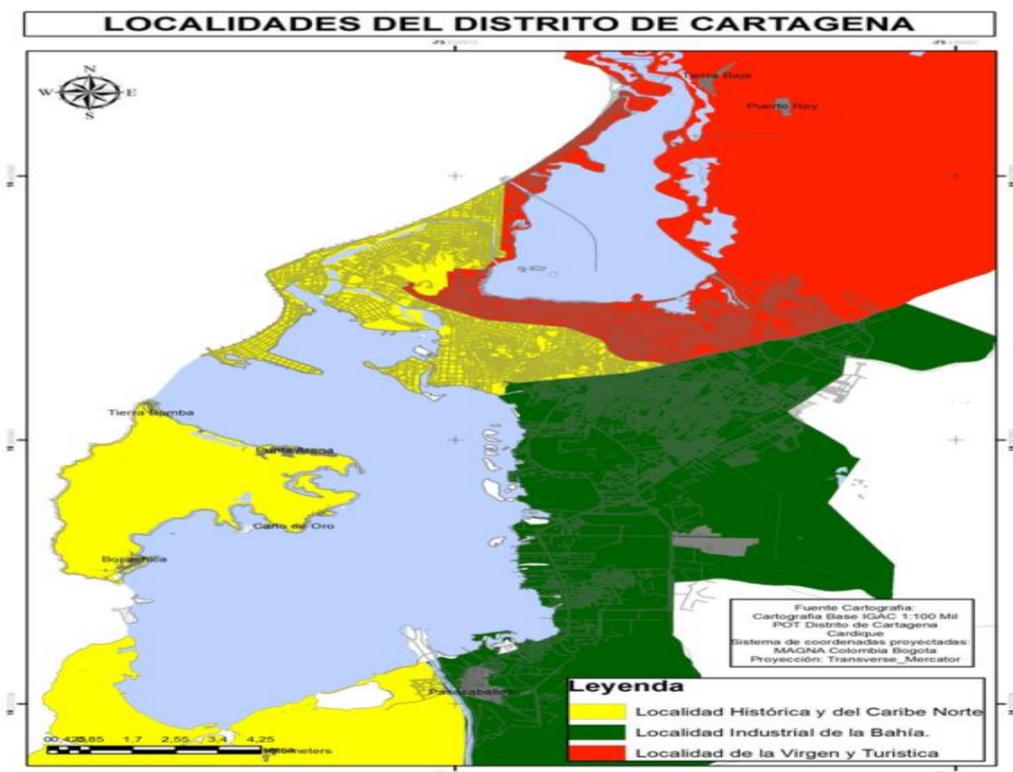
El 76% de las remisiones de urgencias fueron del régimen subsidiado y solo el 16% del Régimen Contributivo. La EPS COOSALUD y COMFAMILIAR tuvieron el 24% y 23% respectivamente. Cabe anotar que no hay documentada contrareferencia

RED acorde como se establece en decreto 0877 de 2007

Subredes 1 – Localidad Histórica y del Caribe

Subredes 2 Localidad Virgen y Turística

Subredes 3 Localidad Industrial y de la Bahía



En el mismo se determina que el Sistema Distrital de Urgencias esta conformados por servicios de baja complejidad a cargo de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, los servicios materno perinatal y pediátrico prestados por los unidades hospitalarias de Canapote, Pozón, Nelson Mandela y Arroz Barato los cuales no funcionaron adecuadamente, todos ellos complementado por la ESE Clínica Maternidad Rafael Calvo, el Hospital Infantil que asumieron la atención de la materna y pediátrica

respectivamente. La mediana y alta complejidad médico quirúrgica la asumió la ESE Hospital Universitario del Caribe.

En Cartagena existen 28 instituciones de servicios de salud que ofertan servicios de transporte asistencial de pacientes, En total existen 81 ambulancias, 42 de ellas son básicas, 38 medicalizadas y 1 ambulancia medicalizadas marítima, 7 de estas ambulancias están declaradas por la ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS incluida la marítima.

Tabla N° 19 RELACION DEL N° DE AMBULANCIAS SEGÚN TIPO DE IPS ADSCRITAS EN CARTAGENA, AÑO 2013

| ENTIDAD | TIPO | | | | TOTAL |
|--|--------|--------------|----------|-------|-------|
| | Básico | Medicalizado | Marítima | Aéreo | |
| CLINICA CARTAGENA DEL MAR | | 1 | | | 1 |
| CRUZ ROJA COLOMBIANA | 3 | | | | 3 |
| CLINICA BLAS DE LEZO | 1 | 2 | | | 3 |
| ECOPETROL | 1 | | | | 1 |
| CLINICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO | 1 | 1 | | | 2 |
| ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS | 8 | 1 | 1 | | 10 |
| ASISTENCIA MEDICO INMEDIATA | 4 | 6 | | | 10 |
| SOCIEDAD AEROPORTUARIA | 1 | | | | 1 |
| FUNDACION CLINICA UNIVERSITARIA SAN JUAN DE DIOS | 1 | | | | 1 |
| CENTRO MEDICO BUENOS AIRES | 3 | 7 | | | 10 |
| GESTION SALUD | 1 | 1 | | | 2 |
| SISMEDICA | 1 | | | | 1 |
| SEGUROS TRANSPORTES Y SALUD LTDA SETRANSALUD | 1 | 1 | | | 2 |
| MIGA SALUD | | 2 | | | 2 |
| SALUDCOOP | 1 | | | | 1 |
| ASISTENCIA MEDICO LEGAL E INTEGRAL ASISSMEDICALLTDA | | 1 | | | 1 |
| CONSTRUCCIONES CONSULTORIASINTERVENTORIAS Y ASESORIAS EN SERVICIOS DE SALUD | 1 | | | | 1 |
| SERVICIOS INTEGRALES DE MEDICINA Y ENFERMERIA | 1 | 2 | | | 3 |
| ESTRIOS | | 1 | | | 1 |
| SOCIEDAD SAN JOSE DE TORICES S.A.S | 1 | 1 | | | 2 |
| FUNDACION JULIO MARIO SANTO DOMINGO | 1 | | | | 1 |
| INVERSIONES R.E.G.M E.U | 1 | | | | 1 |
| CONCESION VIAL DE CARTAGENA S.A | 1 | | | | 1 |
| SUMINISTROS INTEGRALES MS | | 3 | | | 3 |
| OPERADORES EN SALUD S.A.S- OPENSALUD | | 1 | | | 1 |
| GESPRO INDUSTRIAL LTDA | 1 | | | | 1 |
| TERMINAL DE CONTENEDORES DE CARTAGENA S.A. CONTECAR S.A | 1 | | | | 1 |
| PROCARDIO SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES LTDA | 1 | 2 | | | 3 |
| AMOR POR TU SALUD S.A.S. | | 1 | | | 1 |
| CONSTRUCCIONES RAMPIT & CIA LTDA | 1 | | | | 1 |
| CONSORCIO INTEGRADO POR CONSULTORES DEL DESARROLLO S.A Y EDGARDO NAVARRO VIVES | 1 | | | | 1 |
| MOVISER AMBULANCIA S.A.S | | 1 | | | 1 |
| BERAKAH TRANSPORTES Y EQUIPOS SAS | 1 | | | | 1 |
| DEFENSA CIVIL COLOMBIANA | 1 | | | | 1 |

| | | | | | |
|----------------------------|----|----|---|---|----|
| NUEVO HOSPITAL BOCAGRANDE | | 1 | | | 1 |
| COOMEVA MEDICINA PREPAGADA | 2 | 2 | | | 4 |
| TOTAL | 42 | 38 | 1 | 0 | 81 |

Fuente: Dirección Operativa Vigilancia y Control -DADIS-REPS

En lo referente al sistema de atención en salud actualmente se cuenta con hospitalización en pediatría con 222 camas, adultos 937, obstétricas 195, Salud Mental psiquiátricas 27, no camas de quemados, en farmacodependencia 5, cuidados mentales agudo 7 camas, e intermedio 7 .

Tabla N° 20 RELACION DE CAMAS HABILITADAS POR SERVICIOS EN CARTAGENA, AÑOS 2012-2013

| SERVICIOS | 2012 | 2013 |
|--|------|------|
| CUIDADO INTENSIVO ADULTO | 136 | 137 |
| CUIDADO INTERMEDIO ADULTO | 89 | 97 |
| CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO | 74 | 64 |
| CUIDADO INTERMEDIO PEDIATRICO | 23 | 19 |
| CUIDADO INTENSIVO NEONATAL | 113 | 99 |
| CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL | 105 | 90 |
| CAMAS HOSPITALIZACION ADULTOS | 987 | 937 |
| CAMAS HOSPITALIZACION PEDIATRICOS | 266 | 222 |
| CAMAS OBTETRICAS | 209 | 195 |
| PSIQUIATRICAS | 63 | 63 |
| FARMACODEPENDENCIA | 5 | 5 |
| CUIDADO AGUDO MENTAL | 7 | 7 |
| CUIDADO INTERMEDIO MENTAL | 7 | 7 |
| SALUD MENTAL PSIQUIATRICA | 18 | 18 |
| SALAS DE PARTO | 27 | 23 |
| SALAS DE CIRUGIA | 93 | 87 |

El Distrito cuenta además con 87 salas de cirugías y 23 salas de parto las cuales son utilizadas por todas las Empresas de salud contributivas y subsidiadas y los municipios cercanos.

Las camas de alta complejidad en el Distrito son para UCI adulto 137, pediátricas 64 y neonatales 99, en cuidados intermedios contamos con camas para adultos 97, pediátricas 19 y neonatales 90 camas para un total de camas de alta complejidad de 506 camas. Se encuentran habilitadas 3 entidades privadas de urgencias de baja complejidad, dos en la localidad 1 y una en la 3, El Distrito cuenta con 8 IPS privadas que prestan el servicio de urgencias de mediana y alta complejidad, 7 ubicadas en la localidad 1 y 1 en la localidad 3.

Las principales causas de consultas a los servicio de urgencias del Distrito de Cartagena son el trauma y las enfermedades cardiovascular, intoxicación, embarazo y sus complicaciones, patología pulmonar, las metabólicas e infecciosas lo que genera pérdidas de años de vida saludable en la población, la atención inicial en la fase prehospitalaria de estos pacientes es dada por personal con escaso entrenamiento y el traslado se hace en vehículos con dotación inadecuada lo que genera aumento en las secuelas y los índices de mortalidad.

No obstante los avances alcanzados en Cartagena, en la referencia de los usuarios, aún se presentan debilidades, tales como la persistencia de desarticulación o inadecuada comunicación entre las IPS entre los diferentes grados de complejidad de los servicios que ofertan, en la ejecución de la referencia de usuarios, mayormente visible en la referencia por urgencias médicas, en conclusión, la red hospitalaria del Distrito de Cartagena tiene un sistema de urgencias que no garantiza la atención oportuna a la población que demanda los servicios día a día (es decir, las urgencias

cotidianas), cuenta con recurso humano poco entrenado en la atención de urgencias (reanimación cardiopulmonar, manejo del paciente intoxicado, atención de trauma, respuesta en caso de desastre y manejo del paciente crítico) con el agravante de que no tienen dotación suficiente para realizarla atención. El sistema de comunicación es precario, en estos momentos, sólo tiene comunicación a través de radio con la red pública, lo que dificulta la ubicación de los pacientes y el flujo de información entre las IPS. La red privada no dispone de radio, limitándose para sus comunicaciones al uso del servicio telefónico, el cual es posible que se vea afectado al ocurrir una situación de desastre. Además, por la congestión telefónica propia de los centros urbanos, se dificulta aún más el flujo de información a través de este medio, demostrado en el ejercicio diario, al tratar de ubicar a un paciente en un servicio de mayor complejidad o viceversa, precisamente por encontrarse las líneas ocupadas.

En la actualidad se está ejecutando un proceso de Unificación del CRUE, de tal modo que existiendo un solo CRUE en Bolívar, se pretende fortalecerlo en todas sus estrategias y componentes de manera unificada entre el Departamento de Bolívar-Secretaría de Salud Departamental y el Distrito de Cartagena – DADIS, para que permita la regulación de las comunicaciones entre las IPS, para la referencia y contrarreferencia de usuarios, en especial en los casos de Urgencias

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA EN LA ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS

TABLA N° 21 REFERENCIA DE PACIENTES ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS 2013

| PRESTADOR - REMISOR BAJA COMPLEJIDAD | PRESTADOR REMISOR - RECEPTOR BAJA COMPLEJIDAD CON URGENCIAS | PRESTADOR - RECEPTOR MEDIANA COMPLEJIDAD | PRESTADOR RECEPTOR ALTA COMPLEJIDAD |
|---|---|---|---|
| 20 UNIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIAS en los corregimientos y barrios de la zona norte. | <ul style="list-style-type: none"> CAP DE EL POZÓN CAP DE LOS CERROS. CAP DE LA BOQUILLA CAP DE LA CANDELARIA. CAP DE BLAS DE LEZO | <ul style="list-style-type: none"> CLÍNICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO | <ul style="list-style-type: none"> HOSPITAL DE BOCAGRANDE. ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE. FIRE_ HOSPITAL NEUROLÓGICO CLÍNICA OFTALMOLÓGICA HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. FRESENNIUS. CLÍNICA CARTAGENA DEL MAR CLÍNICA CRECER. CLÍNICA GENERAL DEL NORTE. |
| 11 UNIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIAS en la zona Suroriental | <ul style="list-style-type: none"> CAP DE PASACABALLOS CAP BAYUNCA CAP ESPERANZA CAP ARROZ BARATO | <ul style="list-style-type: none"> HOSPITAL INFANTIL NAPOLEON FRANCO PAREJA. | <ul style="list-style-type: none"> CLÍNICA CARTAGENA DEL MAR CLÍNICA CRECER. CLÍNICA GENERAL DEL NORTE. |
| 12 UNIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIAS zona Suroccidental | <ul style="list-style-type: none"> CAP NELSON MANDELA CAP CANAPOTE CAP NUEVO BOSQUE CAP OLAYA HERRERA | <ul style="list-style-type: none"> IPS COMFAMILIAR | <ul style="list-style-type: none"> CLÍNICA BLAS DE LEZO CLINICA MADRE BERNARDA |

FUENTE: SUBGERENCIA CIENTÍFICA ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS

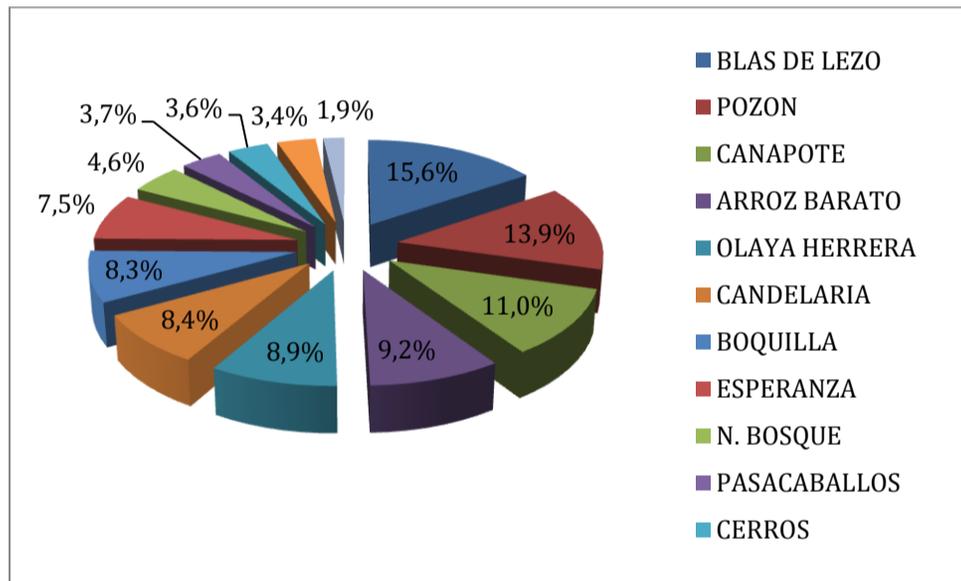
TABLA N°22 CONSOLIDADO DE TRASLADOS Y REMISIONES DE LA ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS POR CENTRO ASISTENCIAL AÑO 2012

| CENTRO ASISTENCIAL | TRASLADOS AÑO | % |
|--------------------|---------------|-------|
| BLAS DE LEZO | 1055 | 15,6% |
| POZON | 941 | 13,9% |
| CANAPOTE | 747 | 11,0% |

| | | |
|----------------|-------------|-------------|
| ARROZ BARATO | 624 | 9,2% |
| OLAYA HERRERA | 601 | 8,9% |
| CANDELARIA | 571 | 8,4% |
| BOQUILLA | 562 | 8,3% |
| ESPERANZA | 511 | 7,5% |
| N. BOSQUE | 314 | 4,6% |
| PASACABALLOS | 251 | 3,7% |
| CERROS | 246 | 3,6% |
| BAYUNCA | 233 | 3,4% |
| NELSON MANDELA | 126 | 1,9% |
| TOTAL | 6782 | 100% |

FUENTE: SUBGERENCIA CIENTÍFICA ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS

GRAFICO N° 10 CONSOLIDADO DE TRASLADOS Y REMISIONES DE LA ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS POR CENTRO ASISTENCIAL AÑO 2012



FUENTE: SUBGERENCIA CIENTÍFICA ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS

Situación Financiera del Departamento Administrativo Distrital de Salud

El Departamento Administrativo de Salud Distrital - DADIS en su práctica actual se comporta funcionalmente como una Secretaría, por no tener personería jurídica.

Mediante el acuerdo No. 013 del 28 de agosto de 2008 se reglamento la organización del fondo de salud del Distrito T. y C. de Cartagena de Indias, la operación y registro de la cuentas maestras para el manejo de los recursos del fondo de salud y otras disposiciones; constituyéndose una cuenta especial del presupuesto del Distrito (Unidad ejecutora 10), separada de las demás rentas y conservando un manejo presupuestal independiente, contable y exclusivo, que permite identificar con precisión el origen y destinación de los recursos de cada fuente.

Son cuatro cuentas de Ahorro del Banco Popular por donde se registran todas las operaciones financieras para el manejo de todos los recursos del Sistema de Salud del Distrito T. y C. de Cartagena de Indias.

Régimen Subsidiado:

Getsemaní Calle Larga. Carrera 10B No 25 -10. Cartagena. Centro Calle Larga , Edificio de Fátima
6501096 – Ext 1430



Nombre: SGP SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SARS 13001 - Número de Cuenta: 220-230-24434-5

Prestación de Servicios:

Nombre: SGP SGS PRESTACION SERVICIO POBLACION PRO-POBRE No. 13001 - Número de Cuenta: 220-230-24435-2

Salud Pública Colectiva:

Nombre: SGP SGS S SALUD PUBLICA COLECTIVA 13001 - Número de Cuenta: 220-230-24436-0

Otros Gastos en salud:

Nombre: INVSGP. SOC. EN SAL OTROS GASTOS EN SALUD INV 13001 - Número de Cuenta: 220-230-24486-5

COMPOSICIÓN SECTOR SALUD POR PROGRAMAS Y RECURSOS

**TABLA N°23
PRESUPUESTO ASIGNADO POR COMPONENTE AÑOS 2010 - 2012**

| PROGRAMA | 2010 | | 2011 | | 2012 | | Acumulado | |
|-------------------------|------------------------|-------------|------------------------|---------------|------------------------|---------------|------------------------|---------------|
| ASEGURAMIENTO | 145.247.850.265 | 64,2% | 158.644.837.045 | 63,0% | 191.244.684.784 | 80,5% | 495.137.372.094 | 69,2% |
| PRESTACION DE SERVICIOS | 66.660.774.110 | 29,5% | 75.087.948.927 | 29,8% | 33.232.398.985 | 14,0% | 174.981.122.022 | 24,5% |
| SALUD PUBLICA | 12.031.006.255 | 5,3% | 15.187.477.191 | 6,0% | 11.078.226.978 | 4,7% | 38.296.710.424 | 5,4% |
| OTROS GASTOS EN SALUD | 2.157.372.347 | 1,0% | 2.723.783.090 | 1,1% | 1.883.011.689 | 0,8% | 6.764.167.126 | 0,9% |
| TOTAL | 226.097.002.977 | 100% | 251.644.046.252 | 100,0% | 237.438.322.436 | 100,0% | 715.179.371.665 | 100,0% |

FUENTE: DIRECCIÓN OPERATIVA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA - DADIS

**TABLA N° 24
COMPARATIVO PRESUPUESTO ASIGNADO POR COMPONENTE AÑOS 2010 - 2012**

| PROGRAMA | 2011 | 2012 | Diferencia | % Variación |
|-------------------------|------------------------|------------------------|-------------------------|--------------|
| ASEGURAMIENTO | 158.644.837.045 | 191.244.684.784 | 32.599.847.739 | 20,5% |
| PRESTACION DE SERVICIOS | 75.087.948.927 | 33.232.398.985 | (41.855.549.942) | -55,7% |
| SALUD PUBLICA | 15.187.477.191 | 11.078.226.978 | (4.109.250.213) | -27,1% |
| OTROS GASTOS EN SALUD | 2.723.783.090 | 1.883.011.689 | (840.771.401) | -30,9% |
| TOTAL | 251.644.046.252 | 237.438.322.436 | (14.205.723.816) | -5,6% |

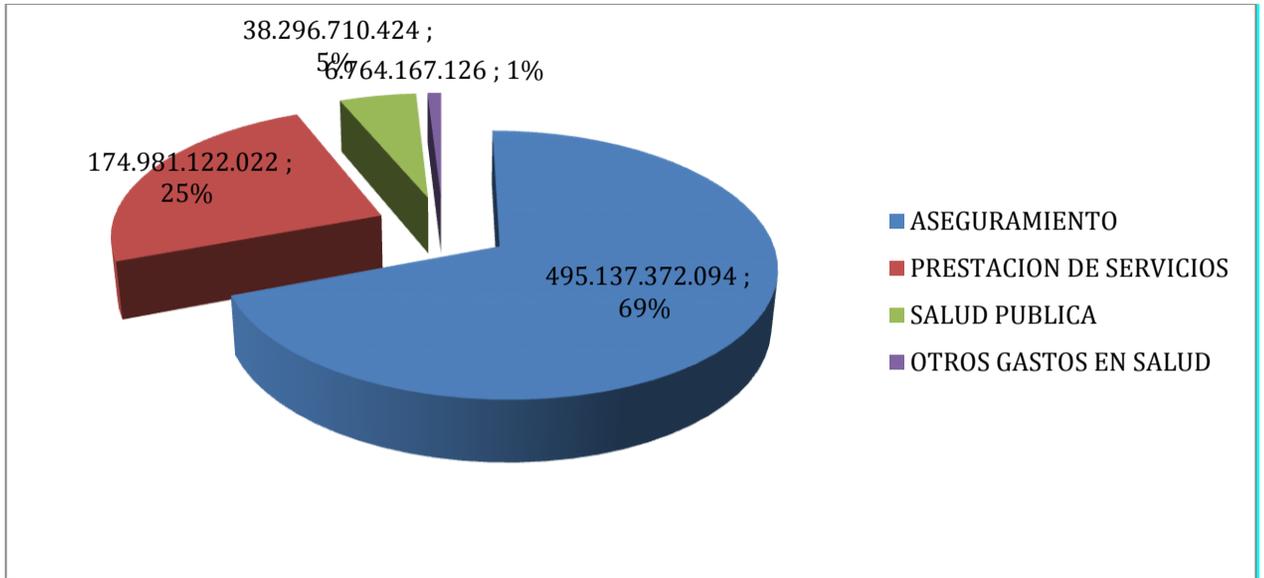
FUENTE: DIRECCIÓN OPERATIVA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA - DADIS

En las tablas 23 y 24 se nota una disminución del presupuesto asignado en salud en el distrito de Cartagena, el cual se hace más evidente al comparar los dos últimos años, notándose que el presupuesto total disminuyó en un 5.6%. El componente que muestra la mayor variación negativa es prestación de servicios con un 55.7%, que en teoría es atribuible a la universalización del aseguramiento y a la unificación del plan de beneficios que es coherente con el aumento de los recursos en el aseguramiento (20.5%). Lo que no tiene justificación es la disminución de los recursos asignados en salud pública (27%). Más adelante integraremos este análisis con relación a las fuentes de financiación.

RECURSOS APROPIADOS / PROGRAMAS 2010 - 2012

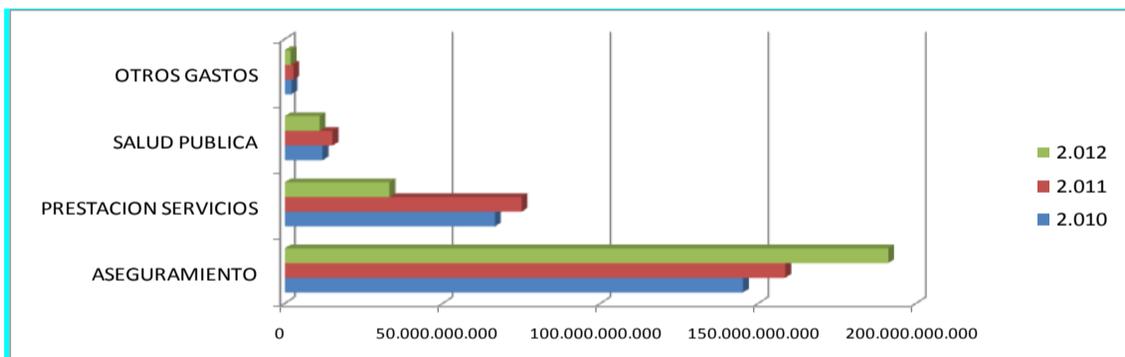
Los recursos financieros del sector salud en el Distrito de Cartagena básicamente están concentrados en los programas de Aseguramiento al régimen subsidiado y la prestación de servicios, representando el 69% y 24% respectivamente del total, mientras que el programa de salud pública significan alrededor de un 6% y los otros gastos en salud no alcanzan a ser el 1%.

GRAFICO N° 11 ACUMULADO PRESUPUESTO ASIGNADO POR COMPONENTE AÑOS 2010 - 2012



FUENTE: DIRECCIÓN OPERATIVA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA – DADIS

La progresión anual entre el período 2010 a 2012 nos muestra un lógico aumento de la vigencia 2010 a 2011 y un sobresaliente cambio de la vigencia 2011 a 2012 cuando todos los programas del sector a excepción de Aseguramiento vieron reducidos sus recursos, lo cual se muestra en detalle más adelante.



FUENTE: DIRECCIÓN OPERATIVA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA – DADIS

FUENTES DE FINANCIACIÓN

No se puede establecer una tendencia en el comportamiento de los recursos, algunas fuentes aumentaron de 2010 a 2011 mientras que otras decrecieron, en cambio para el período de 2011 a 2012 la disminución fue casi general, exceptuándose la de Fosyga.

Comportamiento de los Ingresos por fuente de recursos, se destaca la disminución en los recursos de Regalías y el incremento notable en la fuente Fosyga.

APROPIACIÓN PRESUPUESTAL POR FUENTES DE FINANCIACIÓN:

Se detallan los recursos apropiados por cada fuente de financiación para cada una de las vigencias 2010 a 2012, así mismo el total de cada fuente por el período y el peso porcentual de cada una.

TABLA N° 25 COMPARATIVO DE APROPIACIONES PRESUPUESTALES POR FUENTES DE FINANCIACION AÑOS 2010 – 2012

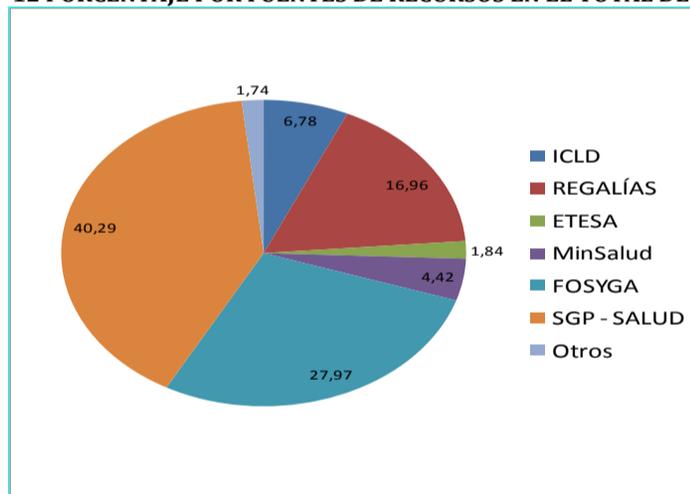
| FUENTES | 2010 | | 2011 | | 2012 | | Acumulado | |
|-------------|-----------------|-------|----------------|-------|-----------------|-------|-----------------|-------|
| SGP - Salud | 107.304.810.999 | 46,3% | 92.953.743.888 | 36,2% | 92.187.058.481 | 38,8% | 292.445.613.368 | 40,3% |
| Fosyga | 40.607.452.288 | 17,5% | 44.416.782.267 | 17,3% | 117.976.918.303 | 49,7% | 203.001.152.858 | 28,0% |
| Regalías | 43.735.419.384 | 18,9% | 66.058.324.847 | 25,7% | 13.295.827.942 | 5,6% | 123.089.572.173 | 17,0% |

| | | | | | | | | |
|--------------|------------------------|---------------|------------------------|---------------|------------------------|---------------|------------------------|---------------|
| ICLD | 14.004.732.027 | 6,0% | 29.759.677.715 | 11,6% | 5.484.596.001 | 2,3% | 49.249.005.743 | 6,8% |
| Minsalud | 11.772.521.335 | 5,1% | 15.764.291.330 | 6,1% | 4.568.912.921 | 1,9% | 32.105.725.586 | 4,4% |
| Etesa | 6.444.531.523 | 2,8% | 3.450.108.386 | 1,3% | 3.464.513.109 | 1,5% | 13.359.153.018 | 1,8% |
| Otros | 7.905.853.482 | 3,4% | 4.273.549.015 | 1,7% | 460.495.680 | 0,2% | 12.639.898.177 | 1,7% |
| Total | 231.775.321.038 | 100,0% | 256.676.477.448 | 100,0% | 237.438.322.437 | 100,0% | 725.890.120.923 | 100,0% |

FUENTE: DIRECCIÓN OPERATIVA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA – DADIS

La tabla 25, es muy dicente al mostrarnos las causales del desfinanciamiento de los recursos asignados a pago de prestación de servicios y a salud pública. Nos muestra el impacto negativo de la ley de regalías, dado que esa fuente represento en el 2011 el 25.7% del presupuesto asignado a la salud de los habitantes del distrito de Cartagena, mientras que en el 2012, solo alcanzo un 5.6%, esta disminución se refleja claramente en el desfinanciamiento de la salud pública y la prestación de servicios (tabla 71 a y 71 b) aunado a la transformación de subsidio a la oferta por subsidio a la demanda así como la reducción de los ingresos corrientes de libre destinación (ICLD) asignados al sector salud por parte del distrito.

GRAFICO N° 12 PORCENTAJE POR FUENTES DE RECURSOS EN EL TOTAL DE 2010 A 2012



FUENTE: DIRECCIÓN OPERATIVA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA – DADIS

FUENTES DE FINANCIACIÓN RÉGIMEN SUBSIDIADO:

FINANCIACIÓN 2010:

Para este año la vigencia del régimen subsidiado era del 01 abril de 2010 a Marzo de 2011. El comportamiento de las fuentes de financiación para la administración del Régimen subsidiado en salud en el Distrito de Cartagena durante la vigencia 2010 de las EPSS fue de la siguiente forma:

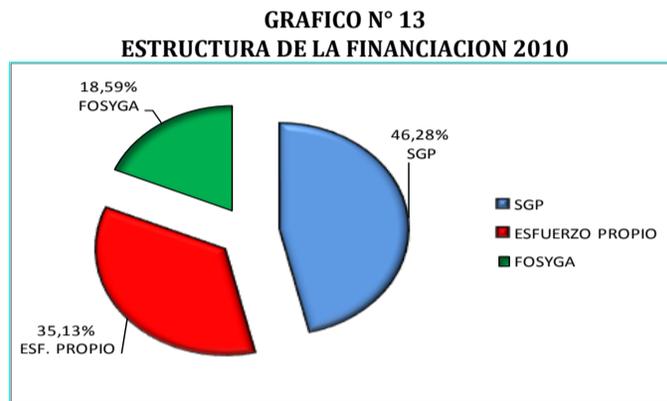
TABLA N° 26
FUENTE DE FINANCIACION REGIMEN SUBSIDIADO POR EPS VIGENCIA 2010

| EPS | TOTAL | 2010 | | |
|--------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| | | SGP | ESFUERZO PROPIO | FOSYGA |
| COMFAMILIAR | 36.795.372.508,26 | 17.021.574.767,14 | 12.889.967.748,84 | 6.883.829.992,28 |
| CAPRECOM | 12.151.619.429,66 | 5.576.853.184,80 | 4.250.156.309,17 | 2.324.609.935,69 |
| SOLSALUD | 7.987.466.556,51 | 3.735.496.313,30 | 2.834.854.441,80 | 1.417.115.801,41 |
| EMDISALUD | 15.733.059.073,29 | 7.289.429.726,52 | 5.466.355.788,02 | 2.977.273.558,75 |
| COOSALUD | 46.611.528.429,21 | 21.567.427.873,32 | 16.453.756.021,39 | 8.590.344.534,50 |
| COMPARTA | 10.197.914.847,77 | 4.719.570.622,00 | 3.547.690.073,08 | 1.930.654.152,69 |
| MUTUAL SER | 25.759.364.522,43 | 11.938.740.015,42 | 9.086.481.856,44 | 4.734.142.650,57 |
| TOTAL | \$ 155.236.325.367,13 | \$ 71.849.092.502,50 | \$ 54.529.262.238,74 | \$ 28.857.970.625,89 |

FUENTE: DIRECCIÓN OPERATIVA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA – DADIS

La financiación total para la vigencia 2010 fue de Ciento Cincuenta y Cinco Mil Doscientos Treinta y Seis Millones Trescientos Veinticinco Mil Trescientos Sesenta y Siete pesos con 13/100 Mcte, presentando un incremento porcentual del 23.11% con relación a la vigencia anterior.

Donde la participación porcentual por fuente fue del 46.28% para el SGP, 18,59% para el FOSYGA y 35.13% para el esfuerzo propio; este aumento significativo en la participación del esfuerzo propio fue producto de la implementación en el Distrito de Cartagena del plan piloto de universalización del aseguramiento y unificación del POS, el cual requirió un mayor compromiso en el aporte de recursos, al igual que la transformación de recursos de prestación de servicios a subsidio a la demanda, como fue reflejado en las ejecuciones presupuestales.



FUENTE: DIRECCIÓN OPERATIVA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA – DADIS

FINANCIACIÓN 2011:

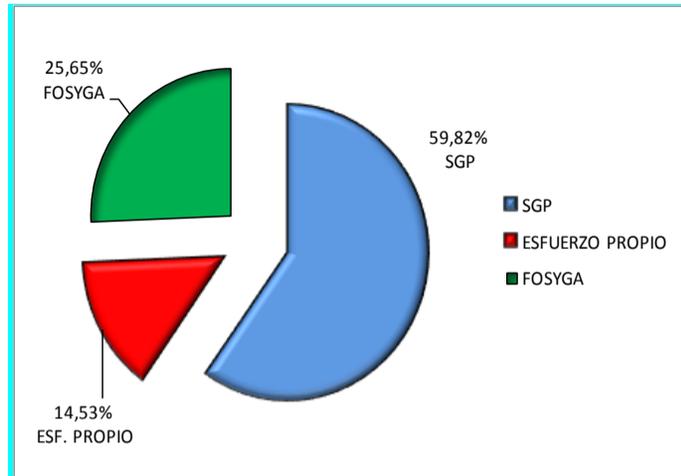
Inicia el 01 de abril de 2011 y finaliza el 31 de diciembre de 2012. El comportamiento de las fuentes de financiación para la administración del Régimen subsidiado en salud en el Distrito de Cartagena fue de la siguiente forma:

TABLA N° 27 FUENTE DE FINANCIACION REGIMEN SUBSIDIADO POR EPS VIGENCIA 2011

| EPS | TOTAL | 2011 | | |
|--------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| | | FUENTES DE FINANCIACION | | |
| | | SGP | ESFUERZO PROPIO | FOSYGA |
| COMFAMILIAR | 29.941.386.691,26 | 17.848.801.726,16 | 4.337.698.100,53 | 7.754.886.864,57 |
| COMFACOR | 789.275,84 | 477.457,20 | 117.765,70 | 194.052,94 |
| COMFACUNDI | 85.032,48 | 49.398,70 | 12.184,28 | 23.449,50 |
| CAPRECOM | 9.874.642.980,52 | 5.862.140.364,04 | 1.424.893.676,07 | 2.587.608.940,41 |
| HUMANAVIVIR | 32.704,80 | 75.743,57 | 18.682,29 | 61.721,06 |
| SOLSALUD | 5.302.262.049,53 | 3.204.587.127,67 | 778.569.040,92 | 1.319.105.880,94 |
| EMDISALUD | 7.590.145.462,78 | 4.719.004.555,71 | 1.145.301.776,66 | 1.725.839.130,41 |
| COOSALUD | 39.276.239.554,92 | 23.404.985.053,22 | 5.687.281.998,40 | 10.183.972.503,30 |
| ECOOPSOS | 226.753,28 | 159.620,62 | 38.079,21 | 29.053,45 |
| COMPARTA | 7.286.899.753,69 | 4.347.443.126,28 | 1.056.462.639,43 | 1.882.993.987,98 |
| MUTUAL SER | 21.739.995.099,87 | 12.997.440.492,82 | 3.158.408.604,03 | 5.584.146.003,02 |
| TOTAL | \$ 121.012.705.358,97 | \$ 72.385.164.665,99 | \$ 17.588.802.547,52 | \$ 31.038.738.145,46 |

FUENTE: DIRECCIÓN OPERATIVA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA – DADIS

GRAFICO N° 14 ESTRUCTURA DE LA FINANCIACION 2011



FUENTE: DIRECCIÓN OPERATIVA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA – DADIS

EL 01 de abril de 2011, entre en vigencia el Decreto 971 de 2011, a partir de la cual no es necesaria la suscripción de contratos del régimen subsidiado. Las personas que a 31 de marzo de 2011 venían afiliadas al Régimen Subsidiado mantuvieron su afiliación mientras cumplieran las condiciones para ser beneficiarias del subsidio en salud, independientemente de la modalidad de ejecución de los recursos.

Se pone en práctica la Liquidación Mensual de Afiliados (LMA). Para efecto del giro directo por parte del Ministerio de Salud y de la Protección Social de la Unidad de Pago por Capitación a las EPS en nombre de las Entidades Territoriales y a los prestadores de servicios de salud, éste genera la liquidación mensual de afiliados con fundamento en la información suministrada por las EPS y validada por las entidades territoriales de la Base de Datos Única de Afiliados -BDUA-.

FINANCIACIÓN 2012:

A partir de este año la vigencia del régimen subsidiado inicia el 01 de enero y finaliza el 31 de diciembre de cada año.

Como consecuencia de los cambios en las normas que regulaban los recursos de Regalías (SGR), los recursos que financiaban la continuidad del aseguramiento para la vigencia 2012 se vieron afectados por los recortes que se presentaron. Esta situación se agravó en aquellos Entes territoriales que como el Distrito de Cartagena financiaban el esfuerzo propio con recursos de Regalías.

A corte 30 de agosto de 2012, el Distrito adeudaba a las EPSS un total de \$13.339.251.798,92 del esfuerzo propio de esa vigencia y solo contaba en su presupuesto con \$818.284.612 de ETESA

El Gobierno Nacional buscó la manera de resolver esta situación a fin de no afectar la continuidad el aseguramiento y expidió varias normas hasta llegar a la Resolución 393 de 2013 con la cual le fueron asignados al Distrito de Cartagena la suma de \$9.457.270.197,47. Estos recursos sirvieron para financiar parte del esfuerzo propio del 2012. El Distrito de Cartagena solo debía aportar \$3.881.981.601,45 y de estos solo contaba con los \$818.284.612 de ETESA.

Esto se dio como consecuencia de los cambios en las normas que regulaban los recursos de Regalías (SGR), los recursos que financiaban la continuidad del aseguramiento para vigencia 2012 se vieron afectadas por los recortes que se presentaron, situación que se agravó en aquellos Entes territoriales que como el Distrito de Cartagena financiaban el esfuerzo propio con recursos de Regalías.

La Ley 1530 de 2012, dispuso en su artículo 145: "Coberturas en educación y salud de las entidades territoriales productoras. Los programas y proyectos de alimentación escolar y régimen subsidiado que en virtud de las normas sobre regalías vigentes antes de la expedición del presente ley, sean financiados con recursos de regalías directas por las entidades territoriales a que se refiere el inciso segundo del artículo 361 de la Constitución Política, serán cofinanciados por la Nación en el monto necesario para alcanzar la media nacional, y los que sean financiados con recursos de regalías por las

Getsemaní Calle Larga. Carrera 10B No 25 -10. Cartagena. Centro Calle Larga , Edificio de Fátima
6501096 – Ext 1430



entidades territoriales que al entrar en vigencia la presente ley tengan cobertura por encima del promedio nacional recibirán el monto necesario para mantener la media nacional más un cinco por ciento (5%) adicional, por un periodo de diez (10) años contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.”

Como complemento el Gobierno Nacional, a través del CONPES 151, definió las entidades territoriales beneficiarias, los criterios de aplicación de lo previsto en el citado artículo para mantener las coberturas de alimentación escolar y régimen subsidiado de salud en cada una de éstas, las fuentes de información a utilizar y la manera de estimar los montos a asignar para tal propósito, precisando la necesidad de que el Ministerio de Hacienda y Crédito Público reglamentara el artículo en mención y que apropiara anualmente en el Presupuesto General de la Nación los recursos requeridos para dar aplicación de lo dispuesto y se realizaran los giros conforme a lo dispuesto en el CONPES 151.

En la matriz definitiva 2012 para la continuidad del aseguramiento fueron liquidados un total de \$13.329.251.798,92 de aportes que debía hacer el Distrito de Cartagena para la continuidad del aseguramiento entre las EPSS.

Finalmente el MINSALUD dispuso que Cartagena solo debía aportar de sus recursos \$3.881.981.601,45, cifra que solo vino a tener respaldo presupuestal una vez se asignaron recursos en el mes de noviembre de 2012 a través de la OCAD (Órganos Colegiados de Administración y Decisión) y se garantizaron recursos ETESA (Hoy COLJUEGOS).

Quedaba un saldo por financiar por \$9.457.270.197,47 que debía asignarse una vez se reglamentara el CONPES 151; el valor fue asignado mediante la resolución 393 de 2013 y girado en fecha 6 de mayo de 2013, por el Consorcio SAYP, directamente a las EPSS.

Se presentó proyectos a la OCAD y se logró conseguir el faltante de los recursos y en estos momentos se dan los trámites para pagar el saldo del esfuerzo propio, puesto que el MINSALUD ya pago lo relacionado con la Resolución 393 de 2013.

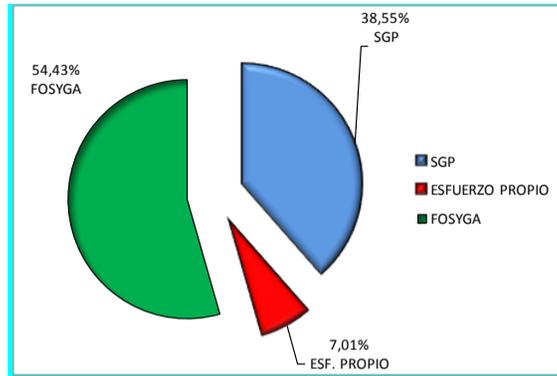
En definitiva los recursos que financiaron la continuidad para el 2012 fueron los siguientes:

TABLA N° 28
FUENTE DE FINANCIACION REGIMEN SUBSIDIADO POR EPS VIGENCIA 2012

| EPS | TOTAL | FUENTES DE FINANCIACION | | |
|--------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| | | SGP | ESFUERZO PROPIO | FOSYGA |
| COMFAMILIAR | 44.763.866.806,70 | 17.104.346.643,68 | 3.185.292.182,04 | 24.474.227.980,98 |
| COMFACOR | 9.491.766.924,63 | 3.839.619.482,48 | 303.930.637,56 | 5.348.216.804,59 |
| COMFACUNDI | - 33.794,96 | - | - | - 33.794,96 |
| CAPRECOM | 14.197.972.579,06 | 5.430.302.743,07 | 1.031.885.175,37 | 7.735.784.660,62 |
| HUMANAVIVIR | 7.963.152.810,37 | 3.041.482.544,55 | 582.193.718,19 | 4.339.476.547,63 |
| SOLSALUD | 246.949,15 | 269.457,44 | 64.477,48 | - 86.985,77 |
| EMDISALUD | 7.358.481.759,87 | 3.115.524.504,04 | 865.240.185,14 | 3.377.717.070,69 |
| COOSALUD | 58.005.445.910,90 | 22.166.617.224,21 | 4.155.414.662,21 | 31.683.414.024,48 |
| ECOOPSOS | 4.009.373.642,89 | 1.717.112.493,87 | 173.197.278,90 | 2.119.063.870,12 |
| COMPARTA | 10.269.645.232,44 | 3.932.559.170,47 | 751.195.070,42 | 5.585.890.991,55 |
| MUTUAL SER | 34.149.956.792,78 | 12.986.226.395,19 | 2.290.838.411,61 | 18.872.891.985,98 |
| TOTAL | \$ 190.209.875.613,83 | \$ 73.334.060.659,00 | \$ 13.339.251.798,92 | \$ 103.536.563.155,91 |

FUENTE: DIRECCIÓN OPERATIVA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA – DADIS

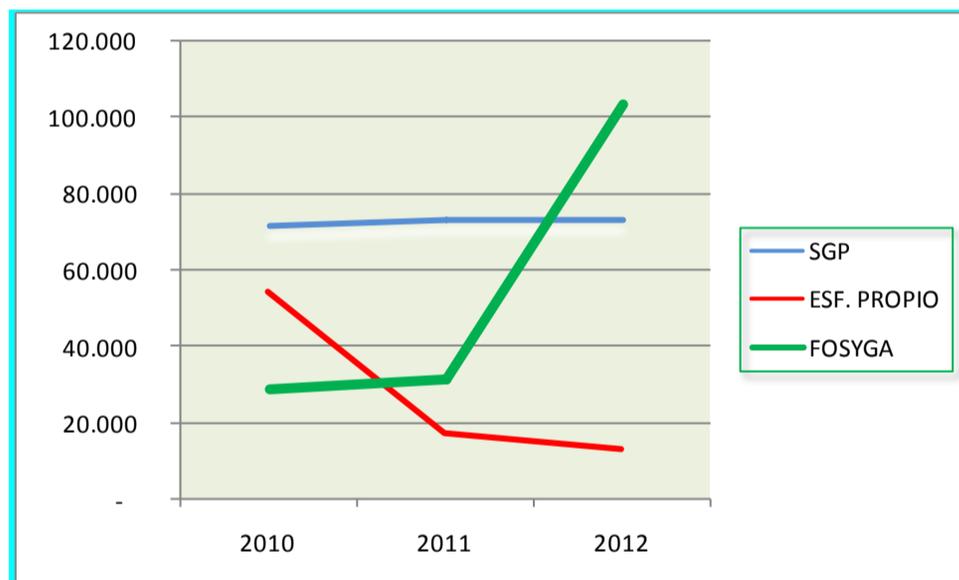
GRAFICO N°15
ESTRUCTURA DE LA FINANCIACION 2012



FUENTE: DIRECCIÓN OPERATIVA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA – DADIS

En la generalidad el comportamiento de las fuentes de financiación del régimen subsidiado de salud durante este trienio en cifras absolutas ha sido de crecimiento como se evidencia en los valores antes expuestos, la única fuente que ha venido disminuyendo es el esfuerzo propio que generalmente se financiaba con recursos regalías, lo anterior como resultado de los cambios en las normas que regulan estos recursos.

GRAFICO N° 16
COMPARATIVO DEL COMPORTAMIENTO DE LAS FUENTES DE FINANCIACION REGIMEN SUBSIDIADO
VIGENCIAS 2010 - 2012



FUENTE: DIRECCIÓN OPERATIVA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA – DADIS

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL VIGENCIAS 2010, 2011 Y 2012

ASEGURAMIENTO:

TABLA N° 29
EJECUCION PRESUPUESTAL COMPARATIVA DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD AÑOS 2010 - 2012

| ASEGURAMIENTO | 2010 | 2011 | 2012 |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|
| Presupuesto Definitivo | 166,543,789,350.86 | 161,596,492,458.30 | 191,266,784,884.22 |
| Presupuesto ejecutado | 155,732,240,377.61 | 146,838,438,448.49 | 178,701,807,887.02 |
| %de ejecución | 93.51 | 90.87 | 93.43 |
| % de variación presupuesto definitivo en relación con el anterior | -15% | -3% | 18% |

PRESTACIÓN DE SERVICIOS:

TABLA N° 30
EJECUCION PRESUPUESTAL COMPARATIVA DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD AÑOS 2010 - 2012

| OFERTA | 2010 | 2011 | 2012 |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|
| Presupuesto Definitivo | 77,543,934,364.50 | 84,642,524,254.50 | 37,880,649,837.97 |
| Presupuesto ejecutado | 57,972,346,225.39 | 66,218,536,963.35 | 28,846,494,167.97 |
| %de ejecución | 74.76 | 78.23 | 76.15 |
| % de variación presupuesto definitivo en relación con el anterior | -23% | 9% | -55% |

SALUD PUBLICA:

TABLA N° 31
EJECUCION PRESUPUESTAL COMPARATIVA DE SALUD PUBLICA AÑOS 2010 - 2012

| SALUD PUBLICA | 2010 | 2011 | 2012 |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|
| Presupuesto Definitivo | 14,801,902,667.00 | 16,844,164,808.14 | 11,931,521,171.00 |
| Presupuesto ejecutado | 9,313,480,502.00 | 12,749,333,686.72 | 6,625,164,413.00 |
| %de ejecución | 62.92 | 75.69 | 55.53 |
| % de variación presupuesto definitivo en relación con el anterior | 7% | 14% | -29% |

FUENTE: DIRECCIÓN OPERATIVA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA – DADIS

SITUACION DEFICITARIA DE ATENCION EN SALUD A POBLACION POBRE Y VULNERABLE DEL DISTRITO DE CARTAGENA

El Departamento Administrativo Distrital de Salud afronta una delicada y muy preocupante situación Financiera, originada principalmente por la reducción de los recursos de Regalías para la vigencia 2012, además de la reducción de los Ingresos Corrientes de Libre Destinación, si bien los recursos de Aseguramiento fueron compensados con Fosyga no sucedió lo mismo con la prestación de servicios y los demás programas que se financiaban con regalías.

Las cuentas de vigencias anteriores adeudadas a Febrero de 2012 eran de 9.190 millones, sin embargo a través pagos directos, Resoluciones del Ministerio de salud y de la Protección Social y depuración de la cartera a través de conciliaciones se logró reducir a la suma de Tres Mil Cuatrocientos Millones de pesos. Mientras tanto de marzo 2012 a febrero de 2013 la deuda es cercana a los veinte mil millones.

Para la cartera adeudada para las vigencia 2011 y anteriores el Dadis cuenta con los recursos a través de proyectos presentados a la OCAD Distrital y que fueron aprobados por valor de 5.200 millones, pero que por haber sido incorporados en el mes de Diciembre de 2012, no fue posible ejecutar, sin embargo ya fueron reasignados al presupuesto de la vigencia 2013.

Para atender las deudas de la vigencia 2012 contamos con el excedente que se genere después de haber cubierto totalmente la cartera 2011 y vigencias anteriores, además recursos a los que accedimos por valor de \$ 4.361.553.000,00 a través de la resoluciones 4345 y 4499 provenientes del Ministerio de salud y de la protección Social, las cuales fueron incorporadas al presupuesto actual y que se está a la espera del Giro de los recursos a las IPS por parte del Minsalud.

TABLA N° 32
RELACION DE LA DEUDA CON LA RED HOSPITALARIA Vs FUENTES DE FINANCIACION VIGENCIA 2010 - 2013

| VIGENCIA DEUDA | DEUDA | RECURSOS / FUENTE | DÉFICIT |
|---------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------|
| 2011 Y ANTERIORES | 2.295.581.924 | 2.295.581.924 SGR-OCAD | 0 |
| 2012 | 14.316.439.289 | 2.904.418.076 SGR-OCAD | 7.050.468.213 |
| | | 4.361.553.000 RESOL. MINSALUD | |
| A MARZO DE 2013 | 9.034.709.821 | 450.000.000 PRESUPUESTO DADIS | 8.584.709.821 |
| TOTAL DEUDAS | 25.646.731.034 | 10.011.553.000 | 15.635.178.034 |

Fuente: dirección Administrativa y Financiera – DADIS.

En total tenemos un déficit de recursos para la vigencia 2012 estimados alrededor de los 7.050 millones de pesos, para cubrir deudas con las IPS y para la vigencia 2013 contamos con una apropiación presupuestal de 450 millones, para el pago de la atención en Salud para la población Pobre y Vulnerable no afiliada, y sólo hasta Marzo de 2013 se han radicado facturas por valor de \$9.034.709.821 y se estima una proyección anual de radicación para el 2013 de aproximadamente 20.000 millones de Pesos por Prestación de Servicios de salud, sin incluir los recobros por atenciones no incluidas en el pos. Para la actual vigencia se tiene contrato de prestación de servicios con las ESEs: Hospital Universitario del Caribe (\$3.000 millones), Clínica Maternidad Rafael calvo (\$1.200 millones) y la ESE HLICI (\$3.150 millones), que cubren entre seis y siete meses de atenciones en salud a la población pobre y vulnerable no asegurada así como a los desplazados que residen en el distrito de Cartagena.

A 31 de marzo de 2013 la situación de la deuda del Distrito por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios (NO POS) sin respaldo contractual en atención en salud a la población pobre y vulnerable afiliada al Régimen subsidiado (RECOBROS de EPS -S), es la siguiente:

TABLA N° 33
RELACION DE LA DEUDA CON LAS EPSS POR RECOBROS VIGENCIA 2010 - 2013

| VIGENCIA | RECOBROS EPSS |
|--------------|-----------------------|
| 2011 | 1.474.967.958 |
| 2012 | 11.599.808.396 |
| 2013 | 5.852.008.042 |
| TOTAL | 18.926.784.396 |

Fuente: dirección Administrativa y Financiera – DADIS

Además de lo anterior, en el caso de las deudas por recobros de servicios no POS, existe en el presupuesto de Ingresos y Gastos del 2013 del Departamento Administrativo Distrital de Salud, una apropiación de \$102 Millones de pesos para el pago de Recobros Atención en Salud para la Población pobre y Vulnerable No Afiliada y para eventos no cubiertos con Subsidio a la Demanda Vigencias anteriores y a Marzo 31 de 2013, como se evidencia en tabla 82, la cartera asciende a \$ 5.852 millones, para la vigencia actual (2013) y un Total para todas las vigencias de \$18.926.784.396.

Así las cosas, el DADIS a fecha 31 de Marzo de 2013 presenta deudas por más de \$39.000 Millones de Pesos sin respaldo presupuestal, dado que mientras se garantiza la afiliación a toda la población pobre y vulnerable al régimen subsidiado, las personas vinculadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, tendrán acceso a los servicios de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado para el efecto, de conformidad con la capacidad de oferta de estas instituciones y de acuerdo con las normas sobre cuotas de recuperación vigentes”, por lo cual es obligación del Distrito garantizar la prestación de los Servicios de Salud a la Población Vinculada que asciende aproximadamente a 100.000 habitantes.

TABLA N° 34
DEUDA CON LAS IPS y EPSS POR RECOBROS VIGENCIA 2010 - 2013

| VIGENCIA | IPS | RECOBROS EPSS | TOTAL |
|----------|---------------|----------------|----------------|
| 2011 | 2.295.581.923 | 1.474.967.958 | 3.770.549.881 |
| 2012 | 8.841.050.662 | 11.599.808.396 | 20.440.859.058 |



| | | | |
|-------|----------------|----------------|-----------------------|
| 2013 | 9.034.395.229 | 5.852.008.042 | 14.886.403.271 |
| TOTAL | 20.171.027.814 | 18.926.784.396 | 39.097.812.210 |

Es importante dar solución a este problema debido a que se puede generar el colapso del sistema por la no prestación del servicio de algunos prestadores a los que se les adeuda, generando la no atención al usuario, el no pago a proveedores y empleados. Todo esto sumándose a la ola de embargos que se pueden presentar por parte de las IPSs y EPSS a las cuentas de la Alcaldía Distrital de Cartagena, lo cual generaría un mayor déficit al Distrito debido a que le tocaría correr con gastos de intereses y honorarios.

En la búsqueda de soluciones a esta problemática presupuestal es necesario involucrar al nivel nacional, dado que las principales causas directas del problema se relacionan con decisiones de ese orden gubernamental, tal como fue la reorganización del sistema nacional de regalías (SGR), disponer que los recobros dejaran de ser una responsabilidad del Fosyga para convertirse en otra carga distrital sin asignar recursos para ello y por último el cambio de la metodología del SISBEN, que dejó a muchos Cartageneros sin la posibilidad de acceder al aseguramiento en salud. Sin dejar de lado los grandes esfuerzos que deba hacer el Distrito para cumplir sus competencias definidas en la Ley 715 de 2001 y la Ley 1617 de 2012.

CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

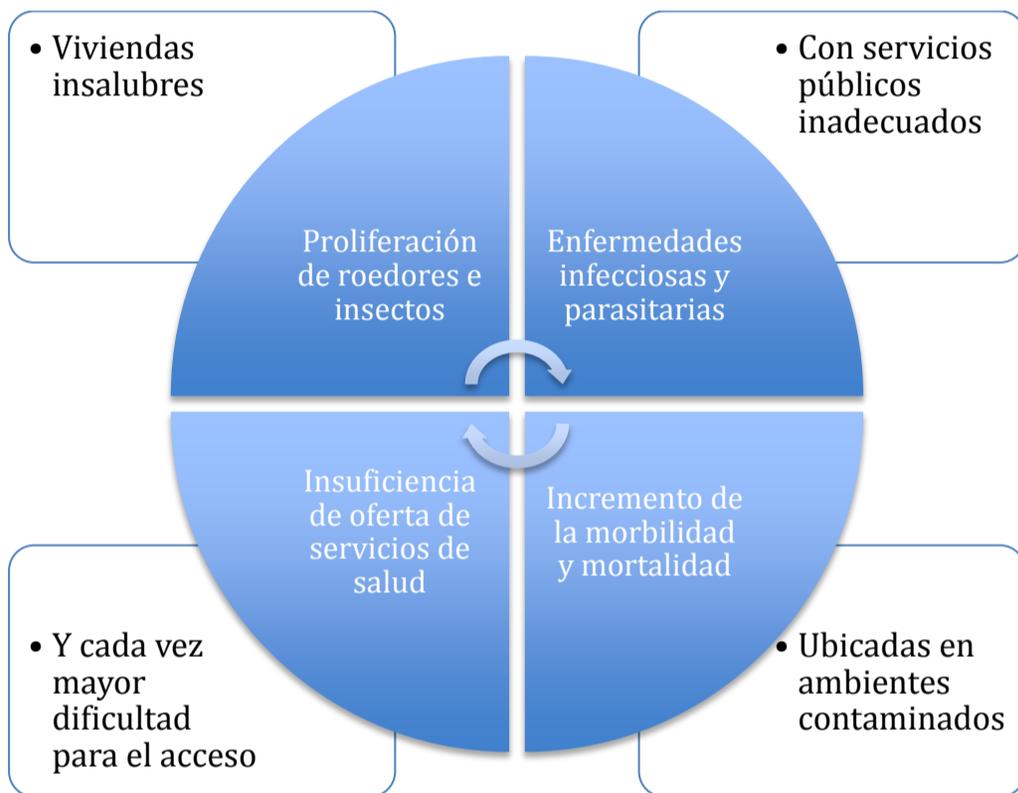
El estado de salud de Cartagena se caracteriza por una serie de factores de riesgo entre los que se destacan la pobreza, el subdesarrollo y un ambiente generador de enfermedad

Aunque se han hecho avances significativos, persisten los problemas sociales relacionados una amplia franja de la población que vive en estado de pobreza o miseria, formando un cinturón de zonas subnormales que rodean el casco urbano. Dichas zonas se caracterizan por la presencia de viviendas insalubres, con servicios

Getsemaní Calle Larga. Carrera 10B No 25 -10. Cartagena. Centro Calle Larga, Edificio de Fátima
6501096 – Ext 1430

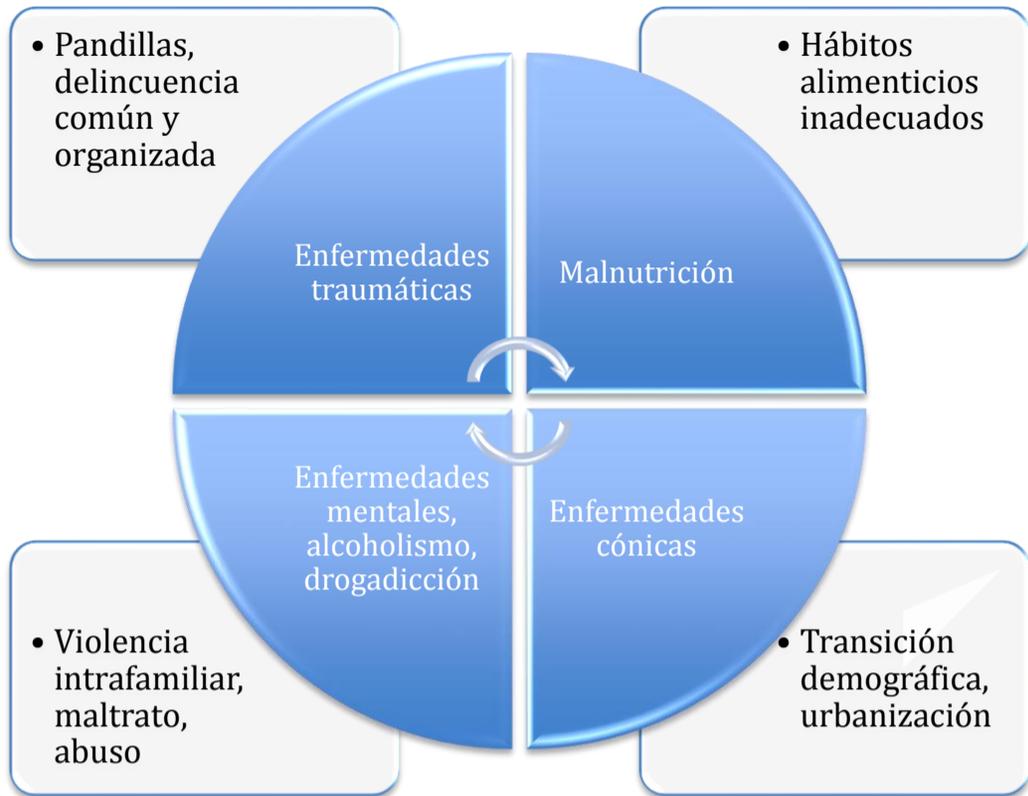
públicos inadecuados, ubicadas en ambientes con alta contaminación producida por desechos, aguas servidas y excretas. Estas condiciones, sumadas el difícil acceso producto de la proliferación de viviendas precarias sin ningún tipo de planificación urbana y la inexistencia de vías adecuadas dificultan el acceso del servicio de recolección de basuras, agudizando aún más el problema ambiental. Es así como se crea un ambiente propicio para la proliferación de roedores e insectos, y la exposición a todo tipo de agentes infecciosos y parasitarios.

El panorama se ve agravado por la existencia de una red de servicios de salud inadecuada e insuficiente para hacer frente a demanda.



A estos condicionantes ambientales se agregan factores de riesgo socioculturales como el surgimiento de actividades delincuenciales organizadas y las pandillas, el incremento de violencia intrafamiliar, abuso sexual y violencia basada en género, alcoholismo y drogadicción que condicionan la aparición de alteraciones de la salud mental.

La sociedad moderna se caracteriza por la disponibilidad de abundantes alimentos ricos en calorías y la disponibilidad de medios de transporte y otras comodidades que inducen al sedentarismo. Estos factores, junto con el proceso de transición demográfica que vive Colombia con el consecuente envejecimiento de la población, predisponen a la aparición cada vez de un mayor número de casos de enfermedades crónicas y degenerativas.



Todos esto ha resultado en un perfil epidemiológico de transición donde persisten las enfermedades infecciosas, parasitarias y carenciales, propias de los países con menor desarrollo económico y al mismo tiempo cobran cada vez más importancia patologías crónicas, degenerativas, traumáticas y mentales más características de países desarrollados.



CAPÍTULO 4. DEFINICIÓN DE LA PLATAFORMA ESTRATÉGICA

VISIÓN

Se han superado y consolidado las metas internacionales y nacionales de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionadas con la salud, garantizando el acceso a una atención oportuna y de buena calidad, mediante la implementación de un modelo de atención primaria en salud, el aseguramiento universal en salud, y la garantía de prestación de servicios en una red suficiente y adecuada, logrando que se convierta en herramienta de inclusión social, para la construcción de una Cartagena con prosperidad para todos.

MISIÓN

Garantizar el derecho a la salud de todos los habitantes del Distrito de Cartagena de Indias, especialmente a los grupos sociales excluidos, mediante un modelo de atención primaria en salud que promueva, oriente y coordine la participación activa y responsable de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la sociedad en general, potencializando los factores protectores, minimizando los factores de riesgo, promoviendo la afiliación universal al Sistema General De Seguridad Social en Salud, asegurando el acceso, la oportunidad y calidad de la prestación de los servicios de salud y estimulando la participación social como un mecanismo para involucrar a toda la población en el auto cuidado de su salud.

LÍNEAS DE POLÍTICA

En desarrollo del plan Nacional de Salud se adoptan las siguientes líneas de política:

- Promoción de la salud y la calidad de vida
- Prevención de los riesgos
- Recuperación y superación de los daños en la salud
- Vigilancia en salud y gestión del conocimiento
- Gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Distrital de Salud

A fin de implementar estas líneas de política se desarrollará un modelo de atención primaria en salud.

El modelo fue adoptado inicialmente por la Declaración de Alma Ata en 1978 y ha sido adaptado para su desarrollo en el Distrito de Cartagena.

La atención primaria en salud se define como la asistencia sanitaria esencial, Basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables puesta al alcance de todos mediante su plena participación. Forma parte tanto del sistema de salud, como del desarrollo social y económico global de la comunidad y representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud

El modelo planteado para el Distrito de Cartagena reconoce que los problemas de salud se originan en la comunidad, por la presencia de una serie de condicionantes sociales, económicos, culturales, geográficos, ambientales sobre los cuales es necesario intervenir de manera integral a fin de lograr los resultados esperados.

El modelo tiene como puntal la organización de equipos básicos de salud como agentes identificadores de factores de riesgo, inductores de cambios de conductas, educadores

en hábitos saludables y promotores del autocuidado de la salud. Estos equipos básicos de salud estarán conformados por personal de salud técnico y profesional con capacitación y competencias para el desarrollo de sus funciones y se organizarán en torno a un área geográfica que agrupe un número de viviendas. El objetivo del equipo básico será mantener sana a la población del área geográfica asignada.

En desarrollo del modelo se identificará un grupo extramural encargado de las acciones sobre las viviendas y el ambiente circundante y las familias residentes en cada vivienda. Este grupo estará integrado por el personal de IPS y las EPS contributivas y subsidiadas con la dirección y coordinación del DADIS con la concurrencia de recursos intersectoriales, los organismos de cooperación nacional e internacional y la Empresa Privada. Para su funcionamiento se definirán normas técnicas y herramientas unificadas.



Se realizarán visitas de campo para identificar factores de riesgo y se iniciará la intervención inmediata frente a los mismos; cuando esté indicado se realizará la correspondiente remisión a los diferentes programas en el nivel de complejidad correspondiente. Las acciones de protección específica se desarrollarán en instituciones de salud habilitadas de acuerdo con los estándares del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

El equipo básico de salud será el responsable de velar por mantener el estado de salud de la población asignada.

Se fortalecerá el proceso de participación comunitaria en salud y las acciones de salud pública como soporte de toda la política

EJES PROGRAMÁTICOS

A fin de armonizar el presente plan con las políticas nacionales y en cumplimiento de la normatividad que regula la elaboración de los planes de salud territoriales, se establecen los siguientes ejes programáticos en los cuales se enmarcarán las acciones que se desarrollen:

- Aseguramiento en salud
- Prestación y desarrollo de servicios de salud



- Salud pública
- Prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales
- Promoción social
- Emergencias y desastres

EJE PROGRAMÁTICO 1. ASEGURAMIENTO EN SALUD

La seguridad social es un derecho irrenunciable consagrado en la constitución política de Colombia como un servicio público de carácter obligatorio que debe ser prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Es así que es deber de los gobernantes garantizar este derecho a toda la población para lo cual se realizará por promoción de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, identificación y Priorización de la población a afiliar al Régimen Subsidiado de Salud, gestión y utilización eficiente de los cupos en el Régimen Subsidiado, adecuación tecnológica y del recurso humano para la gestión de la afiliación, administración de la base de datos de afiliados, gestión financiera de recursos y vigilancia y control del aseguramiento.

Se promoverá el aseguramiento universal en salud priorizando niños, especialmente bajo protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), mujeres embarazadas, adultos mayores, personas con discapacidad, víctimas del conflicto armado y habitantes de calle y población vulnerable, localizada en las áreas urbanas marginales.

Para el logro de lo anterior se realizarán acciones de promoción de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de medios masivos de comunicación y se identificará la población de potenciales beneficiarios a fin de lograr la garantía del derecho a la salud mediante el aseguramiento universal. Igualmente se adelantarán acciones de Vigilancia y Control hacia los administradores de planes de beneficios a fin de que se cumplan sus responsabilidades legales.

Se realizará un seguimiento a la gestión de los integrantes del sistema evaluando de manera sistemática y periódica el cumplimiento de las obligaciones por parte de los responsables del aseguramiento en el Distrito.

El objetivo final de la gestión de este eje es lograr la afiliación universal al Sistema General de Seguridad Social en Salud de la población pobre y vulnerable no cubierta, residente en el Distrito de Cartagena

| Línea Base MR | Indicador de la Meta | Meta de Resultado | Subprogramas | Indicadores de Producto | Metas de Producto |
|--|--|---|---------------------------------|-------------------------|--|
| 98% de afiliados (472.517 afiliados) al régimen subsidiado de salud. Fuente: DADIS 2012 | % de Cobertura en afiliación al régimen subsidiado | Aumentar y mantener la cobertura de afiliación al Régimen Subsidiado en Salud en el Distrito de Cartagena de Indias para alcanzar la universalización (100%). | Continuidad en el aseguramiento | Personas afiliadas | Afiliar a 40.360 personas clasificadas en los niveles 1 y 2 del SISBEN, validados y certificados por el DNP. |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | Personas afiliadas que se le garantiza la continuidad. | Mantener la continuidad de la afiliación de 472.517 personas |
|--|--|--|--|--|--|

EJE PROGRAMÁTICO 2. PRESTACIÓN Y DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

El eje programático de prestación y desarrollo de servicios de salud tiene por objeto garantizar el acceso efectivo y oportuno a servicios de salud de buena calidad. Para lograrlo se requiere contar con una red de servicios adecuada y suficiente, que preste sus servicios con calidad y una población consciente de sus derechos y deberes, que se involucre activamente en el cuidado de su salud y en la participación social en el sistema y fortalecer las capacidades del DADIS para la Evaluación y mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud en el Distrito. Igualmente se requiere fortalecer la capacidad de la red pública distrital para la prestación de servicios, ampliando y adecuando la infraestructura y fomentando el desarrollo del talento humano, a fin de lograr un funcionamiento más eficiente y adecuado de la misma. Se hará especial énfasis en la atención a la población de la zona rural e insular mediante la creación de plazas de profesionales de la salud de servicio social obligatorio y la disponibilidad del transporte asistencial oportuna así como servicios de telemedicina y el desarrollo del modelo de atención primaria en salud basado en la atención comunitaria y la medicina preventiva.

En este eje, vale la pena mencionar el especial énfasis en el desarrollo y consolidación del sistema distrital de urgencias a fin de una respuesta efectiva ante las situaciones de emergencias y desastres que se basan en una adecuada preparación, derivada de un diagnóstico cuidadoso, una planificación pertinente y el fortalecimiento de la capacidad de organización y dirección del ente territorial, sumado a la capacidad de respuesta de la red de urgencias.

| Línea Base MR | Indicador de la Meta | Meta de Resultado | Subprogramas | Indicadores de Producto | Metas de Producto |
|---|-----------------------------------|--|--|--|---|
| Oportunidad en la atención por consulta externa de baja complejidad Línea de base 3,8 días | Reducción oportuna en la atención | Reducir la oportunidad en la atención por consulta externa de baja complejidad a 2 Días. | Atención en salud para la población vulnerable no asegurada del distrito | Hospitales en funcionamiento con estándares. | Garantizar el funcionamiento de los 4 hospitales públicos cumpliendo con los estándares de habilitación |
| Oportunidad en la atención por consulta externa de mediana y alta complejidad Línea de | | Reducir la oportunidad en la atención por la consulta externa medica de, mediana y alta | | CAP de la ESE Cartagena de Indias verificados. | Verificar las condiciones de habilitación de los 12 Centro de Atención Permanentes - CAP de la ESE Cartagena de indias. |

| | | | | |
|----------------|-----------------------|--|--|---|
| base 16,4 días | complejidad a 5 Días. | | Servicios de salud habilitados | Lograr que 190 servicios de salud habilitados conformen la red integrada de salud del Distrito de Cartagena. |
| | | | IPS con servicios de urgencias de mediana y alta complejidad auditadas | Realizar la auditoria de calidad en la prestación de servicios de urgencia habilitados de mediana y alta complejidad a 32 IPS |
| | | Promoción, vigilancia, inspección y control del sistema obligatorio de garantía de la calidad en la atención en los prestadores de los servicios de salud dentro del SGSS. | Personas capacitadas. | Capacitar a 50 persona de 25 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que prestan servicios críticos (Urgencias, servicios hospitalarios, quirúrgicos y de alta complejidad) . |
| | | | Prestadores de Servicios de Salud que prestan servicios críticos renovados | Renovar anualmente a 583 prestadores de servicios de salud. |
| | | | Prestadores de Servicios de Salud que prestan servicios críticos verificados | Realizar anualmente a 25 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que prestan servicios críticos verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación. |
| | | | | |



EJE PROGRAMÁTICO 3. SALUD PÚBLICA

El eje programático de salud pública tiene por objeto reducir la morbilidad y mortalidad evitables en el Distrito con enfoque de género, ciclo vital y poblacional, orientando las acciones de manera prioritaria hacia grupos vulnerables.

Para el desarrollo de este componente se abordarán las acciones enmarcados dentro de los ejes de Promoción de la salud y calidad de vida, prevención de riesgos (biológicos, sociales, ambientales y sanitarios), Vigilancia en salud y gestión del conocimiento y Gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan de Salud Pública.

| Línea Base MR | Indicador de la Meta | Meta de Resultado | Subprogramas | Indicadores de Producto | Metas de Producto |
|----------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------------|--------------------------|
|----------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------------|--------------------------|

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|---|
| <p>Mortalidad infantil Tasa de mortalidad infantil 12.57 por mil nacidos vivos. En 2012 se murieron 257 niños menores de un año</p> <p>Tasa de mortalidad en menores de 5 años (por mil nacidos vivos) 14.55 En el 2012 se murieron 286 niños menores de cinco años</p> <p>Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por Enfermedad Diarreica Aguda 1.18 por 100.000 (niños en el grupo de edad). En 2012 se murió un niño por EDA en el Distrito</p> <p>Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por Infección Respiratoria Aguda 5.92 por 100.000 (niños en el grupo de edad) En 2012 en el Distrito se murieron 5 niños por infección respiratoria aguda.</p> <p>Proporción de bajo peso al nacer de 3.38 En el Distrito nacieron 617 niños con bajo peso al nacer de 18.227 nacidos vivos con edad gestacional igual o mayor a 37 semanas Coberturas de</p> | <p>Tasa de mortalidad infantil</p> <p>Tasa de mortalidad en menores de 5 años (por mil nacidos vivos)</p> <p>Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por Enfermedad Diarreica Aguda Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por Infección Respiratoria Aguda (niños en el grupo de edad)</p> <p>Proporción de bajo peso al nacer Cobertura de vacunación en niños y niñas de un año y menores de un año</p> | <p>Mantener la Tasa de mortalidad Infantil igual o por debajo 12.57 muertes por cada 1.000 Nacidos Vivos</p> <p>Mantener la Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años igual o por debajo de 14.55 por 1000 nacidos vivos</p> <p>Mantener la Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por Enfermedad Diarreica Aguda igual o por debajo de 2.39 por 100.000 niños e n ese grupo de edad</p> <p>Mantener la Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por Infección Respiratoria Aguda igual o por debajo de 14 por 100.000 niños en ese grupo de edad Obtener una proporción de niños de bajo peso al nacer menor al 10%</p> <p>Lograr Coberturas del 95% en niños y niñas de un año y menores de un año, con todos los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones en el</p> | <p>Ni una materna ni un infante muerto más en Cartagena</p> | <p>EPS verificadas.</p> <p>Niños y niñas inscritos</p> <p>Monitoreos rápidos de cobertura realizados</p> <p>IPS monitoreadas</p> <p>Instituciones y redes comunitarias con Unidades AIEPI activas.</p> | <p>Verificar en las 27 EPS el cumplimiento de la cobertura de control de crecimiento y desarrollo.</p> <p>Realizar la inscripción de 30.000 niños y niñas al control de crecimiento y desarrollo.</p> <p>Realizar dos (2) Monitoreos rápidos de cobertura</p> <p>Realizar a 15 IPS acciones de seguimiento al cumplimiento del sistema obligatorio de garantía en la calidad de salud.</p> <p>Realizar a 30 redes comunitarias y 40 instituciones acciones de seguimiento en atención integral a enfermedades</p> |
|---|--|--|--|--|---|

| | | | | | |
|--|---|---|--|---|--|
| Vacunación en niños de un año y menores de un año 112% (Menores de un año vacunados 18.267 y de un año 18.815) | | Distrito de Cartagena. | | | prevalentes en la infancia (AIEPI) |
| | | | | Instituciones con estrategia IAMI implementadas | Realizar a 38 IPS seguimiento a la implementación de la estrategia Instituciones Amiga de la Infancia |
| | | | | Niños y niñas vacunados | Vacunar anualmente a 16.486 niños y niñas menores de un año del Distrito de Cartagena con BCG, Anti polio, DTP, Anti hepatitis B, Hemopilus Influenza. |
| Mortalidad Neonatal 9.62 por 1000 nacidos (vivos y muertos) Murieron 65 niños menores de un mes | Mortalidad Neonatal 9.62 por 1000 nacidos (vivos y muertos) | Reducir la tasa de mortalidad neonatal a 8 por 1000 nacimientos | | Niños y niñas vacunados | Vacunar anualmente a 16.604 niños y niñas de un año del Distrito de Cartagena con Triple viral y Antiamarilica. |
| | | | | Estrategia canguro implementadas | Implementar la estrategia canguro en cuatro (4) Unidades de cuidados intensivos neonatal - INSTITUCIONAL. |
| | | | | Estrategia canguro implementadas | Lograr que (2) IPS implementen la estrategia canguro AMBULATORIO. |

| | | | | | |
|---|---|---|--|--|---|
| | | | | Recien nacidos con bajo peso al nacer y/o prematurez con seguimiento | Realizar seguimiento a 1.000 recién nacidos pobres no asegurados con bajo peso al nacer y/o prematurez |
| | | | | Número de profesionales entrenados. | Entrenar a 100 profesionales para que atiendan partos de baja y mediana complejidad en IPS. |
| | | | | IPS y EPS con acciones de seguimiento | Realizar a 156 instituciones (IPS y EPS) acciones de seguimiento de la adherencia a normas técnicas y guías de atención de la gestante. |
| Mortalidad materna y perinatal 45.82 por 100.000 nacidos vivos. En el Distrito de Cartagena se murieron 9 maternas durante el 2012. | Mortalidad materna y perinatal 45.82 por 100.000 nacidos vivos. | Razón de Mortalidad materna Y Perinatal igual o por debajo de 40 por cada 100.000 Nacidos Vivos | | Gestantes con 4 controles ginecológicas realizados | realizar 4 controles ginecológicos prenatales a 30.000 gestantes |
| | | | | Profesionales del área de salud capacitados | Capacitar A 150 profesionales de salud y especializados que atienden gestantes, anualmente en atención integral de las emergencias obstétricas. |
| | | | | IPS verificadas | Realizar a 25 IPS acciones de seguimiento al cumplimiento de los estándares de habilitación a, recién nacido y puerperio. |

| | | | | | |
|--|---|--|---|--|--|
| <p>Alto porcentaje de embarazo en adolescentes. Mujeres de 15 a 19 años madres o que están embarazadas por primera vez 21.47</p> <p>En el Distrito de Cartagena en el 2012 se presentaron 4233 embarazos en adolescentes de 15 a 19 años</p> | <p>Porcentaje de embarazo en adolescentes. Mujeres de 15 a 19 años madres o que están embarazadas por primera vez</p> | <p>Mantener igual o por debajo de 21.47% el porcentaje de mujeres de 15 a 19 años embarazadas</p> | <p>SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA</p> | <p>Adolescentes formados</p> | <p>Formar anualmente a 10.000 adolescentes escolarizados sobre educación sexual y habilidades para la vida</p> |
| <p>Alto riesgo de Infectarse con Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), y el VIH/SIDA Prevalencia de reporte de VIH/SIDA en población de 15 a 49 años en 2012 fue de 0.04%</p> <p>En el Distrito de Cartagena se reportaron 246 casos de VIH/SIDA en población de 15 a 49 años. Fuente SIVIGILA</p> | <p>Porcentaje de Prevalencia VIH/SIDA en población de 15 a 49 años.</p> | <p>Mantener la Prevalencia de VIH/SIDA menos de 1% en población de 15 a 49 años</p> | | <p>Adolescentes Atendidas</p> | <p>Atender anualmente a 35.000 adolescentes y jóvenes con el apoyo de EPS e IPS del Distrito a través de los Servicios Amigables de Salud.</p> |
| <p>Mortalidad por cáncer de cuello uterino. 4,8 casos por cada 100.000 mujeres 24 muertes</p> | <p>Mortalidad por cáncer de cuello uterino. 4,5 casos por cada 100.000 mujeres</p> | <p>Reducir la tasa de Mortalidad por cáncer de cuello uterino a 4.8 casos por cada 100.000 mujeres</p> | | <p>Jóvenes capacitados</p> | <p>Capacitar a 4.000 jóvenes en salud sexual y reproductiva</p> |
| | | | | <p>Instituciones verificadas</p> | <p>Realizar a 113 instituciones (IPS y EPS) acciones de seguimiento para el cumplimiento de normas técnicas.</p> |
| | | | | <p>Mujeres con citología cervicouterina a realizadas</p> | <p>Realizar 132.167 citologías cervicouterina a mujeres entre 25 y 69 años de edad con el apoyo de las Eps e Ips del Distrito.</p> |
| | | | | <p>IPS verificadas EPS verificadas</p> | <p>Realizar a 156 instituciones (IPS y EPS) monitoreo sobre cumplimiento de norma técnica para cáncer de cuello uterino</p> |

| | | | | | |
|--|--|---|-------------------------------|--|---|
| <p>Mortalidad por dengue Mortalidad por dengue de 0.10 por 100.000 habitantes En el Distrito en 2012 se presentó una muerte por dengue</p> <p>Letalidad por dengue de 0.55%</p> | <p>Porcentaje de letalidad por dengue</p> | <p>Mantener la Letalidad por dengue por debajo de 2%</p> | <p>SALUD AMBIENTAL</p> | <p>Personas capacitadas</p> | <p>Capacitar a 270 personas (personal médico y asistencial) sobre protocolos de atención en dengue y otras enfermedades transmitidas por vectores</p> |
| | | | | <p>IPS verificadas</p> | <p>Monitorear a 30 IPS en el cumplimiento a la adherencia de protocolos y estándares de habilitación</p> |
| | | | | <p>Número de personas desarrollando la metodología</p> | <p>Lograr que 33.755 personas de sectores priorizados del Distrito desarrollen la metodología COMBI.</p> |
| <p>Mortalidad por lesiones auto-infligidas intencionalmente Tasa de mortalidad por suicidio 3.93 por 100.000 habitantes. En el 2012 ocurrieron 37 suicidios en el Distrito de Cartagena.</p> | <p>Mortalidad por lesiones auto-infligidas intencionalmente Tasa de mortalidad por suicidio 3.93 por 100.000 habitantes. En el 2012 ocurrieron 37 suicidios en el Distrito de Cartagena.</p> | <p>Tasa de mortalidad por suicidio y lesiones autoinfligidas por debajo de 4.7 por 100.000 habitantes</p> | <p>SALUD MENTAL</p> | <p>Consultas de salud mental realizadas</p> | <p>Realizar 8.000 consultas de salud mental</p> |
| | | | | <p>Instituciones monitoreadas</p> | <p>Monitorear 90 instituciones (IPS y EPS) en el cumplimiento de norma técnica para atención en salud mental</p> |
| | | | | <p>Seguimientos realizados</p> | <p>Realizar seguimiento en 27 EPS, a las acciones de intentos de suicidio y trastornos de salud mental.</p> |

Promoción de la salud y calidad de vida

Dentro este eje subprogramático se enmarcan las acciones encaminadas a lograr que las personas adquieran hábitos de vida saludables y se motiven al autocuidado de su salud.

Se desarrollarán intervenciones capaces de lograr el fomento de conductas orientadas a disminuir la morbimortalidad en el grupo de menores de 5 años, la salud sexual y reproductiva, salud materna, salud mental, las zoonosis y enfermedades transmitidas por vectores, las enfermedades crónicas no transmisibles y las enfermedades producidas por los factores de riesgo presentes en el ambiente.



Dentro del desarrollo de este componente, al interior del modelo de atención primaria en salud, se realizarán acciones a nivel comunitario, en instituciones educativas, hogares de bienestar, centros de reclusión y ancianatos y en general, todas aquellas instituciones donde se concentren grupos poblacionales con factores de riesgo.

A través del modelo de atención primaria en salud se desarrollarán acciones de información, educación, comunicación, inducción a la demanda, a través de medios masivos de comunicación, visitas domiciliarias, actividades grupales e individuales. Para la implementación del modelo a nivel institucional y comunitario se realizarán actividades formativas del personal de salud y los líderes de la comunidad coordinadas por el DADIS. Estas acciones estarán encaminadas a la reducción de los factores de riesgo del medio ambiente, la vivienda y su entorno, los sitios de trabajo y estudio, factores de riesgo familiares, sociales y psicológicos y la educación para el desarrollo de hábitos de vida saludables y una cultura del autocuidado de la salud.

| Metas de producto | Indicadores | Línea de base | Meta para el cuatrienio |
|--|---|----------------------|--------------------------------|
| Implementación del componente comunitario del modelo de atención primaria en salud, que incluya el componente de salud mental | Instituciones y grupos comunitarios con el modelo implementado | 0 | 9 |
| Fortalecer las competencias del talento humano que realiza las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad | Instituciones de salud que prestan servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con personal capacitado | 0 | 15 |
| Implementación de acciones para desestimular el uso de sustancias psicoactivas | Número de campañas para desestimular el consumo de sustancias psicoactivas | 0 | 24 |
| Desarrollo de actividades contra la violencia intrafamiliar | Número de actividades educativas contra la violencia intrafamiliar | 0 | 24 |
| Desarrollo de actividades de fomento de la actividad física | Número de actividades de fomento de la actividad física desarrolladas | 0 | 24 |
| Conformar redes comunitarias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad | Número de redes comunitarias conformadas y operando | 0 | 20 |
| Estrategia escuela saludable | Número de instituciones educativas con la estrategia escuela saludable implementada | 0 | 60 |
| Inducción a la demanda para el uso de métodos modernos de control de embarazo | Número de campañas de inducción a la demanda realizadas | 0 | 4 |
| Campañas de educación e inducción a la demanda de servicios para tamizaje, y detección temprana y tratamiento del cáncer de cuello uterino, mama y otros Ca. | Número de campañas de educación e inducción a la demanda desarrolladas | 0 | 48 |
| Acciones de educación e | Número de campañas | 0 | 8 |

| | | | |
|---|---|---|----|
| inducción a la demanda de servicios de tamizaje, detección temprana y tratamiento para VIH/SIDA y otras Enfermedades de Transmisión Sexual | implementadas | | |
| Acciones de información, educación y comunicación sobre enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis | Número de campañas de información, educación y comunicación implementadas | 0 | 12 |
| Campañas de información, educación y comunicación sobre enfermedades crónicas | Número de campañas implementadas | 0 | 12 |
| Estrategias de información educación y comunicación a través de medios de comunicación para promover hábitos saludables y difundir información sobre el cuidado de la salud | Número de campañas implementadas | 0 | 4 |
| Formalización de alianzas estratégicas entre aseguradoras y prestadores de servicios de salud públicos y privados para garantizar el desarrollo de las acciones de promoción de la salud, protección específica, detección temprana y atención integral de las enfermedades de interés en salud pública | Alianza estratégica establecida | 0 | 1 |
| Actividades educativas de fomento de vivienda saludable y segura | Número de actividades educativas realizadas | 0 | 24 |

Prevención de riesgos (biológicos, sociales, ambientales y sanitarios)

Dentro este eje subprogramático se enmarcan las acciones encaminadas a evitar la enfermedad, detectarla y tratarla de manera temprana y limitar las complicaciones y la progresión del daño.

Dentro del desarrollo de este componente, al interior del modelo de atención primaria en salud, se realizarán acciones a nivel comunitario de identificación de grupos y personas vulnerables, identificación de factores de riesgo, intervenciones específicas de prevención primaria, secundaria y terciaria, orientadas hacia las principales causas de enfermedad y muerte. Igualmente se realizará inducción a la demanda de servicios de control de la salud y atención oportuna y adecuada de los eventos priorizados.

Este componente se basa en la operación de equipos básicos de salud que identificarán los casos en la comunidad y aplicarán las medidas pertinentes, complementando con el accionar de la red prestadora de servicios de salud cuyo accionar se orientará hacia la prevención y atención temprana. El DADIS articulará y orientará la acción a de los diferentes actores estableciendo instancias unificadas de dirección, planeación y supervisión.

| Metas de producto | Indicadores | Línea de base | Meta para el cuatrienio |
|---|---|----------------------|--------------------------------|
| Implementación del componente asistencial del modelo de atención primaria en salud | Instituciones con el componente asistencial del modelo de atención primaria en salud implementado | 0 | 46 ⁷ |
| Seguimiento a población con factores de riesgo de enfermar o morir | Número de personas de población de riesgo con seguimiento | 0 | 800 |
| Complementación nutricional a población de riesgo | Número de personas con acciones de complementación nutricional | 0 | 1200 |
| Fomento de la lactancia materna a nivel comunitario e institucional | Número de IPS con estrategia IAMI implementada | 8 | 16 |
| Implementación del programa madre Canguro | Instituciones de salud con el programa madre canguro implementado | 0 | 4 |
| Implementación de servicios de atención diferenciada para jóvenes | Número de centros con servicio de atención diferenciada para jóvenes | 10 | 30 |
| Actividades de búsqueda activa tamizaje de riesgos en salud | Número de actividades de búsqueda activa realizada | 0 | 4 |
| Búsqueda activa de pacientes en estado de embarazo | Número de búsquedas activas realizadas | 0 | 4 |
| Realización de asesorías y prueba para detección temprana de VIH y otros riesgos en Salud Sexual y Reproductiva | Número de campañas para detección temprana de VIH | 0 | 4 |
| Realización de acciones integrales de control de roedores y vectores | Número de campañas integrales de control de roedores y vectores | 0 | 16 |
| Realización de campaña de desparasitación masiva | Número de campañas de desparasitación masivas realizadas | 0 | 2 |
| Realización de campaña de vacunación | Número de campañas de vacunación | 0 | 12 |
| Atención psicosocial a personas con intento de suicidio, consumo de SPA, enfermedad mental y víctimas de la violencia | Cobertura de atención oportuna | ND | 90% |
| Valoración y orientación de la población con Lepra con discapacidad a subsidios | Porcentaje de población con lepra con discapacidad beneficiada de subsidio | 100 | 100 |

⁷15 instituciones de salud, 26 EPS y 5 instituciones cooperantes

Vigilancia en salud y gestión del conocimiento

| Metas de producto | Indicadores | Línea de base | Meta para el cuatrienio |
|--|---|----------------------|--------------------------------|
| Seguimiento y evaluación a los indicadores de cumplimiento de las normas técnicas | Proporción de instituciones del Sistema General de Seguridad Social en salud con seguimiento a indicadores de cumplimiento de las normas técnicas | 90 | 100 |
| Estudio de casos de muertes evitables e implementación de medidas correctivas | Proporción de muertes evitables estudiadas y con medidas correctivas implementadas | 0 | 90 |
| Notificación oportuna de enfermedades de interés en salud pública | Proporción de notificación oportuna de enfermedades de interés en salud pública | 90 | 100 |
| Diagnóstico de factores de riesgo y condiciones de salud | Perfil epidemiológico elaborado | 0 | 4 |
| Vigilancia y control de factores de riesgos del ambiente y otros riesgos | Porcentaje de instituciones objeto de vigilancia con visita realizada | 0 | 90 |
| Vigilancia y control de la calidad del agua | Número de controles de la calidad del agua para consumo humano | 0 | 48 |
| Vigilancia y control de establecimientos expendedores y manipuladores de alimentos | Proporción de establecimientos expendedores y manipuladores de alimentos con visita de IVC realizada | 0 | 90 |
| Vigilancia y control de establecimientos expendedores de medicamentos | Vigilancia y control de establecimientos expendedores de medicamentos con visita de IVC realizada | 0 | 90 |

Gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan de Salud Pública

| Metas de producto | Indicadores | Línea de base | Meta para el cuatrienio |
|---|---|----------------------|--------------------------------|
| Diseño e implementación de un sistema de información de atención primaria en salud | Sistema de información de atención primaria en salud implementado | 0 | 1 |
| Participación en eventos de información sobre lineamientos y evaluación de programas a nivel nacional y regional | Proporción de asistencia a eventos de información y evaluación de programas a nivel nacional y regional | 0 | 90 |
| Fortalecimiento de la capacidad técnica, tecnológica, recurso humano y logístico requeridos para la detección, investigación, notificación y respuesta de los eventos de interés en salud | Proporción de funcionarios con conocimientos actualizados | 0 | 100 |

| Metas de producto | | Indicadores | Línea de base | Meta para el cuatrienio |
|---|--------|---|---------------|-------------------------|
| Fortalecimiento del sistema de comunicaciones | del de | Número de redes de comunicación implementadas | 0 | 1 |

EJE PROGRAMÁTICO 4. PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE RIESGOS PROFESIONALES

Para el desarrollo de las competencias del Distrito dentro de este eje subprogramático, se realizarán acciones de promoción de la salud y calidad de vida en el ámbito laboral, inducción de la demanda a los servicios de promoción de la salud y prevención de riesgos de origen laboral en el ámbito laboral; inspección, vigilancia y control de los riesgos profesionales de carácter sanitarios, fitosanitarios, ambientales, en los ámbitos laborales; sensibilización para la reincorporación e inclusión de discapacitados en el sector productivo y seguimiento, evaluación y difusión de resultados de la vigilancia en salud en el entorno laboral.

| Línea Base MR | Indicador de la Meta | Meta de Resultado | Subprogramas | Indicadores de Producto | Metas de Producto |
|---------------|---|---|-------------------|--|--|
| ND | % de Empresas de Cartagena con acciones de promoción y prevención de riesgos de origen laborales implementadas. | Lograr que en el Distrito de Cartagena el 60% de la Empresas tengan implementadas acciones de promoción y prevención de riesgos de origen laborales | Riesgos laborales | Empresas del distrito inspeccionadas | Realizar en dos años inspección y control de riesgos laborales a 600 empresas |
| | | | | Empresas con actividades implemetadas. | Lograr a dos años que 600 Empresas implementen actividades de inducción de la demanda a los servicios de promoción de la salud y prevención de riesgos de origen laborales |

EJE PROGRAMÁTICO 5. PROMOCIÓN SOCIAL

Dentro de este eje programático se desarrollarán acciones encaminadas a la promoción de la salud, prevención de riesgos y atención de poblaciones especiales (desplazados, discapacitados, adultos mayores, gestantes, indígenas, infantes, adolescentes y jóvenes); acciones de salud para la superación de la pobreza extrema y la promoción de la participación social en el Sistema de Salud para que opere de manera organizada, eficiente y eficaz dando un trato digno y justo a las mujeres, jóvenes, niños y niñas, grupos poblacionales minoritarios y ciudadanía en general.

| Línea Base MR | Indicador de la Meta | Meta de Resultado | Subprogramas | Indicadores de Producto | Metas de Producto |
|--|--|--|--|--|--|
| Porcentaje de atención preferencial y diferencial de las poblaciones especiales en las EPS e IPS Públicas y Privadas del distrito. 25% | Porcentaje de atención preferencial y diferencial de las poblaciones especiales en las EPS e IPS Públicas y Privadas del distrito. | Aumentar al 100% el porcentaje de atención preferencial y diferencial de las poblaciones especiales en las EPS e IPS Públicas y Privadas del distrito. | Promoción social: Garantía de los deberes y derechos en salud a los grupos poblacionales especiales del Distrito de Cartagena. | Funcionarios capacitados en enfoque diferencial | Capacitar 100 funcionarios de las EPS e IPS Públicas y Privadas sobre enfoque diferencial. |
| Solo se cumple con la población en condición de discapacidad | | | | Personas formadas en derechos y deberes en salud con enfoque diferencial | Formar 500 personas pertenecientes a las poblaciones especiales vulnerables sobre derechos y deberes en salud con enfoque diferencial. |

EJE PROGRAMÁTICO 6. EMERGENCIAS Y DESASTRES

Las acciones encaminadas a lograr una respuesta efectiva ante las situaciones de emergencias y desastres se basa en una adecuada preparación, derivada de un diagnóstico cuidadoso, una planificación pertinente y el fortalecimiento de la capacidad de organización y dirección del ente territorial, sumado a la capacidad de respuesta de la red de urgencias.

| Línea Base MR | Indicador de la Meta | Meta de Resultado | Subprogramas | Indicadores de Producto | Metas de Producto |
|-------------------------------------|--|---|--|---|---|
| Plan de Gestión de Riesgo existente | Plan de Gestión de Riesgo actualizado, aprobado y articulado | Tener un Plan de Gestión de Riesgo actualizado y articulado con todas las instituciones y los Planes de Emergencias Hospitalarias | Sistema integral de urgencias, emergencias y desastres | CAP que cuentan con sistema de comunicación con el CRUE | Lograr que 12 Centros de Atención Primaria de la ESE Cartagena de Indias tengan comunicación con el CRUE |
| | | | | CAP cumpliendo con los indicadores de referencia y contrareferencia. | Verificar que los 12 CAP de la ESE Cartagena de Indias cumplan con los indicadores de Referencia y Contrareferencia |
| | | | | Plan de Gestión del Riesgo del Sector Salud actualizado e implementado. | Lograr actualizar e implementar anualmente el Plan de Gestión del Riesgo del Sector. |



Identificación y priorización de riesgos de emergencias y desastres y planificación de acciones preventivas, de mitigación y superación

Se identificarán los riesgos potenciales que puedan poner en riesgo la salud y el bienestar de la población y contribuir en la disminución o eliminación de los mismos, a través de análisis de vulnerabilidad que lleven al diseño e implementación del Plan Distrital de Atención Emergencias y Desastres del Sector Salud.

Fortalecimiento de la capacidad de organización y dirección del DADIS en emergencias y desastres

Se fortalecerá la capacidad de organización y dirección del DADIS mediante el diseño y reorganización administrativa, técnica, científica y financiera del Servicio de Emergencias Médicas, el Centro de Información y Atención de Toxicología y Centro Regulador de Urgencias Emergencias y Desastres, garantizando de disponibilidad permanente del recurso humano idóneo y suficiente para la operación del Servicio de Emergencias Médicas y el Centro de Información y Atención de Toxicología y el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) y la adecuación tecnológica del mismo a fin de que sea capaz de coordinar los esfuerzos públicos y privados para la adecuada prevención y atención de las situaciones de desastre, garantizando un manejo oportuno y eficiente de los recursos humanos, técnicos, administrativos y económicos necesarios para el cumplimiento de su misión; dotando de sistemas de comunicaciones e informática a todos los centros de la red distrital de atención; fortalecimiento de la red de Transporte para la atención pre hospitalaria, Investigación, equipos de Atención Prehospitalaria y capacitando a grupos comunitarios e institucionales como primer respondiente.

Fortalecimiento de la red de prestadores para la respuesta ante situaciones de emergencias y desastres

Ante la eventual aparición de una situación de emergencia o desastre se requiere contar con la capacidad para brindar a las víctimas una atención integral oportuna y eficiente y contribuir con la mitigación de las situaciones ambientales, sanitarias y sociales que se presenten. La adecuada respuesta ante situaciones de desastres requiere, además del compromiso de las autoridades territoriales y nacionales, el concurso organizado de toda la sociedad. Es por eso que es necesario contar con una red de prestación de servicios capaz de desarrollar adecuadamente sus responsabilidades ante una eventual situación de emergencia y desastres. Para lo anterior, el DADIS definirá el papel de cada institución para planes preventivos de mitigación y superación de riesgos de emergencias y desastres, liderará y orientará la conformación de grupos interdisciplinarios responsables de emergencias y Desastres en cada institución de la red y gestionará la capacitación al 100% del recurso humano responsable de Emergencias y Desastres de cada institución y asesorará al 100% de las instituciones de la red para que desarrollen sus mapas de riesgo y definan sus Planes de emergencias Hospitalaria.

EJE PROGRAMÁTICO 7. FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL

Para el cumplimiento de sus responsabilidades misionales y legales, liderando, vigilando y controlando la implementación y desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Distrito funciones, el DADIS requiere contar con estructuras y procesos de gestión que le brinden las condiciones adecuadas para su desarrollo. Para esto es indispensable la adecuación de su infraestructura física, la modernización de su recurso tecnológico y la implementación del Sistema de Gestión de Calidad y el Modelo Estándar de Control Interno –MECI.



Adecuación de la infraestructura física institucional

El edificio donde funcionan las oficinas del DADIS ha sufrido el deterioro propio del uso y el producido por el transcurso del tiempo, por lo que actualmente se requiere la realización de actividades de mantenimiento de la planta física, instalaciones hidráulicas, redes eléctricas y puestos de trabajo.

Fortalecimiento del Sistema de Información

Se fortalecerá el sistema de información del DADIS a fin de poder contar con información oportuna y confiable que permita hacer más eficiente el desarrollo de los procesos. Para lo anterior se implementará la interconexión del DADIS con las 4 subsedes en las Localidades, se fortalecerán los equipos y herramientas de computo, se unificará la plataforma informática al interior del DAIDS y se sistematizará el proceso de pagos. Igualmente se integrará la información de estadísticas vitales, RIPS, SIVIGILA y la información de las historias clínicas y registros especiales como PAI.

CAPÍTULO 5. PLAN PLURIANUAL DE INVERSIONES
PLAN PLURIANUAL DE INVERSIONES
PLAN DE DESARROLLO "AHORA SI CARTAGENA"

| OBJETIVO | VIGENCIA 2014 | VIGENCIA 2015 | TOTAL |
|---|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| OBJETIVO 1. INCLUSIÓN SOCIAL | \$ 346.827.672.250 | \$ 358.553.971.673 | \$ 705.381.643.922 |
| ESTRATEGIA SALUD | 346.827.672.250 | 358.553.971.673 | 705.381.643.922 |
| PROGRAMA ASEGURAMIENTO | 293.737.249.979 | 302.595.197.463 | 596.332.447.442 |
| Otros Ingresos del Distrito | 2.531.824.765 | 2.607.779.508 | 5.139.604.273 |
| Otros Ingresos del Distrito | 207.743.944.228 | 213.976.262.555 | 421.720.206.783 |
| Ingresos Corrientes de Libre Destinación | 923.151.916 | 996.676.458 | 1.919.828.374 |
| Sistema General de Participaciones - Salud | 82.538.329.070 | 85.014.478.942 | 167.552.808.012 |
| PROGRAMA PRESTACIÓN Y DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD | | | |
| Subprograma Atención en Salud a la Población Pobre y Vulnerable | 37.380.134.620 | 39.456.836.766 | 76.836.971.385 |
| Ingresos Corrientes de Libre Destinación | 19.200.000.000 | 20.729.186.233 | 39.929.186.233 |
| Otros Ingresos del Distrito | 211.187.433 | 219.634.930 | 430.822.362 |
| Sistema General de Participaciones - Salud | 17.968.947.187 | 18.508.015.603 | 36.476.962.790 |
| Subprograma Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres | 1.700.000.000 | 1.800.645.116 | 3.500.645.116 |
| Ingresos Corrientes de Libre Destinación | 1.000.000.000 | 1.079.645.116 | 2.079.645.116 |
| Sistema General de Participaciones - Salud | 700.000.000 | 721.000.000 | 1.421.000.000 |
| Subprograma Promoción Social | 206.000.000 | 222.406.894 | 428.406.894 |
| Ingresos Corrientes de Libre Destinación | 206.000.000 | 222.406.894 | 428.406.894 |
| Otros Ingresos del Distrito | | | |
| PROGRAMA SALUD PUBLICA | | | |
| Subprograma Ni una Materna Ni un infante mas muerto | 2.500.650.000 | 2.619.138.764 | 5.119.788.764 |
| Ingresos Corrientes de Libre Destinación | 875.600.000 | 945.337.264 | 1.820.937.264 |
| Sistema General de Participaciones - Salud | 1.625.050.000 | 1.673.801.500 | 3.298.851.500 |
| Subprograma Salud Sexual y Reproductiva | 1.058.220.000 | 1.112.946.331 | 2.171.166.331 |
| Ingresos Corrientes de Libre Destinación | 462.880.000 | 499.746.131 | 962.626.131 |
| Sistema General de Participaciones - Salud | 595.340.000 | 613.200.200 | 1.208.540.200 |
| Subprograma Salud Ambiental | 1.936.331.818 | 1.994.421.773 | 3.930.753.591 |
| Sistema General de Participaciones - Salud | 1.936.331.818 | 1.994.421.773 | 3.930.753.591 |

| | | | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|
| Subprograma Salud Mental | 547.000.000 | 580.338.985 | 1.127.338.985 |
| SGP - Salud | 206.000.000 | 212.180.000 | 418.180.000 |
| Ingresos Corrientes Libre Destinación | 341.000.000 | 368.158.985 | 709.158.985 |
| Subprograma Gestión en Salud Pública | 4.637.960.961 | 4.839.500.382 | 9.477.461.343 |
| Ingresos Corrientes de Libre Destinación | 1.256.933.137 | 1.357.041.723 | 2.613.974.860 |
| Sistema General de Participaciones - Salud | 3.381.027.824 | 3.482.458.659 | 6.863.486.483 |
| | | | |
| PROGRAMA FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL | 3.124.124.872 | 3.332.539.200 | 6.456.664.072 |
| Subprograma Promoción, Vigilancia, Inspección y Control del SOGC en la Atención en los Prestadores de los Servicios de Salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. | 635.775.200 | 670.248.806 | 1.306.024.006 |
| Ingresos Corrientes de Libre Destinación | 310.208.752 | 334.915.364 | 645.124.116 |
| Otros Ingresos del Distrito | 325.566.448 | 335.333.441 | 660.899.889 |
| Subprograma Desarrollo Institucional | 1.644.174.836 | 1.763.003.244 | 3.407.178.080 |
| Ingresos Corrientes de Libre Destinación | 1.400.000.000 | 1.511.503.163 | 2.911.503.163 |
| Otros Ingresos del Distrito | 244.174.836 | 251.500.081 | 495.674.917 |
| Subprograma Desarrollo de Sistemas de Información y Aplicación | 844.174.836 | 899.287.151 | 1.743.461.987 |
| Ingresos Corrientes de Libre Destinación | 600.000.000 | 647.787.070 | 1.247.787.070 |
| Otros Ingresos del Distrito | 244.174.836 | 251.500.081 | 495.674.917 |