

**INFORME MIAS – DULIM
EN EL MUNICIPIO DE IBAGUE**

PERIODO 2017 - 2019

La Política de Atención Integral en Salud – PAIS- reglamentada por el Gobierno Nacional mediante Resolución 429 de febrero 17 de 2016, definió para su ejecución un marco operacional que corresponde al Modelo de Atención Integral en Salud – MIAS -, y responsabiliza a los entes territoriales de su coordinación y ajuste de planes territoriales de Salud con los Planes de desarrollo, Plan decenal y Plan Nacional.

La política Integral en Salud se hace operativa a través del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), el cual cuenta con 10 componentes



Con el fin de avanzar en el cumplimiento de la normatividad y mejorar los servicios de salud a los Ibaguereños, la administración municipal presentó a consideración del Honorable Concejo municipal el proyecto de acuerdo que fue aprobado y sancionado como Acuerdo No. 009 de agosto 08 de 2016, “Por medio del cual se faculta al Alcalde de Ibagué para que adopte el Modelo Integral de Atención en Salud de Ibagué “MIAS IBAGUE”, y se dictan otras disposiciones”.

Las actividades se centraron en las actividades de promoción y mantenimiento de a salud de las familias en los territorios así: a) caracterización de la Población del municipio de Ibagué según enfoques diferenciales de territorio y población priorizada (no decía cuál era la población a realizar la prueba piloto), b) Implementar la gestión integral de riesgo en salud -GIRS- para la operación del modelo, para lo cual se requería la información recolectada, c) Organizar la red de prestación de servicios de salud de manera integral, con la capacidad instalada existente y fortaleciendo los servicios que la población del municipio requiera, d) Propender por el desarrollo personal y profesional del talento humano en salud mediante el establecimiento de programas de capacitación continua, así como el mejoramiento de las condicionales laborales, e) Fortalecer el sistema de información en salud a fin de que los actores del modelo integral de atención en salud y el estado en general.

La caracterización que es el primer componente se define en el Art 12 de la Resolución 1536 de 2015 como ***“La caracterización poblacional se define como una metodología de análisis de riesgos, características y circunstancias individuales y***

colectivas, que comprende diversos tipos de modelos explicativos que permiten identificar riesgos, priorizar poblaciones dentro de las personas afiliadas y lugares dentro de un territorio y programar las intervenciones individuales necesarias para prevenir mitigar dichos riesgos, mediante acciones a cargo de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB y Administradoras de Riesgos Laborales-ARL. contempladas en los Planes de Beneficios". Tomando como base que la caracterización de la población asegurada es una responsabilidad de las EAPB y la caracterización de la población no asegurada corresponde a la Secretaría de Salud Municipal; Ibagué esta desarrollando este proceso en dos frentes a saber; el primero de ellos es a través de un contrato con la unidad de Salud de Ibagué E.S.E. proceso en el que se está realizando la caracterización socio ambiental y demográfica de la Población Pobre No Asegurada del municipio de Ibagué y el segundo frente es la caracterización de la Población Asegurada, proceso que se están realizando las EAPB que hacen presencia en el municipio y que a través de una mesa de las mesas creadas en la comisión para la calidad de vida se realiza un seguimiento a este proceso.

Teniendo en cuenta el total de la población de Ibagué, la dispersión geográfica en el área rural y el porcentaje de asegurados de la población se determinó que se caracterizaría el 80% de la población del área rural y el 80% de la población priorizada en el área urbana, con esta meta establecida se procedió a realizar el proceso, el cual detallaremos a continuación.

METODOLOGIA:

Una vez se decidió la puesta en marcha del Modelo Integral de Atención y teniendo en cuenta la dispersión de la población, los problemas de acceso a los servicios de salud y que en reuniones sostenidas con las EAPB que hacen presencia en el municipio se hizo evidente que la zona con mayor problemas para caracterizar es el área rural, se determino que el porcentaje a caracterizar en el área rural sería del 80% en la primera fase. Sin embargo y por factores como la dispersión geográfica se hizo necesario desarrollar una estrategia que nos garantizara el cubrimiento del territorio a intervenir, para lo cual se decidió demarcar los territorios en los que se desarrollaría la actividad y establecer el porcentaje de cubrimiento en cada uno de ellos, estableciendo un método de acción que consiste en crear por un lado los microterritorios con un centro de salud referente y un grupo itinerante quienes realizan el proceso de caracterización en aquellas zonas donde no se tienen microterritorios.

MICROTERRITORIOS:

Una vez prefijada la meta durante el proceso de implementación se evidencio la necesidad de realizar una división en micro territorios **en el área rural** , esto con el fin de lograr conseguir las mencionadas metas, para esto se conformaron los equipos de trabajo y a cada uno de ellos se le estableció un territorio a intervenir a cada uno de estos se les llamo micro territorios, esta distribución tiene por fin un cubrimiento

equitativo de los equipos de trabajo de acuerdo a su área de influencia, inicialmente fueron creados 7 micro territorios conformados de la siguiente manera.

MICROTERRITORIO UNO

- Dantas
- Laureles
- Coello
- La Linda
- Curalito
- Tambo

MICROTERRITORIO DOS

- Tapias
- Peñaranda
- Toche

MICROTERRITORIO TRES

- Juntas
- Villarestrepo
- Pastales
- Chapetón

MICROTERRITORIO CUATRO

Centros de Salud Referentes

En cada uno de estos micro territorios se estableció una base o sede fija que serviría de eje o centro de acción para desarrollar las actividades, estas bases se eligieron donde se tiene un centro de salud y estos centros de salud se convirtieron por ende en los Centros de Salud Referentes del Micro territorio.

MICROTERRITORIO UNO

MICROTERRITORIO DOS

MICROTERRITORIO TRES

MICROTERRITORIO CUATRO

MICROTERRITORIO CINCO

MICROTERRITORIO SEIS

MICROTERRITORIO SIETE

- **Coello**

- **Tapias**

- **Villarestrepo**

- **San Juan de la China**

- **Totumo**

- **Unidad Intermedia del Sur**

- **Puesto Salud Ambala**

- China Alta
- San Juan de la China
- San Bernardo

MICROTERRITORIO CINCO

- Carmen de Bulira
- Totumo
- Charco Rico
- Llanos del Combeima

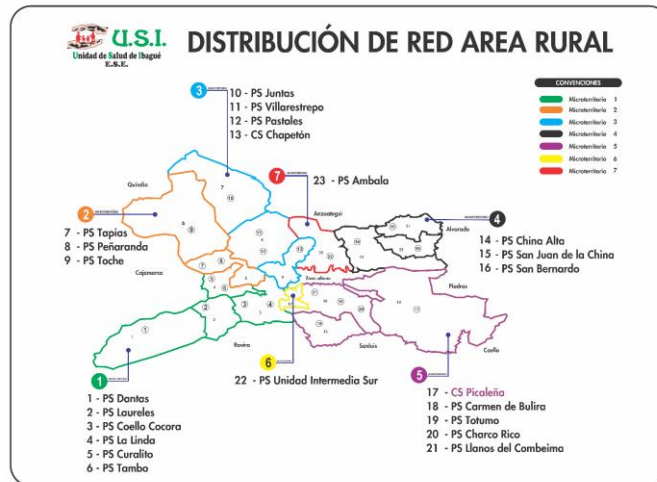
MICROTERRITORIO SEIS

- Unidad Intermedia del Sur

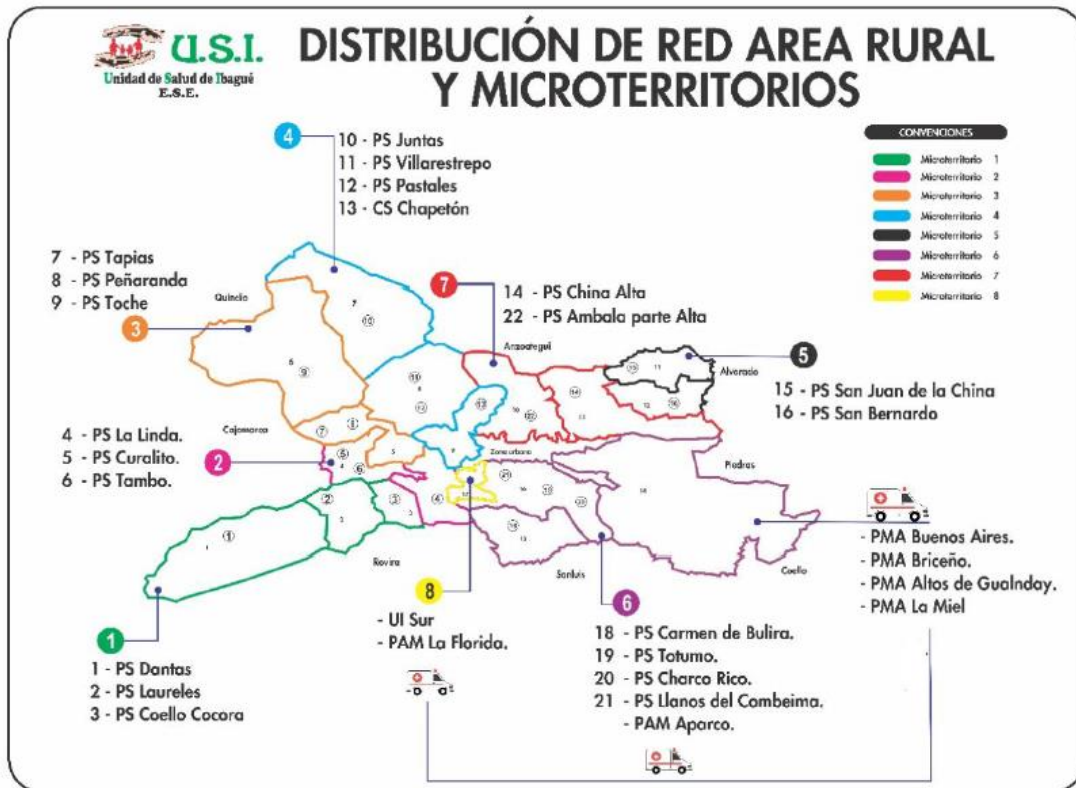
MICROTERRITORIO SIETE

- Puesto Salud Ambala

MAPA DE DISTRUBICION DE LOS MICROTERRITORIOS



En el segundo semestre del año **2018** de acuerdo al análisis realizado en el desarrollo de la prestación del servicio y de acuerdo a los resultados obtenidos se determinó que los microterritoios debían ser ajustados de acuerdo a las distancias y a la distribución de las veredas quedando distribuidos de la siguiente forma;



CONFORMACION DE LOS EQUIPOS DE TRABAJO

Con el fin de dar cumplimiento y cubrimiento a la población seleccionada se crearon los dos tipos de grupo mencionados con anterioridad; grupo itinerante y grupos fijos en los puestos de salud referente, los cuales están conformados de la siguiente manera:

1. GRUPOS DE TRABAJO EN LOS PUESTOS DE SALUD REFERENTES

En cada uno de estos micro territorios se estableció que debe existir un equipo fijo que se debe encargara de atender no solo la población del puesto de salud si no también de las veredas asignadas al micro territorio con el fin de lograr acercar la salud a la población, los grupos de los puestos de salud referentes están conformados por:

- Medico General.
- Una Enfermera.
- Una Auxiliar de Enfermería

2. GRUPO ITINERANTE

Este grupo es el encargado de realizar la caracterización de la población en todas aquellas veredas donde no se tenga un equipo fijo (rotan por todas las veredas haciendo

el proceso de caracterización). A ellos les toco caracterizar a 121 veredas de las 143 y el grupo esta conformado por:

- Un Medico.
- Una Enfermera Jefe.
- Una Auxiliar de Enfermería
- Un Odontólogo.
- Un Trabajador Social.

POBLACIÓN DEL ÁREA RURAL y META DE CARACTERIZACION

Teniendo en cuenta lo expresado con anterioridad se establecieron la meta de caracterización de 6.552 núcleos familiares

POBLACIÓN DEL ÁREA URBANA y META DE CARACTERIZACION

Para la caracterización del Área Urbana para el área urbana del municipio fue necesario priorizar algunas comunas, lo anterior debido a que es imposible cubrir el 80% de toda el área urbana en el periodo establecido en el contrato y se requeriría una inversión muy superior al presupuesto con el cuenta la secretaria para tal fin, también se tuvo en cuenta que en su gran mayoría la población del área urbana se encuentra asegurada y que a pesar de tener dificultades para acceder a los servicios en el área urbana existen mas mecanismos y oportunidad de acceder a los mismos, de tal forma que además de los criterios establecidos para determinar la población a caracterizar en el área rural se incluyó el mayor o menor grado de pobreza y de problemas sociales, una vez realizados estos análisis se estableció que se deberían caracterizar un total de 29.274 familias en el area urbana las cuales pertenecen a las comunas 6 a la 13.

RESULTADOS DEL PROCESO DE CARACTERIZACION

Para el área urbana la meta de caracterización era de 29.274 familias en las 8 comunas priorizadas sin embargo a corte de 26 de junio observamos que se habían caracterizado un total de 25.097 familias para un porcentaje de 85.7%. una vez analizadas las razones encontramos que no se cumplió la meta por varias razones entre las que destacamos:

- La población del área Urbana trabaja o tiene algún tipo de actividad económica por lo que en un alto porcentaje durante la visita no se encuentran en el hogar.
- Existe un alto grado de desconfianza de la población por lo que han cerrado las puertas a los grupos que realizan la actividad.
- A pesar de las reuniones realizadas con los líderes de la comunidad en muchas ocasiones no acatan el llamada ni ven la importancia del proceso.
- Dificultades en el proceso de contratación en gran parte por la inseguridad observada en algunas de las comunas priorizadas, razón por la cual se presento una alta deserción del personal.

Para el área rural la meta establecida fue de 6.552 y se caracterizaron 8.552 para un porcentaje de cumplimiento de 130%, en esta zona también se tuvieron dificultades para la contratación en gran parte debido a las largas jornadas de trabajo (debido a las distancias), de igual forma estos equipos tuvieron que realizar largas caminatas por la dispersión de la población muchos de ellas en lugares de difícil acceso. Sin embargo se

observo que a pesar de lo mencionado con anterioridad en la gran mayoría de las viviendas siempre estaba un adulto que podía atender la visita del equipo de caracterización.

Para el área urbana la meta de caracterización era de 29.274 familias en las 8 comunas priorizadas sin embargo a corte de 26 de junio de 2018 observamos que se habían caracterizado un total de 25.097 familias para un porcentaje de 85.7%. Una vez analizadas las razones encontramos que no se cumplió la meta por varias razones entre las que destacamos:

- La población del área Urbana trabaja o tiene algún tipo de actividad económica por lo que en un alto porcentaje durante la visita no se encuentran en el hogar.
- Existe un alto grado de desconfianza de la población por lo que han cerrado las puertas a los grupos que realizan la actividad.
- A pesar de las reuniones realizadas con los líderes de la comunidad en muchas ocasiones no acatan la llamada ni ven la importancia del proceso.
- Dificultades en el proceso de contratación en gran parte por la inseguridad observada en algunas de las comunas priorizadas, razón por la cual se presentó una alta deserción del personal.

Para el ejercicio global observamos que del total de la meta presupuestada se obtuvo un cumplimiento del 93.8% cumpliendo y superando la meta del zona rural,

CARACTERIZACIONES AMBITO TERRITRIAL			
Ámbito Territorial	Meta (No. Familias)	Ejecutado	Porcentaje cumplido
Urbano	29.274	25.097	85.7
Rural	6.552	8.522	130
Total	35.826	33.619	93.8

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PROCESO DE CARACTERIZACIÓN

La información también permite clasificar la población caracterizada por otros criterios que son también importante para el modelo y para el municipio a diciembre de 2017, tales como:

Distribución Total Por Sexo

Descripción	Población	% del total
Mujeres	27.339	56,6
Hombres	20.993	43,4
Total	48.332	100,0

Fuente: USI ESE. DATAPS.

La información relacionada con distribución de población caracterizada por sexo el 56,6% corresponde a mujeres y el 43,45 a hombres, cifra que es muy parecida a las que proyectan las estadísticas del DANE, que confirman que son más las mujeres que los hombres en el municipio de Ibagué.

Distribución Población por Ámbito territorial y Sexo.

Ambito Territorial	Población	% del Total
Total rural femenino	8.678	51,0
total rural masculino	8.341	49,0
total rural	17.019	100,0
Ambito Territorial	Población	% del Total
Total Urbano femenino	18.661	59,6
Total Urbano masculino	12.652	40,4
total urbano	31.313	100,0

Fuente: USI ESE. DATAPS.

La población caracterizada presenta como resultado que tanto en la zona rural como urbana las mujeres son mayoría en proporción del 51% en la zona rural y 59,6% en la zona urbana, hecho coherente con las proyecciones que presenta el DANE.

Distribución de Población caracterizada por Curso de Vida.

CURSO DE VIDA	POBLACION	% DEL TOTAL
ADULTEZ	19.384	40,1
VEJEZ	9.248	19,1
JUVENTUD	8.428	17,4
ADOLESCENCIA	3.850	8,0
INFANCIA	4.431	9,2
PRIMERA INFANCIA	2.991	6,2
TOTAL DE PERSONAS	48.332	100,0

Fuente: USI ESE. DATAPS.

Con el fin de contar con información acorde con lo establecido en el Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS – establecido en la resolución 429 de 2016 los porcentajes de población en cada curso de vida, datos que son posibles de extrapolar para realizar estudios en el municipio dada la calidad y cantidad de muestra caracterizada.

Las edades en cada curso de vida son: PRIMERA INFANCIA DE 0 A 5 Años; INFANCIA DE 6 A 11 años; ADOLESCENCIA DE 12 A 18 años; JUVENTUD DE 19 A 26 años; ADULTEZ DE 27 A 59 años y VEJEZ DE 60 años y más.

De acuerdo a la pirámide poblacional de Ibagué se observar que la mayor población es adulta, que es población laboralmente activa, que demanda servicios, sigue la población

en Vejez (19,1%) que va en incremento con relación a mediciones de años atrás y que es muy representativa dado su número total en el municipio. Se requiere diseñar y ejecutar políticas públicas dirigidas a prevenir problemas de salud de esta población. La población joven en Ibagué representa el 17,4%, y finalmente los menores de 18 años en la ciudad representan el 23,4% del total de la población Ibagüereña que también es un gran número de personas y que gozan de derechos especiales que conducen a revisar, actualizar y poner en ejecución políticas que permitan garantizar sus derechos.

Finalmente el proceso de caracterización dio la posibilidad de establecer el riesgo en el que se encuentran las viviendas de las familias visitas, tanto en la zona rural como urbana.

Tipos de Riesgo en las viviendas caracterizadas.

Tipo de riesgo de la vivienda	Familias caracterizadas Urbanas	% del total urbanas	Familias caracterizadas rurales	% del total rural
Invasiones	1.918	8,8	113	1,6
Otros	1.151	5,4	640	9,1
Deslizamientos y/o Erosion	1.385	6,5	2.836	40,3
Inundaciones	256	1,2	253	3,6
Industrias Contaminantes	85	0,4	127	1,8
Rellenos Sanitarios / Botaderos	21	0,1	169	2,4
No se Encuentra Zona Riesgo	16.497	77,4	2.899	41,2
Total de Familias	21.314	100	7.037	100

Fuente: USI ESE. DATAPS.

El mayor riesgo que presentan las viviendas en la zona rural es el deslizamiento y/o erosión con 40,3% del total de las caracterizadas, que corresponde a 2.836, mientras que en la zona urbana existe el riesgo de invasiones como primer tipo de riesgo con 8,8%, equivalente a 1.918 viviendas.

La anterior información es de gran importancia para diseñar e implementar políticas públicas en el municipio que prevenga la ocurrencia de desastres o problemas de tipo social.

Actividad física Según caracterización MIAS.

REALIZA ACTIVIDAD FISICA	RURAL	% DE TOTAL	URBANO	% DE TOTAL	TOTAL	% GRAN TOTAL
NO REALIZA	14.687	86,3%	29.653	94,7%	44.340	91,7%
SI REALIZA	2.332	13,7%	1.660	5,3%	3.992	8,3%
TOTALES	17.019	100,0%	31.313	100,0%	48.332	100,0%

Fuente: USI ESE. DATAPS.

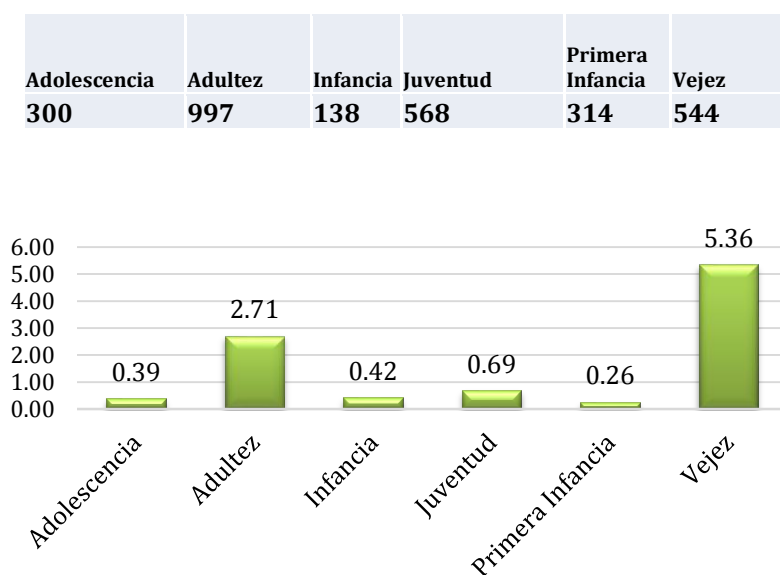
Dentro de la información de caracterización se destaca las respuestas a la pregunta de si realiza actividad física, que indica que en la zona urbana solamente el 5,3% de la población realiza actividad física y en la zona rural el 13,7%, para un total de 91,7% del total de la población caracterizada que no realiza actividad física, hecho que debe servir para diseñar estrategias que incentive la practica regular en la población.

En el proceso de caracterización se realizó la georreferenciación de la población, la caracterización socio económica y se realizaron seguimientos a los planes familiares mediante la educación de:

Control prenatal, control del joven, control de enfermedades crónicas, consulta externa general, Crecimiento y desarrollo 1ª vez, Planificación 1ª vez, enfermedades crónicas 1ª vez; Planificación familiar, crecimiento y desarrollo, Citologías, tamizaje visual, Canalizaciones; Control de placa, detartaje, topicacion de fluor, aplicación de sellantes entre otras.

Patologías sin diagnosticar por Curso de Vida x 100 Habitantes

Durante la caracterización e intervenciones realizadas encontramos algunos usuarios cuyas patologías no pudieron ser diagnosticadas principalmente por que se requerían exámenes complementarios que en el momento de la visita no se contaba con ellos a continuación encontramos la distribución por curso de vida.



El total de la población sin diagnosticar fue del 9.8%

Gestión de salud ambiental.

ÁREA AMBIENTAL EN LOS TERRITORIOS URBANO Y RURAL

ACTIVIDAD	META	EJECUCION	% EJECUCION
Asesorías técnicas rurales educativas y de intervención recolección inservibles, vectores, tenencia responsable de animales, caracol africano, contaminación de fuentes hídricas, disposición adecuada de residuos sólidos, pozo séptico, zonas de riesgo (erosión e inundación).	520	520	100%
Visitas viviendas saludables promoviendo educación e intervenciones en infraestructura, calidad del agua, aguas residuales, los residuos sólidos, plagas, vectores, higiene, tenencia responsable de animales, uso y almacenamiento seguro de sustancias químicas, dinámica familiar y comunitaria	7,8	7,8	100%
Visitas escuelas saludables Visitas a escuelas, realizando diagnóstico de condiciones sanitarias y ambientales, educación sanitaria y ambiental a los estudiantes, educación a los padres.	327	327	100%
Visitas entornos saludables	6	6	100%
Visitas a plazas de Mercado visitas a plazas de mercado en capacitaciones a adjudicatarios y comerciantes para mejorar las condiciones sanitarias y ambientales.	1,2	1,2	100%

430 asesorías técnicas rurales, educativas y de intervención recolección inservibles, vectores, tenencia responsable de animales, caracol africano, contaminación de fuentes hídricas, disposición adecuada de residuos sólidos, pozo séptico, zonas de riesgo (erosión e inundación).

5.878 visitas con la estrategia vivienda saludable, promoviendo educación e intervenciones en infraestructura, calidad del agua, aguas residuales, los residuos sólidos,

plagas, vectores, higiene, tenencia responsable de animales, uso y almacenamiento seguro de sustancias químicas, dinámica familiar y comunitaria

Visitas a escuelas, realizando diagnóstico de condiciones sanitarias y ambientales, educación sanitaria y ambiental a los estudiantes, educación a los padres.

2.000 visitas a plazas de mercado en capacitaciones a adjudicatarios y comerciantes para mejorar las condiciones sanitarias y ambientales.

Movilización Social y participación comunitaria: redes sociales y comunitarias.

ENTORNO SOCIAL

ACTIVIDAD	META	EJECUCION	% EJECUCION
Conformacion de redes : Con seis visitas cada una	25	25	100%
Visitas a adulto mayor reconstrucción de la memoria histórica; reacción a frente a situaciones de emergencia RCP; estilos de vida saludable	3000	3000	100%

Fortalecimiento de capacidades para la respuesta en salud

Asesorías a Médicos generales de la USI ESE.

Obedeciendo a estas necesidades, se implementa el plan de capacitaciones, en respuesta al fortalecimiento de capacidades para la respuesta en salud, que incluye las 5 RIAS priorizadas por la Secretaria de Salud Municipal para el desarrollo del pilotaje del MIAS DULIMA, en el talento humano de las E.S.E del municipio y los agentes comunitarios, y obedeciendo al fortalecimiento de capacidades institucionales para la generación de centros especializados se realiza la asistencia técnica por parte de un equipo de especialistas al talento humano de la ESE Unidad de Salud de Ibagué.

Los especialistas como Psiquiatra, Pediatra, Ginecobstetra, Familiarista, Geriatra e Internista realizaron un trabajo de capacitación a los médicos generales de la USI este trabajo se realizó de manera directa con los usuarios, lo anterior con el fin de fortalecer sus capacidades, proyectando la ESE como prestador primario público del municipio de Ibagué. El total de usuarios beneficiados con las asesorías fue 1.283.

TOTAL DE INTERVENCIONES (CAPACITACIONES CON USUARIOS) POR ESPECIALISTAS

ESPECIALISTAS	N. INTERVENCIONES
PSIQUIATRA	338
PEDIATRA	139
GINECOBSTETRI A	174
FAMILIARISTA	498
GERIATRA	26
INTERNISTA	108
TOTAL	1283

ASESORIA Y ASISTENCIA TECNICA PARA EL FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES DEL PRESTADOR PRIMARIO EN SALUD POR PARTE DE LOS ESPECIALISTAS – PERSONAL DEL AREA DE LA SALUD ASESORADO

MES	ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	ESPECIALISTA EN GINECOBSTETRI A	ESPECIALISTA FAMILIARISTA	ESPECIALISTA EN GERIATRA	ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	TOTAL
JUNIO	1	0	0	4	0	0	5
JULIO	7	2	0	6	0	0	15
AGOSTO	17	7	14	3	0	0	41
SEPTIEMBRE	16	7	14	13	0	0	50
OCTUBRE	10	5	12	6	0	0	33
NOVIEMBRE	11	4	12	10	0	7	44
DICIEMBRE	3	1	10	6	0	6	26
TOTAL	65	26	62	48	0	13	214

Asesoría y asistencia técnica para el fortalecimiento de capacidades del prestador primario en salud por parte de los especialistas dirigido al personal del área de la salud. Distribución mensual. Corte al 22 de Diciembre de 2017

Se realiza aclaración, que el Especialista en Geriatria realizaba las intervenciones directamente a los usuarios, por tal razón el dato de la asistencia técnica al personal de salud se encuentra en cero.

Adicionalmente se hace importante mencionar que el mes de Junio y parte del mes de Julio se realizaron revisiones temáticas por parte de los especialistas con relación a las Rutas Integrales de Atención en Salud para poder plantear al plan de capacitaciones y las

asesorías técnicas y de esta manera cumplir con el fortalecimiento de capacidades del prestador primario en salud.

RUTA	TALENTO HUMANO CAPACITADO
RIAS- promoción y mantenimiento de la salud	1.866
RIAS- materno perinatal	2.226
RIAS- trastornos mentales y del comportamiento	1.226
RIAS- enfermedades infecciosas	64
RIAS- alteraciones cardio- cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	205
TOTAL	5.587

Durante el año 2016 la accesibilidad de la población rural a los servicios de salud fue de 10.9 personas por cada 100 habitantes, para el año 2017 durante la primera fase de implementación del MIAS se presentó un incremento significativo, pasando a 35 % de acceso, ya para el primer trimestre DE 2017 tenemos un total de 18.75%, sin embargo la proyección a diciembre de 2018 es de un 75% gracias al proceso de caracterización, así como el de realización de los planes familiares y el seguimiento que se le ha venido realizando a los mismos, lo cual implica que el solo proceso potencia en forma significativa el acceso a los servicios de salud en la población rural.

Durante el desarrollo de la implementación del MIAS-DULIMA se han tenido varias etapas con respecto a la concertación de la base de datos donde se registra la caracterización y el seguimiento a los planes individuales y familiares establecidos con la población rural.

Durante el inicio del proyecto se utilizó el sistema de información denominado DATAPS donde se registraban todas las caracterizaciones realizadas y el cual funcionó hasta junio de 2018. Además de esta base de datos los equipos de cada una de las microterritorios diligenciaban en un cuadro en Excel “condensado” donde quedaban registradas todas las atenciones que se efectuaban en cada uno de los microterritorios.

A partir de Agosto de 2018 el aplicativo DATAPS no se continuó usando una vez que ya no se tenía contratación con el operador; a partir de esta fecha se inició el proceso de depuración de datos, proceso que no fue nada fácil y el cual duró hasta mayo de 2019.

A partir de esta fecha la USI-ESE ya cuenta con un aplicativo donde se agruparon todas las variables que se requerían para llevar a cabo un seguimiento con mayor puntualidad y de acuerdo a las necesidades de la comunidad y a los determinantes sociales evidenciados y caracterizados que se requerían para el seguimiento a la gestión de riesgo y a cada una de las rutas de atención implementadas.

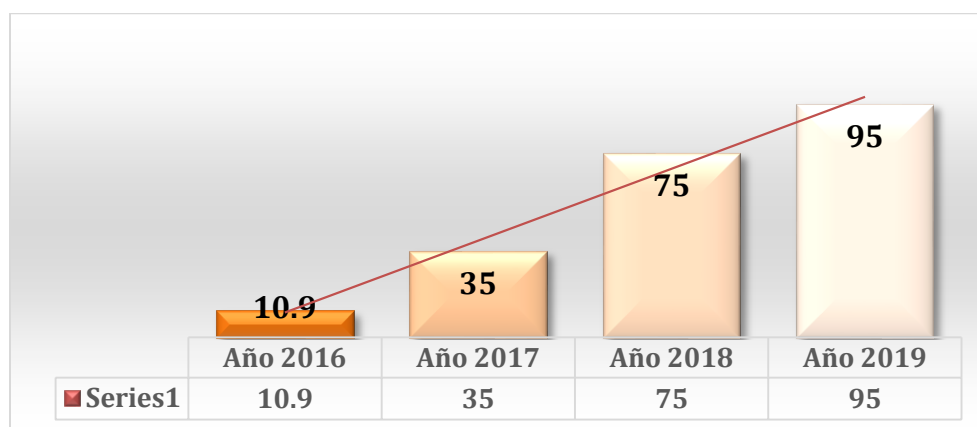
Es así que en la actualidad la base de datos de la población caracterizada en el área rural se encuentra completamente depurada y actualizada para continuar con el modelo y con las diferentes rutas.

Además se solcito a los diferentes entes de la administración municipal un dato exacto de la población rural para poder hacer uso de esos datos y establecer en realidad de la población verificada del área rural y no fue posible obtener estos datos, fue así que se solcito a la Secretaria de Salud Municipal que permitiera trabajar con los datos de caracterización con que cuenta la USI-ESE y continuar el proceso de las metas establecidas en el convenio con estas metas partiendo de la caracterización cuyos resultados a la fecha son de:



ACCESIBILIDAD DE LA POBLACION A LOS SERVICIO DE SALUD EN EL AREA RURAL

Esto no ha dado la posibilidad de continuar con el seguimiento a planes personales y familiares y llegar a una accesibilidad del 95% por cada 100 habitantes



2017 35% a 2019 95%

95 de cada 100 campesinos acceden a servicios de salud logrando eliminar las barreras de acceso a los servicios

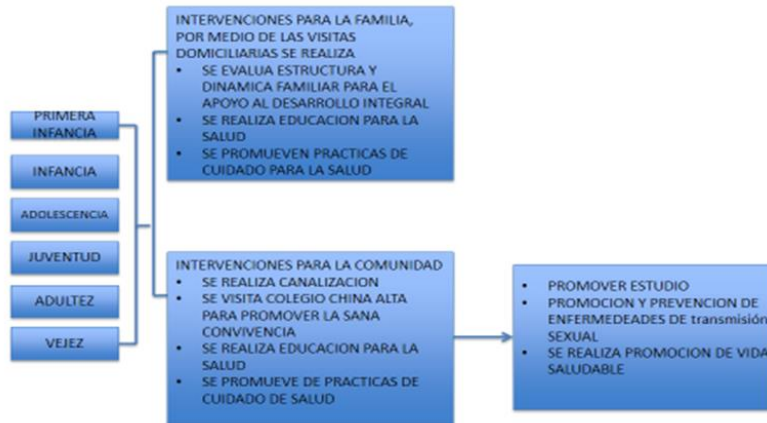
IMPLEMENTACION RUTAS DE ATENCION;

- Promoción y mantenimiento de la salud
- Materno perinatal
- Trastornos mentales y del comportamiento
- Enfermedades infecciosas
- Alteraciones cardio- cerebro – vascular – metabólicas manifiestas

Las rutas integrales de atención en salud son un instrumento que contribuye a que las personas familias y comunidades alcancen resultados en salud teniendo en cuenta las particularidades del territorio donde viven, se relacionan y se desarrollan. Las rutas han permitido orientar la gestión garantizando la continuidad, oportunidad, accesibilidad y calidad en el servicio de acuerdo a la caracterización realizada y a los determinantes sociales de la población.

Ruta de Promoción y mantenimiento de la salud





Esta ruta la cual es la transversal a todas las atenciones realizadas y aquella que la Resolución 3280 enmarca para realizar las frecuencias según los ciclos de vida y para lo cual en la actualidad se cuenta con la siguiente oblación de acuerdo a la caracterización realizada.



A través de esta ruta se llevan a cabo las tenciones integrales del seguimiento a los planes familiares y caracterizaciones realizadas en el área rural de acuerdo a las frecuencias enmarcadas en la Resolución 3280 y las cuales son facturables.

Las atenciones que se llevan a cabo son:

- ✓ Control prenatal
- ✓ Control del joven,
- ✓ enfermedades crónicas,
- ✓ consulta externa general,
- ✓ Crecimiento y desarrollo

- ✓ 1ª vez, Planificación
- ✓ 1ª vez, enfermedades crónicas
- ✓ 1ª vez; Planificación familiar,
- ✓ crecimiento y desarrollo,
- ✓ Citologías,
- ✓ tamizaje visual,
- ✓ Canalizaciones
- ✓ Control de placa,
- ✓ detartaje, topicación de flúor,
- ✓ aplicación de sellantes

Para lo cual a la fecha y desde que se cuenta con la caracterización de la población se han realizado 90865 atenciones desde 2017 a Septiembre de 2019

Ruta Materna perinatal;

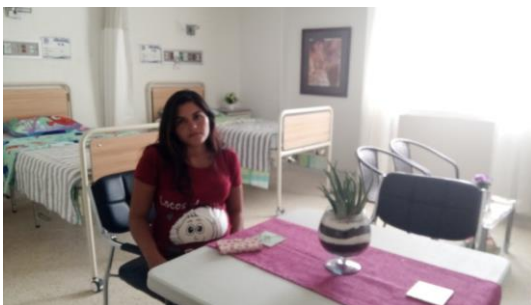
La ruta tiene como objetivo garantizar la continuidad de la atención en salud para la mujer, entendiendo la maternidad como una decisión que hace parte del proyecto de vida personal y familiar, en pro del fortalecimiento del autocuidado y aumentar la conciencia sobre: derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos. Para su desarrollo se ha fortalecido el componente primario en todo lo concerniente a la ruta como lo es el laboratorio clínico, el proceso de humanización, la creación de la casa materna como alternativa de parto el parto en agua y la apertura del quirófano.



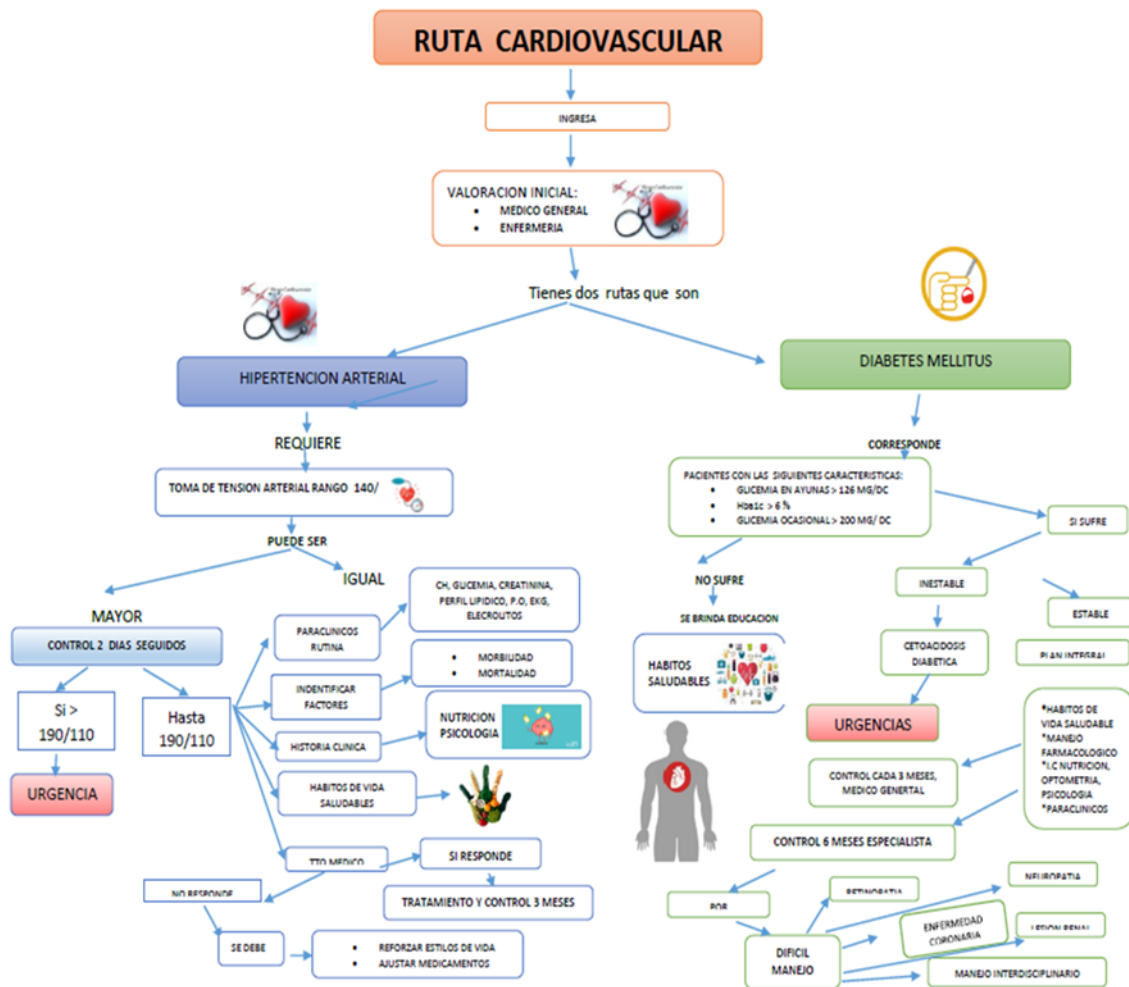
A la fecha se ha brindado atención a 1431 ingresos maternos y 759 partos atendidos



La implementación de la casa materna la cual tiene por objetivo albergar a las mamitas del área rural que no tienen posibilidad de alojamiento en el municipio. En la actualidad se han albergado 15 mamitas



Ruta de Cardio Vascular



En la actualidad se cuenta con una población caracterizada de 1007 de los cuales 718 son Hipertensos y 288 Diabéticos en el área rural

La Implementación del MIAS ha permitido La Canalización de 2.896 usuarios que se han beneficiado por el fortalecimiento al prestador primario con especialistas (Ginecólogo, Pediatra y Medicina Familiar) en el área rural

Adulto mayor

En el programa de adulto mayor ha fortalecido al prestador primario y se han logrado se han 17.081 atenciones Médicas, Psicología, Trabajo social, Enfermería Encontrando Discapacidad, Abandono, pobreza extrema, riesgo en salud mental, sin subsidio, enfermedades crónicas no trasmisibles entre otras.

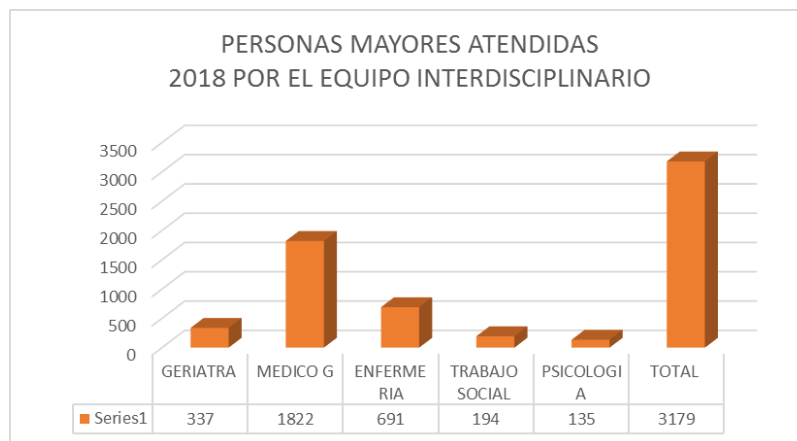
La oferta del servicio para el adulto mayor se basa en la implementación de un programa que se lleva a cabo en la Unidad de Salud de Ibagué partiendo con un equipo consultor compuesto por un médico geriatra, enfermera y trabajador social, que ejerce funciones más de gestión del caso que de asistencia geriátrica, al no disponer de camas para

internamiento de pacientes. Se lleva a cabo en el área urbana del municipio de Ibagué en los siguientes sitios: 1. La CIMA, 2. IPC industrial, 3. USI 8ª etapa del Jordán, 4. Centro de Día Barrio Popular. El equipo de Valoración geriátrica integral que está conformado por médico geriatra, enfermero profesional y trabajador social se ubicó principalmente en la 8ª etapa del Jordán y realizó valoraciones itinerantes de acuerdo a las necesidades de los diferentes sitios de atención tanto urbanos como rurales y también se realizaron atenciones domiciliarias de pacientes con inmovilismo total y enfermedad terminal, principalmente en el casco urbano del municipio de Ibagué y en algunas de las veredas que se visitaron durante las brigadas como Tapias, San Bernardo, San Juan de la China, etc...

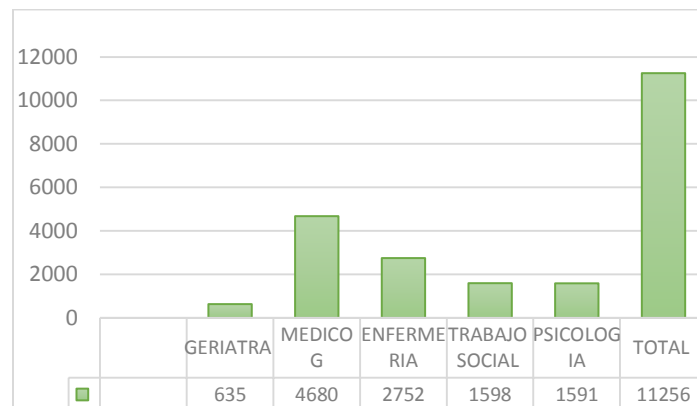
Los equipos de valoración y cuidados geriátricos, son una forma de introducción de la geriatría en hospitales que carecen de servicios específicos. Se tuvo como base principal de operaciones la USI de la 8ª etapa del Jordán ente septiembre y diciembre de 2018 y a partir de abril hasta octubre de 2019. En el año 2017 solo se trabajaron los últimos 15 días de diciembre (debido a que fue la fecha en que se contrató).

El núcleo de un equipo interdisciplinario en geriatría está formado por el médico, el enfermero y el trabajador social, cada uno de ellos con la debida formación para ejercer sus competencias en el ámbito de la geriatría.

Durante el 2018 se han realizado las atenciones que se evidencian en el siguiente cuadro:



Y durante el 2019 se han efectuado las atenciones del siguiente cuadro:



En las gráficas anteriores se presenta el impacto en cuanto a mejora de la oferta del servicio con un equipo de profesionales de la salud que intervienen en la atención de adultos mayores comparando los pacientes atendidos en el año 2018 y 2019, viendo que hay un aumento en el número de pacientes atendidos, teniendo en cuenta que durante el año 2018 se trabajó por 4 meses y en el 2019 se trabajó durante 7.5 meses; Lo anterior mejora el abordaje integral de las personas adultas mayores atendidas contribuyendo en la oportunidad y accesibilidad a los profesionales de la salud con un enfoque apropiado de la gestión del riesgo de adultos mayores.

El objetivo de estos equipos es apoyar al resto de los servicios del hospital en el manejo de los pacientes geriátricos, facilitar el alta de los mismos, coordinar con atención primaria y servicios sociales.

Se apoyaron los servicios de consulta externa en cuanto al abordaje de pacientes crónicos, urgencias de la 8ª etapa del Jordán y atención domiciliaria de pacientes con inmovilismo total y enfermedad terminal.

Se habla específicamente de la 8ª etapa del Jordán de la unidad de salud de Ibagué, el centro de día de la CIMA en la comuna 8, el centro de día del IPC comuna 12 y del centro de día del barrio popular en la comuna 10 así como centros de larga estancia como el jardín de los abuelos y el divino niño, se realizaron brigadas de salud en diferentes sectores del área rural y urbana del municipio (Modela, la Florida, El Tejar, etc...).

Se coordinaron casos con la secretaria de bienestar social de adultos mayores en condición de vulnerabilidad, realizando valoraciones geriátricas integrales a pacientes y valoraciones de psicología para pacientes y cuidadores mejorando de esta manera los criterios de ingreso a los diferentes servicios y programas como hospitalización, consulta externa, atención domiciliaria, centros de día/vida, comedores y hogares geriátricos y de paso. Estas intervenciones no se realizaban previo a la implementación del programa, lo que generaba una inapropiada clasificación de las necesidades de los pacientes y un uso ineficaz e inapropiado de los recursos sanitarios y sociales con que cuenta el municipio, impactando tanto la calidad de vida como optimizando el gasto y el uso apropiado de recursos. Es el único programa que ha realizado intervenciones desde el punto de vista interinstitucional e interdisciplinario entre las secretarías de salud y las secretaría de desarrollo social y apoyando actividades de secretaria de desarrollo rural y de gobierno (dando una puerta de entrada al sistema socio-sanitario para los pacientes referidos por estas últimas 2 dependencias).

Existe, además, otro importante núcleo de profesionales que contribuyen a la atención del paciente geriátrico proporcionando valoración específica en alguna área o dimensión concreta de la salud (nutricionista, neuro-psicólogo, etc.) o tratamientos (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, logopeda, farmacéutico, etc.). Las intervenciones realizadas ya se refirieron en el cuadro previamente presentado donde se evidencia la mejora del servicio de forma integral y multidisciplinaria, realizando incluso estudios de casos complejos para ayudar a resolver la problemática tanto de salud, como socio-familiar de los adultos mayores. Hay que aclarar que de acuerdo al documento en el que se propone el modelo de atención integral socio-sanitaria al adulto mayor la dinámica de funcionamiento incluye la implementación progresiva de los servicios en 3 fases, en la primera (servicios ambulatorios) se desarrollaron los servicios de consulta externa y atención domiciliaria quedando pendiente la implementación de el hospital de día y no se logro avanzar en la implementación de la segunda fase de servicios (hospitalarios) como unidad geriátrica de agudos, unidad de media estancia y unidad de larga estancia ni en la tercera fase

(coordinación del cuidado continuado socio-sanitario). Por lo anterior en ningún momento se contrataron otros profesionales necesarios para la implementación completa del modelo como nutricionista, neuropsicología, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, logopeda o farmacéutico, únicamente se contrató el personal necesario para la atención ambulatoria. Sin embargo es evidente una mejora en la oferta de servicios ya que anteriormente no se contaba con un programa que aborde de forma integral al adulto mayor del municipio de Ibagué, a través del prestador primario como lo es la Unidad de Salud de Ibagué ni de ninguno de los prestadores complementarios, dando una ventaja competitiva a la institución debido a que ninguna otra institución prestadora de servicios está ofertando un programa similar que incluye la atención especializada en geriatría.

Ruta de salud mental



La labor diaria de nuestros contratistas ha permitido La unidad psicosocial en salud mental presta los servicios oportunos y accesibles a la población usuaria del servicio, utilizando eficientemente las instalaciones físicas de la Unidad de Salud Intermedia del Sur USI ESE y garantizando el talento humano para su respectiva prestación del servicio contribuyendo de esta forma al cumplimiento de la política de salud mental nacional y con el objetivo de llegar a la población con servicios de psicología , trabajo social y medico en salud mental basado en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad mental , reduciendo así la ideación e intento de suicidio en la población consultante a la unidad psicosocial y mejorando la calidad de vida de la población del Municipio de Ibagué, evitando el desplazamiento y remisión de pacientes a otras ciudades, por falta de accesibilidad, de la especialidad en la localidad; así mismo se brindar atención interinstitucional a la población que presenten trastornos emocionales y del comportamiento de diferente índole, que requieran atención en situación de crisis o agudización de síntomas psiquiátricos. Se brinda atención en la fase aguda de alteraciones comportamentales asociadas al consumo abusivo de sustancias psicoactivas de niños, niñas, adolescentes y adultos. Ibagué no contaba con un servicio integral que le

permitiera a la población de bajos recursos acceder a profesionales que le proporcionan además de tratamiento acompañamiento en procesos de crisis agudos de manera integral y las 24 horas del día los siete días a la semana.

Se ha fortalecido la prestación del servicio en las unidades de salud de San Francisco y el Jordán, contando con un servicio habilitado en psicología

El programa cuenta actualmente con el siguiente talento humano

Seis Psicólogas brindando atención clínica día, noche y fines de semana, una psicóloga epidemióloga y una coordinadora del proyecto.

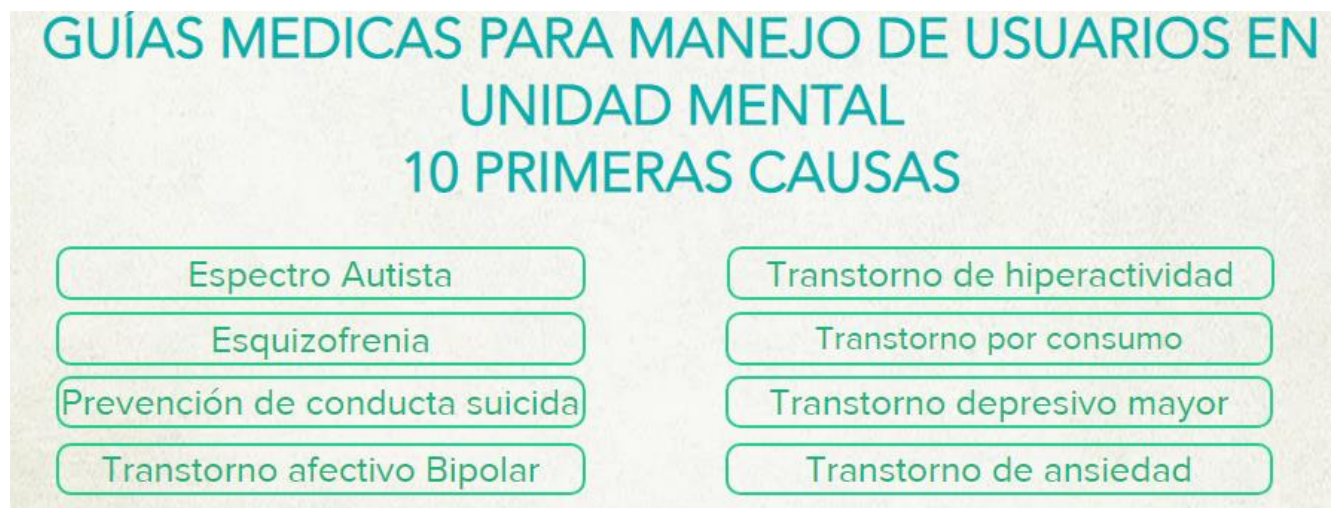
Tres Trabajadoras sociales de día y los fines de semana y una Trabajadora social de referencia y contrareferencia quien apoya de igual forma las intervenciones de trabajo social en las tres unidades de salud.

Dos Médicos especialista en salud mental

Una jefe Coordinadora asistencial

Dentro de la oferta de prestación del servicio encontramos intervención individual, intervención grupal, intervención de pareja e intervención de familia.

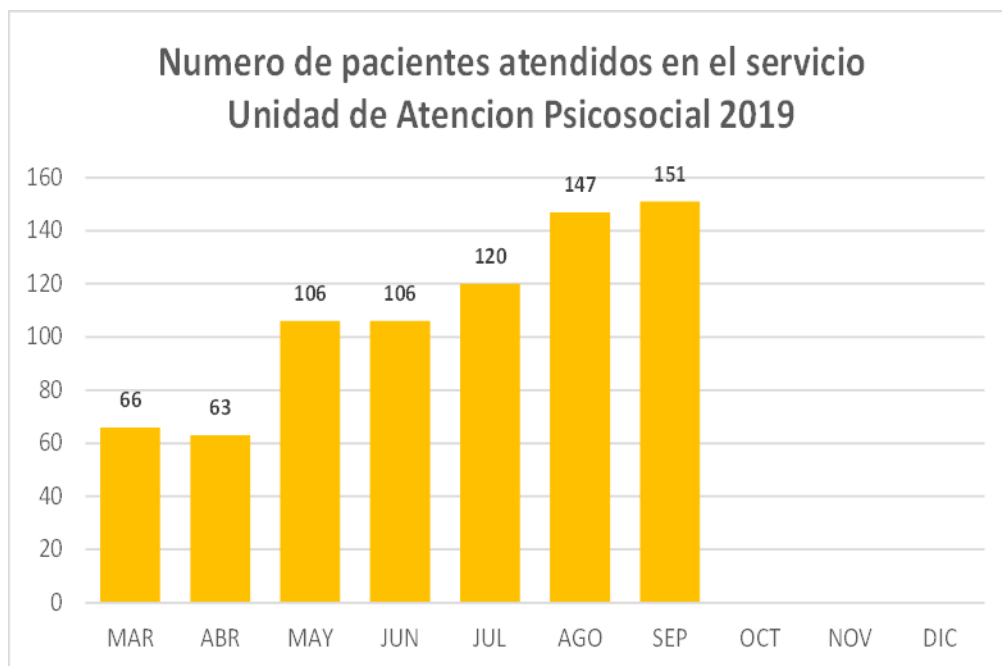
El programa actualmente cuenta con documentos GUÍAS DE ATENCIÓN DE LAS 8 PRIMERAS CAUSAS DE ATENCIÓN PARA LA UNIDAD MENTAL, con la correspondiente creación de un espacio virtual exclusivo para dicho proyecto.



FOTOGRAFÍA 2. PANTALLAZO CARGUE DE 8 GUÍAS MÉDICAS

- **entre otros aspectos propios de la atención, que el sistema PQRSF de la entidad se nutra de reportes positivos: felicitaciones lo que ha mejorado la percepción de nuestros usuarios.**

RESULTADOS



959 Usuarios atendidos Y 1.954 Atenciones área rural

URBANO

Dentro del componente de atención en salud se tiene como uno de los objetivos la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud” El propósito es crear integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población, lo cual requiere la armonización de los objetivos y estrategias del sistema de salud alrededor del ciudadano como objetivo del mismo. En el componente urbano se evidencian el siguiente resultado en las atenciones en las diferentes comunas y programas.

En el área URBANA se presenta la atención que se realiza por el equipo con que cuenta la USI-ESE y por el equipo que a través del convenio de fortalecimiento se presta atenciones las diferentes comunas.

Evidenciando las atenciones en el área urbana donde se reforzó con los equipos en el área urbana se evidencia que se ha contribuido a la accesibilidad de los servicios de atención a través ya que durante el periodo del convenio las atenciones a la población al mes de septiembre de 2019 ha sido de 263652 donde el propósito de integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población en los territorios se ha llevado a cabo. Con estas acciones se está dando cumplimiento a lo planteado por el modelo de acuerdo a la ruta:

Esto no lleva a la gran conclusión de la importancia de continuar con el esquema de fortalecimiento de la atención donde el principal beneficiado es el usuario.

El Programa de Salud y Medicina Familiar y Comunitaria plantea:

- Orientaciones para el mejoramiento de la calidad y resolutiva en la prestación en el nivel primario
- Desarrollo de rutas, guías y protocolos para el cuidado primario
- Gestión efectiva para la articulación de las acciones individuales y colectivas, sectoriales e intersectoriales, en un proceso integral y continuo de cuidado
- Orientaciones para la atención humanizada y el empoderamiento de las personas, familias y comunidades adscritas a los territorios.

HABILITACION DEL QUIROFANO

Teniendo como referencia la Ley 715 de 2015 que regula el derecho fundamental de la salud y se dictan otras disposiciones y “en especial la atención de los niños, niñas y adolescentes, las mujeres en embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado y personas en condición de discapacidad, quienes gozaran de especial protección por parte del estado, su condición de salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativo o económico ; las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectorial e interdisciplinarios que les garanticen las mejores condiciones de salud”.

Con relación a la Resolución 03147 de Octubre 6 de 2018 de la Secretaria de salud Despacho en su artículo 5 parágrafo único, que autoriza a la Unidad de Salud de Ibagué USI, podrá dentro de la vigencia del presente Resolución y mientras persistan las razones que la motivaron, a presentar nuevos requerimientos para la habilitación de servicios de salud de mediana complejidad para la prestación de servicios a la población materno infantil.

La Resolución 03280 de 2018 “por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la promoción y mantenimiento de la salud y la Ruta integral de atención en salud para la población.

Mediante reuniones previas con los delegados de la secretaría de Salud Departamental y el Adendo a la resolución 03147 de Octubre 6 de 2018, el 14 de Mayo de 2019 se realiza la inscripción de la habilitación de los servicios de anestesia y cirugía ginecología en la sede de la unidad intermedia San Francisco, para de esta manera completar la ruta materno perinatal y permitir realizar los procedimientos de mediana complejidad de mujeres y gestantes; para lo cual se soportó con el número de remisiones a alta complejidad ginecológica durante el primer cuatrimestre del 2019.

En Julio 31 de 2019 por parte de la secretaria de salud departamental se realiza visita de cumplimiento de condiciones de habilitación de la Unidad intermedia San Francisco lo que incluye el quirófano, se evidencia incumplimiento en el estándar de infraestructura se están realizando actividades de remodelación dados por condiciones de obstrucción de tuberías hidráulicas y drenajes, incumpliendo en el estándar de dotación y equipos dado por estar realizando la contratación para la calibración de equipos y los relacionado con faltantes de equipos biomédicos; por lo tanto los funcionarios deciden retirar el distintivo de habilitación de cirugía ginecología hasta tanto la institución cumpla y mediante previa visita dar apertura al quirófano.

A la fecha se ha continuado en la ejecución y cumplimiento de las condiciones de habilitación de la resolución 2003 de 2014, relacionadas con el estándar de infraestructura, dotación y procesos prioritarios; por parte de los funcionarios de la Secretaría de Salud Municipal se ha hecho acompañamiento mediante reuniones e inspección física y documental para de esta forma verificar el cumplimiento de las condiciones, las necesidades y la ejecución de la inversión de los recursos asignados para la visita previa de habilitación y la puesta en marcha del quirófano.

En la actualidad el quirófano se encuentra habitado para desarrollar las atenciones necesarias de la ruta

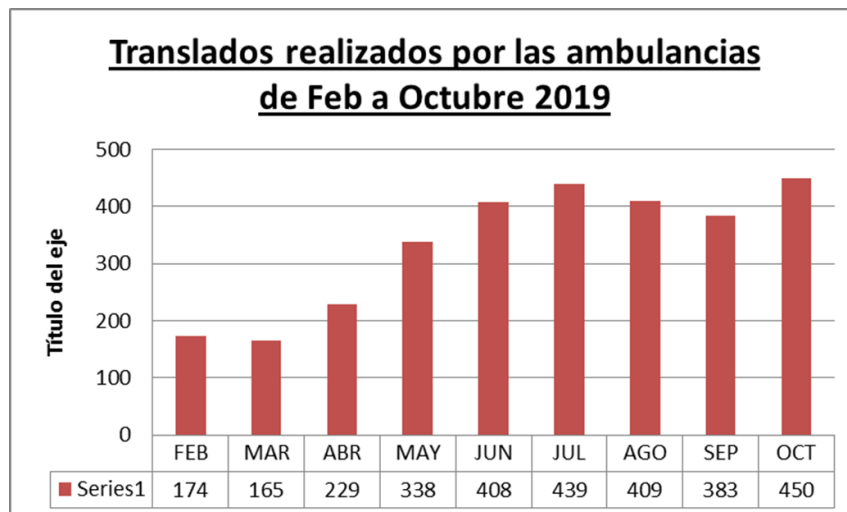
AMBULANCIAS

Las ambulancias de la Unidad realizan traslados entre las diferentes unidades y apoyando al CRUE en todo lo relacionado a traslados solicitados con códigos primario, enfermedades cerebro cardiovasculares e infartos entre otros.

En la actualidad se cuenta con el **Comodato-préstamo No. 0072 del 21 de enero de 2019**. Suscrito entre la Unidad de Salud y la Secretaria de Salud municipal, cuyo objeto es: Entregar en comodato o préstamo de uso dos vehículos ambulancia terrestre asistencial, uno básico y uno medicalizado completamente dotados y adecuadas para el servicio teniendo en cuenta las condiciones del presente comodato:

1. Inició con la entrega el día 21 de enero de 2019 de las dos ambulancias TAB y TAM identificadas con número de placas OET-012 y OET-013 respectivamente.

Se ha reforzado el prestador primario con el servicio de las ambulancias con los siguientes resultados:



INFORME FINANCIERO

MODELO INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD MIAS				
EJECUCION TECNICO-FINANCIERA CONTRATO N°0967- 2017				
INVERSION	PROYECTADO TOTAL	EJECUTADO TOTAL	SALDO SIN EJECUTAR	% EJECUCION FINAL
INVERSION TOTAL	\$ 5.152.046.053	\$ 4.803.894.356	\$ 348.151.697	93
TOTAL	\$ 5.152.046.053	\$ 4.803.894.356	\$ 348.151.697	
EJECUCION TECNICO-FINANCIERA CONVENIO N°1837- 2018				
INVERSION	PROYECTADO TOTAL	EJECUTADO TOTAL	SALDO SIN EJECUTAR	% EJECUCION FINAL
INVERSION TOTAL	\$ 3.989.840.786	\$ 3.886.199.764	\$ 103.641.022	97
TOTAL	\$ 3.989.840.786	\$ 3.886.199.764	\$ 103.641.022	
EJECUCION TECNICO-FINANCIERA CONVENIO N°1194- 2019				
INVERSION	PROYECTADO TOTAL	EJECUTADO TOTAL	SALDO POR EJECUTAR	% EJECUCION FINAL
INVERSION TOTAL	\$ 8.993.028.000	\$ 8.280.953.688	\$ 712.074.312	92
TOTAL	\$ 8.993.028.000	\$ 8.280.953.688	\$ 712.074.312	

Con el desarrollo del componente tanto urbano como rural se le está dando cumplimiento a las disposiciones nacionales y además se le esta prestado la atención que la comunidad de Ibagué requiere para el mejoramiento de la salud.

Los soportes de las atenciones se pueden verificar en la USI-ESE donde se encuentran los RIPS que da evidencia de lo aquí registrado.

Se ha priorizado y valorado a la población menos favorecida; ha sido un reto y la principal meta establecida por el gobierno Ibagüereño. Es así como todos los esfuerzos se han encaminado en lograr una atención integral a la población del área rural. Para tal fin se implementó el MODELO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD MIAS-DULIMA, con el objetivo de llegar a la población con servicios medicina Interna, geriatría, psiquiatría, pediatría, medicina familiar y ginecobstetricia. Todo lo anterior basado en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad con enfoque comunitario.


DIOGENES SALAZAR RODRIGUEZ
 Gerente USI ESE


ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
 Contratista Coordinadora MIAS