

## SECTOR EDUCACION

En Caldas se cuenta actualmente con 215 establecimientos educativos de los cuales 170 (ciento setenta) hacen parte del sector oficial y cuarenta y cinco (45) del no oficial.

En el sector no oficial la mayor proporción de establecimientos educativos se encuentran en zona urbana registrando cuarenta y cinco (45) establecimientos y solo cuatro (4) en área rural. Mientras que en el sector oficial se observa lo contrario, reportando el mayor número de establecimientos educativos en el área rural con 114 que corresponden al 67.5%, y 56 en área urbana equivalentes al 32.5%.

Actualmente el Departamento cuenta con mil setenta y cinco (1.075) sedes educativas distribuidas en los 26 municipios no certificados, de las cuales novecientos catorce (914) son rurales y ciento sesenta y uno (161) pertenecen al área urbana. Se tienen categorizadas quinientas noventa y tres (593) sedes rurales como de difícil acceso.

La matrícula en el sector oficial corresponde a un total de población rural de 46.185 y urbano de 67.156. Su análisis debe enmarcarse en el contexto demográfico del departamento, donde se evidencia que la población rural aunque tienen mayor número de establecimientos educativos, es más dispersa.

En la relación a la matrícula del 2012 se tiene una disminución del 2.8%, dados los efectos combinados de la caída en la natalidad y fecundidad de la mujer, sumados a las migraciones Interdepartamentales e internacionales, originan menores cohortes de niños en el sistema educativo. De manera particular, el grupo poblacional de 5 a 17 años en Caldas entre el 2005 y 2015 se reducirá a una tasa anual promedio de 1.45% de acuerdo con las proyecciones de población elaboradas por el DANE, siendo esta, una de las razones que explican el menor número de niños en las instituciones educativas, mientras las otras son producto de factores socio económicos y de imaginarios culturales que hacen que los niños deserten o no consideren el estudio como un factor importante para el progreso social.

Sin embargo, es importante resaltar el trabajo con respecto a la población víctima del conflicto y con necesidades educativas especiales que presenta crecimiento en la matrícula, reflejando el impacto de las estrategias planteadas.

Según un estudio realizado por la Secretaría de Educación de Caldas en donde se identifican los factores socio-económicos como los principales generadores de la deserción escolar y entre éstos se destacan como sus más importantes causas: La migración de la población en búsqueda de mejores oportunidades, la falta de valoración sobre la utilidad de la educación y la inserción temprana en el mercado laboral.

En relación a la permanencia en el departamento se registra que a medida que aumenta el nivel educativo, disminuye la permanencia registrando para básica y media (grado once) el 28.77%. La mayor permanencia se encuentra en primaria donde la tasa reportada es de 54.21, mientras en básica (grado noveno) es 38.08.

En el Departamento de Caldas existen 85 Instituciones Educativas con vocación técnica en diferentes especialidades (Agropecuaria, Agroindustrial, Comercial, Industrial y en Automatización Industrial); 14 de ellas con fortalezas agroindustriales (antes Arcano); 8 Instituciones con vocación pedagógica. En su conjunto es necesario fortalecerlas desde lo pedagógico y lo curricular, así mismo en su infraestructura

tecnológica y de manera puntual en el mantenimiento y reparación de las diferentes líneas agroindustriales. De igual manera es necesario precisar que alrededor de 18 Instituciones Educativas no ofrecen procesos de articulación son las que tradicionalmente se clasifican como Instituciones de Educación Media Académica.

Por otra parte en la zona rural del Departamento de Caldas, existen 114 Instituciones Educativas que implementan el modelo escuela nueva y son potenciales para articularse con las Universidades de Caldas en el programa técnico profesional en formulación e implementación de proyectos agropecuarios, con la Universidad Católica en el Programa Técnico Profesional en procesos Agroindustriales, con la Universidad de Manizales en el programa Técnico Profesional en Producción Pecuaria en el marco del programa la universidad en el campo. Todas estas carreras técnicas tienen su nivel tecnológico y la de la Universidad de Caldas tienen articulación hasta el nivel profesional en Administración de Empresas Agropecuarias.

En lo que hace referencia a la calidad educativa para el 2012, se presentaron las pruebas SABER del año 2012 en 191 jornadas de las diferentes instituciones educativas de los 26 municipios no certificados de Caldas, de ellas 173 son de carácter oficial, lo que representa el 91% del total y 18 no oficiales, con el 9%. Se observa como aumentó el número de jornadas que presentaron la prueba con respecto al 2011.

Es de resaltar que para este año ninguna institución se ubicó en la categoría de desempeño muy inferior. En los Establecimientos de Educación oficiales, los porcentajes más altos por categorías se situaban en los niveles medio (41.6%) y bajo (31.8%). Mientras en los establecimientos no oficiales, la mayor proporción de establecimientos se ubican en el Superior (27.8%) y bajo (33.3%). Mientras que una mejoría en los establecimientos educativos oficiales en Caldas, registrando disminución la proporción en las categorías Alto (1.4%) y Bajo (1.5%). Y aumentando Medio (0.1%) e Inferior (2.9%).

De acuerdo al comportamiento por áreas, en Filosofía e Inglés se presenta el menor desempeño para el 2012, mientras Biología, Matemáticas, Química y Lenguaje se ubican con promedios superiores a los 45 puntos.

## **SECTOR CULTURA**

El departamento de Caldas, se ha caracterizado por poseer un rico patrimonio cultural, tanto material como inmaterial, Bienes de Interés Cultural ubicados en el Departamento de Caldas: tres centros históricos declarados (Salamina, Aguadas, y Manizales), inmuebles de valor patrimonial en los diferentes municipios; así como de patrimonio mueble (colecciones, arte religioso, pintura, escultura, etc.), Patrimonio Natural, Patrimonio Arqueológico, patrimonio intangible (fiestas, costumbres, tradiciones, como el Carnaval de Riosucio, incluido en la lista Nacional de manifestaciones culturales, el Festival del Pasillo de Aguadas, el Festival Internacional de Teatro, la Feria de Manizales, entre otros, Patrimonio Gastronómico, tradición oral en todos los municipios y comunidades indígenas, once Bienes de Interés Cultural (BIC) de carácter nacional, tres BIC de Carácter Departamental y cerca de quinientos BIC de carácter municipal declarados, tres procesos de elaboración de Planes Especiales de Protección de Centros Históricos, inventarios de patrimonio arquitectónico, una primera fase de la ubicación de las colecciones de patrimonio arqueológico.

La inclusión en la lista de patrimonio Mundial de la UNESCO del “Paisaje Cultural Cafetero”, es un hecho de gran relevancia para los departamentos de Valle, Quindío, Risaralda y Caldas, puesto que ha significado el desarrollo de acciones de salvaguarda de nuestro patrimonio cultural, e involucrarlo en el desarrollo económico, de toda la región cafetera de los cuatro departamentos involucrados. Este proceso ha sido liderado por la Secretaria de Cultura de Caldas, El Comité de cafeteros, la Federación Nacional de Cafeteros, el Ministerio de Cultura, las Corporaciones autónomas regionales, Universidades, el Ministerio de Comercio, Industria y turismo y el Ministerio de Vivienda Ciudad y territorio.

Con el Ministerio de Cultura, se desarrolla el programa nacional de participación ciudadana, “Vigías del Patrimonio Cultural”, como estrategia para vincular a la comunidad en general en el tema de la protección, rescate y difusión del patrimonio Cultural material e inmaterial, a través de proyectos realizados por cada uno de los grupos de los municipios del departamento, incluyendo a jóvenes, niños adultos, adultos mayores, gestores culturales, historiadores, etc. Estos proyectos en su mayoría están enfocados al desarrollar la apropiación social del patrimonio Cultural, Itinerarios Culturales, etc., que además representa un factor de desarrollo económico en cada una de sus localidades.

Todo lo anterior adquiere significado en la medida en que aporte al mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades actuales, y se dé un sentido renovado a las memorias locales e históricas para que las generaciones jóvenes puedan apropiarse de ellas.

Para lo anterior, se requieren proyectos que generen apropiación social y sentido de pertenencia, que conlleve a la salvaguarda de nuestro patrimonio cultural material, inmaterial y natural.

**En Bibliotecas públicas se ha logrado en los últimos años, las siguientes cifras:**

- El 96% de las Bibliotecas Públicas en el Departamento de Caldas se encuentran abiertas.
- El 92% de las bibliotecas en Caldas, se han visto beneficiadas con el PNLB Plan Nacional de Lectura y Bibliotecas: Colecciones de libros, equipos audiovisuales y Software para bibliotecas.

- 87% de bibliotecarios formados en temas de gestión bibliotecaria, promoción de lectura y aspectos técnicos en el manejo de colecciones.
- Cinco infraestructuras bibliotecarias construidas por la Embajada del Japón.
- 100% de las bibliotecas fortalecidas con materiales comprados y editados por la Secretaría de Cultura y libros recibidos en donación.
- 100% de las bibliotecas con acompañamiento técnico por parte de la Coordinación del Programa de Bibliotecas.
- 66% de las Bibliotecas con conexión a internet.
- Creación de bibliotecas en cuatro Corregimientos: Buenavista-La Dorada, Isaza-Victoria, Berlín-Samaná, Montebonito-Marulanda y una biblioteca rural en la zona de quiebra de Naranjal.

A Pesar de los esfuerzos realizados por el Plan Nacional de lectura y Bibliotecas y de la Secretaría de Cultura de Caldas, por fortalecer los servicios bibliotecarios del Departamento, los índices de lectura siguen siendo muy bajos según la última encuesta de hogares realizada en el 2005 “Consumo de libros y hábitos lectores en Colombia” El porcentaje de libros leídos en el 2000 era de 2.6% libro x habitante, este mismo indicador en 2005 fue 1.5%, si bien esto es preocupante, el indicador de lectura en internet se triplicó, lo que nos sugiere que las bibliotecas deben estar dotadas con equipos para acceder a la información de la red ya que ellas son las encargadas de tender puentes entre los que tienen la información y los que no la poseen.

## **SISTEMA DEPARTAMENTAL DE CULTURA**

En cuanto al Sistema Departamental de Cultura se han conformado los consejos municipales en todos los municipios del departamento, igualmente el consejo Departamental de Cultura, consejo departamental de patrimonio y los consejos de Áreas artísticas, se cuenta con un sistema de información cultural, es importante seguir trabajando por la consolidación y fortalecimiento de estos consejos como espacios de participación y procesos de desarrollo institucional, planificación, financiación, formación, e información articulados entre sí, que posibilitan el desarrollo cultural y el acceso de la comunidad a los bienes y servicios culturales.

## **CASAS DE LA CULTURA**

Las casas de la cultura son instituciones abiertas y accesibles al público encargadas de generar de manera permanente procesos de desarrollo cultural concertados entre la comunidad y las entidades estatales, destinado a la preservación, transmisión y fomento de las muestras artísticas y culturales propias de la comunidad. Es el lugar destinado para que una comunidad desarrolle actividades que promueven la cultura entre sus habitantes.

- En Manizales existen 13 casas de la cultura que dependen directamente del Municipio, Instituto Municipal de Culturas y Turismo.
- 19 Casas de la cultura del orden municipal: Aguadas, Belalcázar, Filadelfia, La Dorada, Marulanda, Marquetalia, Samaná, Viterbo, Victoria, Palestina, Salamina, Neira, Supía, Risaralda, Manzanares, Anserma, Pensilvania, Riosucio, Norcasia, Aranzazu

- 3 casas de cultura privadas: Pácora, Chinchiná, Villamaría,
- 3 municipios no cuentan con casas de la cultura: Marmato, la Merced, San José

Las casas de la cultura en el departamento cuentan con una planta física que prestan los servicios para la enseñanza y práctica de las diferentes expresiones culturales, así como realizar la difusión, formación, capacitación, investigación, organización y apoyo a la creación artística, dictando talleres en las diferentes áreas artísticas como son danza, teatro, literatura, música, artes plásticas, literatura, entre otras; dirigidos a niños, jóvenes, adultos y adultos mayores, pero toda esta infraestructura cultural se encuentra en malas condiciones y con una dotación insuficiente para incrementar los servicios que se prestan al interior de las mismas.

Los recursos destinados al funcionamiento de la casas de la cultura provienen de:

- SGP (la mayoría de los municipios destinan el 2%)
- Estampilla Procultura (Marmato, Riosucio, Supía, Manzanares, Neira, Belalcázar, Samaná, la Dorada, Aranzazu).
- Otros recursos que provienen de la administración departamental y otros apoyos de entidades descentralizadas y la empresa privada.

## **PRACTICAS ARTÍSTICAS**

Caldas, no ha sido ajena a la dinámica cultural del país, es un departamento con una brillante trayectoria cultural y artística en donde proliferan los cultores de las diversas expresiones artísticas, en la danza, la literatura, el teatro, la música, el cine, todas estas expresiones están representadas por eventos destacados a nivel nacional e internacional como el Festival Internacional de Teatro, Festival del Pasillo de Aguadas, Encuentro de la Palabra en Riosucio, el Carnaval de Riosucio, Festival de la Imagen, Festival de Teatro Universitario, Festival de Música Sacra.

Instituciones que desarrollan actividades permanentes de formación, difusión y promoción del arte y la cultura como el Museo de Arte de Caldas, la Fundación Batuta, Fundación cultural actores en escena, Fundación Punto de Partida, Agrupación Teatral Tich, Área Cultural del Banco de la República, Programa Departamental de Bandas y sus festivales, Confamiliares, Oficinas de extensión cultural de las universidades, Fundación escenarios de vida, Corporación Cultural arte y ciudad, Fundación para la formación musical, la asociación de músicos de Caldas, entre otras.

Se cuenta con dos orquestas de música profesionales y que funcionan en forma permanente a través de conciertos y audiciones didácticas: Orquesta de Cámara de Caldas y la Orquesta Sinfónica de Caldas.

Es importante destacar la creación y funcionamiento de más de 2000 organizaciones, fundaciones, corporaciones destinadas al fomento de la cultura en todo el departamento.

## **SECTOR RECREACIÓN Y DEPORTES**

MARCO NORMATIVO. La Secretaría de Deporte y Recreación de Caldas tiene unos lineamientos legales que hacen que su función sea pública y que deba permitirle a todo Caldense participar de sus procesos de deporte, educación física, recreación y actividad física, es así como desde la constituyente del año 1991 se planteó lo siguiente:

ARTICULO 52. Artículo modificado por el artículo 1 del Acto Legislativo No. 2 de 2000. El nuevo texto es el siguiente: “El ejercicio del deporte, sus manifestaciones recreativas, competitivas y autóctonas tienen como función la formación integral de las personas, preservar y desarrollar una mejor salud en el ser humano. El deporte y la recreación, forman parte de la educación y constituyen gasto público social”.

Se reconoce el derecho de todas las personas a la recreación, a la práctica del deporte y al aprovechamiento del tiempo libre.

El Estado fomentará estas actividades e inspeccionará, vigilará y controlará las organizaciones deportivas y recreativas cuya estructura y propiedad deberán ser democráticas.

Ya en el año 1995 con la Ley del deporte, Ley 181 de 1995 donde entre otras cosas plantea:

### **CAPÍTULO II**

8 Documento elaborado por la Secretaría del Deporte y Recreación

Página 135

Principios fundamentales

ART. 4°—Derecho social: El deporte, la recreación y el aprovechamiento del tiempo libre, son elementos fundamentales de la educación y factor básico en la formación integral de la persona. Su fomento, desarrollo y práctica son parte integrante del servicio público educativo y constituyen gasto público social, bajo los siguientes principios: Universalidad: Todos los habitantes del territorio nacional tienen derecho a la práctica del deporte y la recreación y al aprovechamiento del tiempo libre. Participación comunitaria: La comunidad tiene derecho a participar en los procesos de concertación, control y vigilancia de la gestión estatal en la práctica del deporte, la recreación y el aprovechamiento del tiempo libre. Participación ciudadana: Es deber de todos los ciudadanos propender la práctica del deporte, la recreación y el aprovechamiento del tiempo libre, de manera individual, familiar y comunitaria.

Integración funcional: Las entidades públicas o privadas dedicadas al fomento, desarrollo y práctica del deporte, la recreación y el aprovechamiento del tiempo libre, concurrirán de manera armónica y concertada al cumplimiento de sus fines, mediante la integración de funciones, acciones y recursos, en los términos establecidos en la presente ley.

Democratización: El Estado garantizará la participación democrática de sus habitantes para organizar la práctica del deporte, la recreación y el aprovechamiento del tiempo libre, sin discriminación alguna de raza, credo, condición o sexo. Ética deportiva: La práctica del deporte, la recreación y el aprovechamiento del tiempo libre, preservará la sana competición, pundonor y respeto a las normas y reglamentos de tales actividades. Los organismos deportivos y los participantes en las distintas prácticas deportivas deben

acoger los regímenes disciplinarios que le sean propios, sin perjuicio de las responsabilidades legales pertinentes.

## TÍTULO II

Página136. De la recreación, el aprovechamiento del tiempo libre y la educación Extraescolar.

ART. 5º—Se entiende que:

La recreación: Es un proceso de acción participativa y dinámica, que facilita entender la vida como una vivencia de disfrute, creación y libertad, en el pleno desarrollo de las potencialidades del ser humano para su realización y mejoramiento de la calidad de vida individual y social, mediante la práctica de actividades físicas o intelectuales de esparcimiento. El aprovechamiento del tiempo libre: Es el uso constructivo que el ser humano hace de él, en beneficio de su enriquecimiento personal y del disfrute de la vida, en forma individual o colectiva. Tiene como funciones básicas el descanso, la diversión, el complemento de la formación, la socialización, la creatividad, el desarrollo personal, la liberación en el trabajo y la recuperación sicobiológica. La educación extraescolar: Es la que utiliza el tiempo libre, la recreación y el deporte como instrumentos fundamentales para la formación integral de la niñez y de los jóvenes y para la transformación del mundo juvenil con el propósito de que éste incorpore sus ideas, valores y su propio dinamismo interno al proceso de desarrollo de la Nación. Esta educación complementa la brindada por la familia y la escuela y se realiza por medio de organizaciones, asociaciones o movimientos para la niñez o de la juventud e instituciones sin ánimo de lucro que tengan como objetivo prestar este servicio a las nuevas generaciones. Los anteriores fundamentos legales da claridad sobre la responsabilidad de la Secretaría de Deporte y Recreación de Caldas para ofrecer espacio para su respectiva práctica a los caldenses.

## LEY 1098 DE 2006 CÓDIGO DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Artículo 1º. FINALIDAD. Este Código tiene por finalidad garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. Prevalecerá el reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna.

Artículo 2º. Objeto. El presente Código tiene por objeto establecer normas sustantivas y procesales para la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes, garantizar el ejercicio de sus derechos y libertades.

Artículo 3º. Para todos los efectos de esta ley son sujetos titulares De derecho todas las personas menores de 18 años. Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 34 del código civil, se entiende por niño o niña las personas entre los 0 y los 12 años y por adolescentes las personas entre los 12 y 18 años de edad.

Artículo 7º. PROTECCIÓN INTEGRAL. Se entiende por protección integral de los niños, niñas y adolescentes el reconocimiento como sujetos de derechos, la garantía y cumplimiento de los mismos, la prevención de su amenaza o vulneración y la seguridad de su restablecimiento inmediato en desarrollo del principio del interés superior. La protección integral se materializa en el conjunto de políticas, planes,

programas y acciones que se ejecuten en los ámbitos nacional, departamental, distrital y municipal con la correspondiente asignación de recursos financieros, físicos y humanos.

LEY 387 DE 1997 (Julio 18) Reglamentada Parcialmente por los Decretos Nacionales 951, 2562 y 2569 de 2001 por la cual se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado; la atención, protección, consolidación y esta estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia. El Congreso de Colombia.

TÍTULO II. DEL SISTEMA NACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRADA LA POBLACIÓN DESPLAZADA POR LA VIOLENCIA.

CAPÍTULO I Creación, constitución y objetivos del Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia.

Artículo 4º.- *De la creación.* Derogado por el art. 5, Decreto Nacional 790 de 2012. Créase el Sistema Nacional de Atención Integral a la población desplazada por la violencia para alcanzar los siguientes objetivos:

1. Atender de manera integral a la población desplazada por la violencia para que, en el marco del retorno voluntario o reasentamiento, logre su reincorporación a la sociedad colombiana.
2. Neutralizar y mitigar los efectos de los procesos y dinámicas de violencia que provocan el desplazamiento, mediante el fortalecimiento del desarrollo integral y sostenible de las zonas expulsoras y receptoras, y la promoción y protección de los Derechos Humanos y el Derecho Internacional Humanitario.

## MANUAL DE GESTIÓN PARA PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA DEPORTIVA Y RECREATIVA

Con el ánimo de mejorar los diferentes procesos que se llevan a cabo en el país, para desarrollo de Infraestructura deportiva y recreativa, así como para su cofinanciación, es necesario aprovechar la coyuntura que se presenta actualmente al ser otorgadas Facultades Extraordinarias al señor Presidente de la República, para introducir modificaciones a la Ley General del Deporte. La anterior circunstancia viabiliza y facilita estructurar de manera ágil y contundente una normatividad que ayude a controlar efectivamente la Gestión, el Desarrollo y Operación de Proyectos de Infraestructura Sectorial.

La ausencia de una Normatividad específica acerca de la manera como se deben presentar los Proyectos del Sector del Deporte, Recreación y Tiempo Libre a Coldeportes ha generado toda suerte de inconvenientes, tanto para la Evaluación de los mismos, como para el Seguimiento y Evaluación de las acciones que se derivan de la Contratación para atender las demandas de inversión de los Entes territoriales mediante la asignación de recursos de cofinanciación.

Para tal efecto se estructura un Sistema Único de Normas para Procedimientos y Presentación de Proyectos nuevos de Infraestructura, donde se establecen desde la Pre inversión, los diferentes

Requisitos, Procedimientos y Metodologías a cumplir para obtener la licencia respectiva ante la Autoridad Deportiva (COLDEPORTES) y los requisitos para adelantar la construcción y operación de los Proyectos.

Igualmente se establecen los controles que se deben seguir para la Gestión y Mantenimiento de los diferentes escenarios existentes, estableciendo responsabilidades a cada uno de los Actores que Intervienen en el Proceso General o Ciclo del Proyecto.

Los Procedimientos adoptados deben ser de obligatorio cumplimiento por parte de los solicitantes, y enmarcarse dentro del Sistema Nacional de Planificación en cuanto a su coherencia con los Planes Nacionales y Locales de Desarrollo y a la participación de las Comunidades Organizadas tanto en la Planeación como en la Formulación y el Control de los Proyectos, como espacios de concertación.

Marco de Referencia.

Contextualización del Sector:

Políticas: En el último documento CONPES relativo al Sector de Deporte, Recreación y Tiempo Libre se enuncian Políticas en el campo de la Infraestructura, en el numeral 3.4.1.4, así:

Generación de un Código Nacional de Construcciones Deportivas y Recreativas que la regulen y la articulen con los Planes de Desarrollo y los Planes de Ordenamiento territorial.

Creación del Sistema de Información Georeferenciado para el seguimiento y evaluación de la Infraestructura Sectorial. Mediante una valoración científica y sistemática sobre el Inventario actualizado del Sector, determinar los requerimientos reales de Infraestructura para Alta Competencia y Espectáculos Deportivos. Adecuación de los nuevos desarrollos de Infraestructura al Manual de Gestión de Proyectos que para tal fin, Coldeportes suministrará a las Entidades Territoriales

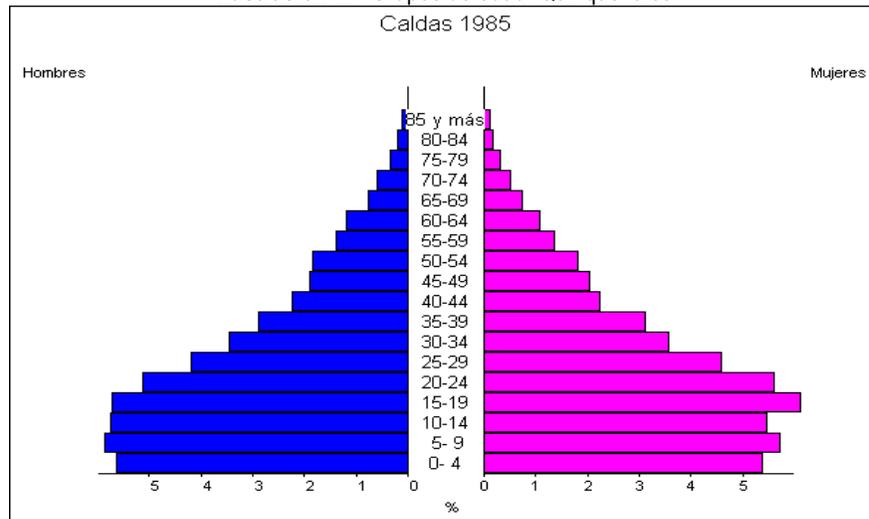
**SECTOR SALUD**

**1. ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN Y DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD**

DISTRIBUCIÓN Y DINÁMICA DEMOGRÁFICA:

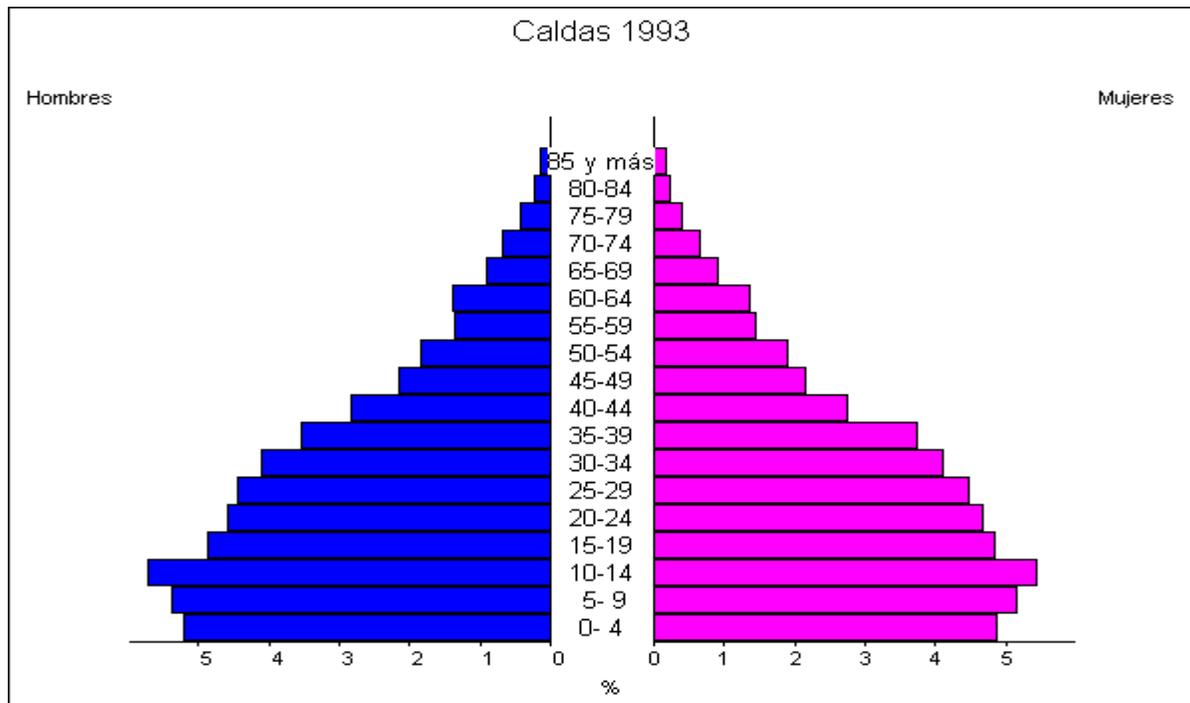
**Demografía y Pirámides e indicadores demográficos**

**Ilustración 1. . Grupos de edad: Quinquenales**



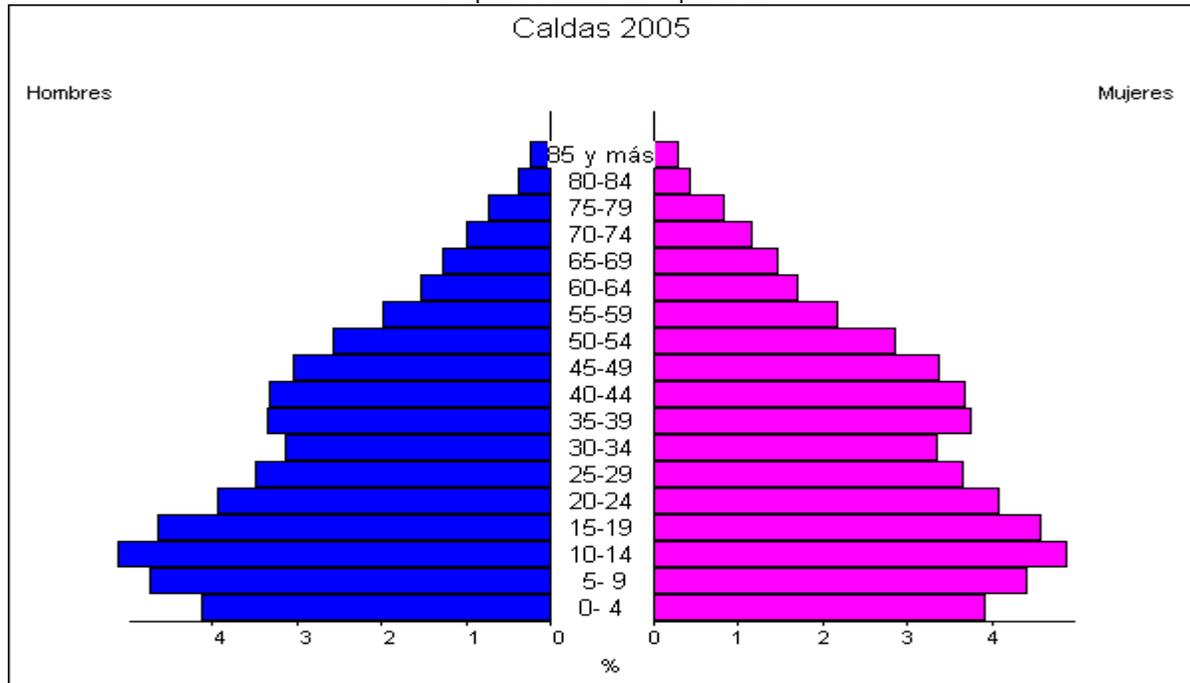
Índices	Valor
Masculinidad	106,5599
Friz	211,8188
Sundborg	63,8996 24,3655
Burgdöfer	22,8762 12,8015
Envejecimiento	12,1574
Dependencia	61,4666
Estructura de la población activa	38,8364
Reemplazamiento de la población activa	19,5642
Índice de niños por mujer fértil	40,1670
Índice generacional de ancianos	566,6917
Tasa general de fecundidad	6,9830
Edad media	25,9065
Edad mediana	21,9364

**Ilustración 2. Pirámides e indicadores demográficos**  
Grupos de edad: Quinquenales



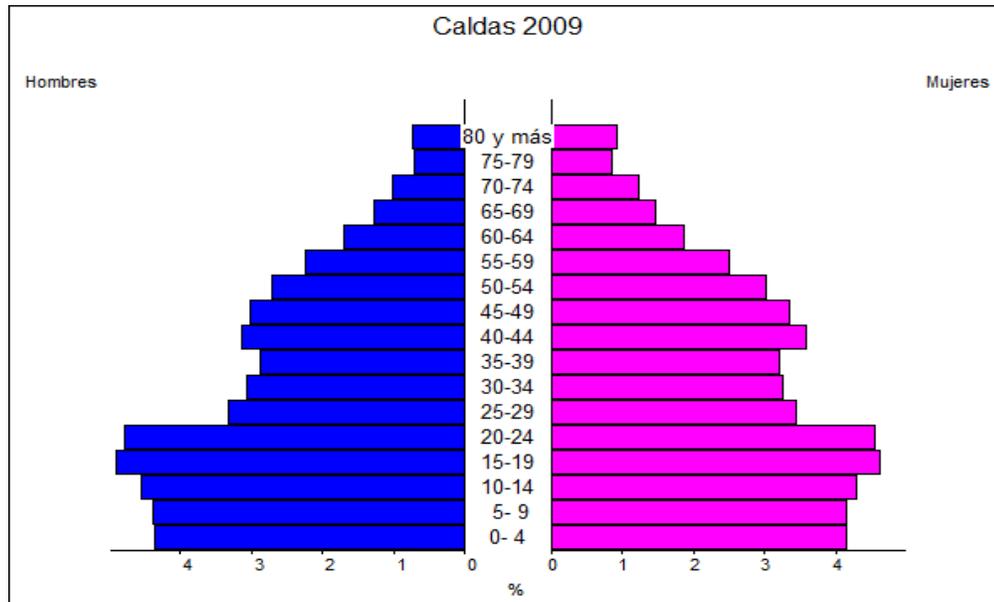
Índices	Valor
Masculinidad	109,6769
Friz	162,8750
Sundbarg	59,4780 26,8908
Burgdöfer	21,7869 13,7873
Envejecimiento	15,6403
Dependencia	58,4927
Estructura de la población activa	44,5042
Reemplazamiento de la población activa	28,4648
Índice de niños por mujer fértil	37,4588
Índice generacional de ancianos	536,3658
Tasa general de fecundidad	5,4737
Edad media	27,6790
Edad mediana	24,4636

**Ilustración 3. Pirámides e indicadores demográficos**  
Grupos de edad: Quinquenales



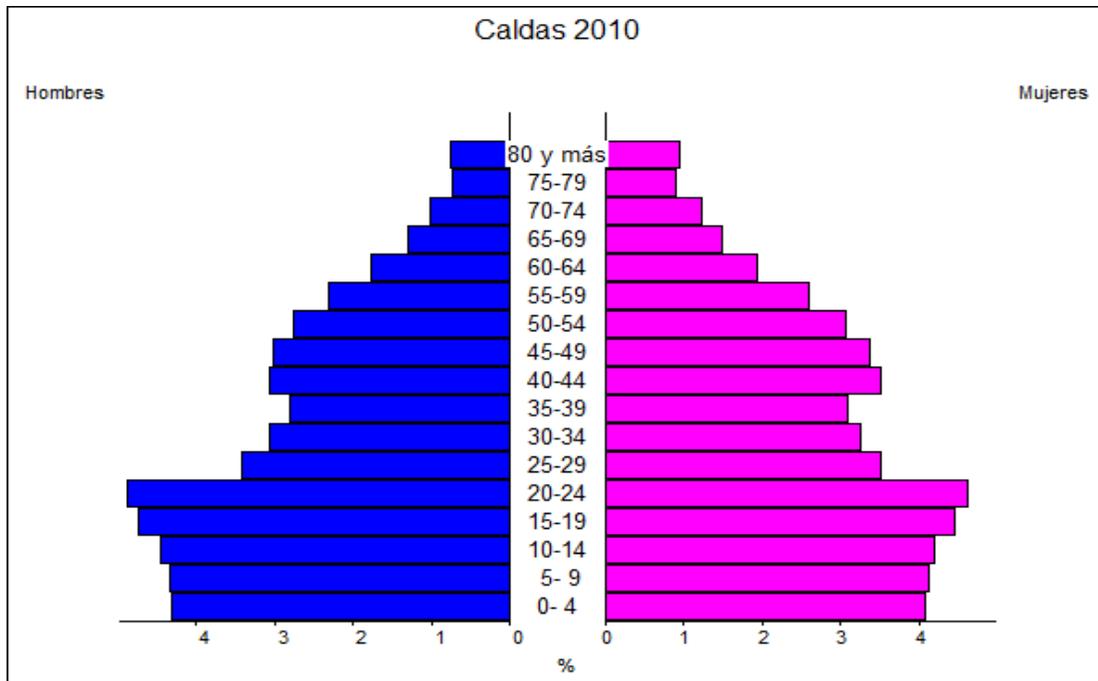
Índices	Valor
Masculinidad	106,1644
Friz	134,5577
Sundbarg	52,8048 40,6193
Burgdöfer	19,2313 19,4245
Envejecimiento	29,4230
Dependencia	54,6372
Estructura de la población activa	69,3223
Reemplazamiento de la población activa	35,4788
Índice de niños por mujer fértil	30,2125
Índice generacional de ancianos	418,3689
Tasa general de fecundidad	11,8609
Edad media	31,6532
Edad mediana	28,7272

**Ilustración 4.** Pirámides e indicadores demográficos  
Grupos de edad: Quinquenales



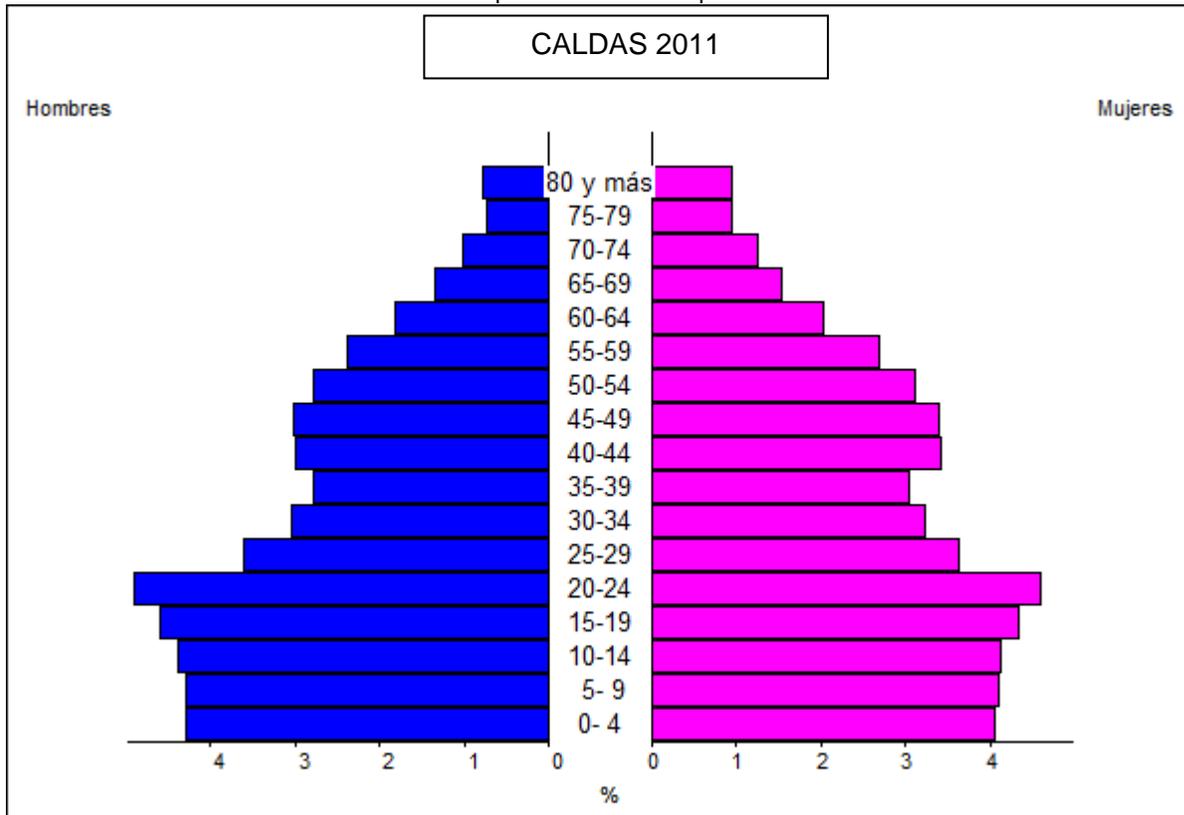
Índices	Valor	
Masculinidad	105,7252	
Friz	138,6398	
Sundbarg	50,6125	43,8618
Burgdöfer	17,4733	20,6058
Envejecimiento	32,1237	
Dependencia	52,4056	
Estructura de la población activa	71,5641	
Reemplazamiento de la población activa	37,7417	
Número de hijos por mujer fecunda	32,5754	
Índice generacional de ancianos	400,5757	
Tasa general de fecundidad	6,5182	
Edad media	32,0937	
Edad mediana	28,6927	

**Ilustración 5.** Pirámides e indicadores demográficos  
Grupos de edad: Quinquenales



Índices	Valor	
Masculinidad	105,8194	
Friz	137,5115	
Sundbarg	50,1431	45,256
Burgdöfer	17,2083	21,021
Envejecimiento	33,4036	
Dependencia	52,0539	
Estructura de la población activa	72,6002	
Reemplazamiento de la población activa	40,5531	
Número de hijos por mujer fecunda	32,4135	
Índice generacional de ancianos	392,1624	
Tasa general de fecundidad	6,4869	
Edad media	32,3744	
Edad mediana	28,9604	

**Ilustración 6.** Pirámides e indicadores demográficos  
Grupos de edad: Quinquenales



Índices	Valor	
Masculinidad	1053428	
Friz	1368579	
Sundbarg	498.401	464.529
Burgdöfer	169.981	214.315
Envejecimiento	342067	
Dependencia	516898	
Estructura de la población activa	733785	
Reemplazamiento de la población activa	435655	
Número de hijos por mujer fecunda	323880	
Índice generacional de ancianos	3887370	
Tasa general de fecundidad	64642	
Edad media	325893	
Edad mediana	291622	

**Índice de masculinidad.** Número de nacidos de sexo masculino por cada 100 nacimientos de sexo femenino.

**Índice de Friz.** Proporción de población en el grupo 0-19 años en relación a la de 30-49 años, que se toma como base 100. Si este índice es mayor de 160, la población se considera joven, si se halla entre 60 y 160, madura, y si es menor de 60, vieja.

**Índice de Sundbarg.** Este índice toma como base el grupo de población entre los 15 y los 49 años, comparándolo gráficamente con el grupo de 0 a 14 años y el de los mayores de 50. Cuando el porcentaje de los menores de 15 años supera al de los mayores de 50 se define a la población estudiada como de carácter progresivo. Si esos porcentajes son similares se considera estacionaria y si el grupo de mayores de 50 supera al de menores de 15 se considera regresiva.

**Índice de Burgdöfer.** Compara los porcentajes de población en los grupos de 5-14 y de 45-64 años. Si el primero es mayor que el segundo la población es joven, si son aproximadamente iguales es madura y si es menor la población es vieja.

**Índice de envejecimiento.** Indicador sintético del grado de envejecimiento de la población; se obtiene dividiendo el conjunto de la población anciana, a partir de los 65 años, entre el de los niños por debajo de los 15 años. Mide la cantidad de adultos mayores por cada 100 niños y jóvenes.

**Dependencia.** Tiene relevancia económica y social. Mide a las personas que supuestamente no son autónomas por razones de la edad, es decir, los ancianos (>65) y los muy jóvenes (<15), en relación con las personas que supuestamente deben sostenerlas con su actividad (15 a 64 años) por 100.

**Índice de estructura de la población activa.** Es un indicador del grado de envejecimiento de la población laboralmente activa. Puede obtenerse dividiendo la población entre los 40 y los 64 años (Intervalo más viejo) por la población desde los 15 a los 39 años (Intervalo más joven) por 100. Cuanto más bajo sea el índice, más joven es la estructura de la población laboral.

**Índice de Reemplazamiento de la población en edad activa.** Es el cociente formado por los que están a punto de salir de la edad activa (60 a 64 años) entre los que están a punto de entrar (15 a 19 años) por 100. Es un índice sujeto a fuertes fluctuaciones y por tanto muy variable.

**Índice del número de niños por mujer fértil.** Se obtiene dividiendo los niños nacidos recientemente (< 5 años) por las mujeres en edad fértil (15 a 49 años) por 100. Indica el número de niños por cada 100 mujeres en edad fértil. Realmente es un indicador de la carga de hijos en edad preescolar por mujer, por lo que es útil como indicador social.

**Índice Generacional de Ancianos.** Representa el número de personas de 35 a 64 años por cada 100 personas de 65 y más años. Mide el supuesto número de personas de 35 a 64 años que podrían hacerse cargo de cada 100 personas de 65 y más años.

**Tasa general de fecundidad.** Se obtiene del cociente entre los nacidos vivos durante un año y la población femenina en edad fértil (15 a 49 años) y expresa el número de hijos que en promedio tendría una cohorte ficticia de 100 mujeres no expuestas al riesgo de morir desde el nacimiento hasta el término de la edad fértil.

**Edad media.** Se estima computando la media ponderada de los valores centrales de las clases usando las frecuencias relativas de cada grupo como factores de ponderación.

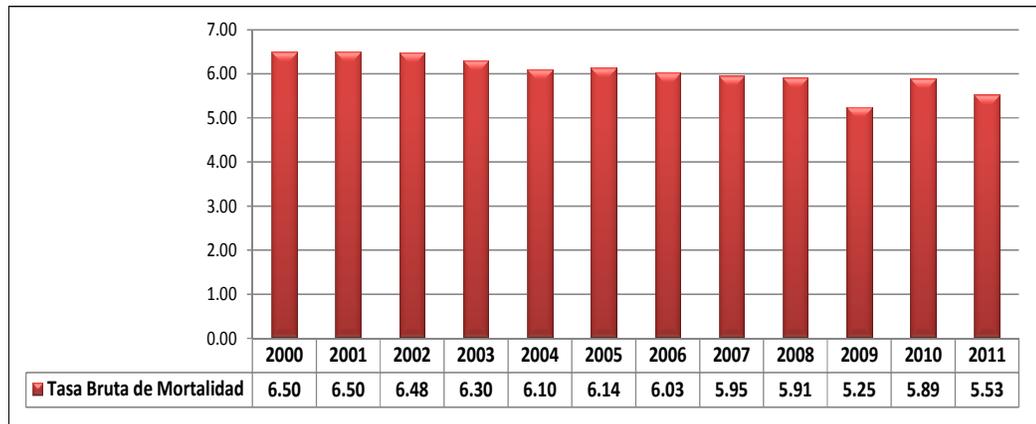
**Edad mediana.** Es aquella que divide en dos partes iguales a la población cuyos habitantes han sido ordenados según la edad. Es más voluble que la edad media pero es menos sensible a los cambios estructurales propios de cada población.

MORTALIDAD

**Tasa Bruta de Mortalidad:** Cociente entre el número de defunciones ocurridas en un determinado período y la población medida en ese mismo momento.

**Se interpreta así:** Por cada 1000 habitantes de la población, mueren en un año X número de Personas.

**Ilustración 7.** Tasa Bruta de Mortalidad en Caldas \* 1000 habitantes



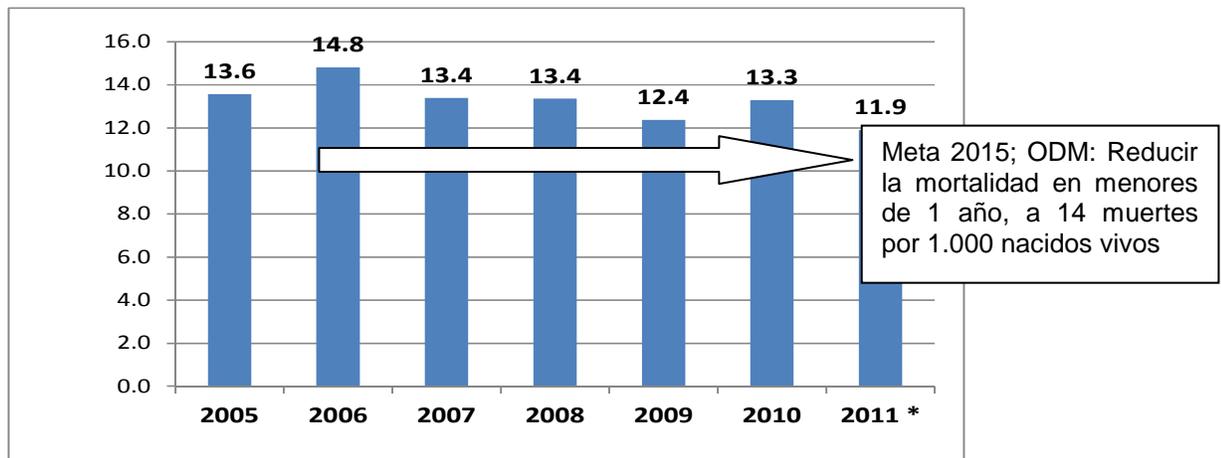
Fuente: DANE.

En la presente gráfica se evidencia como las tasas de mortalidad del departamento han tenido un descenso sostenido, gracias al aumento de cobertura en salud, pero también al acceso a los servicios de salud, a programas de salud pública, en especial aquellos de control como los de enfermedades crónicas; Es importante recalcar que en el 2010 y 2011, no se mostró ese descenso con relación al 2009, una de las razones puede ser las muertes que ocasiono la emergencia invernal en el 2010 y en el 2011 en el departamento.

**Tasa de Mortalidad Infantil:** Cociente entre el número de defunciones de niños menores de un año ocurridas en un determinado período y los nacidos vivos en ese mismo momento.

**Se interpreta así:** Por cada 1000 niños nacidos vivos en la población, mueren X menores de un año en un área y momento específico.

**Ilustración 8.** Comparativo tasas de mortalidad infantil \* 1000 nacidos vivos, Caldas y Colombia, 2005-2010



Fuente: DANE

En cuanto a la mortalidad infantil (menores de 1 año) se observa como Caldas ha logrado tener un descenso sostenido de las tasas de mortalidad infantil, desde el 2005, lo que deja ver que los programas de salud del departamento en lo que se refiere a la atención primaria han mejorado, igualmente se ve como las cifras reportadas por Caldas están por debajo de la meta planteada en los ODM, lo que es un dato de alta motivación y un reto en lo referente a continuar con el descenso de las tasas de mortalidad infantil.

**Esperanza de vida al nacer:** Número promedio de años que viviría una persona, siempre y cuando se mantengan las tendencias de mortalidad existentes en un determinado período. Su interpretación se da de la siguiente manera: El número promedio de años de un hombre o una mujer, al nacer, para el período X es de X años.

Tabla 1. Esperanza de Vida al Nacer

	CALDAS	NACIONAL	
<b>ESPERANZA DE VIDA AL NACER (HOMBRES)</b>	<b>1985-1990</b>	63.70	64.65
	<b>1990-1995</b>	64.18	65.34
	<b>1995-2000</b>	65.56	67.07
	<b>2000-2005</b>	67.17	69.00
	<b>2005-2010</b>	68.66	70.67
	<b>2010-2015</b>	70.00	72.07
	<b>2015-2020</b>	71.17	73.08
<b>ESPERANZA DE VIDA AL NACER (MUJERES)</b>	<b>1985-1990</b>	70.47	71.52
	<b>1990-1995</b>	72.38	73.37
	<b>1995-2000</b>	74.53	74.95
	<b>2000-2005</b>	76.49	76.31
	<b>2005-2010</b>	78.07	77.51
	<b>2010-2015</b>	79.29	78.54
	<b>2015-2020</b>	80.20	79.39
<b>ESPERANZA DE VIDA AL NACER (TOTAL)</b>	<b>1985-1990</b>	67.00	67.99
	<b>1990-1995</b>	68.18	69.25
	<b>1995-2000</b>	69.94	70.90
	<b>2000-2005</b>	71.72	72.56
	<b>2005-2010</b>	73.24	74.00
	<b>2010-2015</b>	74.52	75.22
	<b>2015-2020</b>	75.56	76.15

Fuente: DANE

Las cifras de proyección DANE, muestran que en el departamento de forma ascendente año tras año se tiene una expectativa de vida más alta, que las mujeres tienen una expectativa de vida más alta que los hombres tanto para el departamento como en el país y que incluso Caldas en cuanto al género femenino la esperanza de vida está por encima de la del país, en un mínimo de diferencia, en cuanto al género masculino esta cifra en Caldas está por debajo de la del país, estos datos nos dicen que para nuestros servicios de salud esto implica un fortalecimiento en segundo y tercer nivel de atención, pero más que nada un fortalecimiento en atención primaria en salud, para un adecuado manejo de programas de crónicas en las IPS, de detección temprana, tratamiento oportuno y controles de buena calidad, además de un fortalecimiento en programas de prevención en adultos jóvenes y adolescentes en cuanto a hábitos saludables que permitan disminuir el riesgo de adquirir Diabetes, hipertensión, entre otras derivadas de estas dos enfermedades.

## MIGRACIÓN

**Tasa de Migración neta:** Cociente entre la diferencia de los volúmenes de llegadas (inmigrantes) y salidas (emigrantes) de un área en un período dado por 1000 habitantes de la población media del lugar tomado como referencia.

Se interpreta de la siguiente manera: (1) Si el resultado es negativo ( - ) es porque se da un predominio de las "salidas" de población sobre las "llegadas"; (2) Si es positivo (+), el volumen de inmigrantes es superior al de emigrantes.

**Tabla 2.** Proyecciones tasa neta de migración en Caldas 1985 – 2020.

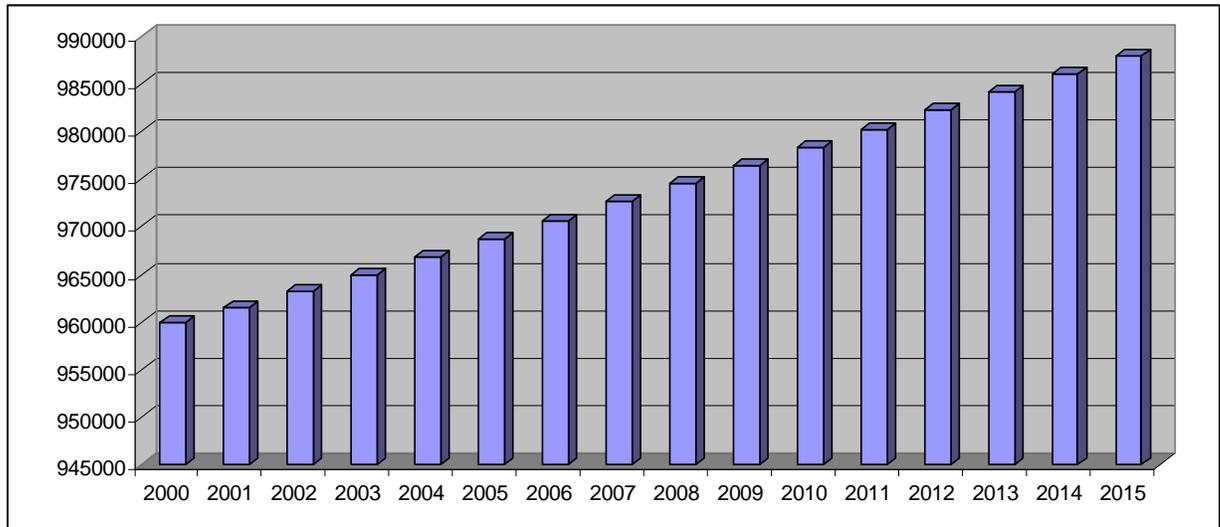
		Caldas	Colombia
<b>TASA DE MIGRACIÓN NETA (por mil)</b>	<b>1985-1990</b>	-9,19	-1,51
	<b>1990-1995</b>	-9,37	-1,50
	<b>1995-2000</b>	-11,17	-3,62
	<b>2000-2005</b>	-9,81	-3,18
	<b>2005-2010</b>	-8,45	-2,26
	<b>2010-2015</b>	-7,37	-1,59
	<b>2015-2020</b>	-6,17	-1,14

Fuente: DANE.

Como muestran las cifras Caldas tiene unas tasas de migración neta (salidas) del departamento más altas que las del país, esto puede deberse a la falta de fuentes de empleo pero en alguna medida a los desplazamientos forzados y esto se ha registrado en algunos estudios de planeación nacional, sin embargo este fenómeno de desplazamiento ha venido disminuyendo en los últimos años es como también se observa que la tasa de migración a venido disminuyendo de una forma positiva desde 1995 a 2000 donde se percibe la tasa más alta hasta las proyecciones de 2015 -2020.

TOTAL DE POBLACIÓN.

**Tabla 3.** Proyecciones poblacionales Caldas, 2005-2015



Fuente: DANE

**Tabla 4.** Proyecciones poblacionales Caldas, 2005-2015

año	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Población Caldas	959981	961550	963198	964953	966812	968740	970665	972590	974514	976438	978362	980281	982202	984128	986061	988003

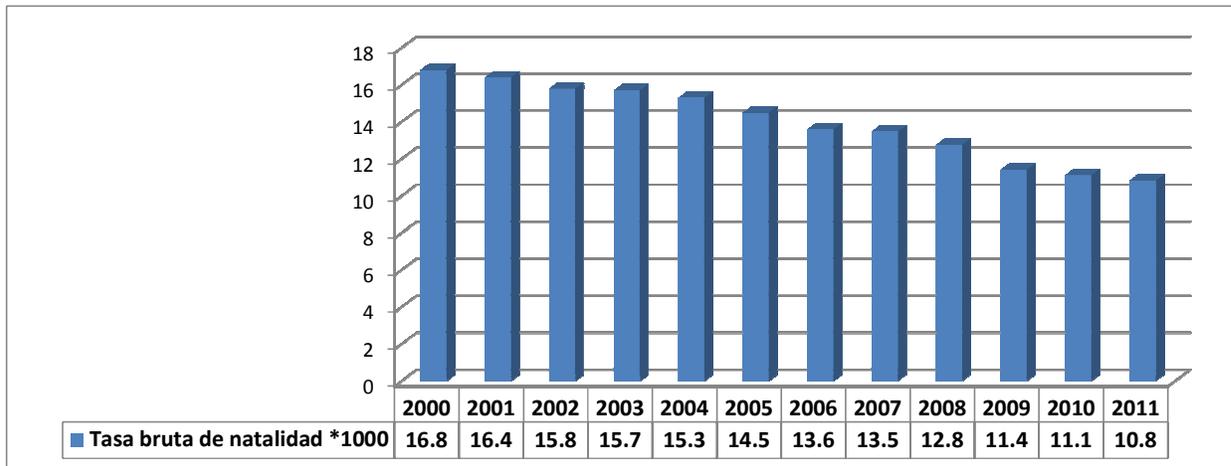
Fuente: DANE.

Aunque la gráfica y las proyecciones censales del DANE muestran un incremento en la población alto; La realidad que se muestra en las tasas de natalidad y en los nacimientos en el departamento de Caldas no son parecidas o similares a las proyecciones DANE, por el contrario en el departamento se observa una significativa disminución en los nacimientos que corresponde a una baja en la tasa de natalidad como podemos ver a continuación.

**NATALIDAD**

**Tasa Bruta de Natalidad:** es una medida de cuantificación de la fecundidad, 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. El lapso es casi siempre un año, y se puede leer como el número de nacimientos de una población por cada mil habitantes en un año. Representa el número de individuos de una población que nacen vivos por unidad de tiempo.

**Ilustración 9.** Tasa Bruta de natalidad \* 1000 habitantes en Caldas 2000 a 2011



Fuente: DANE.

Las tasas brutas de natalidad han venido mostrando un descenso importante en Caldas es como se observa que en el 2000 la tasa estaba en 16,8 \* 1000 hab, mientras que en el 2011 pasamos a una tasa de 10,8 \* 1000 habitantes, esto corresponde a disminución en los nacimientos estos pueden deberse a varias causas entre estos: el aumento de anticoncepción o métodos de planificación, pero también al aumento en el número de abortos o muertes perinatales estas últimas se muestra que en su mayoría son causa de malformaciones, es importante como se describe en el anterior análisis que las proyecciones de la población DANE no reflejan la realidad de nuestro crecimiento poblacional.

### Muertes Fetales y Abortos Comparados con El País y Otros Departamentos

Tabla 5. Tasa de muerte fetal \* 1000 nacidos vivos en Colombia, Antioquia, Risaralda y Caldas 2007 a 2010.

	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Colombia</b>	41,43	44,14	36,89	45,49	57,16
<b>Antioquia</b>	81,53	74,18	62,34	48,84	66,56
<b>Risaralda</b>	29,08	63,71	54,01	35,33	99,15
<b>Caldas</b>	62,52	61,96	68,67	78,52	61,99

Fuente: DANE.

Se observa como en los cuatro años analizados que Caldas sostiene unas tasas de muertes fetales más altas que las nacionales; con respecto estas cifras, en Antioquia solo en 2007 y 2008 las cifras de este departamento, en referencia al evento, son más altas que en nuestro territorio, mientras que en Risaralda únicamente en 2008 la cifra es superior a la reportada por Caldas: este datos hacen parte del sistema de vigilancia en salud pública, y la revisión y reporte de estadísticas vitales, en lo relacionado al reporte que muestra un número de muertes más altas; pero es un llamado a revisar los sistemas de planificación familiar, con el fin de fortalecer los mismos y disminuir estas cifras.

Es importante resaltar que en Caldas se disminuyó el número de muertes fetales paso en el 2007 (**771**) a 2011 (**647**), esto me muestra que a pesar de las cifras altas comparadas con el país y otros departamentos, Caldas ha logrado disminuir el número de muertes comparado con datos del misma población durante el tiempo analizado.

Tabla 6. Tasa de Aborto \* 1000 nacidos vivos en Colombia, Antioquia, Risaralda y Caldas 2007 a 2011.

	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Colombia</b>	20,39	23,61	20,58	27,02	31,70
<b>Antioquia</b>	30,94	29,18	30,38	24,30	22,43
<b>Risaralda</b>	12,26	42,91	35,25	22,03	65,96
<b>Caldas</b>	28,36	30,62	32,19	38,17	26,64

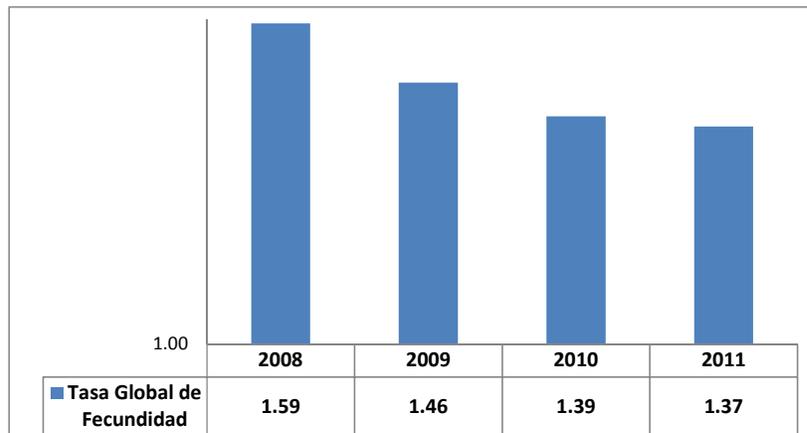
Fuente: DANE.

El aborto es: La pérdida del feto de menos de 22 semanas, para este evento el análisis coincide con el análisis de muerte fetal donde Caldas presenta en los 4 años unas cifras por encima de las nacionales en los 4 años, Antioquia reporta un dato más alto que Caldas en el 2007 y 2008 los demás años las tasas están por debajo, y Risaralda 2008, 2009 y 2011 muestra cifras por encima de Caldas y los demás años están por debajo; Sin embargo los casos de abortos han disminuido en el 2007 se reportaron 381 mientras que en el 2011 la cifra es de 278.

#### FECUNDIDAD

**Tasa Global de Fecundidad:** Número promedio de niños nacidos vivos que habría tenido una mujer o cohorte (hipotética) de mujeres durante su vida reproductiva, si sus años de reproducción hubiesen transcurrido conforme a las tasas específicas de un determinado año. Su interpretación es: El número promedio de hijos por mujer es de **X**.

**Ilustración 10.** Tasa Global de Fecundidad en Caldas 2008-2011



Fuente: DANE.

**Tasa General de Fecundidad:** Es el número de nacidos vivos por cada 1000 mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años). Esta medida no se encuentra influenciada por la estructura ni la composición por sexo de la población objeto de estudio. Y se interpreta: Se presentan X número de nacidos vivos por cada 1000 mujeres en edad reproductiva.

**Tabla 7.** Tasa General de Fecundidad

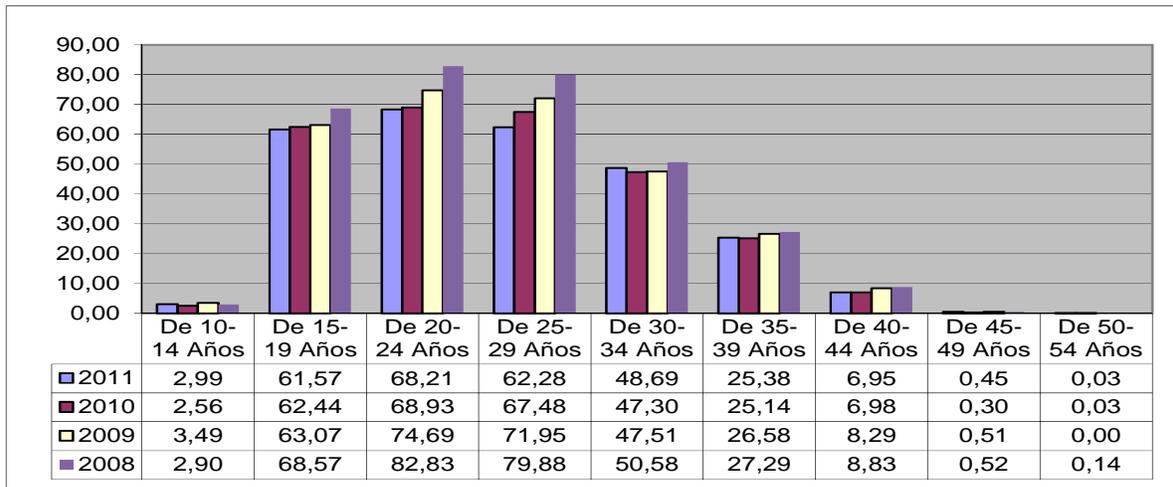
	2008	2009	2010	2011
Nacidos vivos	12364	11336	10772	10550
mujeres de 15-49	257326	256344	255162	285875
Tasa global de fecundidad	48,05	44,22	42,22	36,90

Fuente: DANE.

Coherente con las cifras de natalidad la tasa global de fecundidad también ha disminuido, pasando en el 2008 de 1.59 a 1.37 en el 2011 y la tasa general siguiendo estos datos no es ajena en el comportamiento como se observa en el cuadro

**Tasa Especifica de Fecundidad:** Es el número de nacimientos que ocurren durante un determinado año o período de referencia por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva clasificada en grupos de edad simples o quinquenales, tienen dos usos principales: (1) como medida del patrón de la fecundidad por edad, o sea, de la frecuencia relativa de los hijos tenidos por mujeres de diferentes edades durante sus años reproductivos y (2) como cómputo intermedio al derivar la tasa global de fecundidad (TGF).

**Ilustración 11. Tasa Específica de fecundidad en Caldas 2008-2011**

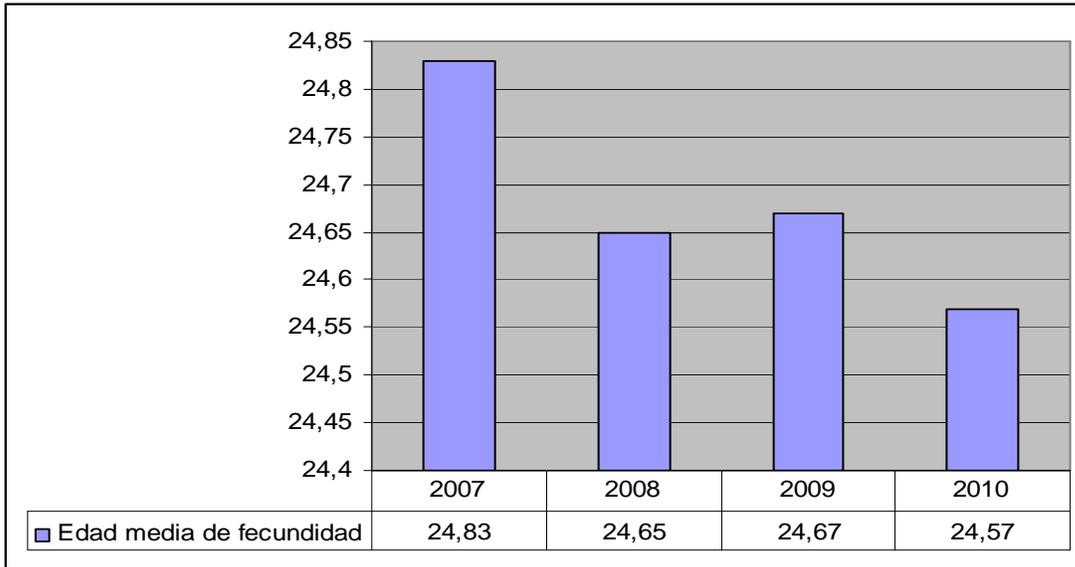


Fuente: DANE.

Para Caldas las tasas específicas de fecundidad en adolescentes se han mantenido en el caso de 10 a 14 años, mientras que la edad de 15 a 19 años ha tenido un descenso, sin embargo las tasas de fecundidad de mujeres de 35 a 39 años al contrario de las demás han aumentado, esto si se asocia con las tasas de escolaridad en mujeres cada vez son más altas y el desempeño laboral de las mismas es frecuente se puede concluir que la mujer decide embarazarse ha una edad más adulta.

**Edad Media de Fecundidad:** Es la edad media del patrón de la Fecundidad y corresponde sólo aproximadamente a la edad media de las madres al nacimiento de sus hijos; Su interpretación consiste en explicar: En este territorio y período, la edad media de la Fecundidad a la cual las madres tienen sus hijos es de X años.

**Ilustración 12.** Edad media de fecundidad en Caldas 2007-2010



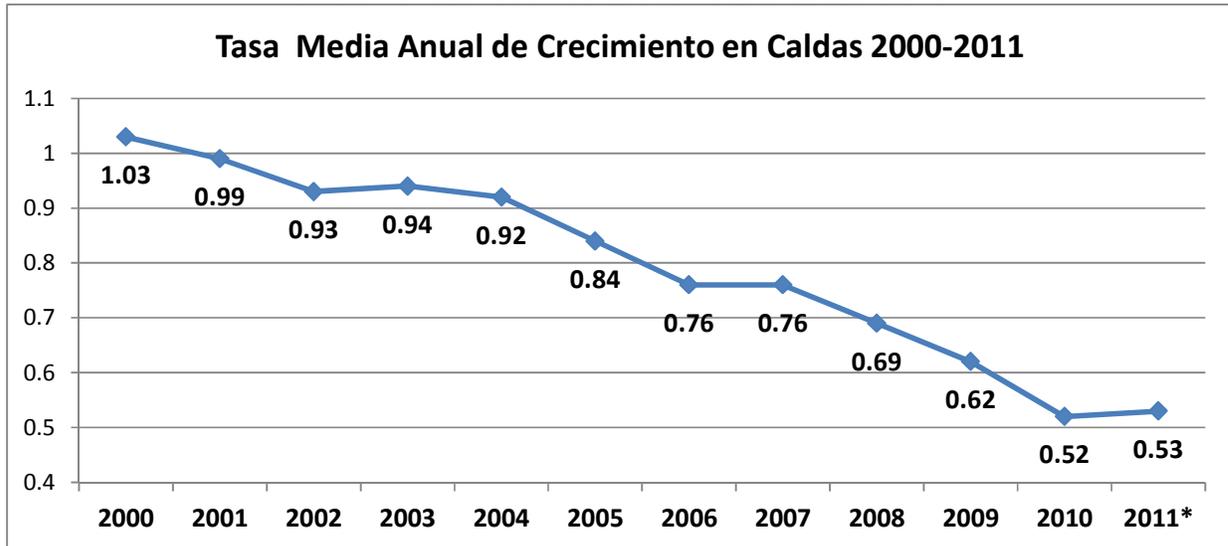
Fuente: DANE.

Los datos obtenidos muestran que la edad promedio para quedar embarazadas de la mujer en Caldas es de 25 años durante los años 2007, 2008, 2009, 2010.

#### CRECIMIENTO MEDIO ANUAL

**Crecimiento natural:** Incremento o disminución del tamaño de una población, experimentado por el efecto del balance entre los nacimientos y las defunciones (aumento natural en cifras relativas). Su interpretación es: Por cada 1000 habitantes de la población total, su tamaño crece en X personas.

**Ilustración 13.** Tasa Media Anual de Crecimiento en Caldas 2000-2011



Fuente: DANE.

**Tabla 8.** Tasa Media Anual de Crecimiento en Caldas 2000-2011

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*
1.03	0.99	0.93	0.94	0.92	0.84	0.76	0.76	0.69	0.62	0.52	0.53

Fuente: DANE.

Se observa como el departamento muestra una tasa media anual de crecimiento en el 2000 fue de 1.03, y en 10 años bajo a 0.53, esto indica que el crecimiento de la población en Caldas es bajo, reflejado esto en las tasas de natalidad, fecundidad y en tasas altas de abortos y defunciones fetales.

**2. CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACIÓN**
**ESTADO DE SALUD**
**MORBILIDAD:**
**PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA EN URGENCIAS CALDAS, 2011**

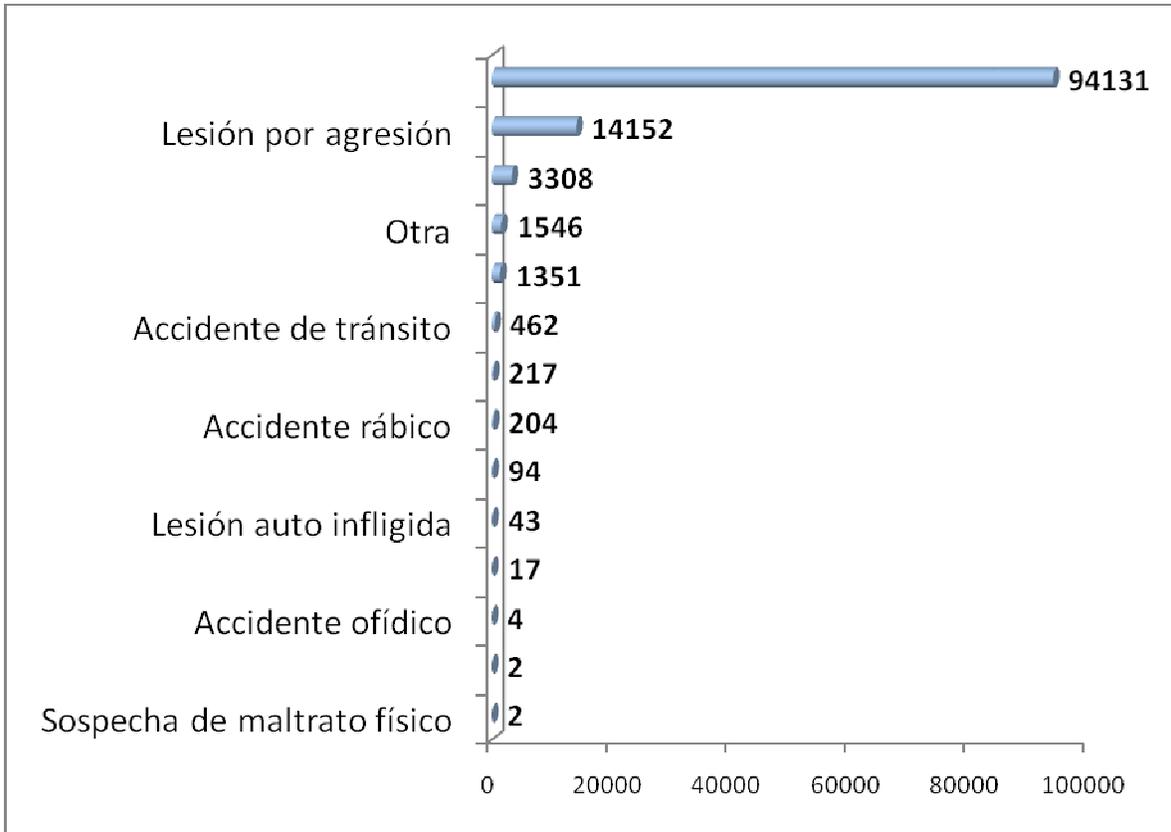
<b>COD. CIE10</b>	<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>TOTAL</b>
A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	6973
R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	4672
J00X	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	4035
N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	2905
R51X	CEFALEA	2558
M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	2199
J039	AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	2113
J069	INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA	2102
J029	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	2033
K529	COLITIS Y GASTROENTERITIS NO INFECCIOSAS, NO ESPECIFICADAS	1720
G439	MIGRAÑA, NO ESPECIFICADA	1674
R509	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	1663
J209	BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	1461
R11X	NAUSEA Y VOMITO	1327
K297	GASTRITIS, NO ESPECIFICADA	998
R074	DOLOR EN EL PECHO, NO ESPECIFICADO	815
G442	CEFALEA DEBIDA A TENSION	788
J019	SINUSITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	764
J459	ASMA, NO ESPECIFICADA	755
K591	DIARREA FUNCIONAL	738

**Fuente:** DANE

Dentro de las primeras 20 causas de consulta por urgencias en Caldas están las enfermedades diarreicas agudas (EDA), por lo que los servicios de salud deben trabajar arduamente en hábitos higiénicos, pero es importante resaltar que la población rural en su mayoría no cuenta con servicios de acueducto lo que puede llevar a que las EDA, generen una carga importante en los servicios de urgencias, otra de las causas son las relacionadas con infecciones respiratorias, enfermedad de difícil intervención por la propagación de la misma a través del aire. 1663

casos son causa de fiebre no especificada que puede deberse a infecciones virales o enfermedades como el dengue, sin embargo no se puede concluir algo específico.

**20 Primeras causas de consulta en urgencias por causas externas en Caldas 2011.**



Fuente: DANE

Las primeras causas de consulta en urgencias por causas externa son superiores a las causas de morbilidad por enfermedades transmisibles, con un aumento de casi el 51% de las causas externas frente a las causas por enfermedades transmisibles. Lo que coincide con lo que muestran las primeras casusas de mortalidad entre las cuales están los homicidios

**20 primeras causas de egreso por Hospitalización en Caldas en el 2011.**

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>TOTAL</b>
INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	815
PARTO UNICO ESPONTANEO, SIN OTRA ESPECIFICACION	726
EMBARAZO CONFIRMADO	699
PARTO UNICO ESPONTANEO, PRESENTACION CEFALICA DE VERTICE	469
OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	442
NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	380
OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS	379
NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA	376
APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	350
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	346
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	283
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	272
CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	250
BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	249
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ESPECIFICACION	248
PARTO POR CESAREA, SIN OTRA ESPECIFICACION	243
INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	231
OTRAS COLELITIASIS	226
FIEBRE, NO ESPECIFICADA	220
HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, NO ESPECIFICADA	213

Fuente: DANE

Se observa en las primeras 20 causas de egreso hospitalario, atención del parto, lo evidencia la necesidad de fortalecer los servicios de ginecología y pediatría, también se evidencia la enfermedad diarreica aguda, para esto se debe fortalecer los programas de AIEPI, los buenos hábitos sanitarios pero en especial que los gobiernos garanticen el agua potable en todo el departamento, también están las infecciones respiratorias y las enfermedades crónicas estas últimas como se revisó en mortalidad son una de las primeras causas, por lo que es necesario que se trabaje en el sector salud y en el sector educación los hábitos saludables, comer de forma saludable, hacer ejercicio, no fumar y disminuir el consumo de licor.

**Primeras causas de Mortalidad por Grupos Etáreos.**

SUBDIRECCION PRESTACION DE SERVICIOS  
GRUPO INFORMATICA



PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD POR GRUPO DE 105 CAUSAS LUGAR DE RESIDENCIA						
DEPARTAMENTO DE CALDAS						
MENORES DE 1 AÑO - AÑO 2011 - CIFRAS PRELIMINARES						
TODOS LOS REGIMENES - MASCULINO Y FEMENINO -						
Pos	Código 105	Diagnóstico	No. Casos	Porcentaje	Tasa x 1.000	Nacidos Vivos
1	082	Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	33	26,0%	3,1	10.630
2	084	Infecciones específicas del período perinatal	17	13,4%	1,6	
3	087	Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	16	12,6%	1,5	
4	088	Las demás malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas	13	10,2%	1,2	
5	086	Todas las demás afecciones originadas en el período perinatal	9	7,1%	0,8	
6	081	Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	6	4,7%	0,6	
7	080	Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	5	3,9%	0,5	
8	059	Neumonía	4	3,1%	0,4	
9	053	Todas las demás formas de enfermedad del corazón	3	2,4%	0,3	
10	096	Otros accidentes que obstruyen la respiración	3	2,4%	0,3	
Total 10 Primeras causas			109	85,8%	10,3	
Resto de Causas			18	14,2%	1,7	
<b>TOTAL GRUPO DE EDAD</b>			<b>127</b>	<b>100,0%</b>	<b>11,9</b>	

Fuente: Estadísticas Vitales DTSC - DANE

Información consolidada 30 junio de 2012

SUBDIRECCION PRESTACION DE SERVICIOS  
GRUPO INFORMATICA



PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD POR GRUPO DE 105 CAUSAS LUGAR DE RESIDENCIA						
DEPARTAMENTO DE CALDAS						
1- 4 AÑOS - AÑO 2011 - CIFRAS PRELIMINARES						
TODOS LOS REGIMENES - MASCULINO Y FEMENINO -						
Pos	Código 105	Diagnóstico	No. Casos	Porcentaje	Tasa x 100.000 Habts.	Población DANE
1	042	Deficiencias nutricionales	2	11,8%	3,0	65.766
2	059	Neumonía	2	11,8%	3,0	
3	105	Otros accidentes y secuelas	2	11,8%	3,0	
4	001	Enfermedades infecciosas intestinales	1	5,9%	1,5	
5	010	Todas las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	1	5,9%	1,5	
6	040	Defectos de coagulación, púrpura y otras afecciones hemorrágicas y de la sangre y los trastornos que afectan la inmunidad	1	5,9%	1,5	
7	045	Meningitis y otras enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central	1	5,9%	1,5	
8	047	Todas las demás enfermedades del sistema nervioso	1	5,9%	1,5	
9	060	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	1	5,9%	1,5	
10	069	Enfermedades del peritoneo y todas las demás enfermedades del sistema digestivo	1	5,9%	1,5	
Total 10 Primeras causas			13	76,5%	19,8	
Resto de Causas			4	23,5%	6,1	
<b>TOTAL GRUPO DE EDAD</b>			<b>17</b>	<b>100,0%</b>	<b>25,8</b>	

Fuente: Estadísticas Vitales DTSC - DANE

Información consolidada 30 junio de 2012

SUBDIRECCION PRESTACION DE SERVICIOS  
GRUPO INFORMATICA



PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD POR GRUPO DE 105 CAUSAS LUGAR DE RESIDENCIA						
DEPARTAMENTO DE CALDAS						
5 - 14 AÑOS - AÑO 2011 - CIFRAS PRELIMINARES						
TODOS LOS REGIMENES - MASCULINO Y FEMENINO -						
Pos	Código 105	Diagnóstico	No. Casos	Porcentaje	Tasa x 100.000 Habs.	Población DANE
1	105	Otros accidentes y secuelas	10	18,5%	6,0	166.655
2	090	Accidentes de transporte de motor y secuelas	4	7,4%	2,4	
3	035	Leucemia	3	5,6%	1,8	
4	047	Todas las demás enfermedades del sistema nervioso	3	5,6%	1,8	
5	095	Ahogamiento y sumersión accidentales	3	5,6%	1,8	
6	096	Otros accidentes que obstruyen la respiración	3	5,6%	1,8	
7	001	Enfermedades infecciosas intestinales	2	3,7%	1,2	
8	002	Tuberculosis y secuelas	2	3,7%	1,2	
9	031	Tumor maligno del encéfalo, del ojo y de otras partes del sistema nervioso central	2	3,7%	1,2	
10	036	Todos los demás tumores malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	2	3,7%	1,2	
Total 10 Primeras causas			34	63,0%	20,4	
Resto de Causas			20	37,0%	12,0	
<b>TOTAL GRUPO DE EDAD</b>			<b>54</b>	<b>100,0%</b>	<b>32,4</b>	

Fuente: Estadísticas Vitales DTSC - DANE  
Información consolidada 30 junio de 2012

SUBDIRECCION PRESTACION DE SERVICIOS  
GRUPO INFORMATICA



PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD POR GRUPO DE 105 CAUSAS LUGAR DE RESIDENCIA						
DEPARTAMENTO DE CALDAS						
15 - 44 AÑOS - AÑO 2011 - CIFRAS PRELIMINARES						
TODOS LOS REGIMENES - MASCULINO Y FEMENINO -						
Pos	Código 105	Diagnóstico	No. Casos	Porcentaje	Tasa x 100.000 Habs.	Población DANE
1	101	Agresiones (homicidios) y secuelas	238	34,7%	54,6	435.856
2	090	Accidentes de transporte de motor y secuelas	56	8,2%	12,8	
3	009	Enfermedad por el VIH (SIDA)	41	6,0%	9,4	
4	100	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) y secuelas	30	4,4%	6,9	
5	051	Enfermedades isquémicas del corazón	24	3,5%	5,5	
6	105	Otros accidentes y secuelas	24	3,5%	5,5	
7	096	Otros accidentes que obstruyen la respiración	14	2,0%	3,2	
8	055	Enfermedades cerebrovasculares	13	1,9%	3,0	
9	047	Todas las demás enfermedades del sistema nervioso	10	1,5%	*4,5	
10	072	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	10	1,5%	2,3	
Total 10 Primeras causas			460	67,2%	105,5	
Resto de Causas			225	32,8%	51,6	
<b>TOTAL GRUPO DE EDAD</b>			<b>685</b>	<b>100,0%</b>	<b>157,2</b>	

Fuente: Estadísticas Vitales DTSC - DANE  
Información consolidada 30 junio de 2012

SUBDIRECCION PRESTACION DE SERVICIOS  
GRUPO INFORMATICA



PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD POR GRUPO DE 105 CAUSAS LUGAR DE RESIDENCIA						
DEPARTAMENTO DE CALDAS						
45 - 64 AÑOS - AÑO 2011 - CIFRAS PRELIMINARES						
TODOS LOS REGIMENES - MASCULINO Y FEMENINO -						
Pos	Código 105	Diagnóstico	No. Casos	Porcentaje	Tasa x 100.000 Habts.	Población DANE
1	051	Enfermedades isquémicas del corazón	205	18,4%	97,7	209.880
2	101	Agresiones (homicidios) y secuelas	55	4,9%	26,2	
3	013	Tumor maligno del estómago	52	4,7%	24,8	
4	055	Enfermedades cerebrovasculares	50	4,5%	23,8	
5	041	Diabetes mellitus	48	4,3%	22,9	
6	024	Tumor maligno de la mama de la mujer	42	3,8%	*37,7	
7	060	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	42	3,8%	20,0	
8	014	Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoidea, recto y ano	29	2,6%	13,8	
9	037	Tumores: in situ, benignos y de comportamiento incierto o desconocido y los no especificados	28	2,5%	13,3	
10	020	Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	26	2,3%	12,4	
Total 10 Primeras causas			577	51,8%	274,9	
Resto de Causas			536	48,2%	255,4	
<b>TOTAL GRUPO DE EDAD</b>			<b>1.113</b>	<b>100,0%</b>	<b>530,3</b>	
Fuente: Estadísticas Vitales DTSC - DANE *Tasa Especifica						
Información consolidada 30 junio de 2012						

SUBDIRECCION PRESTACION DE SERVICIOS  
GRUPO INFORMATICA



PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD POR GRUPO DE 105 CAUSAS LUGAR DE RESIDENCIA						
DEPARTAMENTO DE CALDAS						
65 Y MAS - AÑO 2011 - CIFRAS PRELIMINARES						
TODOS LOS REGIMENES - MASCULINO Y FEMENINO -						
Pos	Código 105	Diagnóstico	No. Casos	Porcentaje	Tasa x 100.000 Habts.	Población DANE
1	051	Enfermedades isquémicas del corazón	950	27,8%	1.108,3	85.714
2	060	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	288	8,4%	336,0	
3	055	Enfermedades cerebrovasculares	241	7,1%	281,2	
4	041	Diabetes mellitus	141	4,1%	164,5	
5	050	Enfermedades hipertensivas	138	4,0%	161,0	
6	059	Neumonía	136	4,0%	158,7	
7	053	Todas las demás formas de enfermedad del corazón	80	2,3%	93,3	
8	072	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	76	2,2%	88,7	
9	020	Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	75	2,2%	87,5	
10	013	Tumor maligno del estómago	70	2,0%	81,7	
Total 10 Primeras causas			2.195	64,2%	2.560,8	
Resto de Causas			1.223	35,8%	1.426,8	
<b>TOTAL GRUPO DE EDAD</b>			<b>3.418</b>	<b>100,0%</b>	<b>3.987,7</b>	
Fuente: Estadísticas Vitales DTSC - DANE						
Información consolidada 30 junio de 2012						

SUBDIRECCION PRESTACION DE SERVICIOS  
GRUPO INFORMATICA



PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD POR GRUPO DE 105 CAUSAS LUGAR DE RESIDENCIA						
DEPARTAMENTO DE CALDAS						
TODAS LAS EDADES - AÑO 2011 - CIFRAS PRELIMINARES						
TODOS LOS REGIMENES - MASCULINO Y FEMENINO -						
Pos	Código 105	Diagnóstico	No. Casos	Porcentaje	Tasa x 100.000 Habts.	Población DANE
1	051	Enfermedades isquémicas del corazón	1179	21,8%	120,3	980.267
2	060	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	333	6,1%	34,0	
3	101	Agresiones (homicidios) y secuelas	311	5,7%	31,7	
4	055	Enfermedades cerebrovasculares	305	5,6%	31,1	
5	041	Diabetes mellitus	198	3,7%	20,2	
6	059	Neumonía	175	3,2%	17,9	
7	050	Enfermedades hipertensivas	152	2,8%	15,5	
8	013	Tumor maligno del estómago	129	2,4%	13,2	
9	053	Todas las demás formas de enfermedad del corazón	104	1,9%	10,6	
10	020	Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	102	1,9%	10,4	
Total 10 Primeras causas			2.988	55,1%	304,8	
Resto de Causas			2.430	44,9%	247,9	
TOTAL GRUPO DE EDAD			5.418	100,0%	552,7	

Fuente: Estadísticas Vitales DTSC - DANE  
Información consolidada 30 junio de 2012

SUBDIRECCION PRESTACION DE SERVICIOS  
GRUPO INFORMATICA



PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD POR GRUPO DE 105 CAUSAS LUGAR DE RESIDENCIA						
DEPARTAMENTO DE CALDAS						
EDAD DESCONOCIDA - AÑO 2011 - CIFRAS PRELIMINARES						
TODOS LOS REGIMENES - MASCULINO Y FEMENINO -						
Pos	Código 105	Diagnóstico	No. Casos	Porcentaje	Tasa x 100.000 Habts.	Población DANE
1	101	Agresiones (homicidios) y secuelas	3	75,0%	0,3	980.267
2	095	Ahogamiento y sumersión accidentales	1	25,0%	0,1	
				0,0%		
				0,0%		
				0,0%		
				0,0%		
				0,0%		
				0,0%		
				0,0%		
				0,0%		
Total 10 Primeras causas			4	100,0%	0,4	
Resto de Causas				0,0%		
TOTAL GRUPO DE EDAD			4	100,0%	0,4	

Fuente: Estadísticas Vitales DTSC - DANE  
Información consolidada 30 junio de 2012

### Menores de 5 años:

Cuando se analizan las causas de muerte en menores de 5 años vemos como en menores de un año la primera causa son trastornos respiratorios con un 26% y aunque las malformaciones están en el tercer y cuarto lugar, sumadas estas dan un total de 22.8%, un porcentaje importante en las mortalidad en menores de un año, en niños de 1 a 4 años el primer lugar están las deficiencias nutricionales con un 11.8%, segundo lugar neumonía con un 11.8% y otros accidentes con el mismo porcentaje; Con estos datos se muestra como en menores de 5 años los servicios de salud deben fortalecer el programa de AIEPI, para evitar las muertes en menores por Infección Respiratoria, además incluir la vigilancia de anomalías congénitas, con el propósito de garantizar diagnóstico precoz y atención oportuna, de esta forma reducir las muertes evitables; es importante resaltar que hay 2 muertes en menores de 4 años por deficiencias nutricionales esto requiere el fortalecimiento de los programas de crecimiento y desarrollo de la mano con asistencia nutricional a menores con diagnósticos de deficiencia nutricional o algún tipo de desnutrición.

### 5 a 14 años.

La Primera causa de muerte en este grupo de edad son otros accidentes y secuelas con un 18.5%, la segunda causa de muerte son los accidentes de tránsito 7.4% y tercera causa leucemia 5.6%, esto dice a los servicios de salud que la promoción y prevención de accidentes debe ser prioritaria en los planes municipales de salud pública seguido de detección temprana de leucemia y tratamiento oportuno.

### **15 a 44 años**

En este grupo de edad se tiene entre las causas de muerte los homicidios con un 34.7%, ocupando el primer lugar, lo que muestra la realidad de un país con problemas de orden público, con desigualdades sociales, que originan violencia en todo su territorio, realidad a la que no es ajena nuestro departamento; problemática que debe ser intervenida desde todos los sectores incluyendo los sociales, políticos y económicos; En segundo lugar tenemos los accidentes de tránsito; Dato importante para las autoridades de tránsito y sus políticas de prevención; En el tercer lugar de causas de muerte están las enfermedades por VIH con un 6%, Con respecto a esta patología la única medida para controlarla son los programas de protección específica y detección temprana, articulados de estrategias de educación a la población sobre autocuidado y cambios de conducta de riesgo motivando el uso de condón en todas las relaciones sexuales, la importancia para mantenerse libre de VIH de tener una pareja sexual estable, de evitar las conductas de riesgo.

### **45 a 64 años.**

Como se observa en el cuadro correspondiente a esa edad las causas de primer cuarto y quinto lugar son enfermedades crónicas que en su mayoría son tienen origen en malos hábitos de alimentación, comidas ricas en grasas, harinas y azúcares, no hacer ejercicio alto consumo de licor y/o consumo de cigarrillo, además de resaltar en este grupo de edad que la segunda causa es homicidios lo que reitera el análisis anterior.

### **65 y más**

Se observa que las muertes de personas de 65 años y más están en su mayoría relacionadas con enfermedades crónicas, primer lugar enfermedad isquémica del corazón, tercer lugar enfermedades cerebrovasculares, cuarto lugar diabetes mellitus y quinto lugar enfermedades hipertensivas, noveno lugar tumor de bronquios y pulmón y décimo lugar tumor maligno de estómago, enfermedades ocasionadas por malos hábitos alimenticios y una vida sedentaria, importante en esta edad las muertes por problemas respiratorios.

### **Todas las edades.**

La mortalidad de Caldas tiene como primera, cuarta, quinta, séptima, octava y novena causa **enfermedades crónicas** ocasionadas por malos hábitos alimenticios y una vida sedentaria, un total de 2065 muertes que equivale a un 38.11%, Con esta cifra se demuestra que se debe fortalecer la atención primaria y la educación a la población joven en hábitos de vida saludable, comida balanceada, ejercicio, 150 minutos semanales como lo recomienda la Organización Mundial de la Salud, y en la población adulta con la enfermedad se debe fortalecer además de hábitos saludables un control estricto de la enfermedad.

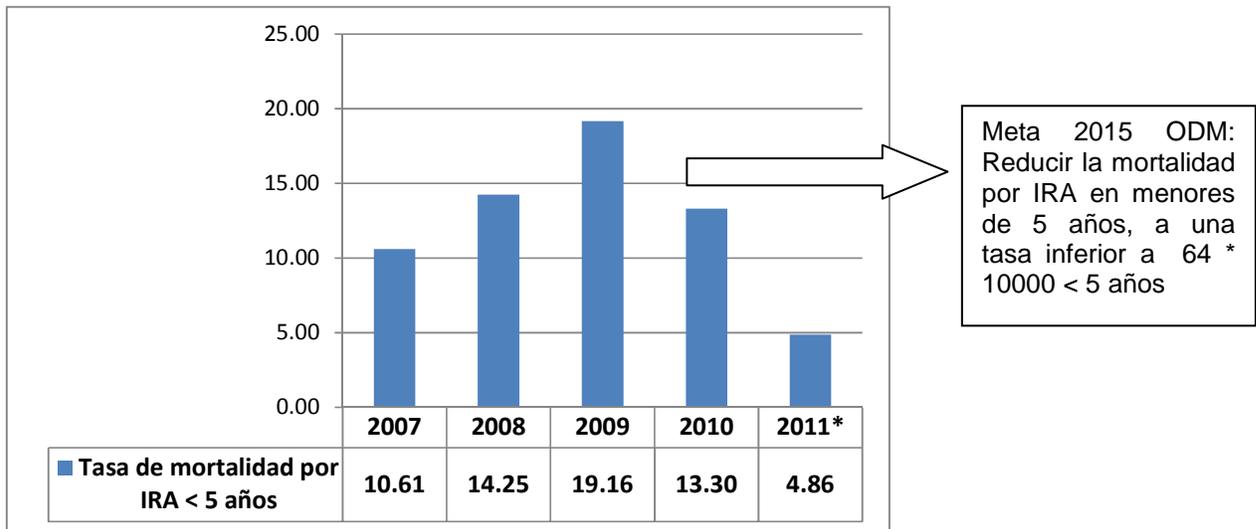
La segunda y sexta causa de muerte en Caldas son **enfermedades respiratorias** que equivalen a 208 casos, 3.8%, cuando se observa por grupos de edades que es más frecuente la muerte por este tipo de enfermedades en adultos mayores y en menores de 1 año y mayores de 65 años, que sería donde se deben enfocar los esfuerzos de promoción y prevención para evitar muertes por esta causa.

La tercera causa de muerte en Caldas son los homicidios, un total de 311 casos que equivalen a un 5.7%, dato importante que refleja la situación de violencia y de desigualdades sociales de un país a la que no es ajena el departamento que origina violencia la cual puede disminuirse con un trabajo articulado, intersectorial, intrasectorial con todos los entes gubernamentales, los sectores políticos, económicos y sociales, además de esto con la articulación del área de la salud y establecimiento de políticas sociales aplicables a todos los sectores.

## **INDICADORES**

**Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por Infección Respiratoria Aguda:** Expresa la probabilidad de muertes ocurridas en menores de 5 años de edad cuya causa básica de muerte seleccionada fue una infección respiratoria aguda, para un determinado año y área geográfica determinada. Mide la capacidad de atención primaria y de control de Infecciones respiratorias

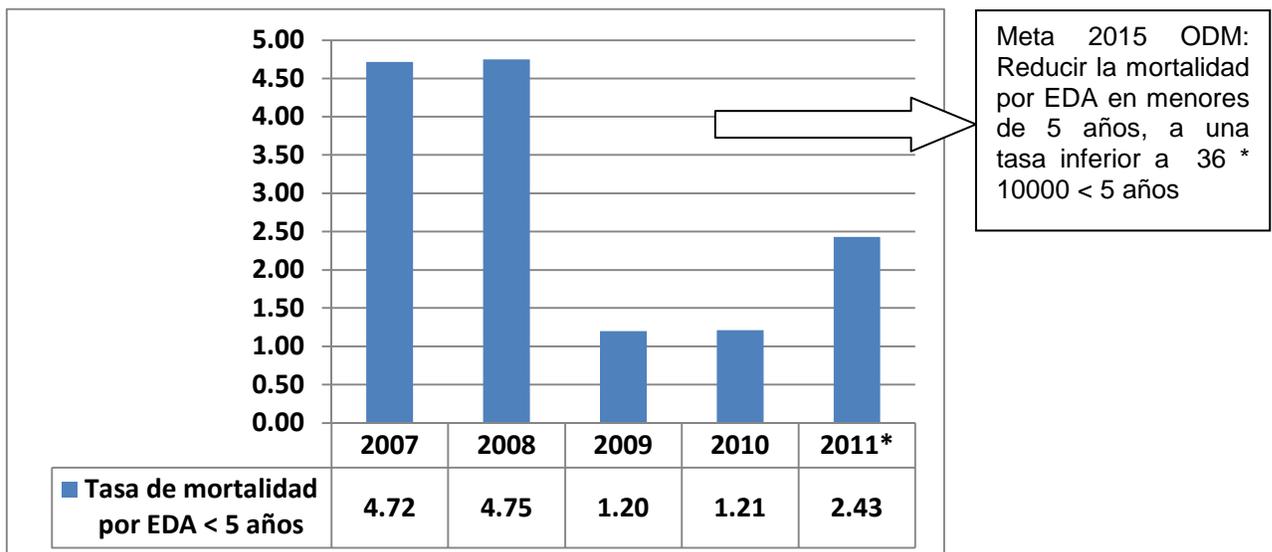
**Ilustración 14.** Tasa de Mortalidad por IRA en Menor de 5 años por 10000 menores de 5 años, en Caldas 2007 – 2011



Fuente: SIMGILA DTSC. \* Dato Preliminar

La tasa más alta de muerte por IRA en menor de 5 años se dio en el año 2009, donde fue la pandemia mundial de AH1N1, en el año 2010 bajo nuevamente la tasa y llegó en el 2011 a 0.49 por 10000 menores de 5 años, cuando se expresa en número de casos se podría decir entonces que el porcentaje de casos de 2009 en pandemia a 2011 bajó en un 87%, 2007( 9 casos), 2008 (12 casos), 2009 (16 casos), 2010 (11 casos), 2011 (4 casos), en este último año se evidenció en los análisis, casos con malformaciones congénitas, dos casos de zona rural con una distancia considerable para ingresar a zona urbana, es importante ver que el programa de AIEPI, ha logrado bajar la tasa de mortalidad por IRA en menor de 5 años, en todos estos años la tasa de mortalidad por IRA en menor de 5 años, en el departamento se mantiene por debajo del ODM propuesto para este evento y este grupo de edad.

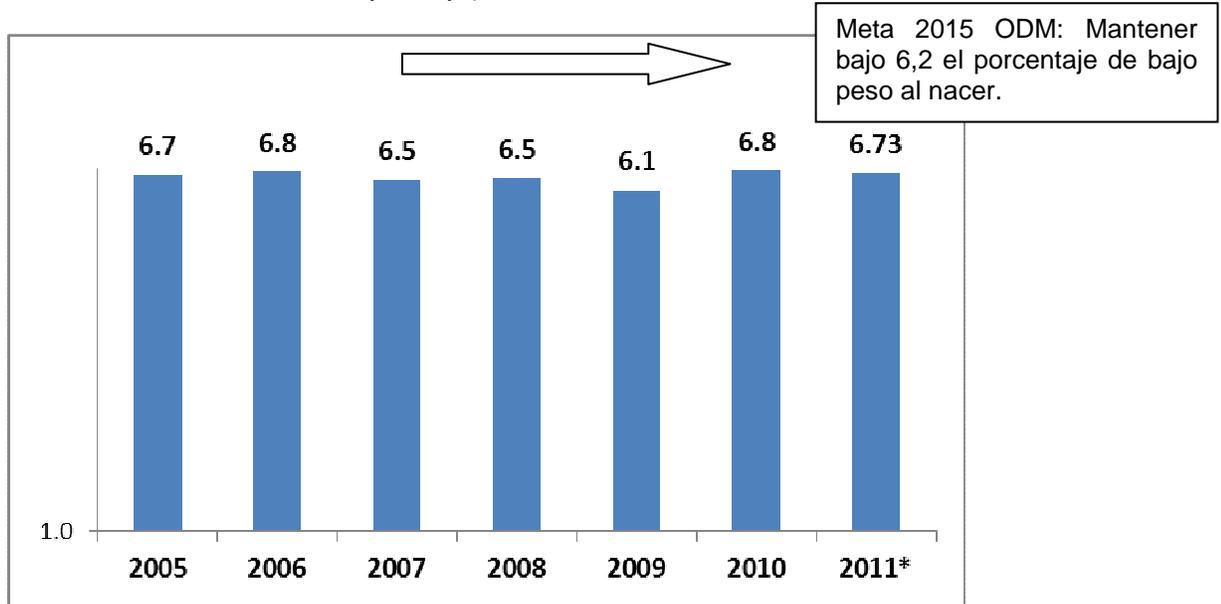
**Ilustración 15.** Tasa de Mortalidad por EDA en Menor de 5 años por 100000 menores de 5 años, en Caldas 2007 – 2009



Fuente: Sivigila. \* Dato Preliminar

La tasa de Mortalidad por EDA ha disminuido en Caldas de forma considerable, mientras que para el 2007, se tenía una tasa de 4.72, en el 2011 se llegó a una tasa de 2.43 por 100000 menores de 5 años, cuando se observa este dato en Número de casos, se puede concluir que desde el 2007 a 2010 se disminuyó en un 50% los casos, 2007 (4 casos), 2008 (4 casos), 2009 (1 caso), 2010 (1 caso), 2011 (2 casos), en este último año los dos casos presentados se dieron en población de zona rural, de escasos recursos económicos, las grandes distancias en estos dos casos fueron determinantes para el ingreso a los servicios de salud, es importante ver que el programa de AIEPI, ha logrado bajar la tasa de mortalidad por EDA en menor de 5 años; desde el 2007 la tasa de mortalidad por EDA en menor de 5 años en el departamento se mantiene por debajo del ODM propuesto para este evento y este grupo de edad.

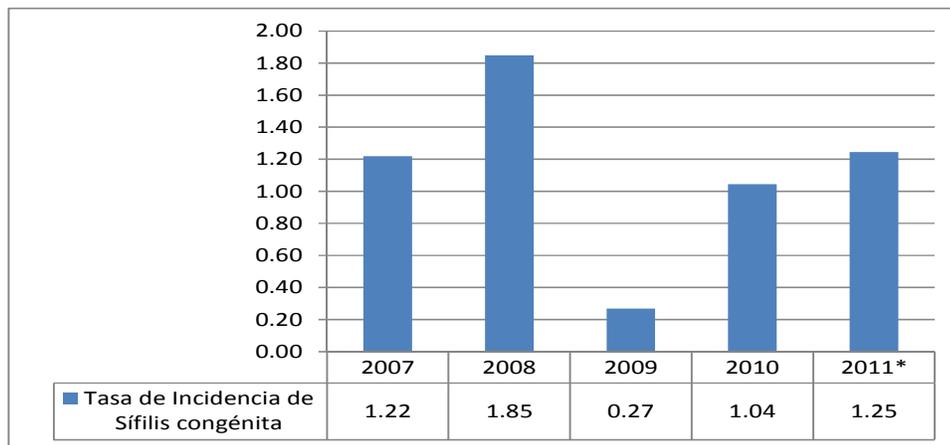
Ilustración 16. Porcentaje de bajo peso al nacer en Caldas 2007 – 2011



Fuente: DANE. \* Dato Preliminar

Desde el 2005, Caldas ha tenido datos que no tienen una variación importante por lo que se sostiene en un 6%, variando de entre 3 y 4 décimas, se puede decir que para este indicador estamos cerca de alcanzar el ODM propuesto, que el esfuerzo para lograr alcanzar el indicador será el control prenatal durante el embarazo y el suministro de nutrientes a las embarazadas.

Ilustración 17. Tasa de incidencia de sífilis congénita, en Caldas 2007 – 2011



Fuente: Sivigila DTSC. \* Dato Preliminar

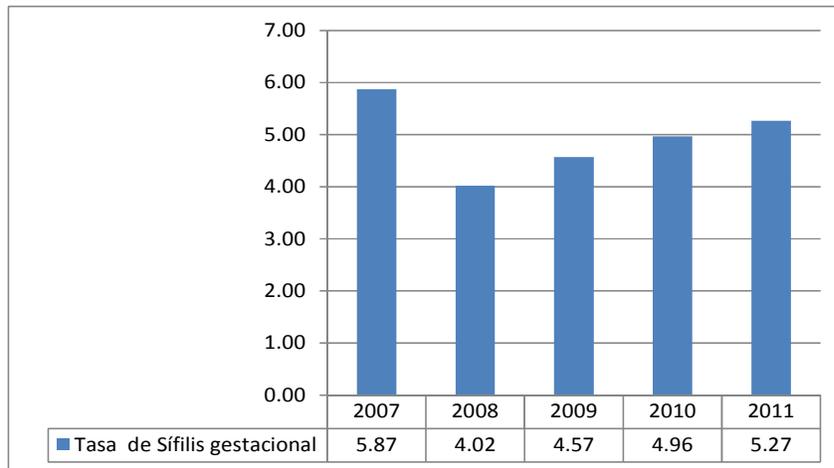
**Tabla 9.** Número de casos de Sífilis Congénita en Caldas 2005 a 2011

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Casos de Sífilis Congénita</b>	18	10	16	23	3	11	13

Fuente: Sivigila

Como se observa en el cuadro 17, en el 2005 se presentaron 18 casos, estos disminuyeron a 13 casos en el 2011, la sífilis congénita es una enfermedad prevenible en el 100% de los casos con detección temprana mediante unos controles prenatales al inicio del embarazo, y con que estos sean constantes por parte de la gestante, de esta forma se detecta tempranamente la sífilis gestacional y se logra tratar adecuadamente, es de resaltar que el departamento tiene una cobertura de control prenatal mayor del 95%, pero se ha observado en el análisis de casos de sífilis congénita que las gestantes en su mayoría son habitantes de la calle, o en algunos casos las madres a pesar de tener la afiliación a seguridad social no acuden a los controles prenatales.

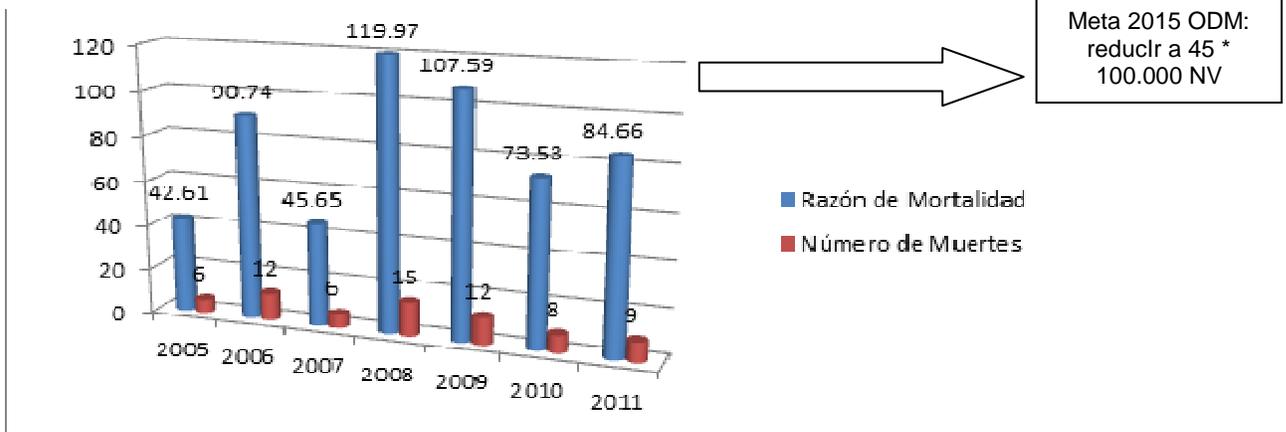
**Ilustración 18.** Tasa de sífilis gestacional en Caldas 2007 – 2011



Fuente: Sivigila DTSC. \* Dato Preliminar

La tasa de sífilis gestacional en Caldas, logro un descenso en el 2008, sin embargo la detección de casos de sífilis gestacional por el contrario a casos de sífilis congénita dan la garantía de que el sistema está captando el evento y de esta forma ser tratado para lograr evitar la sífilis gestacional.

Ilustración 19. Razón de mortalidad materna en Caldas años 2005 - \*2011.



Fuente: DANE

Tabla 10. Número de muertes maternas en Caldas 2001 a 2011

| Año  |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
| 19   | 13   | 15   | 12   | 6    | 12   | 6    | 15   | 12   | 8    | 9    |

Fuente: DANE

Si se analiza el número de muertes maternas años 2005- \*2011 podemos ver un comportamiento fluctuante con picos en los años 2006, 2008, 2009 pero si realizamos un comparativo a partir del año 2000 podemos ver que existe una tendencia a la disminución, además hemos tenido años excepcionales como lo son el 2005 y 2007. En los años 2005- 2011 podemos ver una disminución considerable en el número de nacimientos lo cual conlleva a un aumento en la Razón de Mortalidad Materna en este periodo, además se debe tener en cuenta que el registro a lo largo de estos años ha mejorado de manera muy significativa.

El Municipio de Manizales es el mayor aportante de Muertes Maternas en esta Subregión con un total de 15 muertes, seguido del Municipio de Chinchiná con 4, Villamaría con 2, Neira 1 y Palestina no presentó evento de MM.

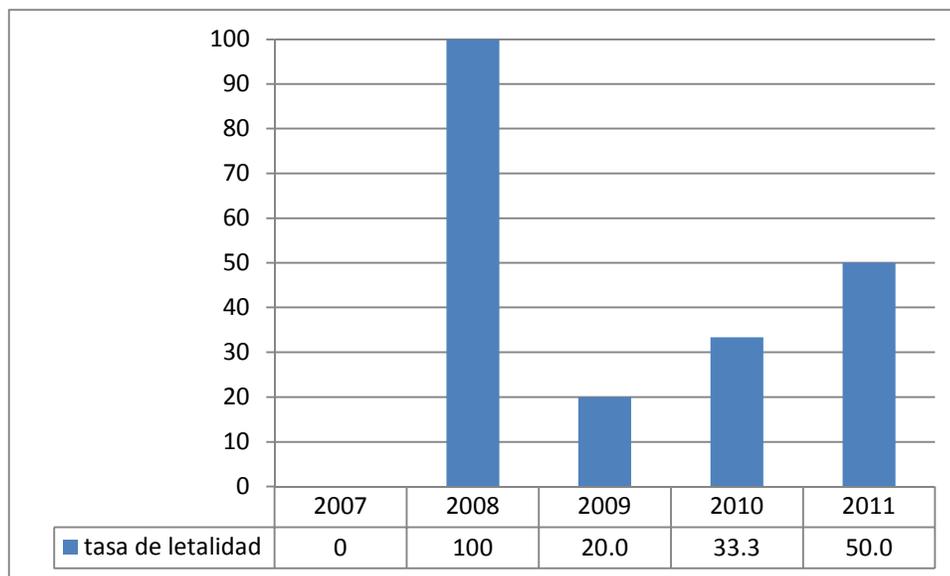
Esta subregión incluye a Manizales, la capital del Departamento, con unas condiciones diferentes: mayor número de habitantes y ausencia de un Hospital Público de III nivel con atención en Ginecobstetricia. El hecho de que la población pueda contar con un acceso más rápido a los servicios de salud de mayor complejidad es el motivo, muy probablemente, por el cual en esta subregión no aparece como primera causa de muerte la hemorragia obstétrica. La razón de MM de Manizales es 48,99 en los años 2005- 2011.

Los Municipios de Chinchiná, Villamaría y Palestina presentan una alta población fluctuante lo que conlleva a un difícil control por parte del personal de Salud en la línea de Planificación Familiar, en la canalización de gestantes en su primer trimestre del embarazo a controles prenatales, en el seguimiento respectivo a dichas usuarias; además esta alta rotación de la población nos muestra factores económicos bajos y socioculturales dispersos lo que influye de manera directa con la dificultad para el control y seguimiento de las maternas.

Según los análisis (COVES) de muertes maternas entre otros factores que han influido son la falta de empoderamiento por las gestantes y sus familias con su proceso Gestacional, muchas adolescentes en las cuales su proyecto de vida es embarazarse y conseguir pareja, deficiente educación en la comunidad; falta de compromiso por parte de las EPS para la gestión en la atención oportuna de sus usuarios, falta de oportunidad de las citas con Especialista, de la autorización de exámenes y paraclínicos así como sus resultados; Red Obstétrica insuficiente, demoras en la definición de conducta por parte del personal de Salud, inadecuada calidad en la atención relacionada con la no adherencia a los protocolos y guías de manejo, el no fortalecimiento de trabajo entre todo el equipo de salud, la falta de información articulada entre las diferentes instituciones y programas de Salud, la insuficiente articulación intersectorial, la alta rotación de personal de salud que conlleva al inadecuado funcionamiento de los programas y los problemas en la academia con la calidad de sus profesionales.

En los años 2005- 2011 las causas más relevantes de muerte materna en esta Subregión nos muestra: complicaciones Hipertensivas, embarazo ectópico, tromboembolismo e infecciones.

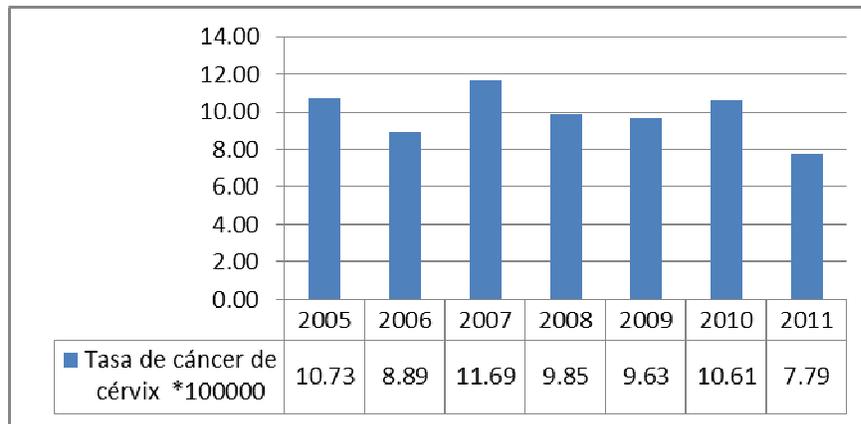
**Ilustración 20.** Tasa de letalidad por dengue en Caldas 2007 – 2011



Fuente: Sivigila DTSC.

La letalidad por dengue más alta fue en el 2008, del 100%, en realidad es posible que los médicos no clasifiquen adecuadamente el dengue sin signos de alarma y dengue grave, antes dengue clásico y hemorrágico, por lo que se aumenta la letalidad al disminuir la notificación de dengue grave, sin embargo al comparar los casos de muerte por dengue de nuestro departamento con los casos de Risaralda y Quindío, el número de muertes en Caldas es inferior a la de esos departamentos.

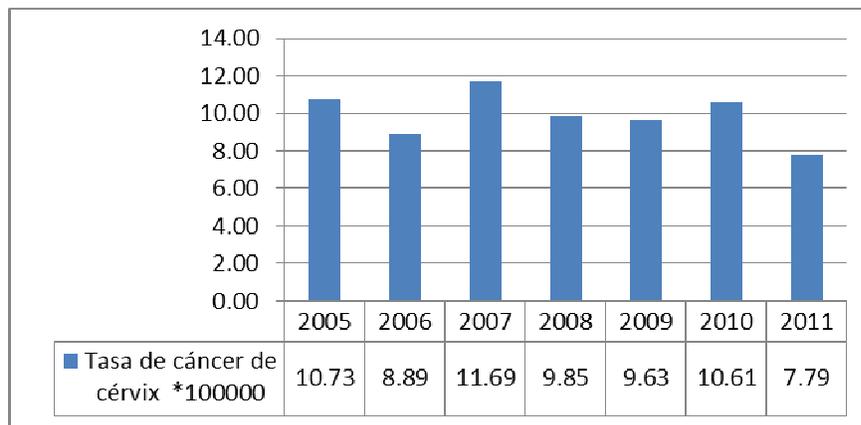
**Ilustración 21.** Tasa de mortalidad por cáncer de mama en Caldas 2007 – 2011



Fuente: DANE.

Para el 2011 la tasa de mortalidad por cáncer de seno aumento considerablemente si se compara con el 2005, sin embargo este aumento se sostiene desde el 2008 a 2009, disminuye nuevamente en el 2010 y se acrecienta para el 2011.

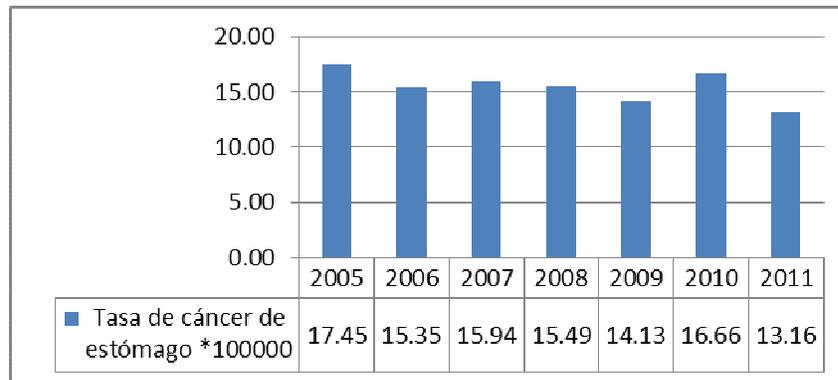
**Ilustración 22.** Tasa de mortalidad por cáncer de cérvix en Caldas 2007 – 2011



Fuente: DANE.

Aunque los datos 2011 son preliminares, se observa una disminución considerable de la tasa de mortalidad por cáncer de cérvix, comparada con el año 2005, se observa entonces que paso de 10.73 por 100.000 mujeres en el 2005 a 7.79 por 100.000 mujeres en el 2011.

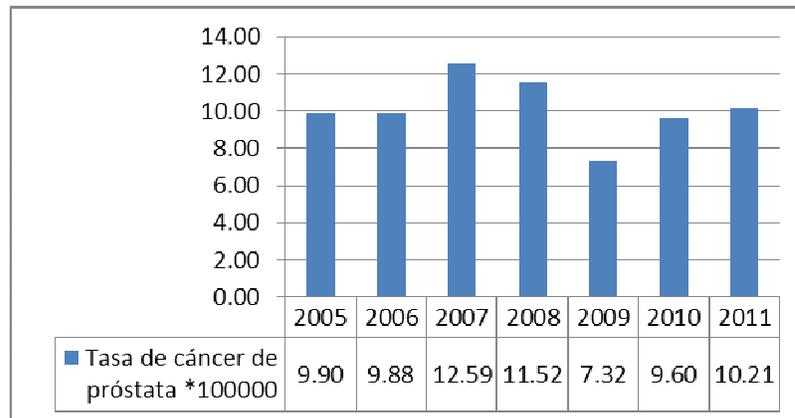
**Ilustración 23.** Tasa de mortalidad por cáncer de estómago en Caldas 2007 – 2011



Fuente: DANE.

En el departamento se ha logrado disminuir la muerte por cáncer de estómago, pasando de 17,45 por 100.000 habitantes a 13.6 en el 2011, sin embargo la cifra para este año es preliminar.

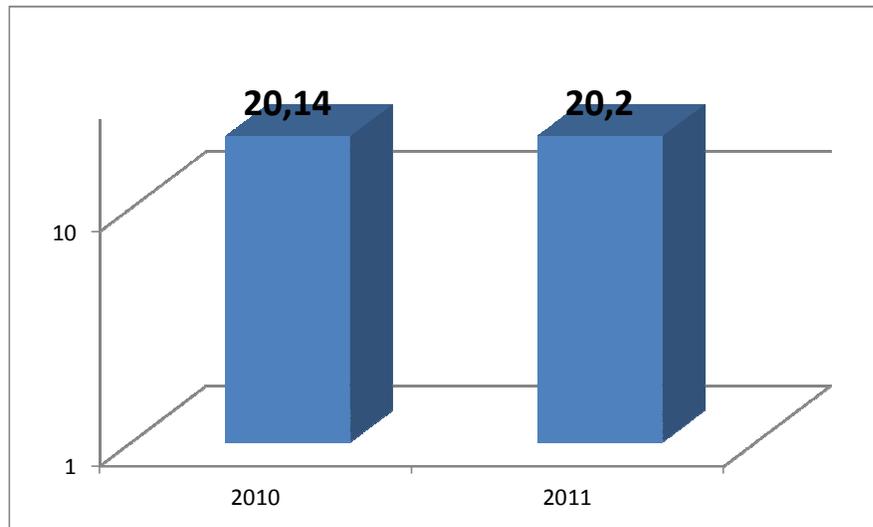
**Ilustración 24.** Tasa de mortalidad por cáncer de próstata en Caldas 2007 – 2011



Fuente: DANE.

En el departamento de Caldas desde el 2005 al 2011, las cifras son fluctuantes, disminuyen y aumentan de un año a otro, la cifra más baja se presentó en el 2010 (9.60 \* 100.000 hombres), y la más alta en el 2007 (12.59 \* 100.000 hombres),

**Ilustración 25.** Tasa de mortalidad por diabetes en Caldas 2007 – 2011



Fuente: DANE. \* Tasa por 100.000 habitantes.

En cuanto a la tasa de mortalidad por diabetes en Caldas, comparada 2010 a 2011, la cifra no es muy diferente un año del otro.

## NUTRICIÓN

**Tabla 11.** Desnutrición Crónica para menores de 5 años Departamento de Caldas Años 2000, 2010 y Colombia 2010

Caldas 2000	Caldas 2010	Colombia (2010)
11.5%	13.5%	13.2 %

Fuente: ENDS (Encuesta Nacional de Demografía y Salud)

Se observa el aumento de desnutrición crónica en menores de 5 años en Caldas del 2000 a 2010, sin embargo para el 2010 la cifra del departamento es casi igual a la del país.

**Tabla 12.** Desnutrición Global para menores de 5 años Departamento de Caldas años 2000, 2010, Colombia 2010

Caldas 2000	Caldas 2010	Colombia 2010
8.4 %	3.1%	7.8 % a 3.4%

Fuente: ENDS

**Lactancia materna:** Según los datos de la ENSIN para el año 2005 la mediana de duración lactancia exclusiva en Caldas era de 2.4 meses y en el año 2010 disminuyó a 1.6 meses y en el país también disminuyó, paso de 2.2 meses en 2005 a 1.8 meses en el año 2010.

**Tabla 13.** Mediana de duración de Lactancia Exclusiva en Caldas Año 2010 y Colombia 2005-2010

Caldas 2005	Caldas 2010	Colombia 2005	Colombia 2010
2.4 meses	1.6 meses	2.2 meses	1.8 meses

Fuente: ENDS

No obstante, en estudio local realizado por la Universidad de Caldas y DTSC en el año 2010 la lactancia exclusiva corresponde a tres meses. Se aclara que en este estudio no se incluyó al municipio de Manizales. La duración de la lactancia exclusiva de acuerdo a la OMS debe ser de 6 meses.

Con relación a la lactancia total en el departamento paso de 8 meses a 11.6 meses, en el país esta se mantuvo en 14.9 meses, el deber ser es hasta los 24 meses con alimentación complementaria adecuada de acuerdo a la OMS.

**Anemia en gestantes:** De acuerdo a la ENSIN 2005 el porcentaje de anemia para Caldas fue de 38,8% frente a 44,7% del país, en el año 2010 para el país. Este porcentaje disminuyó a 17,9%, no se dispone en este estudio de dato departamental en cuanto a que la muestra no fue suficiente para el departamento. La realización de un estudio de este tipo requiere hacer pruebas bioquímicas en sangre en una muestra representativa de gestantes, por lo que resulta oneroso para las regiones realizarlo, en tal sentido se utilizan los datos de estudios nacionales.

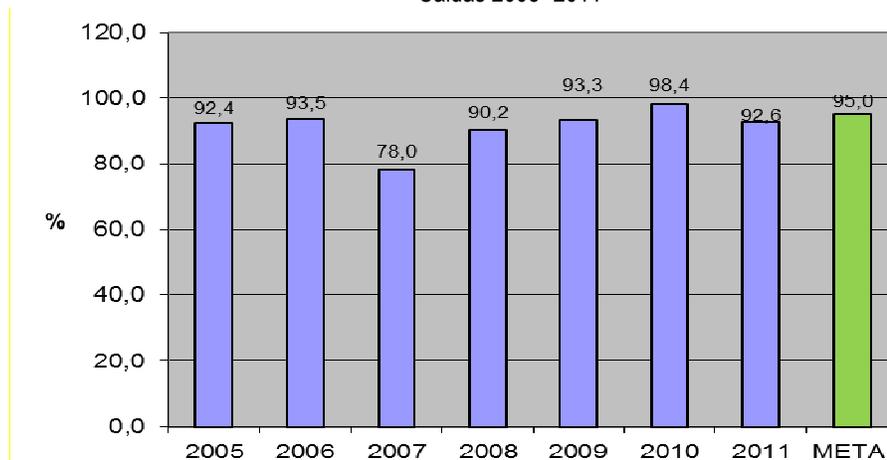
El nivel socioeconómico está directamente relacionado con la presencia de anemia para los diferentes grupos étnicos y las gestantes, a menor nivel de SISBEN, se presenta mayor porcentaje de anemia, ya que los alimentos que contienen las proteínas y minerales como el hierro, es decir los productos de origen animal, son de alto costo.

## VACUNACIÓN

### COBERTURA CON BCG EN NIÑOS NIÑAS MENORES DE 1 AÑO

En Colombia se ha establecido la vacunación con BCG (Bacilo de Calmette Guerin) a todo recién nacido como parte del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) basado en múltiples estudios que han demostrado su efectividad en la prevención de las formas graves y diseminadas de la tuberculosis especialmente de tipo meníngeo y miliar.

**Ilustración 26.** Cobertura de Inmunización con BCG en niños y niñas menores de un año, según población nacidos vivos Caldas 2005- 2011

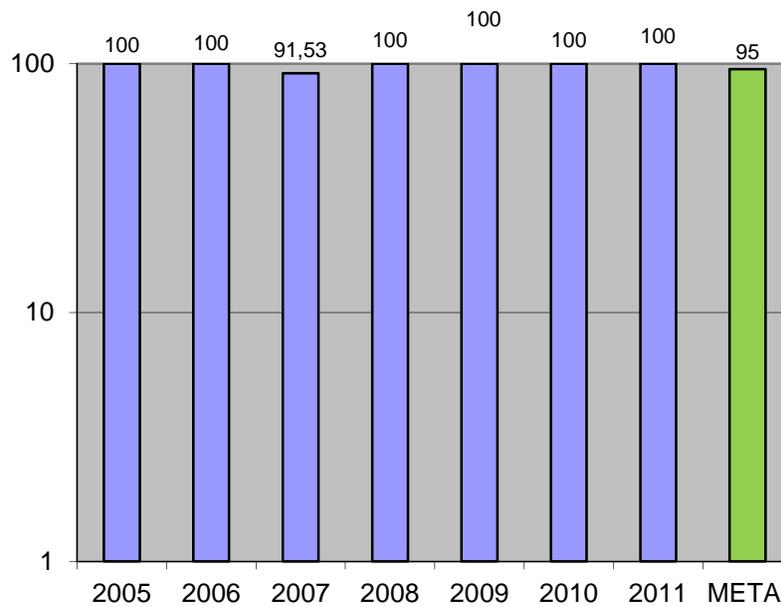


Fuente: PAI-DTSC

En el gráfico se observa, que durante el periodo 2005-2011, se logra cobertura de vacunación con BCG por encima del 95% en el año 2010, fueron vacunados 98 niños niñas menores de un año por cada 100 niños niñas menores de 1 año (98%). En el año 2007 se presenta un leve descenso, los datos de ese año muestran que por cada 100 niños y niñas menores de 1 año, fueron vacunados 78 niños y niñas menores de 1 año (78%).

### COBERTURA DE INMUNIZACION CONTRA EL POLIO EN NIÑOS NIÑAS MENORES DE 1 AÑO

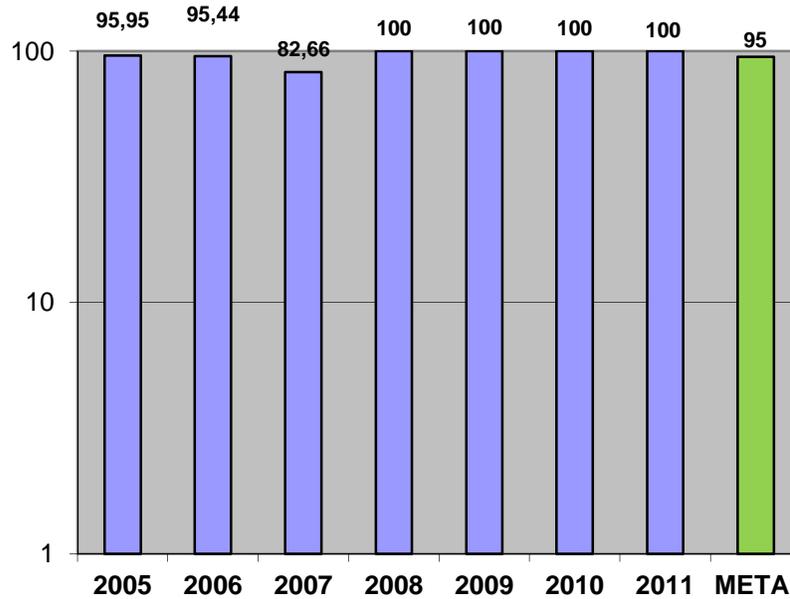
**Ilustración 27.** Cobertura de Inmunización con BCG en niños y niñas menores de un año, según población nacidos vivos Caldas 2005- 2011



Fuente: PAI-DTSC

### COBERTURA CON DPT EN NIÑOS NIÑAS MENORES DE 1 AÑO

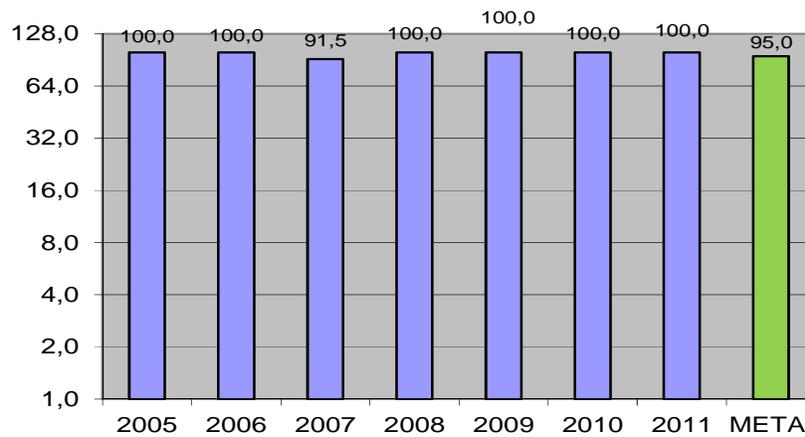
**Ilustración 28.** Cobertura de Inmunización con DPT en niños y niñas menores de un año, según población nacidos vivos Caldas 2005- 2011



Fuente: PAI-DTSC

### COBERTURA DE INMUNIZACIÓN CONTRA LA HEPATITIS B EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 1 AÑO

Ilustración 29. Cobertura de Inmunización con Hepatitis B en niños y niñas menores de un año, según población nacidos vivos Caldas 2005- 2011



Fuente: PAI-DTSC

### COBERTURA DE INMUNIZACION CONTRA LA TRIPLE VIRAL EN NIÑOS Y NIÑAS DE 1 AÑO

Ilustración 30. Cobertura de Inmunización con Triple Viral en niños y niñas menores de un año, según población nacidos vivos Caldas 2005- 2011

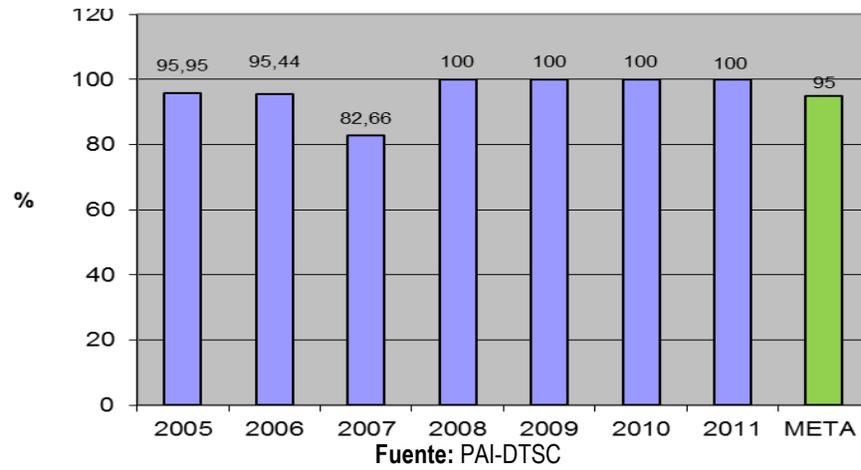


Tabla 14. Comportamiento Enfermedades Inmunoprevenibles Caldas 2004-2011

Eventos	Casos 2004	Casos 2005	Casos 2006	Casos 2007	Casos 2008	Casos 2009	Casos 2010	Casos 2011
Tosferina	3	5	1	11	8	3	2	26
Poliomelitis	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos Neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubeola	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis B < 15 años	0	1 (10 años)	1 (13 años)	0	1 (6 años)	0	0	0
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0
Parotiditis	56	36	32	62	83	186	92	92

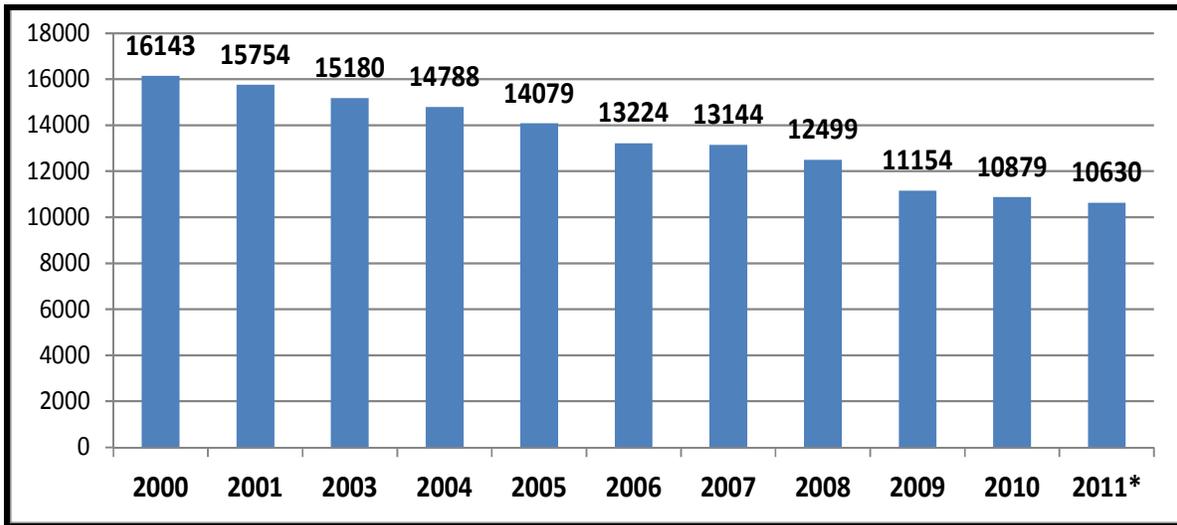
Fuente: DTSC Sivigila

Es claro el impacto positivo de la vacunación, y desde hace varios años no tenemos casos comprobados de Poliomiélitis paralytica, Sarampión, rubeola, Tétanos Neonatal, Difteria y en las otras la disminución es de más del 95%. Debido a las coberturas útiles de vacunación, no se han presentado brotes epidémicos en el departamento, lo que demuestra que las estrategias implementadas han sido útiles para las enfermedades inmunoprevenibles objeto de control, eliminación y erradicación.

**DIFICULTADES:** Durante los últimos 11 años nos afecta el denominador poblacional, estimado por el DANE, quien proyecta para el Departamento de Caldas unos nacimientos muy superiores a la realidad del Departamento por ejemplo:

Para el año 2011, nos asigna 16413 y comparados con nacidos vivos 2010 estos fueron de 10630. Por lo tanto, técnicamente es consecuente realizar el análisis de las coberturas de vacunación con la población de nacidos vivos. El siguiente gráfico, demuestra el descenso en el número de nacimientos en el departamento de Caldas, en los últimos 11 años.

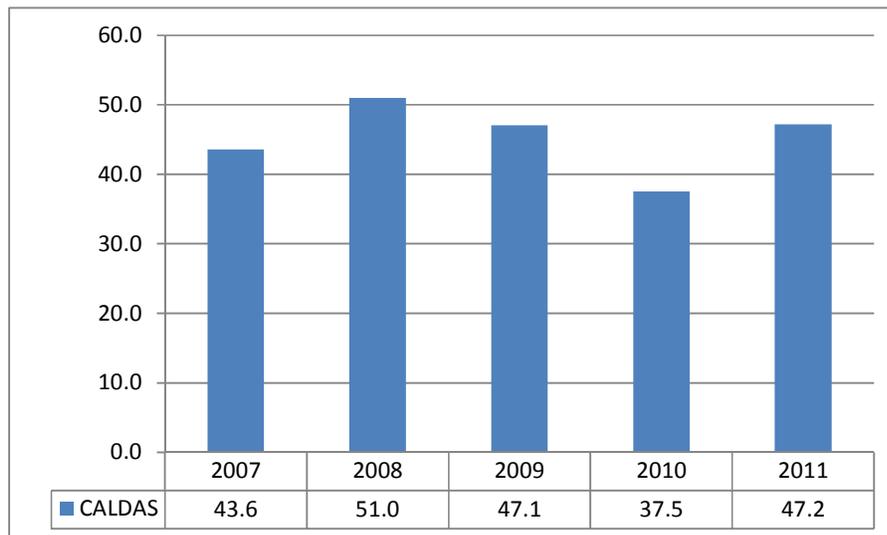
Ilustración 31. Nacimientos en Caldas 2000 a 2011



Fuente: DANE, \* Preliminar, consulta DANE, agosto 2012.

Como bien puede apreciarse, el descenso de los nacimientos es vertiginoso, en el corto periodo de 9 años porcentualmente han disminuido en un 20%, con el agravante que las mujeres de más 20 años cada vez son más reacias a quedar en embarazo, y en el caso que nos ocupa, cada vez hay menos niños a vacunar en el grupo de menores de 1 año. De esta situación se han notificado año tras año a los diferentes entes de control sin solución al momento.

Ilustración 32. Proporción de mujeres gestantes con sífilis que han sido diagnosticadas y tratadas antes de la semana 17

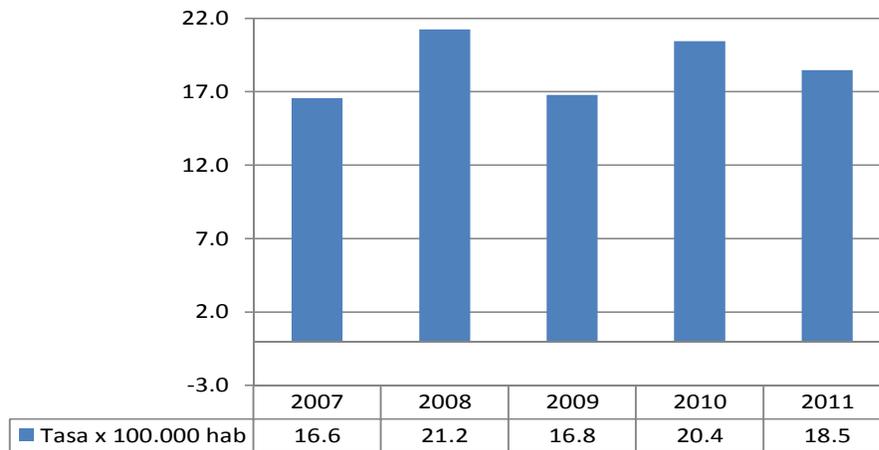


Fuente: Sivigila.

Aunque este porcentaje aumenta y disminuye sin tener una tendencia fija, se puede decir que del 2010 a 2011 este porcentaje aumento, garantizando la disminución de casos de sífilis congénita lo que es un buen indicador de los controles prenatales de ese año

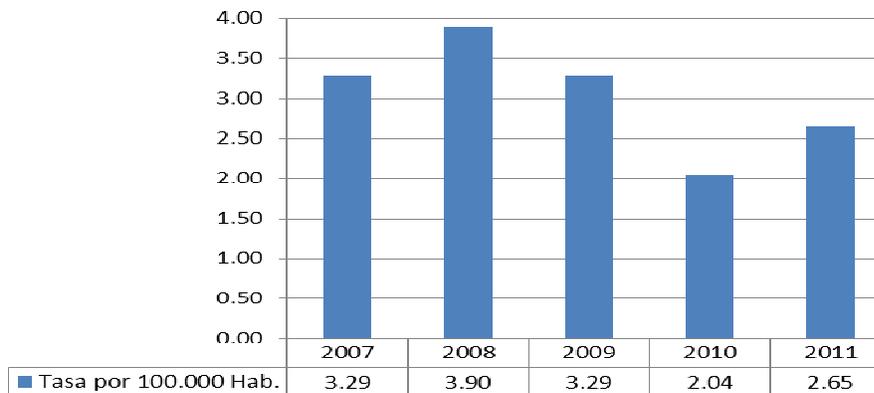
TUBERCULOSIS

Ilustración 33. Tasa de Incidencia de Tuberculosis Pulmonar en Caldas 2007 – 2011



Fuente: Sivigila.

Ilustración 34. Tasa de Incidencia de Tuberculosis Extrapulmonar en Caldas 2007 – 2011



Fuente: Sivigila.

Tabla 15. Porcentaje de pacientes curados o Tratamiento Exitoso

2009	2010	2011*
71.2%	70,2%	78%

Fuente: Programa de tuberculosis, \* Para el 2011 el informe es hasta el tercer trimestre.

La tasa de curación año 2011 registra un aumento significativo sin lograr la meta de curación del 85% en los casos diagnosticados con baciloscopia de esputo positivo, situación influenciada principalmente por los abandonos, en

alta población vulnerable, puede ser debilidades para su abordaje ( habitante de calle y farmacodependientes) además por la mortalidad que registra un incremento progresivo.

**Tabla 16.** Captación de Sintomáticos Respiratorios.

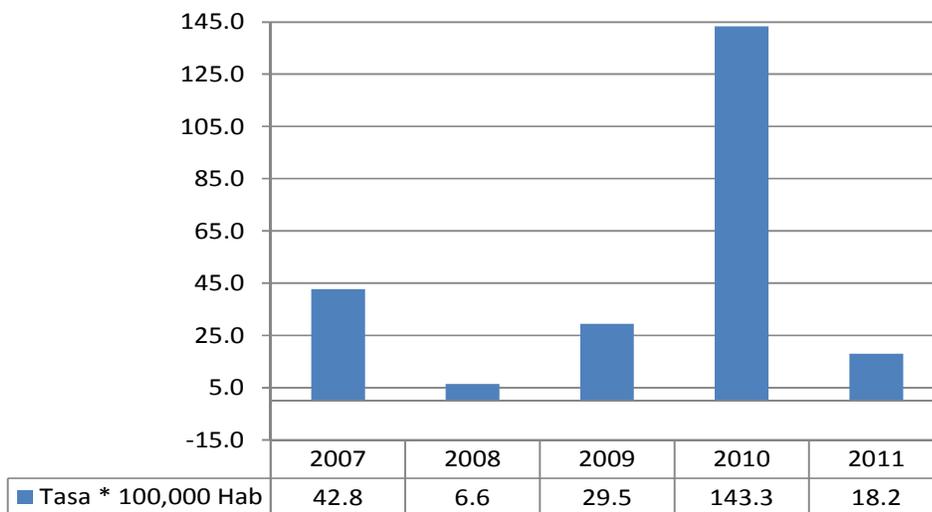
2009	2010	2011*
78%	71%	75%

Fuente: Programa de tuberculosis.

La captación de Sintomáticos Respiratorios es fluctuante, aunque en los últimos tres años, se ha mantenido por encima del 70%, muy cercana a la meta programática (80%) lo preocupante es que muchos de esos pacientes captados no cumplen con los criterios de inclusión. y se incrementa en las instituciones cuando se ejerce un mayor control.

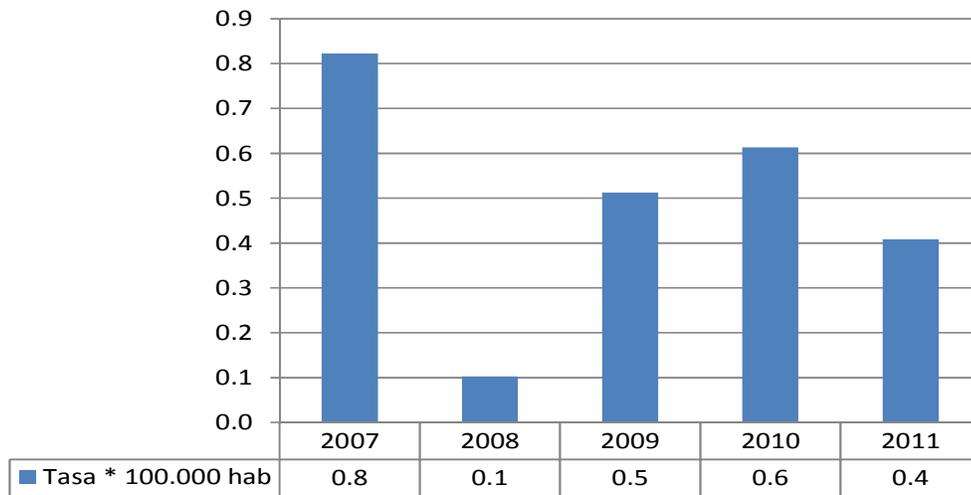
## ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR VECTORES

**Ilustración 35.** Tasa de Incidencia de dengue en Caldas 2007 – 2011



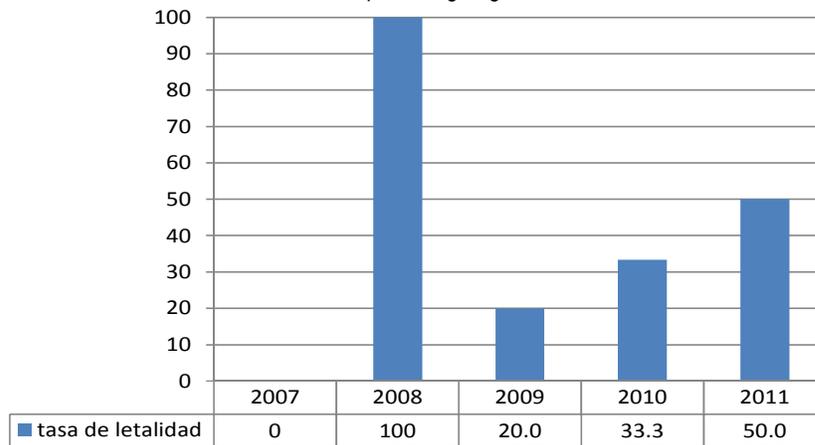
Fuente: Sivigila.

**Ilustración 36.** Tasa de Incidencia de dengue grave en Caldas 2007 – 2011



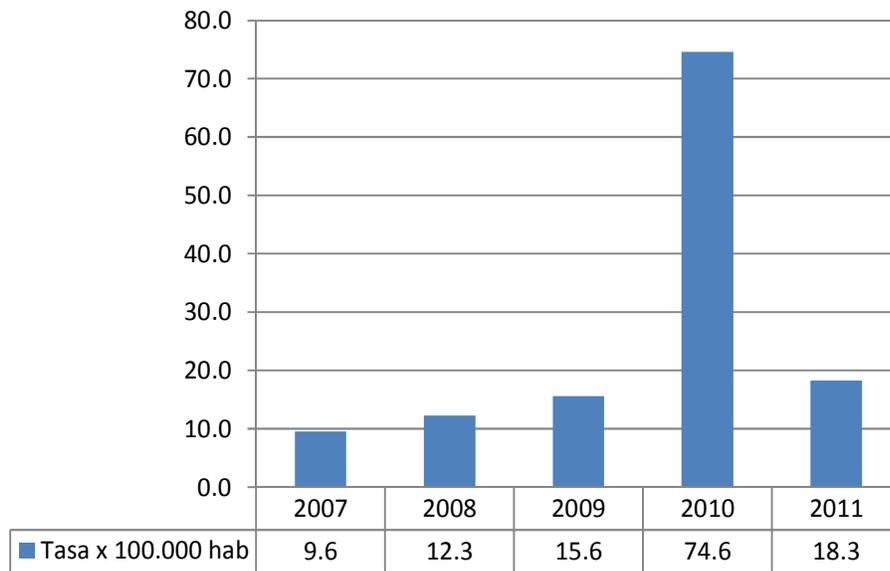
Fuente: Sivigila.

**Ilustración 37.** Tasa de letalidad por dengue grave en Caldas 2007 – 2011



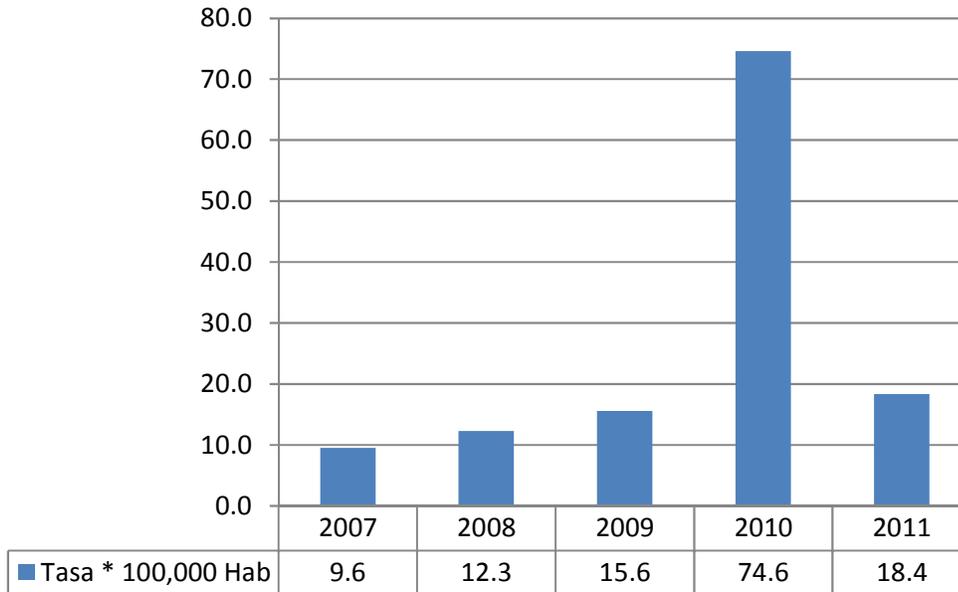
Fuente: Sivigila.

**Ilustración 38.** Tasa de Incidencia de Leishmaniasis Cutánea en Caldas 2007 – 2011



Fuente: Sivigila.

**Ilustración 39.** Tasa de Incidencia Malaria Vivax de en Caldas 2007 – 2011



Fuente: Sivigila.

**3. RELACIÓN DE LA POBLACION Y PORCENTAJES DE ASEGURAMIENTO EN CALDAS**
**Tabla 17.** Relación de la población y porcentajes de aseguramiento en caldas

SUBREGION	MUNICIPIO	TOTAL POBLACION PROYECCIÓN DANE 2012 (*)	TOTAL AFILIADOS RÉGIMEN SUBSIDIADO CALDAS	% POBLACION RÉGIMEN SUBSIDIADO	POBLACION RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	%POBLACION RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	PPNA CERTIFICADA A DNP CON BASE EN SISBEN III	%POBLACION POBRE NO AFILIADA	RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN	POBLACION SIN CLASIFICAR
ALTO ORIENTE	MANZANARES	23.805	14.143	59%	2.556	11%	870	3%	236	6.000
	MARQUETALIA	14.956	11.328	76%	972	6%	741	1%	316	1.599
	MARULANDA	3.429	2.000	58%	268	8%	140	40%	22	999
	PENSILVANIA	26.380	16.268	62%	2.835	11%	1.356	1%	406	5.515
CENTRO SUR	CHINCHINA	52.096	27.372	53%	24.301	47%	2.385	5%	455	-2.417
	MANIZALES	391.640	86.260	22%	270.256	69%	11675	0%	6.930	16.519
	NEIRA	29.829	15.001	50%	3.015	10%	1.362	1%	234	10.217
	PALESTINA	17.865	9.342	52%	2.592	15%	1.340	8%	17	4.574
	VILLAMARIA	53.142	14.921	28%	14.946	28%	1.328	2%	270	21.677
MAGDALENA CALDENSE	LA DORADA	75.804	42.780	56%	36.050	48%	4.130	5%	728	-7.884
	SAMANA	25.750	18.203	71%	1.348	5%	1.213	5%	331	4.655
	NORCASIA	6.530	4.673	72%	186	3%	402	11%	55	1.214
	VICTORIA	8.675	6.894	79%	1.040	12%	502	6%	88	151
NORTE	AGUADAS	22.728	17.617	78%	3.088	14%	1.028	5%	348	647
	ARANZAZU	11.842	10.080	85%	1.738	15%	776	7%	281	-1.033
	LA MERCED	5.860	4.571	78%	606	10%	312	5%	76	295
	PACORA	12.843	10.881	85%	1.723	13%	719	10%	243	-723
	SALAMINA	17.638	13.741	78%	3.338	19%	1.142	6%	287	-870
OCCIDENTE ALTO	FILADELFIA	11.537	8.394	73%	1.024	9%	688	6%	123	1.308
	MARMATO	8.906	5.712	64%	2.030	23%	608	8%	47	509
	RIOSUCIO	59.340	41.424	70%	7.083	12%	380	1%	723	9.730
	SUPIA	26.169	20.257	77%	5.170	20%	1.252	5%	277	-787
OCCIDENTE BAJO	ANSERMA	34.175	26.024	76%	6.018	18%	1.602	5%	587	-56
	BELALCAZAR	11.161	8.281	74%	1.372	12%	497	4%	77	934
	RISARALDA	9.914	8.752	88%	1.320	13%	698	12%	110	-966
	SAN JOSE	7.590	3.919	52%	412	5%	287	4%	50	2.922
	VITERBO	12.603	8.047	64%	4.346	34%	670	5%	153	-613
	<b>TOTALES</b>	<b>982.207</b>	<b>456.885</b>	<b>47%</b>	<b>399.633</b>	<b>41%</b>	<b>38.103</b>	<b>4%</b>	<b>13.470</b>	<b>74.116</b>

**FUENTE:** Dirección Territorial de Salud de Caldas - Subdirección de Aseguramiento corte 31 diciembre de 2012.

**Tabla 18.** Afiliados al régimen subsidiado en Caldas

EPS	NUMERO DE AFILIADOS
CAPRECOM	130.222
EPS CONDOR	37.927
AIC	35.879
MALLAMAS	9.848
CAFESALUD	101.529
SOLSALUD	19.878
SALUDVIDA	17.818
ASMETSALUD	103.784
<b>TOTAL</b>	<b>456.885</b>

FUENTE: Dirección Territorial de Salud de Caldas - Subdirección de Aseguramiento corte 31 diciembre de 2012.

**Tabla 19.** Afiliados al régimen contributivo en Caldas

CODIGO	NOMBRE EPS	REGIMEN	AFILIADOS	19 e.% CON RELACION AL TOTAL DE HABITANTES DEL DEPARTAMENTO
EPS001	Salud Colmena	Contributivo	2.571	0,26%
EPS002	Salud Total	Contributivo	85.081	8,66%
EPS003	Café Salud	Contributivo	16.972	1,73%
EPS005	Eps Sanitas	Contributivo	8.506	0,87%
EPS009	Comfenalco (Antioquia)	Contributivo	7	0,00%
EPS010	Eps Sura	Contributivo	22.747	2,32%
EPS013	Eps Saludcoop	Contributivo	66.627	6,78%
EPS014	Humana Vivir	Contributivo	837	0,09%
EPS015	Colpatria	Contributivo	6	0,00%
EPS016	Coomeva	Contributivo	57.158	5,82%
EPS017	Famisanar	Contributivo	444	0,05%
EPS018	S.O.S	Contributivo	55.741	5,68%
EPS026	Solsalud	Contributivo	166	0,02%
EPS033	Salud Vida	Contributivo	1.005	0,10%
EPS037	Nueva EPS	Contributivo	81.045	8,25%
EAS016	EPM Medellin	Contributivo	5	0,00%
EAS027	Fondo de Pasivo Social	Contributivo	715	0,07%
			399.633	40,69%

FUENTE: Dirección Territorial de Salud de Caldas - Subdirección de Aseguramiento corte 31 diciembre de 2012

## IMPACTO DE UNIVERSALIZACIÓN Y UNIFICACIÓN DE PLANES DE BENEFICIOS

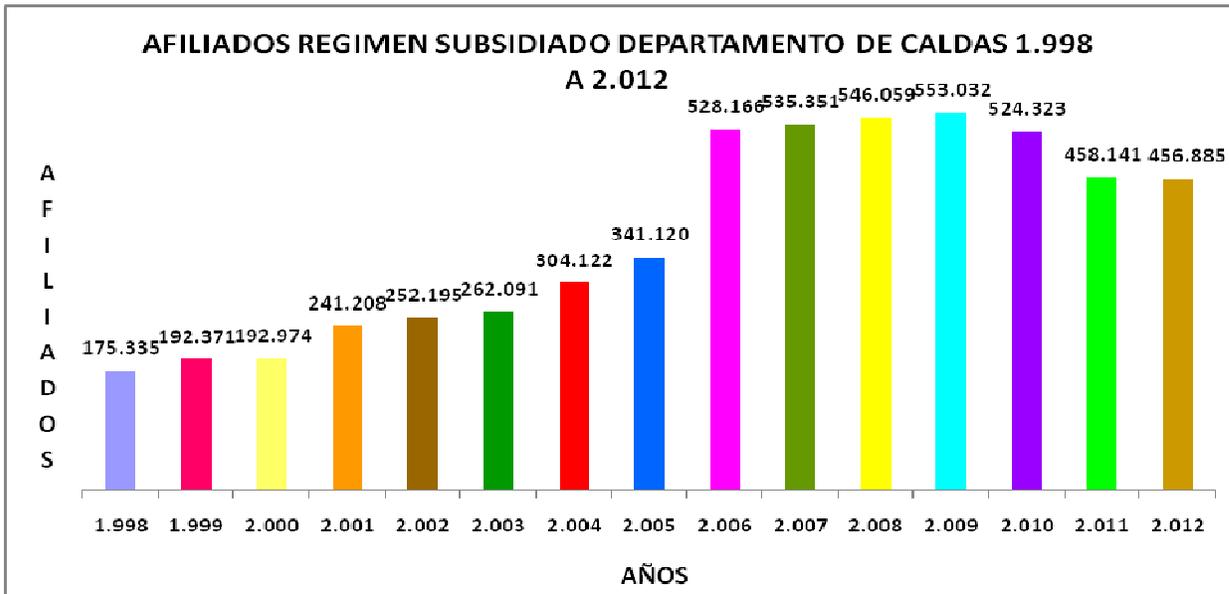
Desde el año 2006, el Departamento de Caldas, junto con otros cinco(5) departamentos en el País avanzaron en el desarrollo de procesos de cobertura universal para su población, la cual tuvo dificultades tales como: bases de datos poco confiables, la cofinanciación se vió afectada por cuanto entidades como la Federación de Cafeteros sólo acompañó el proceso durante dos años y por último las poblaciones con las cuales se proyectaron los cálculos en el departamento, tuvieron serias inconsistencias, pues se ha venido demostrando que las proyecciones DANE no corresponden a la realidad departamental.

Las principales afectaciones sobre la red pública radican en cuanto que la población pobre no afiliada que antes era a cargo de la Dirección Territorial de Salud de Caldas pasó a contratarse con las diferentes EPS y por consiguiente con las dificultades en las contratación, las bases de datos, las actividades de promoción y prevención con matrices poblacionales no adecuadas a la realidad de cada municipio, los flujos de recursos, los problemas con las liquidaciones de los contratos, y las conciliaciones de cartera. En cuanto a la prestación de los servicios de salud, se acentuaron las dificultades en procesos tales como la asignación de citas especializadas y la referencia y contrarreferencia especialmente de urgencias.

Merece especial comentario lo sucedido con el Hospital Infantil de la Cruz Roja, el principal centro de referencia de las atenciones pediátricas en la zona (norte del Tolima, Eje Cafetero, norte del Valle del Cauca), por cuanto la venta de servicios de salud a la Dirección Territorial de Salud de Caldas constituía su principal fuente de ingresos a la vez que la oportunidad en los pagos generaba su operación en condiciones de equilibrio. Luego de la expedición del Acuerdo 011 de 2010 de la CRES, el cual unificó el plan de beneficios para la población menor de 18 años, el Hospital tuvo serias dificultades financieras las cuales lo han llevado a cerrar algunos servicios y a que en la actualidad se esté planteando su operación por la ESE Hospital Santa Sofía como una unidad de atención, luego de su adquisición por el Gobierno Departamental.

En la ilustración siguiente se puede observar el comportamiento del aseguramiento en el régimen subsidiado desde el año 1998.

**Ilustración 40.** Afiliados Régimen Subsidiado Departamento de Caldas 1998 a 2012



**4. ANÁLISIS DE LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD**
**ANÁLISIS DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD**
**Tabla 20.** Prestadores de Servicios de Salud – Año 2012

SUBREGION	MUNICIPIO	CLASE				NATURALEZA			CARÁCTER					NIVEL		
		Instituciones – IPS	Objeto Social Diferente	Profesional Independiente	Transporte Pacientes	Mixta	Privada	Pública	Departamental	Indígena	Municipal	Nacional	Sin Dato	Baja	Media	Alta
ALTO OCCIDENTE	FILADELFIA	1		3			3	1			1		3	X		
	LA MERCED	1		2	1		2	1			1		2	X		
	MARMATO	1			2			1	1					X		
	RIOSUCIO	3		16	4		18	1	1				18		X	
	SUPIÁ	3		8	3		9	1		1	1		9	X		
ALTO ORIENTE	MANZANARES	1		7	4		9	1			1		9	X		
	MARQUETALIA	1		1	2		1	1			1		1	X		
	MARULANDA	1		1	2		1	1	1				1	X		
	PENSILVANIA	1		3	5		3	1			1		3	X		
BAJO OCCIDENTE	ANSERMA	5		21	2		25	1			1		25	X		
	BELALCÁZAR	1		1	2		1	1			1		1	X		
	RISARALDA	1			2			1	1					X		
	SAN JOSÉ	1			1			1	1					X		
	VITERBO	2		4	1		5	1			1		5	X		
CENTRO SUR	CHINCHINÁ	6		27	5		35	1			1		32		X	
	MANIZALES	150	21	649	38	1	837	3	1		2		840	X		X
	NEIRA	2		6	2		7	1	1				7	X		
	PALESTINA	3		3			5	1			1		5	X		
	VILLAMARÍA	4	1	10	3		14	1	1				14	X		
LENA CALDE	LA DORADA	24	1	63	3		87	2	1		1		87	X	X	
	NORCASIA	1						1	1					X		

SUBREGION	MUNICIPIO	CLASE				NATURALEZA			CARÁCTER					NIVEL		
		Instituciones – IPS	Objeto Social Diferente	Profesional Independiente	Transporte Pacientes	Mixta	Privada	Pública	Departamental	Indígena	Municipal	Nacional	Sin Dato	Baja	Media	Alta
SUBREGION	SAMANÁ	1						1			1			X		
	VICTORIA	1		1			1	1	1				1	X		
NORTE	AGUADAS	2		11	4		12	1			1		12	X		
	ARANZAZU	2		6	3		7	1	1				7	X		
	PÁCORÁ	1		7	3		7	1			1		7	X		
	SALAMINA	3		8	4		10	1	1				10		X	
Total general		223	23	858	96	1	1099	30	13	1	17	0	1099			

Fuente: Registro especial de prestadores de servicios de salud.

Del análisis de los prestadores presentes en el departamento, se destaca: 1) con excepción de Manizales, La Dorada y Chinchiná la red pública es la única oferente de servicios de hospitalización; 2) las instituciones de los municipios de Marmato, San José, Norcasia, Victoria, Marquetalia y Marulanda son prestadores únicos; 3) los prestadores diferentes de la red pública se localizan fundamentalmente en los municipios de La Dorada, Chinchiná, Riosucio, Salamina y Manizales.

Sólo algunas instituciones públicas han conservado su recurso humano a nivel rural y las sedes, en otros ofertan los servicios mediante jornadas o brigadas.

Desde el año 2004, se viene fortaleciendo un programa de telemedicina, para lo cual se han desarrollado proyectos con la Universidad de Caldas básicamente en tres líneas de acción: Desarrollo software, educación continuada y prestación de servicios.

La mayoría de los servicios de alto costo son ofertados por prestadores privados (Terapia renal, oncología, etc.), y otros de alta complejidad como obstetricia y cuidado intensivo neonatal.

### ANALISIS DE LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD

**Tabla 21.** Servicios de salud habilitados a nivel territorial

SERVICIOS		MODALIDAD						COMPLEJIDAD			NATURALEZA				
		INTRAMURAL		EXTRAMURAL			TELEMEDICINA		BAJA	MEDIA	ALTA	MIXTA	PRIVADA	PUBLICA	
		AMBULATORIO	HOSPITALARIO	MOVIL	DOMICILIARIO	OTRAS	CR	IR							
Hospitalario	101. GENERAL ADULTOS		48						28	16	6	1	15	32	
	102. GENERAL PEDIÁTRICA		37						26	11			6	31	
	103. PSIQUIATRÍA O UNIDAD DE SALUD MENTAL		1						1	1			1		
	104. FARMACODEPENDENCIA		1							1			1		
	105. CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL		4							4		1	3		
	106. CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO		2					1		2			1	1	
	107. CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS		9					1		9		1	6	2	
	108. CUIDADO INTENSIVO NEONATAL		3								3	1	2		
	109. CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO		1								1		1		
	110. CUIDADO INTENSIVO ADULTOS		9				1	1			9	1	7	1	
	112. OBSTETRICIA		38							31	7	1	1	2	35
	115. HOSPITALIZACION DIA		1							1				1	
	116. QUEMADOS PEDIÁTRICO		1									1		1	
	117. CUIDADO AGUDO EN SALUD MENTAL O PSIQUIATRÍA		1									1		1	
118. CUIDADO INTERMEDIO EN SALUD MENTAL O PSIQUIATRÍA		1								1			1		
119. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA					11								10	1	
Quirúrgico	202. CIRUGIA CARDIOVASCULAR		3								3		2	1	
	203. CIRUGIA GENERAL	19	16						1	20		1	14	5	
	204. CIRUGIA GINECOLOGICA	20	15							18	4	1	14	5	
	205. CIRUGIA MAXILOFACIAL	13	9							14		1	11	2	
	206. CIRUGIA NEUROLÓGICA	5	8							5	5	1	6	1	
	207. CIRUGIA ORTOPEDICA	22	18							19	7	1	18	5	
	208. CIRUGIA OFTALMOLOGICA	17	7							17	2		15	3	

SERVICIOS	MODALIDAD						COMPLEJIDAD			NATURALEZA			
	INTRAMURAL		EXTRAMURAL			TELEMEDICINA		BAJA	MEDIA	ALTA	MIXTA	PRIVADA	PUBLICA
	AMBULATORIO	HOSPITALARIO	MOVIL	DOMICILIARIO	OTRAS	CR	IR						
209. CIRUGIA OTORRINOLARINGOLOGIA	15	11						13	2	1	11	3	
210. CIRUGIA ONCOLOGICA	2	3						1	2		3		
211. CIRUGIA ORAL	18	4					1	18			17	1	
212. CIRUGIA PEDIÁTRICA	6	6						7	1		7	1	
213. CIRUGIA PLASTICA Y ESTÉTICA	19	15						18	4	1	18	2	
214. CIRUGIA VASCULAR Y ANGIOLOGICA	1	5						3	3		4	1	
215. CIRUGIA UROLOGICA	19	12						16	3	1	14	4	
217. OTRAS CIRUGIAS	3	3					1	2	1	1	1	2	
218. CIRUGIA ENDOVASCULAR NEUROLOGIA	2	1							2			2	
230. IMPLANTE DE VÁLVULAS CARDÍACAS		3							3		2	1	
231. CIRUGÍA DE LA MANO	8	7						7	3	1	6	1	
232. CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS	7	7						6	3	1	6	1	
233. CIRUGÍA DERMATOLÓGICA	5	4						4	2	1	4		
234. CIRUGÍA DE TÓRAX		2							2		1	1	
235. CIRUGÍA GASTROINTESTINAL	4	7						5	3	1	5	1	
301. ANESTESIA	33							33		1	26	6	
302. CARDIOLOGÍA	12					2	2	14		1	9	4	
303. CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	4						1	4			2	2	
304. CIRUGIA GENERAL	36							36		1	30	5	
305. CIRUGÍA NEUROLÓGICA	5					1		5			4	1	
306. CIRUGÍA PEDIÁTRICA	6							6			5	1	
308. DERMATOLOGÍA	41					1	8	47		1	36	11	
309. DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	3			1				3			2	1	
310. ENDOCRINOLOGÍA	8							8		1	6	1	
311. ENDODONCIA	29							29			29		
312. ENFERMERÍA	118		11	32				123			53	70	
313. ESTOMATOLOGÍA	13							13			13		

SERVICIOS	MODALIDAD						COMPLEJIDAD			NATURALEZA			
	INTRAMURAL		EXTRAMURAL			TELEMEDICINA		BAJA	MEDIA	ALTA	MIXTA	PRIVADA	PUBLICA
	AMBULATORIO	HOSPITALARIO	MOVIL	DOMICILIARIO	OTRAS	CR	IR						
314. FISIOTERAPIA	102		2	19			110				1	91	18
315. FONOAUDIOLOGIA Y/O TERAPIA DE LENGUAJE	70		3	5		1	73				1	65	7
316. GASTROENTEROLOGIA	16			1				16			1	13	2
317. GENETICA	5							5			1	3	1
318. GERIATRIA	11			2				11				9	2
319. GERONTOLOGIA	1							1				1	
320. GINECOBSTERICIA	56					1		56			1	48	8
321. HEMATOLOGÍA	7							7				7	
322. IMPLANTOLOGÍA	5							5				5	
323. INFECTOLOGÍA	8					1		9				8	1
324. INMUNOLOGÍA	4							4				4	
325. MEDICINA FAMILIAR	9							9				9	
326. MEDICINA FÍSICA Y DEL DEPORTE	6							6				6	
327. MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN	18					1		18			1	15	2
328. MEDICINA GENERAL	336		31	58			1	344				221	123
329. MEDICINA INTERNA	58			4		2	3	62			1	52	9
330. NEFROLOGIA	8							8				7	1
331. NEUMOLOGIA	11							11			1	9	1
332. NEUROLOGIA	12					1		13				11	2
333. NUTRICION Y DIETETICA	56		1	3		1		59			1	50	8
334. ODONTOLOGIA GENERAL	425		16	5			1	426				349	77
335. OFTALMOLOGÍA	31					2		32				28	4
336. ONCOLOGÍA CLÍNICA	5							3	3			5	
337. OPTOMETRÍA	84		9					85				80	5
338. ORTODONCIA	104							104				104	
339. ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA	47		1	1		2	1	49			1	41	7
340. OTORRINOLARINGOLOGÍA	24					1		1	25		1	20	4

SERVICIOS	MODALIDAD						COMPLEJIDAD			NATURALEZA			
	INTRAMURAL		EXTRAMURAL			TELEMEDICINA		BAJA	MEDIA	ALTA	MIXTA	PRIVADA	PUBLICA
	AMBULATORIO	HOSPITALARIO	MOVIL	DOMICILIARIO	OTRAS	CR	IR						
341. PATOLOGÍA	2							2			1	1	
342. PEDIATRÍA	43			1		1		44			38	6	
343. PERIODONCIA	34							34			33	1	
344. PSICOLOGÍA	121		3	5			124			1	109	14	
345. PSIQUIATRÍA	28		1			1		30			26	4	
347. REHABILITACIÓN ORAL	45		2				11	36			46		
348. REUMATOLOGÍA	8							8		1	6	1	
349. SALUD OCUPACIONAL	33		2				1	32			31	2	
350. MEDICINA ALTERNATIVA - TERAPIA ALTERNATIVA	21		1				22				21	1	
352. TERAPIA OCUPACIONAL	28			1			28			1	21	6	
353. TERAPIA RESPIRATORIA	34	6		12			43			1	30	12	
355. UROLOGÍA	25					2		26			21	5	
356. OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD	52		1			1	2	45		1	47	5	
359. CONSULTA PRIORITARIA	39			4			35	5		1	22	16	
361. CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA	7							7			5	2	
363. CIRUGÍA DE MANO	3							3			3		
364. CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS	6					1		6			5	1	
365. CIRUGÍA DERMATOLÓGICA	2							2		1	1		
366. CIRUGÍA DE TÓRAX	2							2			1	1	
367. CIRUGÍA GASTROINTESTINAL	2							2			1	1	
368. CIRUGÍA GINECOLÓGICA LAPAROSCÓPICA	3							3		1	2		
369. CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA	29							29		1	27	1	
372. CIRUGÍA VASCULAR	6							6		1	4	1	
377. COLOPROCTOLOGÍA	5							5		1	4		
378. ELECTROFISIOLOGÍA, MARCAPASOS Y ARRIMIAS CARDÍACAS	3							3			2	1	

SERVICIOS	MODALIDAD						COMPLEJIDAD			NATURALEZA			
	INTRAMURAL		EXTRAMURAL			TELEMEDICINA		BAJA	MEDIA	ALTA	MIXTA	PRIVADA	PUBLICA
	AMBULATORIO	HOSPITALARIO	MOVIL	DOMICILIARIO	OTRAS	CR	IR						
379. GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA	6							6			6		
381. HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA CLÍNICA	3							3			3		
383. MEDICINA NUCLEAR	1							1		1			
384. NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA							1				1		
385. NEONATOLOGÍA						1		1				1	
386. NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA	2							2			2		
387. NEUROCIRUGÍA	8							8		1	6	1	
388. NEUROPEDIATRÍA	3							3			3		
391. ONCOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	2							2			2		
392. ORTOPEDIA INFANTIL	2							2			2		
396. ODONTOPEDIATRÍA	11							11			11		
Urgencias													
501. SERVICIO DE URGENCIAS	55							45	12	1	1	12	42
502. URGENCIAS EN SALUD MENTAL O PSIQUIATRÍA	1								1			1	
Transporte													
601. TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO	54		11	1				57				15	42
602. TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO	8		3						10			8	2
Complementarios													
701. DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR	9	2								10	1	7	2
702. NEFROLOGÍA - DIÁLISIS RENAL	4									4		4	
703. ENDOSCOPIA DIGESTIVA	23	7							23	3	1	20	4
704. NEUMOLOGÍA - FIBROBRONCOSCOPIA	3	2							2	3		2	1
705. HEMODINAMIA	4	2								4		2	2
706. LABORATORIO CLINICO	90	21						88	24	8	1	79	35
708. UROLOGÍA - LITOTRIPSIA UROLOGICA	1								2			2	
709. ONCOLOGÍA CLÍNICA	4	1							2	3		4	

SERVICIOS	MODALIDAD						COMPLEJIDAD			NATURALEZA			
	INTRAMURAL		EXTRAMURAL			TELEMEDICINA		BAJA	MEDIA	ALTA	MIXTA	PRIVADA	PUBLICA
	AMBULATORIO	HOSPITALARIO	MOVIL	DOMICILIARIO	OTRAS	CR	IR						
710. RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOST.	34	17				2	1	29	19	7	1	29	23
711. RADIOTERAPIA	2									2		2	
712. TOMA DE MUESTRAS DE LAB. CLINICO	160	26	3	28				182	1		1	118	64
713. TRANSFUSIÓN SANGUINEA		16						3	15		1	11	4
714. SERVICIO FARMACÉUTICO	99	38						96	25	7	1	52	70
715. MEDICINA NUCLEAR	2									2	1	1	
716. TOMA DE MUESTRAS CITOLOGÍAS CERVICO-UTERINAS	155	4	18					145	12			69	86
717. LABORATORIO CITOLOGÍAS CERVICO-UTERINAS	4							1	3			3	1
718. LABORATORIO DE PATOLOGÍA	3	2							4			3	1
719. ULTRASONIDO	45	11							45		1	34	10
720. LACTARIO - ALIMENTACIÓN		7						3	5		1	2	4
721. ESTERILIZACIÓN	36	21						44			1	20	23
723. UROLOGÍA PROCEDIMIENTO	6	4							6			3	3
724. TOMA E INTERPR. RADIOLOGÍAS ODONTOLÓGICAS	82	1				1		81	2			66	17
725. ELECTRODIAGNÓSTICO	7	2				1			7			4	3
730. NEUMOLOGÍA LABORATORIO FUNCIÓN PULMONAR	1	1							1			1	
731. LABORATORIO DE HISTOTECNOLOGÍA	2	1							2			1	1
732. ECOCARDIOGRAFÍA	6	3							7	2	1	6	1
Otros Servicios	801. CENTRO DE ATENCIÓN EN DROGADICCIÓN AMBULATORIO	5						4	1			5	
	802. CENTROS O SERVICIOS UNIDADES DE REHABILITACIÓN	1						1				1	
	804. CENTROS DIA PARA REHABILITACIÓN	1							1			1	
	806. UNIDAD DE MEDICINA REPRODUCTIVA	2							2			2	

SERVICIOS	MODALIDAD							COMPLEJIDAD			NATURALEZA		
	INTRAMURAL		EXTRAMURAL			TELEMEDICINA		BAJA	MEDIA	ALTA	MIXTA	PRIVADA	PUBLICA
	AMBULATORIO	HOSPITALARIO	MOVIL	DOMICILIARIO	OTRAS	CR	IR						
807. ACONDICIONAMIENTO FÍSICO - CAF	1							1				1	
808. CENTROS DE SERVICIOS DE ESTÉTICA	8							4	4			8	
809. SALA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS - ERA	13	3						14				4	10
810. SALA DE REHIDRATACIÓN ORAL	13	4						14				3	11
811. SALA DE YESO	19	8						11	11		1	14	5
812. SALA DE REANIMACIÓN		14							13	2	1	7	6
813. SALA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES	55	11						41	20		1	38	18
814. CENTRO ATEN. EN DROGADICCIÓN RESIDENCIAL	4							4				4	
Prom y Prev	901. VACUNACIÓN	120		50	33			120			1	27	92
	902. ATENCIÓN PREVENTIVA SALUD ORAL HIGIENE ORAL	171		44				172				87	86
	904. PLANIFICACIÓN FAMILIAR	151						151				46	105
	905. PROMOCIÓN EN SALUD	225		54	58			227				68	159
	906. OTRA	40		2	28			40				6	34
<b>Total general</b>	<b>4.380</b>	<b>558</b>	<b>269</b>	<b>313</b>	<b>0</b>	<b>29</b>	<b>23</b>	<b>3.165</b>	<b>1.550</b>	<b>138</b>	<b>65</b>	<b>3.160</b>	<b>1.581</b>

**Fuente:** Ministerio de Salud y Protección Social –Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

Se observa como, de acuerdo con el REPS, en los servicios hospitalarios de los códigos 101 a 110, 112, y 115 a 119, el predominio en la oferta corresponde a las instituciones públicas, igualmente para los servicios de urgencias de los diferentes niveles al igual que en el transporte asistencial. En cuanto a los servicios quirúrgicos el predominio es de la oferta privada y específicamente en la mediana complejidad en cirugía neurológica, general, gastrointestinal, de mama y tumores de tejidos blandos, urológicos, vasculares y angiología, plástica y estética, pediátrica, oral, de otorrinolaringología, ortopédica, oftalmológica y maxilofacial. Con relación a los servicios de consulta externa se observa predominio de la oferta privada y en la mediana complejidad en: cardiología, dermatología, endodoncia, fisioterapia, fononauología, gastroenterología, ginecoobstetricia, medicina interna, odontología general (donde se observa una fuerte tendencia en la oferta

privada), psicología, reumatología y en medicinas alternativas y salud ocupacional en las cuales la oferta privada es la única existente en el departamento. En los servicios complementarios y otros servicios también prima la oferta privada, a excepción de los servicios farmacéuticos, la toma de citologías cervico uterinas y esterilización.

Por otro lado la predominancia de la oferta por parte de la pred ública se observa en: servicios de promoción y prevención (Vacunación, planificación familiar, promoción de la salud). También hay predominio público en salas de enfermedades respiratorias agudas y de rehidratación oral.

## 5. REDES DE SERVICIOS DE SALUD

Las especiales condiciones geográficas del departamento de Caldas, localizado entre los ríos Cauca y Magdalena y con una gran barrera natural que lo atraviesa de sur a norte como lo es la Cordillera Central, influyen sobre todas aquellas actividades de su población tales como las vías de comunicación, el comercio, su idiosincrasia, los flujos de usuarios, sus requerimientos de servicios de salud.

En el departamento de Caldas, desde 1975 se maneja el concepto de regionalización de los servicios de salud, inicialmente con las subregiones norte, occidente, centro sur y oriente y posteriormente, en consonancia con los distritos agroindustriales dispuestos por los gobiernos departamentales desde los planes de desarrollo a partir de 1980, se agregaron las subregiones oriente cercano y occidente bajo.

En cada municipio del departamento de Caldas, se cuenta con un prestador público que oferta el portafolio básico de servicios de salud (Baja complejidad tipo B) y en algunos de ellos, dada su dispersión poblacional y la accesibilidad geográfica cuentan con centros de salud como unidades de atención (sedes) que ofertan portafolios de servicios de baja complejidad tipo A:

La Dorada:

- ESE Hospital San Félix: Centro de Salud de Guarinocito, Buenavista y Centro de Salud Las Ferias

Victoria:

- ESE Hospital San Simón: Centro de Salud Isaza.

Samaná:

- ESE Hospital San José: Centro de Salud Florencia, Berlín y San Diego.

Pensilvania:

- ESE Hospital San Juan de Dios: Centro de Salud Bolivia, Pueblo Nuevo, Arboleda, y San Daniel.

Marulanda:

- ESE Hospital San José: Centro de Salud Montebonito.

Aguadas:

- ESE Hospital San José: Centro de Salud Arma.

Pácora

- ESE Hospital Santa Teresita: Centro de Salud San Bartolomé y

Salamina

- ESE Hospital Felipe Suárez: Centro de Salud San Félix

Filadelfia

- ESE Hospital San Bernardo: Centro de Salud Samaria

Riosucio:

- ESE Hospital San Juan de Dios: Centro de Salud de Bonafont, San Lorenzo.

Manizales:

- ESE Assbasalud: Centro de Salud La Enea, San José, San Cayetano.

En la Baja complejidad, el promedio del porcentaje ocupacional está entre el 26 al 32 % siendo el más bajo el correspondiente a la ESE Hospital San José de Marulanda con el 3.54 % y el más alto corresponde a la ESE Assbasalud con el 72.2 %.

Llama la atención el porcentaje ocupacional de la ESE Hospital Geriátrico de Manizales, con un 82.34 %, pero es necesario aclarar que en dicho dato están incluidos pacientes de larga estancia que normalmente residen en dicho Centro.

En la mediana complejidad el porcentaje ocupacional fluctúa entre el 60.69 % de la ESE Hospital Felipe Suárez de Salamina y el 95.96 % de la ESE Hospital San Marcos de Chinchiná.

En la alta complejidad, la ESE Hospital Santa Sofía tiene un 83.67 %.

En la baja complejidad las mayores dificultades en cuanto a la atención residen en los procesos de referencia y contrarreferencia dadas la problemática que actualmente afrontan la EPS por diversas razones: No disponen de redes alternas de prestadores de servicios de salud, no tienen contratos suscritos, el flujo de recursos es inadecuado, las bases de datos no tienen una depuración adecuada. De igual forma es notorio el retraso en la asignación de citas para especialidades como medicina interna lo que no permite el acceso y la oportunidad para los pacientes con patología hipertensiva y diabetes mellitus lo que lleva al empeoramiento de sus condiciones de salud.

Otro aspecto a resaltar es que dado el auge de los problemas mentales agravados por la drogadicción, ha hecho necesario que los hospitales públicos de baja complejidad refuercen sus grupos asistenciales con el apoyo de psicólogos además para poder ofertar servicios de los planes de intervenciones colectivas.

En la mediana complejidad se tiene algunas particularidades que afectan la prestación de servicios de salud: De acuerdo con el portafolio de servicios de salud dispuesto para la ESE Hospital Felipe Suárez de Salamina, se hace necesario que los usuarios que requieren servicios de salud que no sean ambulatorios o programados, así como los fines de semana y festivos, deban desplazarse a otros sitios para recibir sus atenciones. Igual situación ocurre con la ESE Hospital San Juan de Dios de Riosucio.

La UCI para adultos, en la ESE Hospital San Félix de La Dorada luego de tres años, aún no está en funcionamiento.

En la alta complejidad se han presentado eventos que han afectado seriamente la prestación de los servicios de salud: El cierre de la ESE Hospital de Caldas, el cierre de la Clínica Manizales, el cierre de servicios obstétricos de alta complejidad y de UCI neonatales por parte de prestadores privados. En la actualidad, el gran volumen de las atenciones obstétricas y neonatales de alta complejidad se atienden en la IPS Servicios Especiales de Salud SES y en la Clínica Versalles.

De acuerdo con los análisis de la referencia de usuarios desde los servicios ambulatorios y hospitalarios y de urgencias, en la baja complejidad se tienen índices de resolutivez de más del 90 % por dichos servicios.

Varios municipios del departamento, por su situación geográfica, reciben usuarios de departamentos vecinos: Manizales, La Dorada, Chinchiná y en menor proporción Riosucio y Aguadas

En el departamento de Caldas operan en la actualidad ocho (8) EPS del régimen Subsidiado, las cuales contratan sus servicios con toda la red pública de prestadores de servicios de salud.

**Tabla 22.** Cartera red pública a 31 de diciembre de 2012

<b>SUBTOTAL CONTRIBUTIVO</b>	3.530.500.123	877.005.161	1.798.954.147	2.063.657.075	3.316.199.761	11.586.316.267
<b>SUBTOTAL SUBSIDIADO</b>	5.886.737.223	2.497.519.833	4.552.527.915	9.724.737.433	24.814.632.988	47.476.155.392
<b>SUBTOTAL SOAT-ECAT</b>	282.963.522	134.022.839	316.272.968	476.412.876	3.278.207.549	4.487.879.754
<b>SUBTOTAL POBL. POBRE (SECR. DPTALES)</b>	2.079.243.546	1.370.890.870	614.774.137	782.674.591	5.354.179.183	10.201.762.327
<b>SUBTOTAL POBL. POBRE (SECR. MPLES / DISTRIALES)</b>	90.141.479	795.659	5.130.807	13.262.643	55.788.142	165.118.730
<b>SUBTOTAL OTROS DEUDORES POR VENTA DE SERVICIOS DE SALUD</b>	811.060.402	290.066.703	345.888.634	260.905.358	1.751.738.870	3.459.659.967
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>12.680.646.295</b>	<b>5.170.301.065</b>	<b>7.633.548.608</b>	<b>13.321.649.976</b>	<b>38.570.746.493</b>	<b>77.376.892.437</b>

Fuente: SIHO Ministerio de Salud, información de IPS públicas

Se presentan a continuación algunos factores que están afectando a la red pública de prestadores de servicios de salud, la prestación de servicios y por tanto la accesibilidad y la oportunidad para los usuarios:

- **Del análisis de los prestadores presentes en el departamento, se destaca:**

- 1) con excepción de Manizales, La Dorada y Chinchiná la red pública es la única oferente de servicios de hospitalización.

- 2) las instituciones de los municipios de Marmato, San José, Norcasia, Victoria, Marquetalia y Marulanda son prestadores únicos.

- 3) los prestadores diferentes de la red pública se localizan fundamentalmente en los municipios de La Dorada, Chinchiná, Riosucio, Salamina y Manizales.

- 4) Los Hospitales Geriátrico, San José de Viterbo, San Antonio de Manzanares, y La Merced de La Merced están en planes de saneamiento fiscal y financiero y la ESE Hospital Santa Ana de Palestina está en proceso de liquidación.

- Las EPS ya ni con tutelas, incidentes de desacato y otras acciones judiciales están garantizando los servicios de salud a sus usuarios.

- Escasa o nula actuación de auditoría, según lo preceptuado por el Decreto 971 de 2010 en su artículo 14, por parte de los entes territoriales municipales.
- Las EPS del régimen subsidiado que operan en el departamento de Caldas, en general no disponen de una red de prestación de servicios de salud suficiente, siendo esto más notorio con la EPS CAPRECOM.
- La referencia y contrarreferencia de pacientes se ha convertido en una verdadera odisea para los usuarios de los servicios de salud.
- Los prestadores de servicios de salud, en especial los públicos están siendo sometidos a procesos jurídicos por la tardanza en las remisiones de usuarios originada en la situación anterior. A su vez esto ocasiona estancias prolongadas en dichas instituciones y eventos adversos.
- Las EPS en algunos municipios está suministrando los medicamentos a sus usuarios a través de dispensarios que no cumplen con los requisitos del servicio farmacéutico.
- La entrega tardía de las bases de datos a los prestadores por parte de las EPS.
- Las EPS suscribe contratos de prestación de servicios de salud con la IPS de alta complejidad, por valores que no alcanzan a tener una cobertura suficiente en la duración de los mismos y en su cuantía y que prácticamente se convierten en un distractor por cuanto deja la impresión y así se promueve como que existen los contratos pero en la realidad estos sólo cubren unos cuantos eventos dada la complejidad y los costos en la alta complejidad.
- Se invoca por parte de la EPS la no existencia de camas en la ciudad de Manizales, cuando en realidad el factor limitante es el pago oportuno de los servicios de salud prestados, cuando éste se da.
- Debido a los problemas en la contratación de los servicios de salud y a la oportunidad en su pago, no existe un incentivo para que los prestadores de servicios de salud vinculen especialidades que mejoren la oferta de servicios, siendo esto muy notorio con los hospitales públicos a nivel regional.
- La atención de las gestantes con alto riesgo obstétrico tiene serias dificultades en cuanto a la valoración por el especialista durante los controles prenatales y en la atención del parto.
- La herramienta normativa contemplada en el Decreto 4747 de 2007 y la Resolución 3047 de 2007, para que a través de los CRUE se modulara la referencia y contrarreferencia se convirtió en un premio para las EPS sin red de servicios y con problemas en su flujo de recursos hacia los prestadores y un castigo para los prestadores que se ven obligados a prestar servicios de salud a EPS que no pagan dichos servicios y que al final se ven abocados a cerrar servicios por incapacidad para garantizar su oferta.

### **RED DE SALUD MENTAL:**

Las diez primeras causas de consulta de primera vez en salud mental en el 2012 son en su orden:

- a) Trastorno de ansiedad no especificado
- b) Episodio depresivo, no especificado
- c) Trastorno afectivo bipolar no especificado
- d) Insomnio no orgánico,
- e) Trastorno de ansiedad generalizada
- f) Trastorno mixto de ansiedad y depresión
- g) Perturbación de la actividad y de la atención
- h) Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos
- i) Esquizofrenia, no especificada
- j) Trastornos de adaptación

En el Departamento de Caldas, todas las instituciones prestadoras de servicios de salud prestan atención médica general en salud mental, es de resaltar que la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Aranzazu es la única IPS pública que dispone un área exclusiva en urgencias para paciente con patología mental. Además, el Departamento de Caldas cuenta con 4 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS públicas que brindan servicio ambulatorio en consulta externa de psiquiatría, tres (3) de estas entidades se encuentran ubicadas en la subregión Centro Sur, en la capital Caldense, y la otra en la cabecera municipal del Municipio de Chinchiná. (Ver tabla)

Tres (3) de estas entidades tienen administración de carácter municipal, representando el 75% del total de IPS públicas, y la otra corresponde al Departamento. Dos (2) de estas entidades tienen nivel bajo de complejidad, una (1) nivel medio, y la otra (1) nivel alto de complejidad.

Como red privada complementaria se cuenta con la Clínica Psiquiátrica San Juan de Dios, ubicada en el Municipio de Manizales.

Para el manejo conjunto de la detección y manejo oportuno de los trastornos mentales, se considera que los trabajadores de la salud mental son: psicólogos, profesionales en desarrollo familiar, trabajadores sociales, médicos y psiquiatras<sup>1</sup>.

**Tabla 23.** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS públicas - Salud Mental. 2012

REGIÓN	Municipio sede	No. Orden	NOMBRE INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD - IPS PÚBLICA (Empresas Sociales del Estado, ESE)	NIVEL DE COMPLEJIDAD	SERVICIOS	CARÁCTER DE ADMINISTRACIÓN
CENTRO SUR	Chinchiná	1	ESE Hospital San Marcos	Medio	Ambulatorio	Municipal
	Manizales	2	Centro de Servicios de Salud El Bosque	Bajo		Municipal
	Manizales	3	Hospital Geriatrico San Isidro ESE	Bajo		Municipal
	Manizales	4	ESE Hospital Departamental Santa Sofia de Caldas	Alto		Departamental

Fuente: Grupo garantía de la calidad REPS 2012 - Subdirección de Prestación de Servicios. DTSC. Marzo 2012

<sup>1</sup> CASTAÑO RAMIREZ, Mauricio, CALDERON OCAMPO, Jorge Hernán, y cols. Trastornos mentales y trastornos por uso de sustancias en el Departamento de Caldas. Libro de investigación. Facultad de Ciencias para la Salud. Vicerectoría de investigaciones y posgrados. Editorial Universidad de Caldas. Editorial Universidad de Caldas. 1ª edición. Diciembre de 2010

## ANÁLISIS DE SUFICIENCIA DE LA RED

En general las instituciones públicas de baja complejidad, dados sus portafolios de servicios, los cuales tienen el control de la oferta por la Dirección Territorial de Salud de Caldas, satisfacen los requerimientos poblacionales de servicios de salud y en el análisis anual que se realiza con cada una de ellas se detallan:

En general se observa incremento en la producción en los últimos cuatro años y para la vigencia 2011 – 2012 estabilización de la misma, afectada en esta última por los problemas con la EPS CAPRECOM y el cierre de servicios por algunas instituciones, así como por la contratación de la EPS con IPS privadas.

- Los indicadores de calidad muestran oportunidad en la consulta médica general y ninguna sobrepasa los tres (3) días dispuestos en el Decreto 019 de 2012.  
La extensión de uso para la consulta médica general en promedio en el Departamento de Caldas se encuentra entre 550 y 650 por cada mil usuarios.  
La frecuencia de uso para la consulta médica general en promedio, se encuentra entre 4 – 6 por año.
- Las atenciones de urgencias se realizan con base en el triage y en promedio su oportunidad se encuentra entre 10 – 20 minutos. En algunos hospitales se observa cierto grado de urgentización de atenciones debido a ciertos factores tales como la contratación de las EPS con IPS privadas, pero cuando sus usuarios no logran citas, acuden por urgencias a las IPS públicas, la necesidad de mejoramiento de la consulta prioritaria, la educación y el uso de los medios masivos de comunicación para que los usuarios hagan un uso adecuado de los servicios.
- La oportunidad en la atención odontológica está por debajo de los tres (3) días, observándose incremento en los tratamientos terminados, los sellantes y las superficies obturadas.
- La oportunidad en imagenología convencional en general se encuentra entre 1 – 2 días.
- La oportunidad en la asignación de citas de medicina especializada ha mejorado en las ESE San Marcos de Chinchiná y San Félix de La Dorada, pero persisten problemas en la ESE Felipe Suárez de Salamina y San Juan de Dios de Riosucio, especialmente con medicina interna.
- La proporción de pacientes hipertensos controlados se encuentra entre el 85 – 95 %.
- La gestión de eventos adversos está entre el 90- 100%
- La satisfacción global de los usuarios se encuentra entre el 90- 98 %.
- Como se ha mencionado anteriormente, del análisis de la referencia de pacientes desde los servicios ambulatorios y hospitalarios, en la baja complejidad se tienen índices de resolutivez de más del 90 %.
- Se observa que la ESE Assbasalud de Manizales, genera el 41.43 del total departamental de las remisiones por los servicios ambulatorios y hospitalarios y el 16.78 por el servicio de urgencias.
- En cuanto a la remisiones para la atención del parto en niveles superiores, se observa que en las ESE San Marcos de Chinchiná (92), San Félix de La Dorada (54), junto con las ESE San José de Neira, San Juan de

Dios de Pensilvania y San Cayetano de Marquetalia, son las instituciones que más aportan en el número de gestantes remitidas.

- Es de anotar que algunas instituciones principalmente de la ciudad de Manizales cerraron los servicios de obstetricia de mediana y alta complejidad y unidad de cuidados intensivo neonatales, como en el caso de la IPS Instituto del Corazón y la Clínica La Presentación.
- Según los datos de los cuales se dispone en las instituciones que ofertan obstetricia de alta complejidad se observa que del total de nacimientos, entre un 8- 10 % requiere de soporte por unidad de cuidados intensivos neonatales, además el promedio días estancia para estos neonatos se encuentra en 10.51 días. En el Departamento de Caldas se tuvieron para la vigencia 2012, un total de 10.340 nacimientos vivos.

Si aplicamos la proporción a este dato:  $10.340 \times 9\%$ : 930.6 neonatos que requirieron soporte en UCI neonatal para la vigencia 2012.

Si multiplicamos el dato anterior por el promedio días estancia en UCI neonatal se tiene:  $930.6 \text{ neonatos} \times 10.51 \text{ días estancia}$ : 9780.6 días estancia requeridos.

Si se disponen de 23 camas de UCI neonatal en el Departamento de Caldas por 365 días al año se tienen 8.395 días cama disponibles año de UCI neonatal.

Si se compara el anterior dato con el total días estancia requeridos se tiene:

Total días cama requeridos – Total días cama disponibles:  $9.780.6 - 8.395$ : 1.385. Lo que indica que se requerirían aproximadamente cinco (5) camas más de cuidado intensivo neonatal.

CAMAS DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL: 23  
CAMAS DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO: 16  
CAMAS DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS: 94

- En cuanto a la referencia de pacientes para la atención del parto en niveles superiores se observan proporciones entre el 30- 60 % en la baja complejidad y que las causas más frecuentes de dichas remisiones son: Alto riesgo obstétrico, los problemas de carácter legal, las atenciones por profesionales en servicio social obligatorio.

### **ANÁLISIS DE LA RED PARA ATENCIÓN DE PPNA Y EVENTOS NO POS**

Desde 1975, mediante convenios de adscripción, la Dirección Territorial de Salud de Caldas ha venido garantizando la prestación de los servicios de salud para su población objeto, la cual ha ido disminuyendo dados los procesos de cobertura y aseguramiento universales consecuentes con el desarrollo normativo luego de la aparición de las Leyes 10 de 1990 y 100 de 1993. Inicialmente los hospitales de la red pública estaban adscritos a la Entidad y luego con el proceso de descentralización se transformaron en empresas sociales del estado.

En la tabla siguiente se puede observar por municipio, nivel de complejidad, acto administrativo de transformación en ESE y carácter.

**Tabla 24.** Empresas Sociales del Estado Departamento de Caldas 2012

MUNICIPIO	HOSPITALES TRANSFORMADOS EN ESE	ACTO ADMINISTRATIVO DE TRANSFORMACION	NIVEL DE COMPLEJIDAD	ORDEN
AGUADAS	HOSPITAL SAN JOSÉ	ACUERDO 45 DE DICIEMBRE 5 DE 1997 Y 17 DE JULIO 23 DE 1998	BAJA	MUNICIPAL
ANSERMA	HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL	ACUERDO 131 DE NOVIEMBRE 27 DE 1998	BAJA	MUNICIPAL
ARANZAZU	HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL	ORDENANZA 596 DEL 21 DE JULIO DE 2008	BAJA	DEPTAL
BELALCAZAR	HOSPITAL SAN JOSÉ	ACUERDO 31 DE SEPTIEMBRE 18 DE 1997	BAJA	MUNICIPAL
CHINCHINÁ	HOSPITAL SAN MARCOS	ACUERDO 019 DE JUNIO 27 DE 1996	MEDIA	MUNICIPAL
FILADELFIA	HOSPITAL SAN BERNARDO	ACUERDO 003 DEL 19 DE ENERO DE 1999 Y 013 DE JUNIO 22 DE 1999	BAJA	MUNICIPAL
LA DORADA	SALUD DORADA	ACUERDO 049 DE DICIEMBRE 23 DE 2005	BAJA	MUNICIPAL
LA DORADA	HOSPITAL SAN FÉLIX	ORDENANZA 116 DE DICIEMBRE 20 DE 1994	MEDIA	DEPTAL
LA MERCED	HOSPITAL LA MERCED	ACUERDO 003 DE JUNIO 5 DE 1997	BAJA	MUNICIPAL
MANIZALES	HOSPITAL SANTA SOFIA	ORDENANZA 123 DE DICIEMBRE 16 DE 1993	ALTA	DEPTAL
MANIZALES	ASSBASALUD	DECRETO EXTRAORDINARIO 234 DE JULIO 15 DE 1996	BAJA	MUNICIPAL
MANIZALES	HOSPITAL SAN ISIDRO	DECRETO EXTRAORDINARIO 143 DE MARZO 31 DE 1995	BAJA	MUNICIPAL
MANIZALES	HOSPITAL DE CALDAS	ACUERDO 142 DE DICIEMBRE 10 DE 1995	ALTA	MUNICIPAL
MANZANARES	HOSPITAL SAN ANTONIO	ACUERDO 043 DE DE DICIEMBRE 14 DE 1996 Y 005 DE FEBRERO DE 1997	BAJA	MUNICIPAL
MARMATO	HOSPITAL SAN ANTONIO	ORDENANZA 596 DEL 21 DE JULIO DE 2008	BAJA	DEPTAL
MARULANDA	HOSPITAL SAN JOSÉ	ORDENANZA 596 DEL 21 DE JULIO DE 2008	BAJA	DEPTAL
MARQUETALIA	HOSPITAL SAN CAYETANO	ACUERDO 36 DE DICIEMBRE DE 2007	BAJA	MUNICIPAL
NEIRA	HOSPITAL SAN JOSÉ	ORDENANZA 596 DEL 21 DE JULIO DE 2008	BAJA	DEPTAL
NORCASIA	HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN	ORDENANZA 596 DEL 21 DE JULIO DE 2008	BAJA	DEPTAL
PACORA	HOSPITAL SANTA TERESITA	ACUERDO 25 DE NOVIEMBRE 26 DE 1997	BAJA	MUNICIPAL
PALESTINA	HOSPITAL SANTA ANA	ACUERDO 119 DE NOVIEMBRE 27 DE 1998	BAJA	MUNICIPAL
PENSILVANIA	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	ACUERDO 30 DE MAYO 24 DE 1995	BAJA	MUNICIPAL
RIOSUCIO	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	ORDENANZA 561 DE DICIEMBRE 26 DE 2006	MEDIA	DEPTAL
RISARALDA	HOSPITAL SAN RAFAEL	ACUERDO 07 DE MARZO DE 2008	BAJA	MUNICIPAL
SAMANA	HOSPITAL SAN JOSÉ	ACUERDO 06 DE MAYO 31 DE 2000	BAJA	MUNICIPAL
SAN JOSÉ	HOSPITAL SAN JOSE	ORDENANZA 596 DE JULIO 21 DE 2008	BAJA	DEPTAL
SALAMINA	HOSPITAL FELIPE SUAREZ	ORDENANZA 313 DE ABRIL 22 DE 1999	MEDIA	DEPTAL

MUNICIPIO	HOSPITALES TRANSFORMADOS EN ESE	ACTO ADMINISTRATIVO DE TRANSFORMACION	NIVEL DE COMPLEJIDAD	ORDEN
SUPIA	HOSPITAL SAN LORENZO	ACUERDO 009 DE MAYO 31 DE 1995 Y 027 DE 1998	BAJA	MUNICIPAL
VICTORIA	HOSPITAL SAN SIMON	ORDENANZA 596 DE JULIO 21 DE 2008	BAJA	DEPTAL
VILLAMARIA	HOSPITAL SAN ANTONIO	ORDENANZA 596 DE JULIO 21 DE 2008	BAJA	DEPTAL
VITERBO	HOSPITAL SAN JOSE	ACUERDO 015 DE MAYO 23 DE 1997 Y 009 DE MARZO 26 DE 1999	BAJA	MUNICIPAL

En cada municipio del Departamento de Caldas se cuenta con un prestador público de servicios de salud, los cuales tienen sedes en la zona rural y urbana como en el caso de la ESE Assbasalud.

Se dispuso inicialmente la conformación de unos nodos regionales que prestaban las especialidades básicas (Chinchiná y La Dorada) y otros que prestaban atención para el binomio madre- hijo y cirugía general.

En cada uno de los municipios, se cuentan con portafolios de baja complejidad tipo B, excepto para Manizales y La Dorada que disponen de Instituciones de mediana y alta complejidad. En Chinchiná, Riosucio y Salamina, sus instituciones públicas prestan a la vez portafolios de baja y mediana complejidad.

A su vez, las EPS contratan las acciones de promoción y prevención con la red pública al igual que las administraciones municipales que en promedio contratan el 70% de las actividades de los planes de salud pública de intervenciones colectivas.

Para la baja complejidad, la modalidad de contratación es por capitación y a partir de la vigencia 2012 se tiene en cuenta lo dispuesto por la Ley 1608 de 2013 en relación con los recursos del SGP sin situación de fondos.

Para la mediana complejidad se contrata por evento con y sin situación de fondos. En la alta complejidad se contrata por evento con la ESE Hospital Santa Sofía.

Cada año la Dirección Territorial solicita autorización al Ministerio de Salud y Protección Social para contratar con red privada aquellos servicios que tienen déficit de la oferta pública o son prestados por red privada.

A partir de la generación hace dos (2) años de recursos por parte del Ministerio, la Dirección Territorial de Salud de Caldas ha saneado la cartera con la red pública y privada así como los recobros por parte de las EPS.

En general, los flujos de usuarios se observan dentro del marco de la red de servicios dispuesta por el Ente Territorial y solamente se presentan dificultades en las ESE de Riosucio y Salamina por cuanto su oferta de servicios especializados se limita los fines de semana y festivos.

Los indicadores de oportunidad se mantienen con tendencias estables y en la consulta médica general no sobrepasa los tres (3) días. Los mayores problemas se presentan con algunas especialidades específicas dada su escasa oferta a nivel departamental.

Es de resaltar el trabajo de acompañamiento que ha venido realizando la Dirección Territorial con las Direcciones Locales de Salud a fin de depurar las bases de datos y adelantar la afiliación de la población pobre.

En Manizales, Villamaría y Neira, dado que no existe un prestador público que oferte la mediana complejidad, los usuarios son referidos directamente de la baja a la alta complejidad.

Por último, la Dirección Territorial de Salud de Caldas ha desarrollado todos los procesos administrativos para la atención de sus usuarios (SAC, autorizaciones, CTC, etc.), así como los aspectos locativos y logísticos (Software) al igual que el desarrollo de su página web.

Especial mención se debe hacer de las remisiones de gestantes para la atención del parto en niveles superiores, que supera el 35% del total de las gestantes atendidas, al igual que los pacientes con patología mental por cuanto sólo se cuenta con una Institución en Manizales que atiende la alta complejidad y de carácter privado.

- **Nivel bajo de complejidad:**

El Departamento de Caldas cuenta con 25 instituciones prestadoras de servicios de salud de primer nivel de complejidad, de las cuales 8 son de carácter Departamental, lo que representa el 32% del total de las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas.

El Departamento de Caldas en el año 2012 tiene clasificadas 42 centros de salud, de los cuales 29 corresponden al Municipio de Manizales, es decir el 69% del total de los centros de salud, y 70 puestos de salud ubicados en la zona rural, mostrando con relación al año 2004 una disminución del 63%.

Es de anotar que el Hospital Geriátrico San Isidro ESE ubicado en la capital Caldense presta atención al grupo de la tercera edad en el primer nivel de atención, y cumple funciones de albergue para adultos mayores.

Algunas entidades de baja complejidad reportan la prestación de servicios en la modalidad de jornadas o brigadas asistenciales de atención en salud.

Con relación a los centros y puesto de salud, en el año 2004 el Departamento de Caldas contaba con 151 centros y puestos de salud, ubicados en la zona rural de los municipios de Caldas, excepto el Municipio de Chinchiná.

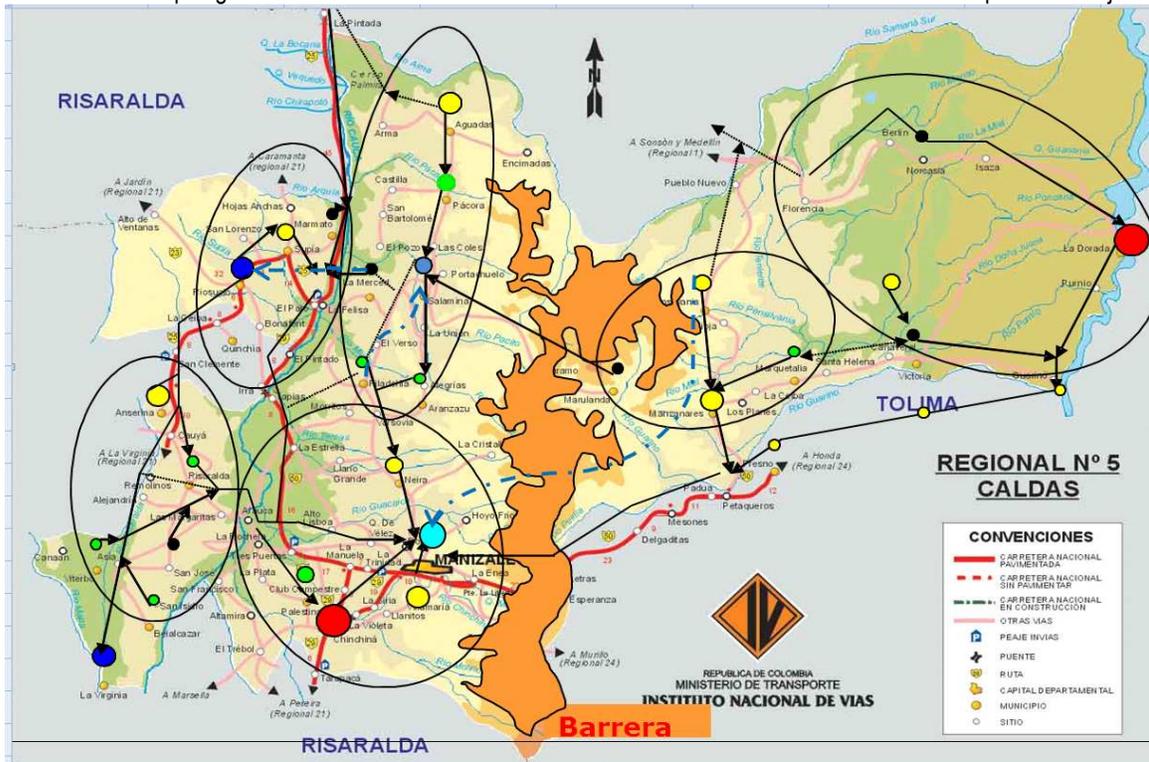
Se resalta el cierre de centros y puestos de salud desde el año 2004 al 2012, observando que a la fecha de corte (2012) diez (10) IPS públicas de los Municipios de Aranzazu, Belalcázar, Marquetalia, Neira, Norcasia, Risaralda, San José, Supía, Victoria, y Viterbo no reportan centros, ni puestos de salud en su jurisdicción, lo que corresponde al 37% del total de los municipios del Departamento de Caldas, siendo todas de bajo nivel de complejidad.

Por el contrario, ASSBASALUD ESE del Municipio de Manizales a partir del año 2004 a 2012 ha transformado 11 puestos de salud en centros de salud, ha efectuado la apertura de 4 centros de salud; el entonces Centro de Salud Estambul fue transformado en puesto de salud; y realizó el cierre del Puesto de Salud del Alto del Guamo.

También se observa que el Hospital Departamental Felipe Suárez ESE de Salamina es la única IPS pública que cuenta con “Centro de Promoción y Prevención”; y la ESE Salud Dorada es la única IPS pública que cuenta con “Centro de Diagnóstico y Atención al Joven”.

En la ilustración siguiente se puede apreciar la distribución por subregiones y los flujos de usuarios en el Departamento de Caldas.

**Ilustración 41.** Tipología de la red de servicios urbana de ciudades donde se encuentra localizada la población objetivo



Fuente: Coordinación. Subdirección de Prestación de Servicios – DTSC. Marzo 2012

• **Nivel medio de complejidad:**

El Departamento de Caldas cuenta con 4 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS públicas de mediana complejidad, de las cuales 3 tienen administración de carácter Departamental, representando el 75% del total.

Las IPS públicas clasificadas como nivel medio de complejidad también ofertan la prestación de servicios de bajo grado de complejidad en los respectivos municipios de su jurisdicción. Estas instituciones cuentan con 4 hospitales ubicados en las cabeceras municipales, 5 centros de salud y 15 puestos de salud ubicados en la zona rural.

Es de anotar, que en el Municipio de La Dorada prestan servicios de baja complejidad tanto la IPS pública municipal ESE Salud Dorada, como la IPS pública Departamental ESE Hospital San Félix de La Dorada.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS públicas de mediana complejidad son centro de referencia para las IPS de baja complejidad para su respectiva área de influencia.

La ESE Hospital San Marcos de Chinchiná oferta en mediana complejidad, los servicios de hospitalización en general adultos, general pediátrica, cuidado intermedio pediátrico, cuidado intermedio adultos, y obstetricia; los servicios quirúrgicos de: cirugía general, cirugía ginecológica, cirugía maxilofacial, cirugía ortopédica, cirugía maxilofacial, cirugía oftalmológica, cirugía otorrinolaringología, cirugía pediátrica, cirugía plástica y estética, cirugía urológica; los servicios de consulta externa en: anestesia, cardiología, cirugía cardiovascular, cirugía general, cirugía pediátrica, dermatología, gastroenterología, ginecoobstetricia, medicina física y rehabilitación, medicina interna, neurología, oftalmología, ortopedia y/o traumatología, otorrinolaringología, pediatría, psiquiatría, otorrinolaringología, pediatría, urología, cardiología pediátrica, y otras consultas de especialidad; servicio de urgencias; servicio de transporte especial de pacientes, mediante transporte asistencial medicalizado; en los servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica de: endoscopia digestiva, laboratorio clínico, radiología e imágenes diagnósticas, transfusión sanguínea, servicio farmacéutico; otros servicios en sala de yeso, y sala de reanimación. Estos servicios se prestan de acuerdo al diseño de la red y los flujos de usuarios de la IPS.

La ESE Hospital San Félix de La Dorada ofrece servicios de mediana complejidad, los servicios de hospitalización en general adultos, general pediátrica, y obstetricia; los servicios quirúrgicos de: cirugía general, cirugía ginecológica, cirugía ortopédica, cirugía oftalmológica, cirugía otorrinolaringología, cirugía oral, y cirugía urológica; los servicios de consulta externa en: anestesia, cirugía general, dermatología, ginecoobstetricia, medicina interna, oftalmología, ortopedia y/o traumatología, otorrinolaringología, pediatría, urología; servicio de urgencias; en los servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica: endoscopia digestiva, , laboratorio clínico, radiología e imágenes diagnósticas, transfusión sanguínea, servicio farmacéutico, ultrasonido, lactario – almacenamiento, y procedimiento de urología; y en otros servicios: sala de reanimación, y sala general de procedimientos menores.

La Hospital Departamental Felipe Suárez ESE de Salamina presta servicios de mediana complejidad de consulta externa en anestesiología, cirugía general, dermatología, ginecoobstetricia, medicina interna, oftalmología, ortopedia y pediatría y cirugías general, ginecológica, ortopedia y oftalmología.

La Hospital Departamental San Juan de Dios de Riosucio presta servicios de mediana complejidad en: hospitalización pediátrica, obstetricia, consultas de anestesia, cirugía general, cirugía plástica, dermatología, ginecoobstetricia, medicina interna, oftalmología, ortopedia, pediatría, urología, y cirugías general, ginecológica, ortopédica, oftalmológica, plástica, y urológica.

La Subregión Centro Sur, tiene a la ESE Hospital San Marcos de Chinchiná para los municipios de Palestina, Chinchiná, y la Subregión Occidente Bajo, utilizando la vía Risaralda – Arauca – Chinchiná que hace parte de la vía troncal del Occidente, y Belalcázar – Arauca – Chinchiná.

Para los municipios de Neira, Villamaría y Manizales los servicios de mediana complejidad se contratan con la ESE Hospital Santa Sofía y red prestadora de servicios de salud privada complementaria, dado que no se tiene en la ciudad de Manizales una institución prestadora de servicios de salud pública de mediana complejidad como tal.

Desde el punto de vista de acceso, aunque para la subregión del Alto Oriente, la distancia entre el Municipio de Pensilvania al Municipio de La Dorada es más corta, en relación con la distancia entre el Municipio de Pensilvania y el Municipio de Manizales, algunos pacientes que reciben atención ambulatoria, y según diagnósticos son remitidos a la ciudad de Manizales, en especial para los servicios de neurocirugía, neurología, cirugía maxilofacial, gastroenterología, entre otros.

Así mismo, es más expedito el acceso del Municipio de Marulanda al Municipio de Salamina.

Con relación al Hospital Universitario de Caldas se realizan los siguientes comentarios:

- Prestó servicios de mediana y alta complejidad hasta el 18 de junio de 2004.
- Formó parte del convenio No. 0188 de 2004 de desempeño para la ejecución del programa de reorganización, rediseño y modernización de la red prestadora de servicios de salud suscrito entre el Ministerio de la Protección Social y la Dirección Territorial de Salud de Caldas.
- Tiene un (1) contrato con la entidad Servicios Especializados de Salud – SES, la cual declara los servicios a prestar.
- La entidad está inmersa en Ley 550 de 1999, norma mediante la cual se establece un régimen que promueve y facilite la reactivación empresarial y la reestructuración de los entes territoriales para asegurar la función social de las empresas y lograr el desarrollo armónico de las regiones.
- El Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud han requerido a la Alcaldía de Manizales en relación a la liquidación de la ESE.
- Los costos de liquidación superan los \$ 75.000'000.000,00
- Soporta el pago de aproximadamente 400 pensionados.

### INSTITUCIONES PÚBLICAS CON OPERACIÓN EN CONDICIONES MONOPÓLICAS

**Tabla 25.** Caracterización de los prestadores de servicios de salud

SUBREGION	MUNICIPIO		Naturaleza			Urgencias	Atención Partos
			Mixta	Privada	Pública		
ALTO OCCIDENTE	FILADELFIA	ESE HOSPITAL SAN BERNARDO			1	1	1
	LA MERCED	ESE HOSPITAL LA MERCED			1	1	1
	MARMATO	HOSPITAL SAN ANTONIO			1	1	1
	RIOSUCIO	ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS			1	1	1
	SUPÍA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HJOSPITAL SAN LORENZO			1	1	1
ALTO ORIENTE	MANZANARES	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO			1	1	1
	MARQUETALIA	ESE HOSPITAL SAN CAYETANO DE MARQUETALIA			1	1	1
	MARULANDA	CENTRO DE SALUD MONTEBONITO			1	1	1
		HOSPITAL SAN JOSE DE MARULANDA			1	1	1
	PENSILVANIA	CENTRO DE SALUD ARBOLEDA			1	1	1
		CENTRO DE SALUD BOLIVIA			1	1	1
		CENTRO DE SALUD PUEBLO NUEVO			1	1	1
		CENTRO DE SALUD SAN DANIEL			1	1	1
	HOSPITAL LOCAL SAN JUAN DE DIOS ESE			1	1	1	
BAJO OCCIDENTE	ANSERMA	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL			1	1	1
	BELALCÁZAR	ESE HOSPITAL SAN JOSE DE BELALCAZAR			1	1	1
	RISARALDA	HOSPITAL SAN RAFAEL			1	1	1
	SAN JOSÉ	HOSPITAL SAN JOSE			1	1	1
	VITERBO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO			1	1	1

SUBREGION	MUNICIPIO		Naturaleza		Urgencias	Atención	
CENTRO SUR	CHINCHINÁ	HOSPITAL SAN JOSE					
		CLINICA EL EDEN IPS		1	1		
		ESE HOSPITAL SAN MARCOS			1	1	1
	MANIZALES	CAJA DE COMPEACION FAMILIAR DE CALDAS IPS SEDE CLINICA SAN MARCEL		1		1	
		CENTRAL DE URGENCIAS MANIZALES		1		1	
		CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD LA ENEA			1	1	1
		CLINICA AMAN S.A.		1		1	
		CLINICA CENTRO PILOTO			1	1	
				1		1	
		CLINICA SAN CAYETANO			1	1	1
		CLINICA SANTA ANA MANIZALES		1		1	
		CLINICA SANTILLANA		1		1	
		CLINICA VERSALLES S.A		1		1	1
		ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SANTA SOFIA DE CALDAS			1	1	
		HERMANAS DE LA CARIDAD DOMINICAS DE LA PRESENTACION DE LA SANTISIMA VIRGEN		1		1	1
		INSTITUTO DEL CORAZON DE MANIZALES		1		1	
		SALUD TOTAL EPS SA UUBC VERSALLES		1		1	
		SEDE HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO		1		1	
	SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD	1			1	1	
	NEIRA	HOSPITAL SAN JOSE			1	1	1
	PALESTINA	CENTRO DE SALUD ARAUCA			1	1	
		ESE HOSPITAL SANTA ANA			1	1	1
	VILLAMARÍA	HOSPITAL SAN ANTONIO			1	1	1
MAGDALENA CALDENSE	LA DORADA	CENTRO DE SALUD DE LAS FERIAS			1	1	1
		CLINICA DE ESPECIALISTAS LA DORADA S.A		1		1	1
		ESE HOSPITAL SAN FELIX			1	1	1
	NORCASIA	ESE DEPARTAMENTAL HOSPITAL SAGRADO CORAZON			1	1	1
		CENTRO DE SALUD FLORENCIA			1	1	
	SAMANÁ	CENTRO DE SALUD SAN DIEGO			1	1	
		HOSPITAL SAN JOSE DE SAMANA CALDAS			1	1	1
		PUESTO DE SALUD BERLÍN			1	1	
VICTORIA	HOSPITAL SAN SIMON			1	1	1	
NORTE	AGUADAS	CENTRO DE SALUD DE ARMA			1	1	1
		ESE HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS			1	1	1
	ARANZAZU	HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL			1	1	1
	PÁCORA	ESE HOSPITAL SANTA TERESITA			1	1	1
	SALAMINA	CENTRO DE SALUD SAN FELIX			1	1	
		ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUAREZ			1	1	1

SUBREGION	MUNICIPIO	Naturaleza			Urgencias	Atención
<b>Total general</b>		<b>1</b>	<b>13</b>	<b>42</b>	<b>56</b>	<b>39</b>

Fuente: Registro especial de prestadores de servicios de salud.

De acuerdo con la distribución de los prestadores de servicios de salud (IPS) que ofertan servicios de atención de partos y urgencias, se observa por subregiones lo siguiente:

En las subregiones occidente alto, oriente próximo, bajo occidente, magdalena caldense y norte monopolio público para la prestación de dichos servicios.

En las subregión centro sur, se encuentra una situación intermedia dado que existen prestadores públicos y privados que disponen de salas de atención de partos y servicios de urgencias.

## 6. DIAGNOSTICO DE LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

### AUTONOMÍA INSTITUCIONAL DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, IPS PÚBLICAS.

Actualmente, las 30 Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud se encuentran transformadas en Empresas Sociales del Estado – ESE; de las cuales 19 ESE's son de carácter Municipal y 11 ESE's de carácter Departamental.

No obstante, están demandados los actos administrativos de transformación de las IPS de los Municipios de Risaralda y Marquetalia, en consideración a que para la entidad territorial municipal no aplica la competencia para transformar la Institución Prestadora de Servicios de Salud – IPS a Empresa Social del Estado – ESE, de acuerdo a Ley 715 de 2001.

Los procesos de transformación y modernización de la red pública hospitalaria del Departamento de Caldas se han venido desarrollando en diferentes etapas:

- i) **Fase 1:** Certificación de 13 municipios para el manejo autónomo de los recursos de salud, con la consiguiente transformación de sus hospitales en ESE. Dos municipios, no se certificaron pero transformaron sus hospitales en ESE (Viterbo y Supía).
- ii) **Fase 2:** Estudio de la Prestación de Servicios de Salud en el Departamento de Caldas, documento de red y propuestas de reorganización, rediseño y modernización de 12 hospitales de la red pública(2003- 2004) – suscripción del Convenio N° 0188 del 8 de noviembre de 2004. Dos (2) hospitales no utilizaron los recursos que les fueron asignados (Neira y Riosucio).  
La ESE Hospital de Caldas, cierra servicios el día 18 de junio de 2004, posteriormente mediante convenio con Servicios Especiales de Salud SES, se reabren servicios en dichas instalaciones.
- iii) **Fase 3:** Con los recursos liberados, se incluyeron a los hospitales de Pensilvania y Marquetalia en el Convenio N° 0188.

- iv) **Fase 4:** Transformación de ocho(8) IPS públicas en ESE, mediante la Ordenanza 596 del 21 de julio de 2008: San Vicente de Paúl de Aranzazu, San Antonio de Marmato, San Antonio de Villamaría, San José de San José, San Simón de Victoria, San José de Marulanda, San José de Neira, Sagrado Corazón de Norcasia. Los hospitales de Samaná, Marquetalia y Risaralda, fueron transformados mediante acuerdos en ESE municipales, a la fecha los actos administrativos de Marquetalia y Risaralda han sido demandados y dichos procesos se encuentran en diferentes etapas.
- v) **Fase 5:** Fusión del Centro de Salud de San Félix a la ESE Departamental Hospital Felipe Suárez, mediante Ordenanza 621 de abril de 2009.
- vi) **Fase 6:** Liquidación de la ESE Hospital Santa Ana de Palestina y la prestación de servicios de salud por parte de la ESE Hospital San Marcos de Chinchiná
- vii) **Fase 7:** Luego de la unificación del POS para los menores de 18 años, el Hospital Infantil de la Cruz Roja que ha sido la IPS de referencia de alta complejidad en el Departamento de Caldas, ha venido soportando una grave crisis, para lo cual se han propuesto diferentes escenarios: operación por parte de un privado, operación por las Universidades de Caldas y Manizales y últimamente, mediante un crédito con FINDETER, su operación por parte de la ESE Hospital Santa Sofía.
- viii) **Fase 8:** Prestación de servicios de salud de alta complejidad por la ESE Hospital San Félix de La Dorada, como nodo regional del Magdalena Medio.
- ix) **Fase 9:** Dado que a la fecha existen algunas ESE con poblaciones de menos de 9.000 habitantes y por consiguiente la afiliación al régimen subsidiado no supera los 7.000 usuarios y la afiliación al régimen contributivo es mínima (menos del 10%), afrontan graves riesgos que podrían afectar su viabilidad ( Flujo de recursos, escasa o nula capacidad de inversión, infraestructuras obsoletas y con problemas para el cumplimiento de los requisitos del sistema único de habilitación y sin estudios de sismorresistencia y por último la laboralización en el sector salud), se propone su operación como Unidades de Atención por ESE de carácter regional y por consiguiente su ajuste, con el fin de disminuir sus gastos administrativos.

Tabla 26. Municipios con población inferior a 10.000 Habitantes

MUNICIPIO	TOTAL POBLACIÓN PROYECCIÓN DANE 2012 (*)	TOTAL AFILIADOS RÉGIMEN SUBSIDIADO CALDAS	% POBLACION REGIMEN SUBSIDIADO	POBLACION REGIMEN CONTRIBUTIVO	%POBLACION REGIMEN CONTRIBUTIVO	PPNA CERTIFICADA A DNP CON BASE EN SISBEN III	%POBLACION POBRE NO AFILIADA
LA MERCED	5.860	4.571	78%	606	10%	312	5%
MARMATO	8.906	5.712	64%	2.030	23%	608	7%
MARULANDA	3.429	2.000	58%	268	8%	140	4%
NORCASIA	6.530	4.673	72%	186	3%	402	6%
RISARALDA	9.914	8.752	88%	1.320	13%	698	7%
SAN JOSE	7.590	3.919	52%	412	5%	287	4%
VICTORIA	8.675	6.894	79%	1.040	12%	502	6%

Fuente: DANE Proyección Población 2012.

Tabla 27. IPS – IPS públicas en el Departamento de Caldas

REGIÓN	MUNICIPIO	NOMBRE INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD - IPS PÚBLICA (Empresas Sociales del Estado, ESE)	NIVEL DE COMPLEJIDAD	CARÁCTER DE ADMINISTRACIÓN
ALTOORIENTE	Manzanares	ESE Hospital San Antonio de Manzanares	Bajo	Municipal
	Marquetalia	ESE Hospital San Cayetano	Bajo	Municipal
	Marulanda	ESE Departamental Hospital San José de Marulanda	Bajo	Departamental
	Pensilvania	ESE Hospital Local San Juan de Dios	Bajo	Municipal
CENTROSUR	Chinchiná	ESE Hospital San Marcos	Medio	Municipal
	Manizales	ASSBASALUD ESE	Bajo	Municipal
		Hospital Geriátrico San Isidro ESE	Bajo	Municipal
		Hospital Santa Sofía de Caldas ESE	Alto	Departamental
	Villamaría	ESE Departamental Hospital San Antonio de Villamaría	Bajo	Departamental
	Neira	ESE Hospital Departamental San José de Neira	Bajo	Departamental
MAGDALENA CALDENENSE	La Dorada	ESE Hospital San Félix	Medio	Departamental
		ESE Salud Dorada	Bajo	Municipal
	Norcasia	ESE Departamental Hospital Sagrado Corazón	Bajo	Departamental
	Samaná	ESE Hospital San José de Samaná	Bajo	Municipal
	Victoria	ESE Hospital Departamental San Simón de Victoria	Bajo	Departamental
NORIE	Aguadas	Hospital San José de Aguadas ESE	Bajo	Municipal
	Aranzazu	ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl	Bajo	Departamental
	Filadelfia	ESE Hospital San Bernardo	Bajo	Municipal
	La Merced	ESE Hospital La Merced	Bajo	Municipal
	Pácora	ESE Hospital Santa Teresita de Pácora	Bajo	Municipal
	Salamina	Hospital Departamental Felipe Suárez ESE	Medio	Departamental
CORDERNE ALTO	Marmato	ESE Hospital Departamental San Antonio de Marmato	Bajo	Departamental
	Riosucio	Hospital Departamental San Juan de Dios de Riosucio	Medio	Departamental
	Supía	ESE Hospital San Lorenzo de Supía	Bajo	Municipal
CORDERNE BAJO	Anserma	ESE Hospital San Vicente de Paúl	Bajo	Municipal
	Belalcázar	ESE Hospital San José de Belalcázar	Bajo	Municipal
	Risaralda	ESE Hospital San Rafael	Bajo	Municipal
	San José	ESE Hospital Departamental San José de San José	Bajo	Departamental
	Viterbo	ESE Hospital San José	Bajo	Municipal

Fuente: Subdirección de Prestación de Servicios – Dirección Territorial de Salud de Caldas. 2013

## USO DE SERVICIOS Y COBERTURAS DE ATENCIÓN:

En el Departamento de Caldas:

1. La extensión de uso para la consulta médica general en promedio en el Departamento de Caldas se encuentra entre 550 y 650 por cada mil usuarios.
2. La frecuencia de uso para la consulta médica general en promedio, se encuentra entre 4 – 6 por año.
3. Los factores detectados que afectan estos indicadores son:
  - Gran número de pacientes consultadores crónicos
  - No adhesión a las guías y/o protocolos por parte del talento humano
  - No adhesión a los tratamientos por parte de los usuarios (usuarios de la tercera edad, con problemas sociales, analfabetismo).
  - Patologías de alto costo.
4. En los servicios de urgencia se observan diferentes grados de urgentización generados por el uso inadecuado de este servicio por usuarios del régimen contributivo, la disminución de la oferta en consulta externa, la no implementación de procesos adecuados de triage e implementación de la consulta prioritaria.
5. En general para las instituciones públicas de baja complejidad su mercado proximal está constituido en un 99 % por los usuarios del mismo municipio. Para las instituciones de mediana complejidad además de su población local atienden la población de su subregión en diferentes proporciones. En el caso de la ESE Hospital San Félix de La Dorada, esta relación se ha visto afectada por la creación de la ESE Salud Dorada por el Municipio de La Dorada, la cual absorbió el 70 % del mercado local.
6. Las principales especialidades que son requeridas por los pacientes remitidos son: medicina interna, ortopedia, pediatría, urología, cirugía general, oftalmología y ginecoobstetricia.
7. Las principales causas de rechazo de las remisiones son: No existencia de red por parte de la EPS, no contrato con la EPS, no pago por la EPS, no oferta de la especialidad.
8. Dado que en la subregión Centro Sur no existe una entidad pública que oferte la mediana complejidad, los usuarios de esta pasan de la baja complejidad directamente a la alta complejidad.

## CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

**Tabla 28.** Análisis de Calidad de los servicios de salud

CALIDAD

INDICADOR	NIVEL 1 2011	NIVEL 1 2012	NIVEL 2 2011	NIVEL 2 2012	NIVEL 3 2011	NIVEL 3 2012	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3
Oportunidad en la asignación de citas de medicina general	1,49	1,95	1,73	1,90	NA	NA	0,45	0,17	NA
Oportunidad en la asignación de citas de Medicina Interna	9,54	5,09	6,31	4,98	14,86	23,77	-4,45	-1,33	8,91
Oportunidad en la asignación de citas de Ginecoobstetricia	15,00	3,59	10,57	7,81	12,83	17,08	-11,41	-2,76	4,25
Oportunidad en la asignación de citas de pediatría	NA	NA	5,91	5,87	NA	NA	NA	-0,04	NA
Oportunidad en la asignación de citas de Cirugía General	NA	NA	7,09	6,01	13,70	12,68	NA	-1,08	-1,02
Proporción de cancelación de Cirugías	0,00	NA	9,78	6,88	4,73	4,41	NA	-2,90	-0,33
Oportunidad en la atención de Urgencias (minutos)	15,77	18,19	16,32	22,31	23,04	16,73	2,41	6,00	-6,31
Oportunidad en la atención de Imagenología	1,47	1,12	1,92	1,59	5,55	4,68	-0,35	-0,33	-0,87
Oportunidad en la atención de Odontología	3,88	3,51	6,12	3,79	NA	NA	-0,37	-2,34	NA
Oportunidad en la realización de Cirugía Programada	8,00	NA	16,07	14,05	26,36	23,68	NA	-2,02	-2,68
Proporción de Reingresos	1,10	0,78	1,01	0,84	2,38	3,16	-0,32	-0,17	0,78
Proporción de pacientes hipertensos controlados	66,30	75,34	81,96	82,05	NA	NA	9,04	0,09	NA
Proporción de pacientes que fallecen después de 48 horas	0,61	0,54	0,81	0,78	5,95	7,42	-0,07	-0,03	1,47
Proporción de Infección nosocomial	0,21	0,11	0,39	0,55	8,89	12,82	-0,10	0,16	3,93
Seguimiento a eventos adversos	98,19	99,42	91,67	94,24	100,00	98,42	1,23	2,58	-1,58
Tasa de Satisfacción global	89,91	92,41	96,22	97,38	98,19	98,69	2,51	1,16	0,50
Proporción de pacientes que fallecen antes de 48 horas	0,68	0,54	0,41	0,52	2,57	2,55	-0,14	0,11	-0,02
No. de pacientes remitidos a niveles superiores desde servicio ambulatorio y hospitalario	57.239,00	73.979,00	8.472,00	17.658,00	0,00	2,00	16740,00	9186,00	2,00
No. de pacientes remitidos desde el servicio de urgencias a niveles superiores	9.776,00	8.964,00	2.043,00	3.032,00	0,00	1,00	-812,00	989,00	1,00

INDICADOR	NIVEL 1 2011	NIVEL 1 2012	NIVEL 2 2011	NIVEL 2 2012	NIVEL 3 2011	NIVEL 3 2012	CALIDAD		
							NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3
No. de pacientes remitidos para la atención del parto a niveles superiores	1.167,00	1.096,00	63,00	177,00	0,00	0,00	-71,00	114,00	0,00

Fuente: SIHO Ministerio de Salud y Protección Social.

**PRODUCCIÓN DE SERVICIOS**
**Tabla 29. Comportamiento producción total de IPS públicas del Departamento – Año 2012**

6	IPS	Consultas de medicina general electivas realizadas	Consultas de medicina especializada electivas realizadas	Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	Número de sesiones de odontología realizadas	Consultas de medicina general urgentes realizadas	Total egresos	% ocupacional	Promedio día estancia	Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos, cesáreas y otros obstétricos)	Partos por cesárea	Partos vaginales
<b>SERVICIOS COMPLEJIDAD</b>	<b>BAJA</b>	<b>706.249</b>	<b>5.289</b>	<b>0</b>	<b>211.033</b>	<b>173.913</b>	<b>15.901</b>	<b>52%</b>	<b>3</b>	<b>416</b>	<b>5</b>	<b>2.568</b>
MANIZALES	ESE ASSBASALUD ESE	123.316	2.485	0	60.832	62.668	3.758	72%	3	101	0	797
PÁCORÁ	ESE HOSPITAL SANTA TERESITA DE PÁCORÁ	30.410	0	0	7.702	4.214	378	35%	3	71	0	86
NEIRA	ESE DEPARTAMENTO AL HOSPITAL SAN JOSE DE NEIRA	31.659	0	0	0	9.699	464	20%	3	0	0	89
VICTORIA	ESE HOSPITAL DEPARTAMENTO AL SAN SIMON	23.081	0	0	5.542	2.806	361	16%	2	0	0	33
LA MERCED	ESE HOSPITAL LA MERCED	8.526	0	0	3.112	2.968	173	9%	2	0	0	32
PENSILVANIA	ESE HOSPITAL LOCAL SAN JUAN DE DIOS	36.799	1.186	0	13.214	5.597	827	38%	2	0	0	105
MANZANARES	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE MANZANARES CALDAS	26.216	0	0	7.251	5.945	645	48%	2	0	0	155
FILADELFIA	ESE HOSPITAL SAN BERNARDO	21.111	0	0	7.127	2.372	485	34%	2	0	0	46
VITERBO	ESE HOSPITAL SAN JOSE	24.401	0	0	5.183	6.045	350	26%	3	0	0	41
BELALCÁZAR	ESE HOSPITAL SAN JOSE DE BELALCAZAR	22.744	0	0	5.408	6.790	276	37%	3	0	0	77
SAMANÁ	ESE HOSPITAL SAN JOSE DE SAMANÁ	49.387	623	0	8.973	6.654	1.320	31%	2	0	0	125
SUPIÁ	ESE HOSPITAL SAN LORENZO DE SUPÍA	24.250	0	0	0	11.400	611	23%	3	0	0	107
ANSERMA	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	53.047	40	0	13.284	6.487	1.930	48%	2	73	0	221
PALESTINA	ESE HOSPITAL SANTA ANA - PALESTINA	12.755	0	0	5.391	9.135	245	16%	2	0	0	63
LA DORADA	ESE SALUD DORADA	21.086	0	0	4.904	0	0	NA	NA	0	0	0
NORCASIA	HOSPITAL DEPARTAMENTO AL SAGRADO CORAZON	13.846	0	0	0	3.377	366	16%	2	0	0	50
VILLAMARÍA	HOSPITAL DEPARTAMENTO AL SAN ANTONIO DE VILLAMARIA CALDAS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	45.704	0	0	15.321	4.291	616	27%	2	0	0	88
MARMATO	HOSPITAL DEPARTAMENTO AL SAN ANTONIO MARMATO CALDAS	11.911	0	0	3.583	4.691	388	30%	3	0	0	46
MARULANDA	HOSPITAL DEPARTAMENTO AL SAN JOSE DE MARULANDA DE MARULANDA CALDAS ESE	5.547	0	0	1.431	558	56	4%	2	0	0	12
MANIZALES	HOSPITAL GERIATRICO SAN ISIDRO ESE	2.587	517	0	0	0	52	82%	10	0	0	0
MARQUETALIA	HOSPITAL SAN CAYETANO	17.794	0	0	6.889	2.623	576	42%	3	0	0	88
SAN JOSÉ	HOSPITAL SAN JOSE	12.230	0	0	2.001	2.439	224	26%	2	0	0	41
AGUADAS	HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS ESE	42.631	0	0	19.224	7.800	979	39%	2	171	5	148
RISARALDA	HOSPITAL SAN RAFAEL	20.971	0	0	9.863	1.919	384	17%	2	0	0	66
ARANZAZU	HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	24.240	438	0	4.798	3.435	457	31%	3	0	0	52

6	IPS	Consultas de medicina general electivas realizadas	Consultas de medicina especializada electivas realizadas	Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	Número de sesiones de odontología realizadas	Consultas de medicina general urgentes realizadas	Total egresos	% ocupacional	Promedio día estancia	Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos, cesáreas y otros obstétricos)	Partos por cesárea	Partos vaginales
<b>SERVICIOS DE MEDIANA COMPLEJIDAD</b>		207.668	71.377	13.324	103.324	81.311	16.852	88%	3	12.811	734	1.860
RIOSUCIO	ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS	62.222	12.471	1.377	44.872	16.317	3.039	83%	3	3.013	243	442
LA DORADA	ESE HOSPITAL SAN FELIX LA DORADA	44.314	24.291	10.798	30.306	34.923	7.876	93%	3	5.281	294	836
CHINCHINÁ	ESE HOSPITAL SAN MARCOS	65.463	21.311	1.149	10.404	22.787	3.932	96%	4	2.564	102	369
SALAMINA	HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUAREZ ESE	35.669	13.304	0	17.742	6.684	2.005	61%	2	1.953	95	193
<b>SERVICIOS DE ALTA COMPLEJIDAD</b>		0	53.001	0	0	5.081	3.370	84%	11	4.757	0	0
MANIZALES	HOSPITAL SANTA SOFIA DE CALDAS ESE	0	53.001	0	0	5.081	3.370	84%	11	4.757	0	0

Fuente: Minsalud – SIHO. Producción reportada por la IPS pública.

Tabla 53. Variación de la producción por niveles de complejidad- Años 2011-2012

SERVICIOS	SERVICIOS BAJA COMPLEJIDAD 2011	SERVICIOS BAJA COMPLEJIDAD 2012	Var %	SERVICIOS DE MEDIANA COMPLEJIDAD 2011	SERVICIOS DE MEDIANA COMPLEJIDAD 2012	Var %	SERVICIOS DE ALTA COMPLEJIDAD 2011	SERVICIOS DE ALTA COMPLEJIDAD 2012	Var %	total 2011	total 2012	Var %
Consultas de medicina general electivas realizadas	709.222	706.249	0%	216.298	207.668	-4%	0	0		925.520	913.917	-1%
Consultas de medicina especializada electivas realizadas	4.839	5.289	9%	67.426	71.377	6%	63.833	53.001	-20%	136.098	129.667	-5%
Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	0	0		13.912	13.324	-4%	0	0		13.912	13.324	-4%
Número de sesiones de odontología realizadas	90.719	211.033	57%	29.964	103.324	71%	0	0		120.683	314.357	62%
Consultas de medicina general urgentes realizadas	187.312	173.913	-8%	79.052	81.311	3%	5.494	5.081	-8%	271.858	260.305	-4%
Total de egresos	16.823	15.901	-6%	17.026	16.852	-1%	4.003	3.370	-19%	37.852	36.123	-5%
% ocupacional	55%	52%	-6%	86%	88%	2%	81%	84%	3%	2	2	0%
Promedio día estancia	2,53	2,5	-1%	2,72	2,77	2%	9,56	11,45	16%	15	17	11%
Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos, cesáreas y otros obstétricos)	551	416	-32%	12.752	12.811	0%	5.376	4.757	-13%	18.679	17.984	-4%
Partos por cesárea	13	5	-160%	803	734	-9%	0	0		816	739	-10%
Partos vaginales	2.750	2.568	-7%	1.970	1.860	-6%	0	0		4.720	4.428	-7%

Fuente: Minsalud – SIHO. Producción reportada por la IPS pública

Se observa en la tabla 53, disminución de las consultas de medicina general electivas en la mediana complejidad en un 4 %.

En cuanto a las consultas electivas de medicina especializada, hay incremento en la mediana complejidad (6%) en el total pero se observa disminución puntual en las ESE San Juan de Dios de Riosucio y Felipe Suárez de Salamina y un decremento del 5 % a expensas de la ESE Hospital Santa Sofía (10.000 consultas).

Las consultas de urgencias por medicina especializada presentan un leve decremento en la mediana (4%), representado en la disminución de 722 consultas en la ESE Hospital San Félix de La Dorada. Con relación a las consultas de urgencias por medicina general se observa decremento en la baja complejidad (8%) al igual que la

alta complejidad El número de sesiones de odontología se incremento en todos los niveles de complejidad en más de un 50 %.

Los egresos disminuyeron en todos los niveles, siendo más notorio en la alta complejidad.

En lo relacionado con la producción de cirugías existe un comportamiento estable en la mediana complejidad y disminución en la alta complejidad (13 %).

El porcentaje ocupacional decrementa en la baja complejidad (6 %) y se incrementa en la mediana y alta complejidad (2% y 3% respectivamente).

El incremento más notorio en el promedio días estancia se onserba en la alta complejidad, el cual pasa de 9.56 días a 11.45 días.

Se denota disminución tanto de los partos vaginales como de los partos por cesárea en la mediana complejidad, alcanzando una proporción de alrededor del 40 % en la relación partos por cesárea – partos vaginales, superando el promedio nacional del 30 %.

## PRODUCCIÓN Y EFICIENCIA

**Tabla 30.** Producción reportada

CONCEPTO	2011	2012	Var %	RC	RS	PPNA	NO POSS	OTROS
...Cirugías grupos 11-13	1.948	1.942	0%	-8%	49%	-86%	-50%	46%
...Cirugías grupos 20-23	876	1.274	45%	35%	92%	-79%	-29%	74%
...Cirugías grupos 2-6	9.733	9.101	-6%	53%	12%	-68%	-69%	-6%
...Cirugías grupos 7-10	6.122	5.667	-7%	40%	19%	-71%	-40%	2%
...Días estancia de los egresos No quirúrgicos (No incluye salud mental, partos, cesáreas y otros obstétricos)	80.091	75.872	-5%	15%	-2%	-46%	-56%	55%
...Días estancia de los egresos obstétricos (Partos, cesáreas y otros obstétricos)	10.246	10.875	6%	45%	6%	-41%	NA	20%
...Días estancia de los egresos quirúrgicos (Sin Incluir partos, cesáreas y otros obstétricos)	36.637	37.957	4%	5%	30%	-76%	-41%	90%
...Días estancia de los egresos salud mental	211	340	61%	-65%	76%	NA	NA	-100%
...Egresos no quirúrgicos (No incluye salud mental, partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	23.777	22.721	-4%	15%	-1%	-44%	-63%	9%
...Egresos obstétricos (partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	7.122	7.090	0%	34%	0%	-48%	NA	-6%
...Egresos quirúrgicos (Sin incluir partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	6.876	6.203	-10%	11%	3%	-61%	-55%	20%
...Egresos salud mental	77	109	42%	-67%	58%	NA	NA	-100%
Citologías cervicovaginales tomadas	66.662	67.432	1%	11%	4%	-45%	NA	-27%
Consultas de medicina especializada electivas realizadas	136.098	129.667	-5%	5%	27%	-34%	-47%	-6%
Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	13.912	13.324	-4%	38%	17%	-52%	-75%	12%
Consultas de medicina general electivas realizadas	925.520	913.917	-1%	1%	1%	-50%	NA	-11%

CONCEPTO	2011	2012	Var %	RC	RS	PPNA	NO POSS	OTROS
Consultas de medicina general urgentes realizadas	271.858	260.305	-4%	5%	-4%	-44%	-9%	12%
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	100.679	96.123	-5%	-19%	-1%	-55%	NA	-17%
Días estancia Cuidados Intensivos	7.394	7.425	0%	-9%	6%	-94%	NA	124%
Días estancia Cuidados Intermedios.	10.342	10.111	-2%	-16%	50%	-88%	-39%	64%
Dosis de biológico aplicadas	311.831	367.521	18%	21%	21%	1%	NA	18%
Exámenes de laboratorio	1.436.542	1.452.126	1%	14%	9%	-45%	-44%	-8%
Exodoncias (cualquier tipo)	36.869	34.280	-7%	0%	-5%	-43%	NA	-3%
Número de imágenes diagnósticas tomadas	183.971	182.172	-1%	17%	8%	-55%	-54%	3%
Número de sesiones de odontología realizadas	324.204	314.357	-3%	-3%	0%	-67%	-100%	-19%
Número de sesiones de otras terapias (sin incluir respiratorias y físicas)	19.663	19.513	-1%	-12%	20%	-47%	-43%	-17%
Número de sesiones de talleres colectivos - PIC-	18.588	12.601	-32%	NA	NA	NA	NA	NA
Número de sesiones de terapias físicas realizadas	87.058	86.901	0%	0%	2%	-81%	-11%	7%
Número de sesiones de terapias respiratorias realizadas	53.914	60.455	12%	6%	31%	-79%	-25%	105%
Número de visitas domiciliarias e institucionales -PIC-	139.687	113.212	-19%	NA	NA	NA	NA	NA
Otras consultas electivas realizadas por profesionales diferentes a médico, enfermero u odontólogo (Incluye Psicología, Nutricionista, Optometria y otras)	16.259	16.930	4%	1%	20%	1%	-14%	-16%
Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	87.833	80.696	-8%	-30%	-4%	-81%	NA	-51%
Pacientes en Cuidados Intermedios	1.372	1.317	-4%	-20%	55%	-85%	-39%	36%
Pacientes en Observación	19.328	21.816	13%	4%	23%	-42%	12%	9%
Pacientes Unidad Cuidados Intensivos	1.156	987	-15%	-22%	-3%	-93%	NA	28%
Partos por cesárea	816	739	-9%	41%	-13%	-82%	NA	-23%
Partos vaginales	4.720	4.428	-6%	12%	-5%	-41%	NA	-20%
Sellantes aplicados	115.893	118.064	2%	25%	-1%	30%	NA	65%
Superficies obturadas (cualquier material)	309.901	332.574	7%	-2%	10%	-42%	NA	-28%
Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos, cesáreas y otros obstétricos)	18.679	17.984	-4%	37%	19%	-70%	-52%	10%
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	120.683	121.487	1%	0%	4%	-53%	NA	-22%
Total de días cama disponibles	302.238	290.174	-4%	NA	NA	NA	NA	NA
Total de días cama ocupados	196.289	185.866	-5%	NA	NA	NA	NA	NA
Total de días estancia de los egresos	127.185	125.044	-2%	12%	5%	-55%	-48%	70%
Total de egresos	37.852	36.123	-5%	17%	0%	-48%	-59%	11%
Total de tratamientos terminados	65.120	72.414	11%	7%	13%	-54%	NA	-15%

CONCEPTO	2011	2012	Var %	RC	RS	PPNA	NO POSS	OTROS
<b>Total general</b>	<b>5.753.832</b>	<b>5.747.236</b>	<b>0%</b>	<b>9%</b>	<b>6%</b>	<b>-39%</b>	<b>-45%</b>	<b>1%</b>

Fuente: Minsalud – SIHO. Producción reportada por la IPS pública

En la tabla 53, se observa que el mayor incremento en la producción de servicios de salud se tiene en en régimen subsidiado, a excepción de los egresos no quirúrgicos, en las cirugías de los grupos 2-6 y 7-10, así como los días estancia de los egresos obstétricos, en las citologías cervicouterinas y en las consultas de urgencias por medicina especializada, al igual que en los partos por cesárea y partos vaginales, en los cuales la mayor producción se presenta en el régimen contributivo.

## CAPACIDAD INSTALADA

Tabla 31. Variación capacidad instalada la IPS pública y producción de servicios

Capacidad	Total 2011	Total 2012	Var %	Y%
Camas de hospitalización	827	805	-3%	-5%
Camas de observación	165	176	7%	13%
Consultorios de consulta externa	268	250	-7%	-2%
Consultorios en el servicio de urgencias	55	58	5%	-4%
Mesas de partos	45	41	-9%	-7%
Número de unidades de odontología	131	133	2%	-3%
Salas de quirófanos	17	18	6%	-4%
<b>Total general</b>	<b>1.508</b>	<b>1.481</b>	<b>-2%</b>	

Fuente: Minsalud – SIHO. Producción y capacidad instalada

## RECURSO HUMANO

Tabla 32. Recursos humano de plantas de personal – Año 2012

MUNICIPIO	IPS	TOTAL	OPERATIVO	%	APOYO	%	0188
	IPS NIVEL 1	362	178	49%	184	51%	
MANIZALES	ASSBASALUD ESE	59	33	56%	26	44%	
PÁCORA	E.S.E HOSPITAL SANTA TERESITA DE PACORA	4	2	50%	2	50%	SI
NEIRA	ESE DEPARTAMENTAL HOSPITAL SAN JOSE DE NEIRA	15	7	47%	8	53%	SI
VICTORIA	ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN SIMON	11	3	27%	8	73%	
LA MERCED	ESE HOSPITAL LA MERCED	5	2	40%	3	60%	
PENSILVANIA	ESE HOSPITAL LOCAL SAN JUAN DE DIOS	15	6	40%	9	60%	SI

MUNICIPIO	IPS	TOTAL	OPERATIVO	%	APOYO	%	0188
MANZANARES	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE MANZANARES CALDAS	9	3	33%	6	67%	SI
FILADELFIA	ESE HOSPITAL SAN BERNARDO	10	6	60%	4	40%	SI
VITERBO	ESE HOSPITAL SAN JOSE	14	6	43%	8	57%	
BELALCÁZAR	ESE HOSPITAL SAN JOSE DE BELALCAZAR	13	7	54%	6	46%	SI
SAMANÁ	ESE HOSPITAL SAN JOSE DE SAMANA	18	8	44%	10	56%	
SUPÍA	ESE HOSPITAL SAN LORENZO DE SUPIA	15	8	53%	7	47%	
ANSERMA	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	17	12	71%	5	29%	
PALESTINA	ESE HOSPITAL SANTA ANA - PALESTINA	18	7	39%	11	61%	
LA DORADA	ESE SALUD DORADA	8	3	38%	5	63%	
NORCASIA	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAGRADO CORAZON	7	3	43%	4	57%	
VILLAMARÍA	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE VILLAMARIA CALDAS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	12	5	42%	7	58%	
MARMATO	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO MARMATO CALDAS	12	5	42%	7	58%	
MARULANDA	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JOSE DE MARULANDA DE MARULANDA CALDAS ESE	10	6	60%	4	40%	
MANIZALES	HOSPITAL GERIATRICO SAN ISIDRO ESE	31	15	48%	16	52%	
MARQUETALIA	HOSPITAL SAN CAYETANO	7	4	57%	3	43%	SI
SAN JOSÉ	HOSPITAL SAN JOSE	10	5	50%	5	50%	
AGUADAS	HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS ESE	17	6	35%	11	65%	SI
RISARALDA	HOSPITAL SAN RAFAEL	16	10	63%	6	38%	
ARANZAZU	HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	9	6	67%	3	33%	
	<b>IPS NIVEL 2</b>	<b>94</b>	<b>51</b>	<b>54%</b>	<b>43</b>	<b>46%</b>	
RIOSUCIO	ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS	33	17	52%	16	48%	SI
LA DORADA	ESE HOSPITAL SAN FELIX - LA DORADA	24	13	54%	11	46%	SI
CHINCHINÁ	ESE HOSPITAL SAN MARCOS	19	11	58%	8	42%	SI
SALAMINA	HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUAREZ ESE	18	10	56%	8	44%	SI
	<b>IPS NIVEL 3</b>	<b>21</b>	<b>7</b>	<b>33%</b>	<b>14</b>	<b>67%</b>	
MANIZALES	HOSPITAL SANTA SOFIA DE CALDAS ESE	17	6	35%	11	65%	SI

Fuente: Minsalud – SIHO. Recurso Humano reportado por las IPS públicas 2012

De la tabla anterior se observa que los hospitales que no están incluidos en el Convenio N° 0188 de noviembre de 2004, conservan una proporción de cargos en la planta de personal superior para aquellos de carácter administrativo y que los hospitales incluidos en el convenio han modificado sus plantas de personal de acuerdo con las metas establecidas en este.

En la actualidad los hospitales de la red pública afrontan una situación crítica relacionada con la vinculación de talento humano asistencial, dada la jurisprudencia y la normatividad relacionada que obligan a que dicho talento humano no se puede vincular a través de cooperativas y con relación a los contratos de prestación de servicios, lo dispuesto por la sentencia C - 614 de 2009.

La continua reglamentación, la alta rotación de personal, la dificultad para identificar y aplicar las competencias de cada uno de los actores, la descontextualización para el usuario residente en sitios diferentes a las grandes ciudades, en especial para quienes habitan en el área rural y regiones apartadas, la vinculación de personal poco idóneo a las entidades del sector, entre otros, son factores que influyen en el adecuado desarrollo de la prestación de los servicios de salud, y en la obtención de avances en los resultados de salud pública.

Especial comentario merece la vinculación de profesionales en servicio social obligatorio, por la alta dependencia de los hospitales de baja complejidad de estos profesionales y los problemas de índole legal que se han generado.

En el departamento de Caldas la mayoría de empleados se encuentran afiliados a los sindicatos de SINDES y ANTHOC, con quienes los Hospitales y Empresas Sociales del Estado han negociado convenciones de manera conjunta o individual, en este último caso se encuentran los Hospitales de Caldas ESE y el Hospital Geriátrico San Isidro ESE.

Para el año 2003, los hospitales negociaron de manera conjunta el pliego de peticiones presentado por SINDES, se adelantaron todas las etapas de negociación, sin que fuera posible que las partes se pusieran de acuerdo, por lo que mediante Resolución del mayo 23 de 2003, el Ministerio de la Protección Social citó a Tribunal de Arbitramento.

Los Hospitales y Empresas Sociales del Estado que negociaron de manera conjunta se enuncian en la siguiente tabla.

**Tabla 33.** Hospitales con convención colectiva con SINDES

DEPARTAMENTO DE CALDAS  
HOSPITALES CON CONVENCION COLECTIVA CON SINDES

SUBREGION	MUNICIPIO	INSTITUCION
ALTO-OCCIDENTE	Marmato	HOSPITAL SAN ANTONIO
	Supía	ESE HOSPITAL SAN LORENZO
BAJO-OCCIDENTE	Anserma	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL
	Belalcázar	ESE HOSPITAL SAN JOSE
	San José	HOSPITAL SAN JOSE
	Viterbo	ESE HOSPITAL SAN JOSE
	Neira	HOSPITAL SAN JOSE
	Villamaría	HOSPITAL SAN ANTONIO
MAGDALENA-CALDENSE	Samaná	CENTRO DE SALUD FLORENCIA
		CENTRO DE SALUD SAN DIEGO
		HOSPITAL SAN JOSE
	Victoria	HOSPITAL SAN SIMON
NORTE	Aguadas	ESE HOSPITAL SAN JOSE
	Aranzazu	HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL

SUBREGION	MUNICIPIO	INSTITUCION
	Filadelfia	ESE HOSPITAL SAN BERNARDO
	La Merced	ESE HOSPITAL LA MERCED
	Salamina	CENTRO DE SALUD SAN FELIX
ORIENTE-CERCANO	Manzanares	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO
	Marulanda	CENTRO DE SALUD MONTEBONITO
		HOSPITAL SAN JOSE
ALTO-OCCIDENTE	Riosucio	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
MAGDALENA-CALDENSE	La Dorada	ESE HOSPITAL SAN FELIX
NORTE	Salamina	ESE HOSPITAL FELIPE SUAREZ
DEPARTAMENTO	Manizales	ESE HOSPITAL SANTA SOFIA

Fuente: reportes de información presentados por las IPS de red pública departamental –

En la actualidad estas instituciones reconocen a sus empleados los beneficios de Ley, por cuanto no han otorgado otras prerrogativas al sindicato. En su gran mayoría los funcionarios de la red pública están afiliados a los sindicatos SINDESS y ANTHOC.

Tabla 34. DEPARTAMENTO DE CALDAS HOSPITALES CON CONVENCION COLECTIVA CON ANTHOC

COMPLEJIDAD	SUBREGION	MUNICIPIO	INSTITUCION
BAJA/MEDIA COMPLEJIDAD	Magdalena-Caldense	Chinchiná	ESE HOSPITAL SAN MARCOS
MEDIA/ALTA COMPLEJIDAD	Departamento	Manizales	HOSPITAL DE CALDAS ESE
	Departamento	Manizales	ESE HOSPITAL GERIATRICO SAN ISIDRO

Fuente: reportes de información presentados por las IPS de red pública departamental

## APORTES PATRONALES EN LA RED DE IPS PÚBLICAS DE CALDAS.

**CESANTÍAS.** Según información para ser cancelado por participaciones, aportes patronales, todas las instituciones del departamento tienen a sus funcionarios afiliados a Fondos de cesantías privados como; Protección, Porvenir, Colfondos y Fondo Nacional del Ahorro. S/Santander y Horizontes, así como en el Fondo Nacional del Ahorro. En la actualidad 27 Instituciones del Departamento Caldas hacen parte del contrato de concurrencia del pasivo prestacional, suscrito entre el Departamento y el Ministerio de Salud. Para el Municipio de Manizales se suscribió el contrato para 3 Instituciones.

**PENSIONES.** Igualmente en la misma información se encuentra el reporte de fondos de pensiones, a los cuales tienen afiliados a los funcionarios, como son; Protección, Porvenir, Colfondos, Santander, Horizonte.

**SALUD.** Los funcionarios se encuentran afiliados a diversas entidades promotoras de salud como son; Coomeva, Colmena, Colseguros, Salucoop, Famisanar, Sanitas, Salud Total, S.O.S., Humana Vivir y Seguro Social.

**RIESGOS PROFESIONALES.** Igualmente se encuentran afiliados a riesgos profesionales, en las siguientes administradoras de riesgos profesionales; Bolívar, Colseguros, Colpatría, Agrícola de Seguros, Suratep y Seguro Social.

## **7. ANÁLISIS DE LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**

De acuerdo con lo dispuesto para la red departamental de servicios y su distribución por subregiones, las instituciones de baja complejidad remiten sus usuarios hacia su nodo regional especialmente en el régimen subsidiado, en el régimen contributivo las EPS o contratan con instituciones privadas o tienen su red dispuesta en otra ciudades, lo que desmejora notoriamente la oportunidad de las atenciones. Sólo en aquellos municipios donde existen Centros de Salud se realizan remisiones a la ESE dentro del ámbito local y generalmente para hospitalización, realización de paraclínicos, requerimientos de especialidades.

En la mediana complejidad, el 90 % de los pacientes que reciben corresponden a remisiones de su subregión y en algunos casos como en la ESE Hospital La Dorada recibe usuarios de municipios de otros departamentos como Cundinamarca, Tolima, Santander y Boyacá.

Las principales especialidades que son requeridas por los pacientes remitidos son: medicina interna, ortopedia, pediatría, urología, cirugía general, oftalmología, ginecoobstetricia y siquiatria.

Especial connotación tiene los pacientes con patologías mentales por cuanto en el departamento sólo existe una Institución que oferta servicios de siquiatria de alta complejidad ubicada en la ciudad de Manizales.

Las principales causas de rechazo de las remisiones son: No existencia de red por parte de la EPS, no contrato con la EPS, no pago por la EPS, no oferta de la especialidad.

Por regímenes, el 60% corresponde a usuarios del régimen subsidiado, el 36 % al régimen contributivo y el resto a población pobre no afiliada.

Como se ha mencionado anteriormente, del análisis de la referencia de pacientes desde los servicios ambulatorios y hospitalarios, en la baja complejidad se tienen índices de resolutivez de más del 90 %.

Se observa que la ESE Assbasalud de Manizales, genera el 41.43 del total departamental de las remisiones por los servicios ambulatorios y hospitalarios y el 16.78 por el servicio de urgencias.

En cuanto a la remisiones para la atención del parto en niveles superiores, se observa que en las ESE San marcos de Chinchiná (92), San Félix de La Dorada (54), junto con las ESE San José de Neira, San Juan de Dios de Pensilvania y San Cayetano de Marquetalia, son las instituciones que más aportan en el número de gestantes remitidas.

Es de anotar que algunas instituciones principalmente de la ciudad de Manizales cerraron los servicios de obstetricia de mediana y alta complejidad y unidad de cuidados intensivo neonatales, como en el caso de la IPS Instituto del Corazón y la Clínica La Presentación.



**Tabla 35.** Remisiones desde servicios ambulatorios y hospitalarios – Urgencias y para la atención de partos 2012.

Municipio	IPS	No. de pacientes remitidos a niveles superiores desde servicio ambulatorio y hospitalario	No. de pacientes remitidos desde el servicio de urgencias a niveles superiores	No. de pacientes remitidos para la atención del parto a niveles superiores	Total general
<b>IPS NIVEL 1</b>		<b>73.979</b>	<b>8.964</b>	<b>1.096</b>	<b>84.039</b>
MANIZALES	ASSBASALUD ESE	30.651	1.505	60	32.216
PÁCORÁ	E.S.E HOSPITAL SANTA TERESITA DE PACORA	2.371	233	52	2.656
NEIRA	ESE DEPARTAMENTAL HOSPITAL SAN JOSE DE NEIRA	6.178	537	81	6.796
VICTORIA	ESE DEPARTAMENTAL HOSPITAL SAN SIMON	1.088	180	19	1.287
LA MERCED	ESE HOSPITAL LA MERCED	453	77	18	548
PENSILVANIA	ESE HOSPITAL LOCAL SAN JUAN DE DIOS	2.072	377	80	2.529
MANZANARES	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE MANZANARES CALDAS	892	623	39	1.554
FILADELFIA	ESE HOSPITAL SAN BERNARDO	769	359	59	1.187
VITERBO	ESE HOSPITAL SAN JOSE	1.432	508	63	2.003
BELALCÁZAR	ESE HOSPITAL SAN JOSE DE BELALCAZAR	2.125	285	44	2.454
SAMANÁ	ESE HOSPITAL SAN JOSE DE SAMANA	230	204	33	467
SUPIÁ	ESE HOSPITAL SAN LORENZO DE SUPIA	881	843	88	1.812
ANSERMA	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	2.327	476	65	2.868
PALESTINA	ESE HOSPITAL SANTA ANA - PALESTINA	955	702	80	1.737
LA DORADA	ESE SALUD DORADA	10.931	0	0	10.931
NORCASIA	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAGRADO CORAZON	565	200	29	794
VILLAMARÍA	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE VILLAMARIA CALDAS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	2.523	376	52	2.951

Municipio	IPS	No. de pacientes remitidos a niveles superiores desde servicio ambulatorio y hospitalario	No. de pacientes remitidos desde el servicio de urgencias a niveles superiores	No. de pacientes remitidos para la atención del parto a niveles superiores	Total general
MARMATO	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO MARMATO CALDAS	737	193	28	958
MARULANDA	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JOSE DE MARULANDA DE MARULANDA CALDAS ESE	387	63	2	452
MANIZALES	HOSPITAL GERIATRICO SAN ISIDRO ESE	62	0	0	62
MARQUETALIA	HOSPITAL SAN CAYETANO	1.269	127	90	1.486
SAN JOSÉ	HOSPITAL SAN JOSE	266	23	8	297
AGUADAS	HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS ESE	1.529	315	44	1.888
RISARALDA	HOSPITAL SAN RAFAEL	1.374	209	39	1.622
ARANZAZU	HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	1.912	549	23	2.484
<b>IPS NIVEL 2</b>		<b>17.658</b>	<b>3.032</b>	<b>177</b>	<b>20.867</b>
RIOSUCIO	ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS	195	400	23	618
LA DORADA	ESE HOSPITAL SAN FELIX - LA DORADA	8.033	1.610	54	9.697
CHINCHINÁ	ESE HOSPITAL SAN MARCOS	8.392	920	92	9.404
SALAMINA	HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUAREZ ESE	1.038	102	8	1.148
<b>IPS NIVEL 3</b>		<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>3</b>
MANIZALES	HOSPITAL SANTA SOFIA DE CALDAS ESE	2	1	0	3
<b>TOTAL</b>		<b>91.639</b>	<b>11.997</b>	<b>1.273</b>	<b>104.909</b>

Fuente: Minsalud – SIHO información de calidad reportado por las IPS públicas año 2012

## SECTOR INTEGRACION Y DESAROLLO SOCIAL

De acuerdo con la información de la Dirección de Planeación Nacional del ICBF Sede Nacional, tomados de datos Sisben, 60.264 niños y niñas menores de 5 años pertenecen a Sisben 1y 2 y en 2010 son atendidos por programas del Estado 74,243, así: 33.512 en programas ICBF (Hogares Comunitarios, Hogares Infantiles, Jardín Comunitario, Desayunos infantiles y Colombia Nutrida) 10.623 son atendidos por Acción Social, 18.267 por el Ministerio de Educación Nacional a través de los entornos institucionales y familiares, convenio ludotecas y matriculas de preescolar en establecimientos educativos.

En 2012 en Caldas la franja poblacional de primera infancia fue de 97.996 niños y niñas en (Proyección DANE), comparativamente el censo 2005 mostraba que este grupo poblacional era de 102.801, razones como la caída de la natalidad y fecundidad, la migración explican el comportamiento descendente de la primera infancia en Caldas.

En el contexto cultural caldense, el sexo tiene una afectación directa con el acceso a las oportunidades de desarrollo, las cifras evidencian porcentajes equilibrados entre la población de niños 51% y niñas 49% en primera infancia, pero también retan a una revisión de la participación en programas de atención integral que garanticen que tanto niños como niñas tengan las mismas oportunidades de desarrollo, desde una realización optima en cada una de las áreas del derecho.

En cuanto a la tasa de violencia familiar y sexual en Caldas desde el 2009 a 2011 presenta una disminución significativa, pues pasó de una tasa de 184 en 2009 a 76 en 2011 por 100.000 habitantes, lo que se atribuye a problemas en la gestión de la notificación. El departamento de Caldas en 2012 presentó una tasa de 177 casos por 100.000 habitantes<sup>1</sup>. Comparado con la nacional para este mismo año (195 por 100.000 habitantes) tenemos que la tasa nacional es más alta que la del departamento. (Medicina Legal en su publicación Forensis).

Mientras que en el caso de los hombres se ven afectado principalmente por la violencia física y la negligencia. La gestación es un factor de riesgo para ser maltratada, en este grupo de casos, 39 mujeres son gestantes.

El 67.8 % de los agresores son hombres, el resto son mujeres. El comportamiento según escolaridad se concentran en la secundaria (39.7 %) y primaria (35.1 %). La ocupación del agresor es principalmente trabajador ( 61.8 %), comparativamente con la ocupación del agredido que es "hogar" permite identificar un patrón frecuente en esta forma de relación donde la dependencia (económica) de la persona afectada es uno de los factores que refuerza y sostiene este tipo de relación. El 12. 1 % se encuentra desempleado. El 14.6 % de los agresor conviven con la víctima de violencia lo que es coherente con que esta violencia se presenta entre miembros de la familia. FACTORES ASOCIADOS AL HECHO Como factores asociados a la violencia en estos casos se señala para casi la mitad de los casos los problemas emocionales (50 %); el consumo de alcohol (21 %) los problemas económicos (15 %), el

consumo de drogas ilícitas (10 %). En menor proporción se encuentran los trastornos mentales. Si se suman los factores de consumo de drogas legales (alcohol) e ilegales encontramos que es un importante factor de riesgo que actúa como disparador de las situaciones de violencia, lo que indica la necesidad de trabajar de manera articulada los temas de prevención de consumo y violencia.

La población juvenil entre 14 y 26 años del departamento de Caldas, según censo DANE 2005, estimada para el 2007 era de 237.130 jóvenes, de los cuales 97.789 tenían entre 14 y 18 años, 74.413 de 19 a 22 años y de 64.928 de 23 a 26 años. El tamaño de la muestra para esta investigación fue 4.479 jóvenes distribuida proporcionalmente al tamaño de cada uno de los 27 municipios, siguiendo las variables de, género, vinculación al sistema educativo, grupo etario, zona de ubicación de la vivienda (urbana rural).

Es importante señalar que a partir del año 2013 con la entrada en vigencia de la Ley Estatutaria 1622 Estatuto de Ciudadanía Juvenil generó una serie de cambios en la legislación juvenil, aumentando el rango de edad de la población joven hasta los 28 años de edad y definió una serie de nuevas responsabilidades y competencias que Alcaldías y Gobernaciones debemos asumir en pro de garantizar espacios de participación para diferentes sectores juveniles, como son los consejos municipales de juventud, las plataformas juveniles y las asambleas juveniles.

La nueva ley hace especial énfasis en:

- Garantía de derechos
- Incidencia política
- Desarrollo de capacidades
- Inversión pública
- Cualificación de autoridades
- Relaciones equitativas
- Enfoque diferencial
- Sanciones y garantías
- El carácter jurídico de la ley de juventud fue aumentado.
- Establecimiento de un procedimiento y tiempos para la formulación de la política pública de juventud.
- Fortalecimiento de la estructura institucional territorial de juventud.
- Aumento y fortalecimiento de las instancia de participación formal de los jóvenes.
- Adopción de medidas para la rendición de cuentas, sanciones y garantía de los derechos estipulados en la ley.
- Herramientas para el fortalecimiento del CONTROL SOCIAL por parte de los jóvenes.

Los Grupos Poblaciones comprenden la población más vulnerable del Departamento y corresponde a personas en situación de discapacidad, víctimas de la violencia, trata de personas, población carcelaria, adultos mayores, que requieren un trato especial y atención preferencial por parte del Estado.

En Caldas están identificados 63 centros institucionalizados de atención para la tercera edad, atención a población carcelaria en centros de reclusión y programas de atención a personas en situación de discapacidad en coordinación con la Territorial de Salud. En cuanto a la población víctimas de la Violencia se requiere la implementación de la Leyes de Víctimas y de Tierras.

En el Departamento de Caldas la actividad económica artesanal involucra un gran número de familias que entre hombres y mujeres aproximadamente reúne 900 ciudadanos de los diferentes municipios del departamento, convirtiéndose en los últimos años para el 40% de esta población en una fuente de ingresos vital para el sostenimiento de las mismas.

En el Departamento de Caldas, existen 1628 Organismos Comunales de primero, segundo y tercer grado, entre Juntas de Acción Comunal, Juntas de Vivienda Comunitaria, Asociaciones de Juntas de Acción Comunal y una Federación, de las cuales a la Secretaría de Integración y Desarrollo Social- Unidad de Desarrollo a la Comunidad, en virtud de la Ley 743 de 2002 y Decretos Reglamentarios 2350 de 2003 y 890 de 2008, le corresponde ejercer el control, inspección y vigilancia a 1458 Organismos Comunales en 26 municipios del Departamento de Caldas, exceptuando a Manizales, en razón a su categoría.

Conforme lo dispone el Decreto Reglamentario 2350 de 2003 en el artículo 32 Parágrafo I. “La organización Comunal adoptará a través de su estructura comunal la estrategia de Formación de Formadores para la capacitación de sus afiliados, en cooperación con las entidades de Control, Inspección y Vigilancia y establecerá los mecanismos para su implementación”.

Asimismo, con fundamento en la Ley 743 de 2002 el 29 de Abril de 2012 se realizaron elecciones comunales en Colombia, fecha en la cual se eligieron dignatarios en 1.128 Juntas de Acción Comunal para el periodo comprendido entre el 01 de Julio de 2012 y 30 de Junio de 2016.

Por su parte, Caldas ha sido uno de los departamentos pioneros en la creación de los CONES Consejos regional y locales creados en vigencias anteriores en virtud de la Ley 454 de 1998, su constitución y elección se justifican en razón a que el departamento presenta significativos índices elevados de Asociatividad, según datos de Confecoop en cuanto se refiere a organizaciones de economía solidarias en caldas hay 325 organizaciones solidarias, (1628) organismos comunales de primero, segundo y tercer grado, entre Juntas de Acción Comunal, Asociaciones de Juntas y una Federación de Acción Comunal Departamental que de acuerdo con la Ley 743 de 2002 en su definición son de naturaleza solidaria, Es importante observar, que las organizaciones comunales tienen dentro de su estructura orgánica en la directiva un **órgano denominado Comisión Empresarial**, encargado de promover la creación de Empresas o proyectos rentables en beneficio de la comunidad, estrategia para la generación de empleo.

Entre tanto, se observa la gran variedad de organizaciones sociales y solidarias, que trabajan con fortaleza por el desarrollo económico, humano y sociocultural de los 27 municipios en las seis Subregiones del Departamento de Caldas, estas organizaciones tienen diversos niveles de agremiación

y su conocimiento e interlocución con otras organizaciones sociales y solidarias es muy bajo, destacándose los municipios del oriente de Caldas.

Respecto a proyectos de Cooperación Internacional, la Unidad de Desarrollo a la Comunidad ha venido gestionando Proyectos de Cooperación Económica ante la Embajada del Japón en Colombia en distintas áreas y de Cooperación Técnica ante la Agencia de Cooperación Internacional del Japón JICA con el Programa de Jóvenes Voluntarios y Senior, en transferencia de conocimientos en distintas disciplinas, becas en formación de recursos humanos, y ante la Agencia de Cooperación Alemana GIZ, Programa CERCAPAZ, transferencia metodológica a la Red de Cultura Ciudadana y Democracia de Caldas. Igualmente, la Secretaría a través de la UDC, en coordinación con la Secretaría de Planeación y la Alianza Suma con el apoyo de los Municipios Manzanares y Anserma, ha venido realizando gestiones para la implementación de la Estrategia de Desarrollo Local OVOP Un Pueblo Un Producto, basado en tres principios, Pensando Globalmente y Actuando Localmente, Creatividad, Autogestión e Innovación y Formación de Recursos Humanos. La Gestión de Proyectos de Cooperación Internacional se ha constituido como una estrategia fundamental para contribuir en el desarrollo local y en el mejoramiento de las condiciones de vida de la población Caldense.

La comunidad indígena de Caldas fue caracterizada en el año 2004 y principios del año 2005, haciéndose necesario su actualización, en la parte cartográfica y de la población que permita conocer la comunidad escolarizada y desescolarizada, desplazada víctimas, hombres, mujeres lo cual nos permite sustentar proyectos del orden municipal, departamental, nacional e internacional, de acuerdo al censo de 2005 es de 43.000 indígenas, tiene 7 resguardos legalmente constituidos y 5 parcialidades con reconocimiento étnico y tres asentamientos indígenas.

En cuanto a la comunidad afrocolombiana en el censo 2005, existen 23.000 afrocolombianos en nuestro departamento asentados en los municipios de Marmato, Supía, Palestina, Manizales, La Dorada y Victoria.

Esta comunidad ha accedido a beneficios que por ley le competen, creación de organizaciones de base, constitución de consultiva departamental, creación de comisión pedagógica departamental, creación de un concejo comunitario y delegados ante la comisión consultiva de alto nivel en Bogotá, ante la comisión pedagógica nacional, y ante el concejo departamental de planeación.

En cuanto al tema de familia se deberán desarrollar acciones que busque fortalecer los entornos protectores familiares que promuevan los vínculos y relaciones del núcleo familiar, prevengan la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil, abuso sexual y motiven la escolarización, para prevenir, la deserción escolar, el crimen, el reclutamiento en grupos ilegales, el trabajo infantil, el consumo de sustancias psicoactivas y los embarazos en adolescentes, entre otros.

El Plan de Desarrollo Departamental de Caldas “Caldas, en la Ruta de la Prosperidad”, siendo nuestra carta de navegación hasta el 2015 enmarcará en la línea estratégica 1: “Desarrollo y Bienestar Social e Igualdad de Oportunidades” las acciones que por la infancia y la adolescencia se realizarían a través

de: el fortalecimiento de los Consejos Municipales de Política Social para todo el departamento, La Promoción de derechos y deberes de la primera infancia, la infancia, la adolescencia y la familia, la unificación de un Sistema de información para la atención de la población vulnerable. Estos tres proyectos consolidan el objetivo máximo de la “adopción de la Política Pública departamental de primera infancia, infancia, adolescencia y familia” y que la ley 1098 de 2006 hace corresponsables a los entes territoriales.

Esta política trazará una implementación del Plan de Gestión para el 2014, toda vez que esta política pública, tiene un escenario de legitimidad y movilización social y también de evaluación y monitoreo el cual podemos dinamizar a través de los Consejos de Política Social con sus mesas técnicas y temáticas, como eje transversal en el desarrollo de los territorios por su enfoque poblacional y de derechos.

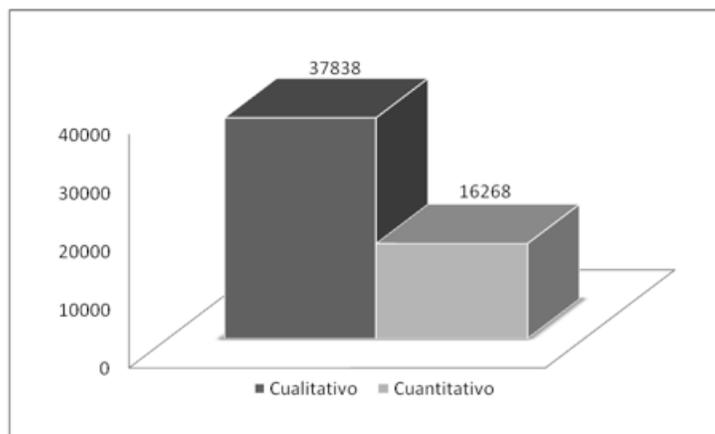
El Departamento de Caldas con sus 27 municipios plantea la construcción de la Política Pública de primera infancia, infancia, adolescencia y familia dirigida a los momentos vitales de 0 a 17 años y toma la familia como contexto en un espacio donde los niños, niñas y adolescentes se desarrollan y se puede tomar como un modelo de gestión pública, desde el sentido que es una política departamental que albergará todos los municipios.

## SECTOR VIVIENDA

Este sector cumple con el precepto del artículo 51 de la Constitución Nacional de 1.991 que establece que “Todos los colombianos tienen derecho a vivienda digna”. Así mismo establece que el Estado fijara las condiciones necesarias para hacer efectivo este derecho y promoverá planes adecuados de vivienda de interés social, sistemas adecuados de financiación a largo plazo y formas asociativas de ejecución de estos programas de vivienda”. En cumplimiento de esta norma y de las funciones constitucionales de complementariedad, concurrencia y subsidiaridad, el Departamento de Caldas tiene previsto apoyar técnica, social y económicamente las iniciativas municipales para dar respuesta al déficit cualitativo y cuantitativo de la vivienda en Caldas, que afecta a 50.377 hogares Caldeses (Censo Déficit de Vivienda DANE 2005 – ejecución últimos dos años).

El déficit cualitativo en Caldas, es de 34.838 y hace referencia a las viviendas que se encuentran por debajo de lo que socialmente se ha determinado como estándar mínimo de habitabilidad de la población, es decir, hogares que habitan en viviendas inadecuadas o construidas con material precario o inestable, o que residen en condiciones de hacinamiento, o que no cuentan con servicios sanitarios o servicios públicos o carecen de un lugar adecuado para preparar los alimentos. El déficit cuantitativo que afecta, según el censo DANE 2005 (menos las 729 construidas en los últimos dos años), es de aproximadamente 15.539 familias de Caldas; equivale al 1,4 por ciento total del déficit de vivienda en el país.

Diagnóstico realizado por la Secretaria de Vivienda de Caldas



En Colombia el déficit de vivienda urbana supera el millón de unidades. Para atender esta falencia será necesario habilitar 7.000 hectáreas de suelo urbanizable en todo el país y Caldas no es la excepción, pues la mayoría de los municipios carecen de suelos para la construcción de vivienda de interés social y/o Prioritaria, que permita disminuir el déficit logrando un equilibrio demanda-oferta.

Fomentar la construcción y garantizar el acceso al financiamiento es indispensable para reducir el déficit de vivienda en Colombia, que afecta el 28% de los hogares. El Gobierno reconoce que dicho déficit alcanza los 2,1 millones de unidades habitacionales, de las cuales 1,4 millones equivalen al déficit cuantitativo y 700.000 corresponden a aquellas susceptibles de ser mejoradas en términos de calidad y servicios (déficit cualitativo).

### **Problemática de la Vivienda Propia en Caldas.**

Este tema es sensible si se tiene en cuenta, en primer lugar, que el crecimiento poblacional supera significativamente el crecimiento de la producción de vivienda nueva, es decir mientras que el crecimiento poblacional esta alrededor del 1.6%, las viviendas que se construyen nuevas en el Departamento por año no superan las 1.500 unidades (en todo tipo de estrato), es decir menos del 1%.

En segundo lugar, el déficit de vivienda es más complejo en las ciudades, donde se encuentra la mayor población de un Municipio. Esta situación es más preocupante ya que el Gobierno estima que para el año 2019 la presión demográfica incrementara la población de las cabeceras municipales en 10 millones de habitantes y es allí donde el déficit es mayor y no se encuentra con terrenos aptos y urbanizados para la construcción de nueva vivienda.

En tercer lugar, cualquier política que busque cambiar el esquema de tenencia de vivienda y reducir el déficit habitacional debe tener en cuenta las condiciones socioeconómicas de la población, ya que su nivel de ingreso indica la capacidad de los hogares para acceder a vivienda propia.

Actualmente, el 56% de los hogares urbanos es propietario de vivienda, el 36,7% vive en arriendo y el 7,3% restante permanece bajo otro esquema de tenencia, como usufructo u ocupación de hecho.

Ahora bien, la situación es más preocupante si se tiene en cuenta la mala distribución del ingreso y la riqueza en el país. Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), el 73% de los hogares colombianos tiene ingresos inferiores a cuatro salarios mínimos, buena parte del cual está en el sector informal; un 17% dispone de ingresos entre cuatro y ocho salarios mínimos, y el 10% restante cuenta con más de ocho salarios mínimos. Estos dos últimos grupos se caracterizan por ser urbanos y con actividad económica formal.

### **Mejor Calidad de la Vivienda**

Pocos elementos en la vida de cualquier individuo pesan tanto como la oportunidad de tener una vivienda con condiciones adecuadas, que permita el libre desarrollo de las actividades y capacidades de sus integrantes, brinde un espacio para la convivencia y se convierta en el centro de la interacción familiar. Desde esta perspectiva un análisis sobre la vivienda no puede limitarse a la interioridad de la unidad sino que debe ampliarse a las variables de entorno, y de manera especial a la comprensión de

las fuerzas acumulativas que conducen el proceso de urbanización y las consecuentes desigualdades intra e inter.

18 El derecho a la vivienda adecuada ha obtenido un reconocimiento muy amplio como un derecho humano fundamental y ha sido reconocido en una serie de instrumentos Internacionales y declaraciones, instrumentos regionales y leyes nacionales dentro de las que se destacan: la mención del derecho a la vivienda adecuada en la Declaración

La interacción de esta serie de fenómenos se expresa en el concepto de habitabilidad, el cual desde su dimensión positiva puede ser entendido como la combinación de vivienda y entorno, pudiéndose desagregar en los siguientes componentes: (Giraldo, García, Ferrari, & Bateman, 2009, pág. 218).

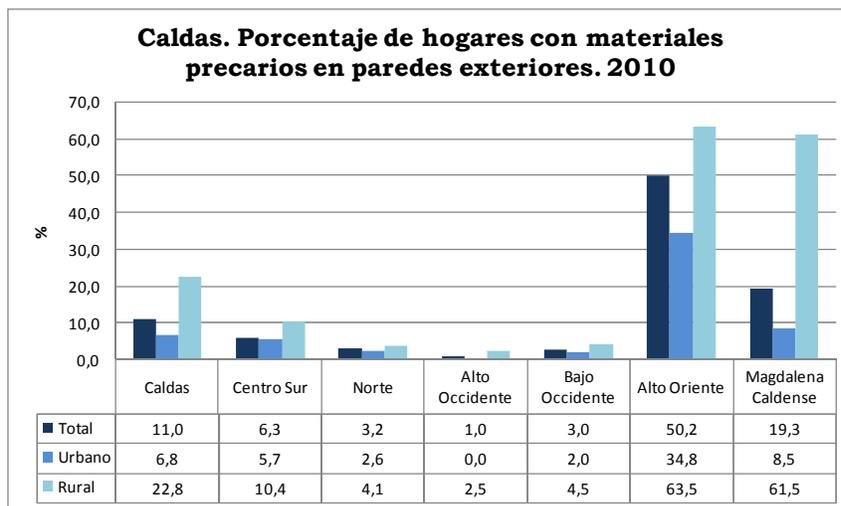
La medición integral del hábitat requiere entonces encontrar variables de vivienda y entorno que hagan posible una adecuada caracterización de la población de referencia. La línea base realizada cubre la mayoría de aspectos relacionados con el primer componente y deja para futuros estudios una cuantificación del entorno<sup>19</sup>.

19 Algunas variables fueron recogidas por los supervisores de campo y posteriormente recolectada mediante la técnica de grupos focales.

20 Uno de los componentes del Índice de Condiciones de Vida determina como más vulnerables los hogares con hijos menores de seis años.

### **Materiales predominantes de las Viviendas del Departamento.**

Como material de construcción predominante de las paredes exteriores sobresale el ladrillo con 56.8% y el bahareque con 27.9%. En las subregiones se aprecia algunos contrastes: en la Norte predomina el bahareque en el 61% de los hogares; en el Magdalena Caldense donde el 80% de las paredes son ladrillo; y en la Alto Oriente la mitad de viviendas tienen paredes en madera burda.



El uso de “otros materiales”<sup>23</sup> por zona registra diferencias estadísticamente significativas para el total departamental y las subregiones Centro Sur, Alto Oriente y Magdalena Caldense. La brecha urbana-rural para Caldas en este indicador es de 3.3 veces, reflejando un mayor nivel de vulnerabilidad en las viviendas ubicadas en la zona rural.

**Caldas. Material predominante de las pisos de los hogares de los potenciales beneficiarios de la Estrategia para la Reducción de la Pobreza. 2010**

Datos expandidos

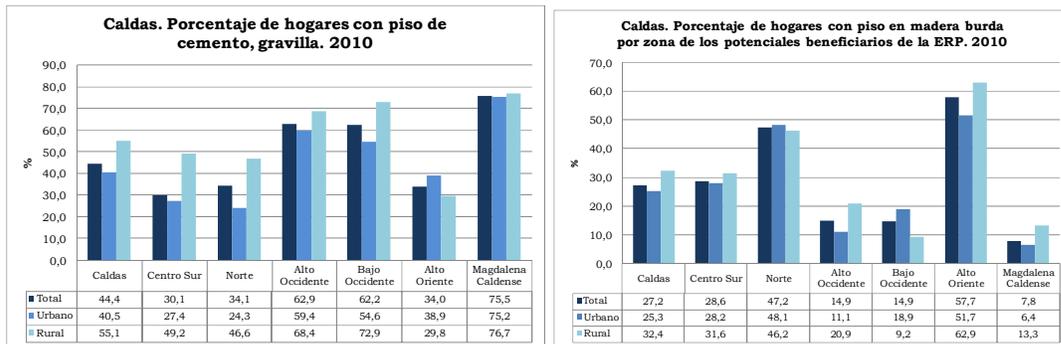
Subregión	Total general	Material predominante de los pisos %					Coef de var
		Tierra	Cemento, gravilla	Madera burda	Baldosín, ladrillo	Marmol, madera pulida, alfombra	
<b>Caldas</b>	<b>180,790</b>	<b>1.9</b>	<b>44.4</b>	<b>27.2</b>	<b>23.7</b>	<b>2.9</b>	<b>3.0%</b>
01 Centro Sur	81,650	0.8	30.1	28.6	35.5	5.0	6.2%
02 Norte	18,196	0.0	34.1	47.2	18.0	0.6	11.4%
03 Alto Occidente	18,753	0.0	62.9	14.9	18.5	3.7	5.9%
04 Bajo Occidente	18,851	5.6	62.2	14.9	17.3	0.0	6.0%
05 Alto Oriente	16,487	1.6	34.0	57.7	4.5	2.1	12.6%
06 Magdalena Caldense	26,854	5.0	75.5	7.8	11.7	0.0	4.0%

Fuente: PMA-Gobernación de Caldas-Línea Base para la ERP

Tradicionalmente la vivienda rural se ha considerado en indicadores de Pobreza como es el caso del Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas- NBI- con una mayor tolerancia en sus aspectos estructurales, es así como de acuerdo con el DANE las viviendas inadecuadas se consideran como la que tiene piso de tierra y material semipermanente o perecedero en las paredes, mientras en la zona urbana con una sola de esas condiciones es considerada inadecuada. Esta es una de las razones por las cuales al realizar un ejercicio comparativo en el ámbito nacional, Caldas aparezca como uno de los departamentos con menores indicadores de vivienda inadecuada.

Desde la perspectiva de la vivienda saludable, los pisos en cemento incrementan la probabilidad del padecimiento de enfermedades respiratorias por los miembros del hogar. Por su parte, los pisos en

madera burda están presentes en aproximadamente 1 de cada 4 hogares, pero en el Alto Oriente está presente en 1 de cada 2 hogares, debido a la oferta de este material en la zona. (Grafico 4) Este tipo de pisos tiene dificultades para su limpieza y constituye un buen hospedaje para plagas.

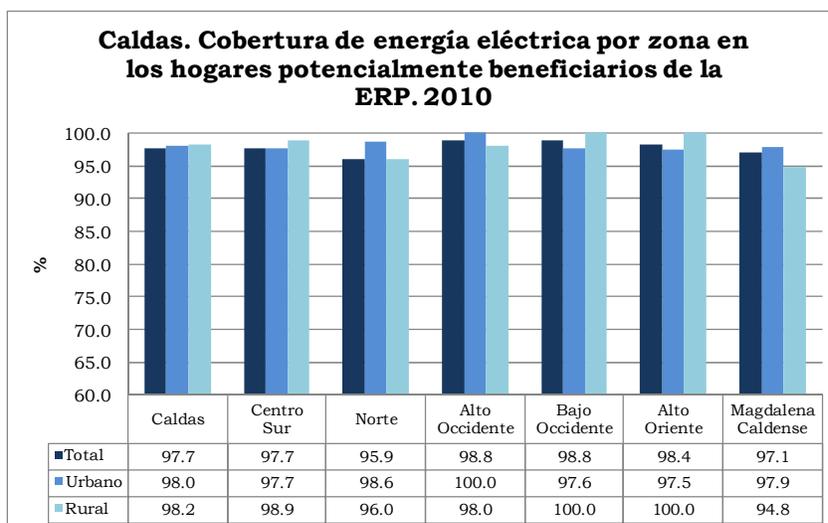


Fuente: PMA-Gobernación de Caldas-Línea Base para la ERP

### Servicios públicos Domiciliarios en Caldas

La disponibilidad y uso efectivo de los servicios públicos básicos (energía eléctrica, acueducto y alcantarillado) se convierten en elementos fundamentales para la calidad de vida de los hogares. Históricamente Caldas se ha destacado en el contexto nacional por unas muy buenas coberturas de servicios públicos; no obstante a través de los años permanece una brecha urbana rural que ubica a los hogares de esta zona en inferioridad de condiciones.

La energía eléctrica es el servicio público de mayor cobertura en el Departamento y no se aprecia en su cobertura diferencias importantes entre las zonas urbana (98%) y rural (98.2%)<sup>26</sup>. (Grafico 5)



Fuente: PMA-Gobernación de Caldas- Línea Base para la ERP

## SECTOR DESARROLLO ECONÓMICO, EMPLEO Y COMPETITIVIDAD DE CALDAS

Los mandatos constitucionales y legales de la Administración pública orientan el accionar de los entes territoriales, al cumplimiento de los fines estatales en el marco de los principios que inspiran la actuación administrativa, en especial atención de los principios de la descentralización administrativa territorial y por servicios de complementariedad, concurrencia, y subsidiariedad, a través de los cuales se debe articular el trabajo de las diferentes entidades públicas, ya que el gobierno nacional hoy brinda especiales oportunidades por el sistema nacional de regalías, para que las regiones sean las gestoras de su desarrollo endógeno y actualmente la Gobernación de Caldas y la secretaría de desarrollo económico como articuladora de los procesos de gestión debe trabajar desde la perspectiva de Alianzas Público- Privadas para el acompañamiento de los gremios, empresarios (grandes, medianos, pequeños y micro) la Academia y la sociedad civil en general para el fortalecimiento los procesos y la ampliación de Mercados. Lo mismo ocurre para los temas Cooperación Internacional, donde la Agencia Presidencial para la Cooperación Internacional APC Colombia con su estrategia nacional de cooperación para el país impulsa la consolidación de la estrategia del sistema de cooperación Internacional nacional, teniendo como punto focal a la gobernación de Caldas para servir de enlace en todos los procesos de oferta y priorización de la demanda, así como para la gestión de la Cooperación para nuestro departamento, nuestro objetivo es consolidar para Caldas y sus municipios una institucionalidad de apoyo a la gestión exterior desde lo local, para el desarrollo regional, que presente como resultado medible que Caldas cuente con una institucionalidad fuerte y reconocida en el escenario internacional que posibilitó el acceso y la atracción de cooperación, negocios e inversión desde lo local, regional, nacional e internacional.

La secretaría de desarrollo Económico debe en consecuencia en sus procesos de internacionalización encaminar sus acciones a: a.) alianzas multinivel con entidades como Proexport (con quien ya se contactos para trabajo conjunto, en temas de Fortalecimiento de procesos, diversificación de oferta productiva y promoción comercial); la Dian (para el trabajo conjunto, en temas de trámites de agenciamiento aduanero); el Invima (con quien ya se contactos para trabajo conjunto, en temas de Fortalecimiento de procesos de registros sanitarios y fitosanitarios); el ICA (Para trabajo conjunto, en temas de Fortalecimiento de procesos, de certificación de origen y materias primas) el Ministerio de Comercio Industria y turismo (con quien ya se contactos para trabajo conjunto, en temas de certificación de origen, y en general proceso de comercio exterior) entre otras instituciones. b.) Acompañar los mega proyectos de inversión y desarrollo del departamento en cuanto a su realización y promoción como es el caso del proyecto de Zona Franca, Macro proyectos viales y de transporte multimodal; aeropuerto del Café; así como los megaproyectos de generación de energía y los perfiles de proyectos de inversión identificados en diferentes proyectos; c.) Focalización y acompañamiento a proyectos productivos del departamento desde la perspectiva de encadenamientos productivos con agregación de valor; d.) Estrategia de Marketing territorial y comercio electrónico; e.) Fortalecimiento de la cadena artesanal de Caldas con énfasis en la auto sostenibilidad y la generación de empleo y riqueza económica y social para las comunidades artesanales caldenses y f.) Acompañamiento a la estrategia de Atracción de inversión para Caldas. y para los temas de cooperación debe realizar con a.) Alianzas multinivel con entidades: 1. A nivel local como las ong's y su federación, los gremios, las

universidades, la iglesia y por supuesto los diferentes municipios; A nivel Departamental se trabaja en función de los 27 municipios del departamento. A nivel Regional se estableció una red interinstitucional para el eje cafetero con las oficinas de cooperación internacional de los tres departamentos. (con quien ya viene trabajando a través del Comité de cooperación Internacional de Caldas) 2. Nacionales como: La Agencia Presidencial para la Cooperación Internacional (con quien ya se contactos para trabajo conjunto, a partir de la estrategia del sistema nacional de Cooperación internacional) y la oficina del departamento administrativo para la prosperidad Social en Caldas antes oficina territorial de Acción Social. y 3. Internacionales como se ha venido trabajando de la mano de la Agencia Alemana de Cooperación Internacional GIZ, se apoya la labor de la Agencia Japonesa de Cooperación Internacional JICA, se gestionan procesos con el Programa de Naciones Unidas PNUD, se ha trabajado con la Organización de estados Americanos, a través del programa de Young American Bussines Trush, se han desarrollado acciones con la Embajada de Israel, la organización ONWARD PERÚ, CIDEAL ESPAÑA, La ONG ACULCO ESPAÑA, el CEPEI, la RACI ARGENTINA, ABCNET - ITALIA, CIGESTUR CHILE, El Observatorio de Cooperación Internacional descentralizada BOLIVIA, el programa de expertos holandeses PUM; La Cámara de Comercio Colombo China y se han establecido contactos y oportunidades con la organización internacional para las migraciones OIM, el programa mundial de Alimentos PMA, la embajada de Bélgica, la Embajada de México.

La Ley General de Turismo (Ley 300 de 1996) plantea que tanto los departamentos como los municipios deben formular planes sectoriales de turismo, en este aspecto, la mayoría de los municipios del departamento no han desarrollado ejercicios de planificación turística, en la actualidad solo cuentan con planes sectoriales los municipios de Manizales, Chinchiná y La Dorada, sin embargo este último plantea realizar un nuevo Plan en esta administración. A nivel regional se han realizado varios ejercicios como es el caso de los planes de desarrollo turístico de la subregión Alto Occidente y el Magdalena Caldense, los cuales merecen ser actualizados. Recientemente en el mes de julio del año 2012, se formuló con recursos del Fondo de Promoción Turística de Colombia (actual FONTUR) el Plan de Desarrollo Turístico de Caldas, el cual se debe validar con la participación de los entes territoriales en las diferentes subregiones. Se han conformado mesas de trabajo como la del norte de Caldas para el trabajo de los proyectos relativos al proyecto Ruta de la Arriería (Estudios y Diseños para la Fonda de Aguadas, Construcción de la Fonda de Salamina y adecuación de Caminos Arrieros) y Mesas Regionales como es el caso del Comité Regional de Turismo del Paisaje Cultural Cafetero – PCC, en las que participan representantes de las autoridades turísticas de las gobernaciones de Caldas, Risaralda, Quindío y Valle del Cauca y de las Cámaras de Comercio de Armenia, Manizales, Pereira y Sevilla, en el marco de este Comité se han formulado una serie de Proyectos que apuntan al cumplimiento del Plan Estratégico de Turismo para el PCC del Viceministerio de Turismo, dentro de los que se destacan entre otros proyectos el de “Estructuración de Producto Turístico del PCC”, el cual se acaba de contratar con la Unión Temporal entre la firma Española THR y Alma Mater.

Por otra parte, el sector carece de suficientes Puntos de Información Turística (PIT), no existe un sistema de información turística completo y fiable, no hay un ejercicio de marketing territorial como destino turístico, ya que no existe una marca clara de región, no existe un producto turístico único y diferenciado de la oferta turística nacional, para Manizales y Caldas ha existido un posicionamiento

turístico del Volcán Nevado del Ruíz, que se ha venido a menos a raíz de la reactivación del Volcán y las restricciones para la visita turística; existe un desarticulación de los eslabones de la cadena empresarial del turismo, faltan procesos de formación continua y pertinente para los empresarios turísticos y débil cultura turística en la población local, la policía de Turismo en el departamento solo cuenta con 3 efectivos lo que evidencia una gran limitación para la cobertura de los diferentes atractivos a nivel departamental y el débil apoyo a la Unidad de Turismo en procesos de control de reglamentación de servicios turísticos y prevención de diferentes problemáticas.

Existe una amplia normatividad turística pero falta reglamentación y control de la oferta turística, no existe un Plan Estratégico de Marketing ni estudios de mercado para identificar tendencias del sector y nichos del mercado.

La creación, en 1990, del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología (SNCyT) marca un hecho importante en el posicionamiento de la ciencia y la tecnología como una de las bases fundamentales para el desarrollo del país. En 2009 se transforma el SNCyT en el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (SNCTI), definido por la ley 1286 de 2009 como un “sistema abierto del cual forman parte las políticas, estrategias, programas, metodologías y mecanismos para la gestión, promoción, financiación, protección y divulgación de la investigación científica y la innovación tecnológica, así como las organizaciones públicas, privadas o mixtas que realicen o promuevan el desarrollo de actividades científicas, tecnológicas y de innovación”.

El proceso de construcción del SNCTI se ha venido tejiendo de la mano de diversas leyes, políticas, mecanismos e instrumentos que buscan incrementar las oportunidades para el desarrollo científico y tecnológico del país. No obstante, los documentos de política en Ciencia, Tecnología e Innovación (CT+I) resaltan la carencia de información relevante para la toma de decisiones y cómo ésta contribuye al débil funcionamiento del SNCTI. A esto se suma la falta de mecanismos de seguimiento, monitoreo y evaluación de la política que permitan realizar ajustes. Como una de sus metas, las políticas en CT+I proponen que el SNCTI cuente con un sistema de información integral de CT+I, mediante la automatización de la captura de datos generada por los diferentes actores, considerándose la escala geográfica. Documentos de política como Colombia construye y siembra futuro, la visión Colombia 2019 y el Conpes 3582 señalan que deben emprenderse acciones para resolver problemas de calidad, confiabilidad y oportunidad de la información.

Para Colciencias, las estadísticas generadas a partir de estos Indicadores enfrentan un doble desafío: ser comparables nacional e internacionalmente y dar cuenta de las especificidades de los departamentos en el contexto del SNCTI. En el marco del proyecto de Fortalecimiento del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación-Fase I, realizado en virtud del crédito BID 2335/OC-CO, el subcomponente “Mejoramiento del Sistema de diseño, seguimiento y evaluación de la política de CT+I” propende por el diseño y la generación de bases de datos de indicadores de Sistemas Regionales de Ciencia, Tecnología e Innovación que faciliten el diagnóstico de la CT+I en los departamentos.

El Observatorio Colombiano de Ciencia y Tecnología (OCyT) es una institución del SNCTI dedicada a producir conocimiento sobre la dinámica y el posicionamiento del sistema mediante el diseño, producción, integración, interpretación y difusión de estadísticas e indicadores, para orientar y evaluar las políticas y la acción de los diversos actores del SNCTI. En este sentido el Observatorio ha colaborado con diferentes departamentos y regiones a través de proyectos para apoyar los procesos de medición de los avances de la CT+I en los territorios. Esta actuación del OCyT ha buscado fortalecer las capacidades locales para el desarrollo de indicadores y sistemas de información científica y tecnológica.

El OCyT, con el financiamiento de Colciencias, presenta este boletín con el objetivo de mostrar el estado de la ciencia y la tecnología de los departamentos de Colombia. La ubicación de los datos de la información disponible se hizo con base en la ciudad de ubicación de las instituciones que: contestan la encuesta de inversión en Actividades de Ciencia, Tecnología e Innovación (ACTI) elaborada por el OCyT, registran en el Ministerio de Educación Nacional (MEN) los programas académicos, avalan grupos de investigación, aparecen en el campo de afiliación institucional de los autores de los documentos en el ISI Web of Science y en Scopus y las que identificamos como entidades ejecutoras o beneficiarias en los proyectos de Colciencias.

El Ministerio de Educación Nacional (MEN) sugirió en 2008 emplear como fuente de información al Observatorio Laboral para la Educación (OLE) para los indicadores de graduación en programas nacionales de educación superior. La información fue clasificada según áreas de la ciencia y la tecnología propuestas por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).

Para el cálculo de los programas ofrecidos se incluyeron, por una parte, todos los programas reportados en SNIES, con estudiantes matriculados por año, de aquellas instituciones con sede física en el departamento. Por otra parte, se agruparon los programas ofertados en el departamento por instituciones con ubicación en otros territorios.

En lo referente a programas, estudiantes matriculados y graduados, el MEN actualiza periódicamente los sistemas SNIES y OLE de acuerdo con el reporte efectuado por las instituciones de educación superior (IES). Los indicadores presentados en esta sección corresponden a la fecha de consulta indicada.

En el caso de la información de graduados por territorio, ésta es reportada por cada IES. En algunos casos, la institución no cuenta con sede en el departamento y la población de graduados se registra en un territorio distinto a donde se oferta el programa.

Fuente (INDICADORES DEPARTAMENTAL DE CIENCIA TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN- CALDAS 2010 OCTEI COLCIENCIAS).

## SECTOR AGROPECUARIO Y AGROINDUSTRIAL

El sector agropecuario del Departamento de Caldas es el motor principal para la superación de la pobreza y un mecanismo directo para abastecer de alimentos a miles de familias. Es claro que dentro de la política nacional, departamental y municipal se ha tratado de valorar la importancia del este sector como una verdadera locomotora de desarrollo. El gobierno nacional ha priorizado el sector agropecuario como fundamental dentro del plan de Desarrollo 2011 – 2014; encontrándose en un proceso de afianzamiento y vinculación con otros sectores considerados como prioritarios.

La Secretaría de Agricultura de Caldas como misión institucional tiene la función de orientar los procesos de desarrollo agrícola, pecuario, piscícola, forestal, agroindustrial y de comercialización de los productos del departamento de Caldas, con criterios de equidad social, sustentabilidad ambiental y competitividad, articulando las instituciones públicas, privadas, organizaciones solidarias, comunitarias y de productores, de conformidad con las políticas Nacionales y departamentales vigentes, para lograr el autoabastecimiento alimentario en torno a las Cadenas Productivas Agropecuarias y Agroindustriales identificadas.

Dentro de las políticas sectoriales del Plan de Desarrollo 2012-2015: Compromiso de todos, dentro de la línea estratégica: Mejor economía, entorno financiero e institucional, el Sector agropecuario y agroindustrial ha enmarcado 3 programas con diversos proyectos así:

- Productividad y competitividad de las cadenas productivas agropecuarias y agroindustriales
- Cofinanciación para la capitalización y la inversión
- Programa de seguridad y soberanía alimentaria

Dentro de la estrategia de la Secretaría de Agricultura está el desarrollo de procesos de transformación de la producción agropecuaria de manera que se logre el máximo nivel de agregación de valor posible con miras a los mercados nacionales e internacionales, teniendo como objetivo diseñar las estrategias pertinentes para impulsar los procesos de transformación y agregación de valor a la producción primaria con criterios de competitividad, equidad social y sustentabilidad ecológica y ambiental, en concordancia con las políticas nacionales y con la participación de todos los actores que hacen parte de las diferentes cadenas productivas.

Dicho lo anterior la Gobernación de Caldas constantemente trabaja en la consolidación del desarrollo institucional del sector agropecuario y agroindustrial, articulando las diferentes instituciones y gremios del sector tanto público como privado, con el fin de orientar la producción primaria a procesos de generación de valor agregado, teniendo como precedente las diferentes fortalezas de seis subregiones del departamento de Caldas.

La economía del departamento se basa en la producción primaria, caracterizada por tener bajos niveles de productividad, eficiencia y rentabilidad, lo que no permite que el sector sea competitivo. Las causas de esta situación están relacionadas con la deficiente planificación, la poca asignación de recursos para

la investigación en el sector, bajo nivel tecnológico de casi todas las explotaciones rurales. Los productores son individualistas y pocas veces buscan asociarse, debilidad sentida no solo en Caldas sino en el país.

En cuanto a la agroindustria de Caldas, ésta es incipiente y carece de integración vertical y la gran mayoría de estas son empresas artesanales, familiares, con bajos volúmenes de producciones heterogéneas y dispersas.

La caficultura, como principal renglón de la economía regional, ha generado empleo directo a 300.000 personas, además otros que lo hacen indirectamente como son los jornaleros rurales, cosecheros, transportadores, entre otros. Otro aspecto a resaltar es que no hay cultura empresarial, por lo que sus explotaciones no son manejadas como verdaderas empresas del campo, debido a su bajo nivel de escolaridad, a la falta de programas brindados por el estado y entidades especializadas en este aspecto, a la descoordinación institucional y a la falta de acompañamiento. Aunque se cuenta con 52 colegios agropecuarios, existen debilidades relacionadas con la idoneidad del personal docente, con la falta de terrenos para realizar las prácticas en muchos de ellos y con la desarticulación de los programas que no obedecen a las necesidades de las regiones en el aspecto agropecuario.

Los productores de Caldas, encuentran como mayor limitante del proceso productivo, la comercialización, la cual es deficiente o inexistente para la mayoría de los productos que genera el departamento.

Los precios pagados al productor se han reducido notablemente este año, presentándose una gran brecha entre lo pagado al productor y lo pagado por el consumidor, lo que da a entender que las mayores ganancias durante el mercadeo quedan en manos de las grandes cadenas de intermediarios y especuladores. La producción agropecuaria raras veces tiene valor agregado y sufre de considerables pérdidas poscosecha. La infraestructura de apoyo a la comercialización es escasa por cuanto son pocos los centros de acopio; no se cuenta con suficientes redes de frío, sistemas de información de precios y mercados, con centros virtuales de información y capacitación, que le permitan al agricultor obtener una mayor rentabilidad de su producción.

### **DEBILIDADES DEL SECTOR AGROPECUARIO Y AGROINDUSTRIAL - PACTO DEPARTAMENTAL AGROPECUARIO – Septiembre 2013**

Al realizar el PACTO DEPARTAMENTAL AGROPECUARIO en las diferentes subregiones del departamento de Caldas, en compañía de todos los actores del sector, se pudo priorizar e identificar las debilidades más sensibles que afectan a los productores agropecuarios del Departamento:

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Altos costos de los insumos Agropecuarios</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de Asistencia Técnica permanente y especializada</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agricultores sin Tierra para sus labores</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difícil acceso al Crédito</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de mercados establecidos para los productos Agropecuarios. Grandes cadenas de intermediación.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alto Grado de agricultura no tecnificada (subsistencia)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deficiente infraestructura agropecuaria y agroindustrial en el Departamento de Caldas</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo acceso a la Información agropecuaria por parte de los productores</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de Planificación Rural. Vocación agropecuaria de los suelos o planificación de áreas a cultivar.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mala Infraestructura Vial</li> </ul>	
<b>OTRAS DEBILIDADES</b>	
Calidad de Vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación Rural</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vivienda Rural</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vías Terciarias en pésimo estado</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de agua potable y saneamiento Básico</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguridad Ciudadana en el Campo</li> </ul>
Formalización del Empleo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguridad Social y pensión</li> </ul>

## ESTRUCTURA PRODUCTIVA

### Uso del Suelo

De acuerdo con los registros de la Evaluación Agropecuaria 2012, el uso del suelo en Caldas está distribuido de la siguiente manera:

Sector	2012	
	Hectáreas	%
Agrícola	141,350	18.82%
Bovino (Pastos)	354,807	47.24%
Otros Usos	254,914	33.94%
<b>TOTAL</b>	<b>751,071</b>	<b>100</b>

### Producto Interno Bruto

El Departamento de Caldas representa el 1.6% del PIB del país (fuente: DANE). De este porcentaje el sector Agropecuario representa el 12.9%, en actividades como ganadería, café, frutas y hortalizas:

**EXTENSIÓN URBANA vs EXTENSIÓN RURAL:** El Departamento de Caldas es netamente rural. Esto se refleja en el porcentaje de extensión que representa este renglón del total del Departamento de Caldas, en donde el 98.57% del área total en extensión se destina a la zona rural.

Extensión Km2			
Área Urbana	Área Rural	Área Total	% RURAL
107,36	7403,35	7510,71	98,57%

La mayoría de las personas que viven del campo, en particular en Caldas, solo tienen explotaciones en minifundios, lo que no permite que la agricultura sea competitiva; además con sus pequeñas parcelas no encuentran la forma de diversificar su producción ya que han concebido ésta como la forma de subsistencia lo que causa un estancamiento del sector rural porque no pueden generar valor agregado a sus productos.

**EXPLORACIONES AGROPECUARIAS:** El departamento de Caldas se compone, según fuentes del Instituto Geográfico Agustín Codazzi, de 49.840 explotaciones Agropecuarias.

**ÍNDICE DE POBREZA MULTIDIMENSIONAL MUNICIPAL**

Municipio	Zona Rural			Urbano
	Población Rural censo 2005	Población rural pobre por IMP**	Incidencia	Incidencia
Marquetalia	8.992	8.083	<b>89,9%</b>	54,8%
Norcasia	2.762	2.394	<b>86,7%</b>	61,5%
Risaralda	6.528	5.424	<b>83,1%</b>	52,3%
Filadelfia	8.578	7.018	<b>81,8%</b>	54,1%
San José	6.041	4.878	<b>80,8%</b>	45,2%
Aranzazu	5.948	4.706	<b>79,1%</b>	41,8%
Anserma	14.763	11.582	<b>78,5%</b>	53,3%
Samaná	20.671	16.097	<b>77,9%</b>	49,2%
La Merced	4.562	3.548	<b>77,8%</b>	35,0%
Aguadas	14.041	10.887	<b>77,5%</b>	35,9%
Manzanares	15.24	11.791	<b>77,4%</b>	49,0%
Neira	14.173	10.957	<b>77,3%</b>	52,3%
Viterbo	2.47	1.908	<b>77,2%</b>	57,8%
Victoria	5.437	4.177	<b>76,8%</b>	45,6%
Villamaría	9.656	7.167	<b>74,2%</b>	34,1%
Belalcázar	6.845	5.018	<b>73,3%</b>	56,1%
Pensilvania	18.4	13.41	<b>72,9%</b>	42,4%
Pácora	8.714	6.325	<b>72,6%</b>	42,0%
Salamina	8.598	6.132	<b>71,3%</b>	46,0%
Palestina	12.218	8.504	<b>69,6%</b>	49,7%
La Dorada	7.424	5.156	<b>69,5%</b>	48,7%
Marmato	7.309	4.959	<b>67,8%</b>	42,8%
Riosucio*	38.072	25.645	<b>67,4%</b>	34,9%
Supía	12.912	8.417	<b>65,2%</b>	45,8%
Chinchiná	8.383	4.97	<b>59,3%</b>	39,3%
Marulanda	2.341	1.387	<b>59,3%</b>	52,1%
Manizales	26.656	15.693	<b>58,9%</b>	27,3%

\*\* Índice de pobreza multidimensional

Fuente: Cálculo DNP - SPSCV con datos del Censo 2005

## **SECTOR MINERO**

La gran mayoría de la actividad minera que se lleva a cabo en el territorio Nacional y en el Departamento de Caldas es artesanal y de pequeña escala (Mape), siendo esta muy importante por su aporte a la economía de muchas comunidades pobres, ya que les proporciona trabajo de tiempo completo o temporal. Solo en tres Municipios del Departamento que han sido censados (Marmato, Supia y Riosucio), se pudo establecer que 4.718 personas se dedican directamente a las labores mineras, sin contar sus familias y los empleos que indirectamente genera la actividad. Se ha establecido además, a través de esos censos y otros medios (visitas de campo, contactos directos de la Unidad de Minas de la Gobernación de Caldas con la población minera, las quejas y reclamos de la comunidad y autoridades locales), que existe un notorio desconocimiento de la legislación minera y ambiental, por lo que en la mayoría de los casos esas labores mineras no cumplen con las medidas de seguridad e higiene establecidas por el Gobierno Nacional, como tampoco con las técnicas mineras apropiadas para la explotación eficiente y racional del recurso.

La Unidad de Minas como conocedor de las muchas debilidades en que se desarrolla la actividad minera en la región y la importancia de la misma como generadora de riqueza y desarrollo para el Departamento, requiere implementar estrategias y proyectos que permitan el crecimiento sostenible del sector como parte importante de las políticas de gobierno contempladas en el Plan de Desarrollo, buscando el bienestar general de la comunidad minera y población en general de la región, y así contribuir al logro de metas sociales, ambientales y económicas.

El Plan Nacional de desarrollo minero ha adoptado una política minera que incluye el mejoramiento de la productividad y la competitividad, con criterios de sostenibilidad ambiental, que debe ser incorporada por el plan de desarrollo del Departamento de Caldas.

## SECTOR AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO BÁSICO

El departamento de Caldas cuenta con los siguientes datos de cobertura para los servicios de acueducto, alcantarillado y aseo:

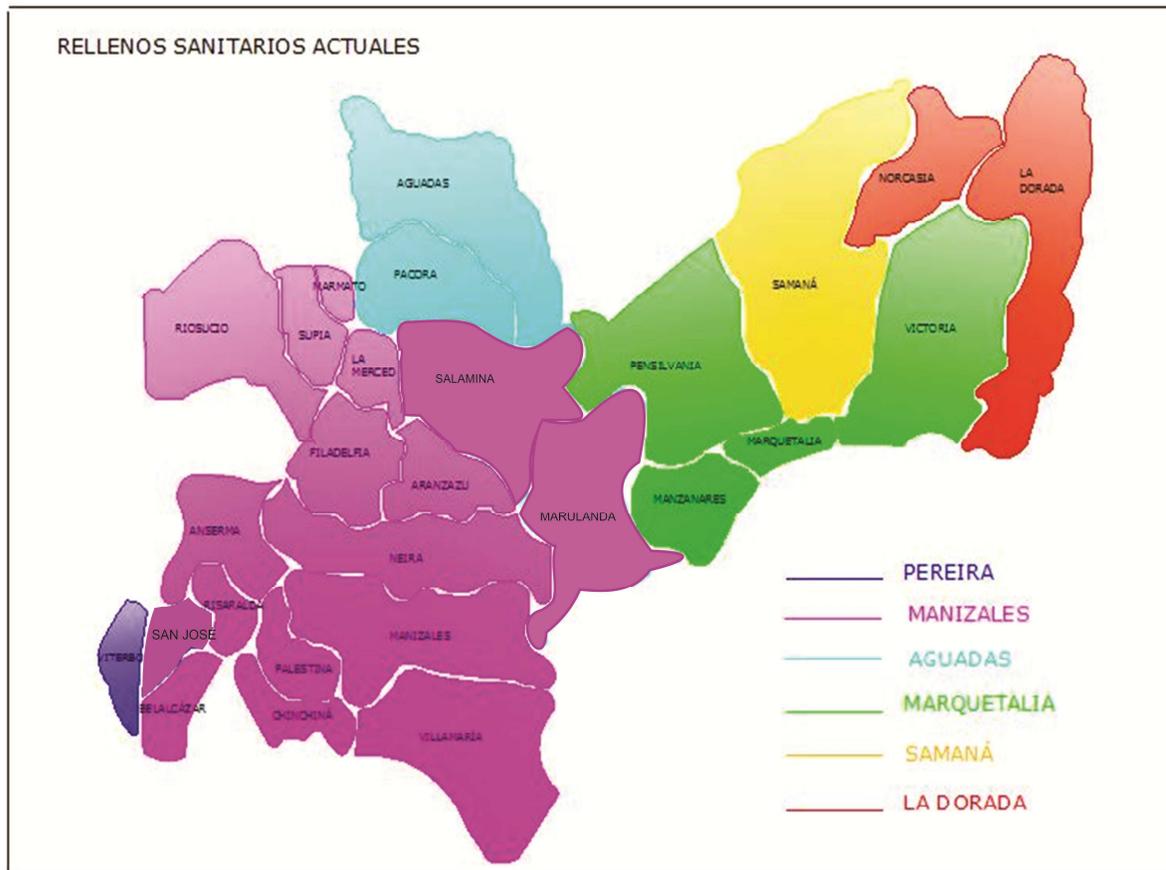
Servicio	Cobertura	
	Urbano	Rural
Acueducto	98.48% con agua potable	78.86 % con agua cruda 15.84% con agua potable
Alcantarillado*	96.42% sin saneamiento 2.16% con saneamiento	46.82% sin saneamiento 3.63% con saneamiento
Aseo	100%	48%**

\* Se especifica la población con acceso al servicio de recolección de aguas residuales y la población con soluciones individuales o colectivas de aguas residuales.

La infraestructura de los servicios de acueducto y alcantarillado, es en general, antigua y en muchos casos, las redes de distribución y recolección, están llegando al final de su vida útil. En el caso de los sectores rurales, donde no hay servicio de aseo, la comunidad realiza enterramientos, quemas o arrojó de residuos a fuentes hídricas y en predios propios. Los residuos también se usan como combustible, alimento de animales y abono.

Existen 5 rellenos sanitarios que atienden las necesidades del Departamento y algunos municipios del occidente de Caldas, utilizan los servicios de un relleno del Departamento de Risaralda. 4 de los 5 rellenos sanitarios, están iniciando procesos de optimización y tecnificación, con recursos del PDA, dichos proyectos fueron presentados y viabilizados en el Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio.

El relleno El Edén en el municipio de Samaná, presta sus servicios al municipio de Samaná únicamente, debido a sus condiciones geográficas y de comunicación vial, lo que hace inviable el acceso de otros municipios. Los demás rellenos son regionales. El relleno La Vega, ubicado en el municipio de Marquetalia, presta sus servicios a los municipios de Pensilvania, Manzanares, Victoria y Marquetalia. El relleno La Doradita, ubicado en el municipio de La Dorada, presta el servicio en este municipio, Norcasia y municipios cercanos de los departamentos de Tolima y Cundinamarca. El relleno Los Eucaliptos en Aguadas, presta los servicios a los municipios de Aguadas y Pácora y actualmente a Jericó en el departamento de Antioquia. El municipio de Viterbo dispone en el relleno La Glorita ubicado en Pereira. En el relleno La Esmeralda de Manizales, disponen los demás municipios del Departamento.



Mapa 1. Mapa de Disposición de Residuos Sólidos.

En cuanto al tema empresarial, en el Departamento de Caldas existen 4 empresas triple A (prestan servicio de acueducto, alcantarillado y aseo), estas empresas son Aguas de Aranzazu (municipio de Aranzazu), Aquamaná (municipio de Villavieja), Aguas de La Miel (municipio de Norcasia) y Aguas de La Merced (municipio de La Merced). Las empresas que prestan servicio de acueducto y alcantarillado (doble AA), son Empresas Publicas de Pensilvania – EMPEN (municipio de Pensilvania), Aguas Manantiales de Pacora (municipio de Pacora) y la Empresa de Obras sanitarias de Caldas – EMPOCALDAS S.A. E.S.P. (en los demás municipios del Departamento).

El municipio de Marmato es prestador directo del servicio de aseo. A continuación un cuadro con las empresas prestadoras de cada municipio.

Municipio	Servicios Públicos Acueducto - Alcantarillado	Servicio de Aseo
Aguadas	EMPOCALDAS S.A. E.S.P.	EMPRESA REGIONAL DEL NORTE DE CALDAS S.A. E.S.P.
Anserma	EMPOCALDAS S.A. E.S.P.	EMAS S.A. E.S.P.
Aranzazu	AGUAS DE ARANZAZU S.A. E.S.P.	AGUAS DE ARANZAZU S.A. E.S.P.
Belalcázar	EMPOCALDAS S.A. E.S.P.	EMAS S.A. E.S.P.
Chinchiná	EMPOCALDAS S.A. E.S.P.	EMAS S.A. E.S.P.
Filadelfia	EMPOCALDAS S.A. E.S.P.	ATESA S.A. E.S.P.
La Dorada	EMPOCALDAS S.A. E.S.P.	EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DE LA DORADA S.A. E.S.P.
La Merced	AGUAS DE LA MERCED S.A. E.S.P.	AGUAS DE LA MERCED S.A. E.S.P.
Manzanares	EMPOCALDAS S.A. E.S.P.	SERVORIENTE S.A. ES.P
Manizales	AGUAS DE MANIZALES S.A.E.S.P.	EMAS S.A. E.S.P.
Marmato	EMPOCALDAS S.A. E.S.P.	PRESTADOR DIRECTO
Marquetalia	EMPOCALDAS S.A. E.S.P.	SERVORIENTE S.A. E.S.P.
Marulanda	EMPOCALDAS S.A. E.S.P.	EMAS S.A. E.S.P.
Neira	EMPOCALDAS S.A. E.S.P.	AQUAMANÁ E.S.P.
Norcasia	AGUAS DE LA MIEL S.A. E.S.P.	AGUAS DE LA MIEL S.A. E.S.P.
Pacora	AGUAS DE MANANTIALES DE PACORA S.A. E.S.P.	EMPRESA DE ASEO DEL NORTE DE CALDAS S.A. E.S.P.
Palestina	EMPOCALDAS E.S.P.	EMAS S.A. E.S.P.
Pensilvania	EMPEN E.S.P.	SERVORIENTE S.A. E.S.P
Riosucio	EMPOCALDAS S.A. E.S.P.	EMSA S.A. E.S.P.
Risaralda	EMPOCALDAS S.A. E.S.P.	EMAS S.A. E.S.P.
Salamina	EMPOCALDAS S.A. E.S.P.	EMPRESA MIXTA DE SERVICIOS PÚBLICOS S.A. E.S.P.
Samaná	EMPOCALDAS S.A. E.S.P.	EMSAMANA S.A. E.S.P.
San José	EMPOCALDAS S.A. E.S.P.	EMAS S.A. E.S.P.
Supía	EMPOCALDAS S.A. E.S.P.	EMDAS S.A. E.S.P.
Victoria	EMPOCALDAS S.A. E.S.P.	EMPRESA MUNICIPAL DE ASEO EMAV S.A. E.S.P.
Villamaría	AQUAMANÁ E.S.P.	AQUAMANÁ E.S.P.
Viterbo	EMPOCALDAS S.A. E.S.P.	EMSERVI S.A.E.S.P.

Las principales características de las empresas urbanas son las siguientes:

#### Aspectos comerciales

- El Índice de Aguan No Contabilizada- IANC en promedio se encuentra en el 45%
- La eficiencia del recaudo en promedio del 67%
- Presentan problemas en la atención de las PQR
- Catastros de usuarios en proceso de actualización (Incluyendo la estratificación)

- Los estudios de costos y tarifas no están actualizados

**Aspectos administrativos y financieros**

- Baja capacidad de inversión
- Plantas de personal inadecuadas, sin certificaciones en competencias laborales.
- No poseen software eficientes para la administración, la contabilidad y el presupuesto
- Se están implementando sistemas de control interno, GP 1000 y adoptar las NIC en 15 empresas.
- RUPS actualizados y cargue de información al SUI al 31 de agosto de 2013, en proceso de revisión por parte de la SSPD.
- Se está trabajando en los planes de compras y registros de proveedores y de precios en 15 empresas.

**Aspectos operativos**

- La continuidad de la prestación del servicio es de 96%
- No hay catastros de redes actualizados
- Falta implementar programas de uso eficiente y ahorro de agua
- Faltan programas de reposición de micromedidores.

Para la zona rural se tiene la siguiente línea base de prestadores:

**Línea base de prestadores del servicio en la zona rural**

SUBREGIÓN	MUNICIPIO	TIPO DE PRESTADOR				
		ASOC	JAA	OTRO	ND	SIN PRESTADOR
CENTRO SUR	CHINCHINA	4	8	2	6	0
	NEIRA	7	15	0	2	3
	VILLAMARIA	4	19	0	4	0
	PALESTINA	3	2	1		2
	MANIZALES	6	3	0	15	0
NORTE	AGUADAS	4	15	1	6	0
	PACORA	5	8	2	3	0
	SALAMNIA	3	20	1	3	1
	ARANZAZU	1	36	0	1	0
	FILADELFIA	4	7	0	6	11
ALTO OCCIDENTE	MARMATO	2	9	1	4	0
	LA MERCED	0	12	0	1	0
	RIOSUCIO	5	71	0	0	0
	SUPIA	3	25	0	1	0

SUBREGIÓN	MUNICIPIO	TIPO DE PRESTADOR				
		ASOC	JAA	OTRO	ND	SIN PRESTADOR
OCCIDENTE BAJO	SAN JOSE	0	15	0	0	0
	RISARALDA	4	10	1	3	0
	VITERBO	2	8	0	0	0
	BELALCAZR	1	22	0	1	1
	ANSERMA	5	30	0	4	1
MAGDALENA CALDENSE	DORADA	0	4	1	1	2
	NORCASIA	0	2	0	0	9
	VICTORIA	2	7	0	0	9
	SAMANA	3	29	1	2	15
ORIENTE	MANZANARES	5	16	2	0	1
	MARULANDA	0	3	0	0	1
	MARQUETALIA	0	15	0	1	0
	PENSILVANIA	0	28	1	9	0

\*Fuente: PGEI 2013

Las características de prestación del servicio en el área rural es la siguiente:

- Se distribuye agua para consumo humano y agrícola.
- Se utilizan dotaciones altas de 215 litros/habitante/día.
- Las organizaciones comunitarias en general están legalmente constituidas.
- Se está trabajando en formalizar los procesos comerciales.
- Los sistemas tienen un fontanero que no recibe un salario legal.
- Tarifas de acueducto alrededor de \$4.000 mensuales.
- Tarifas de energía entre \$20.000 y \$30.000
- Sistemas de acueducto por gravedad

#### Aspectos operativos

- La continuidad de la prestación del servicio es de 80%
- No hay catastros de redes actualizados
- Falta implementar programas de uso eficiente y ahorro de agua
- Faltan programas de reposición de micromedidores.

## SECTOR INFRAESTRUCTURA VIAL

La infraestructura vial tiene un impacto directo sobre el crecimiento, la eficiencia del sector productivo y el desarrollo social, tanto por sus efectos en materia de conectividad y acceso de la población a los servicios, como por su papel determinante en el desarrollo regional y local, y en la integración nacional.

El Departamento de Caldas en la actualidad tiene una red vial cuya longitud es de 5.250 Km.; de los cuales 1.778 Km. son de orden Departamental. 2.635 km de orden municipal, y 839 km a cargo del INVIAS en su red primaria con 281 km y en la red terciaria con 558.9 km.

El estado actual de la red a cargo del departamento se puede resumir así:

TIPO DE RED VIAL	TOTAL KM	PAVIMENTO KM	AFIRMADO KM
RED VIAL SECUNDARIA ESTRATÉGICA	675	449	226
RED VIAL SECUNDARIA IMPORTANCIA MEDIA	647	102	544
RED VIAL TERCIARIA IMPORTANCIA BAJA	456	9	448
<b>TOTAL KM</b>	<b>1.778</b>	<b>560</b>	<b>1.218</b>

Se posee 560 km de la red en pavimento, 1.218 km en afirmado, la red vial departamental cuenta con un 26 % de vías pavimentadas, un 74 % de vías en afirmado.

En el año 2008, con el acompañamiento del Ministerio de Transporte y Planeación Departamental, con recursos de este Ministerio, aplicando la metodología del BID se construye el Plan Vial Departamental 2008-2018, el cual es aprobado por dicho Ministerio en febrero de 2009, segundo en el país que se aprobó después del Departamento de Santander. Este Plan es la carta de navegación que en 10 años indica los programas que se deben aplicar y las inversiones respectivas para mejorar y atender la malla vial del Departamento en esa década. En este documento se clasifican las vías de orden Departamental en estratégicas, de importancia media y de importancia menor. Igualmente establece los niveles de intervención de la malla vial y recomienda la atención así: Mantenimiento rutinario, mantenimiento periódico, mejoramiento y rehabilitación. También en el documento se establecen las matrices del plan de intervención y el programa de inversión de la malla vial en 10 años.

Basados en este Plan Vial Departamental, se diseña la estrategia financiera para ejecutarlo en lo que corresponde a la administración Departamental 2008-2017. El plan vial de Caldas se propuso intervenir en mejoramiento y rehabilitación de 585 kms de vías y en mantenimiento periódico a 1.244 kms anualmente que corresponde a las vías en afirmado de la malla vial y a 1.778 km en mantenimiento rutinario, así mismo los diferentes estudios y diseños para proyectos de mejoramiento y pavimentación.

La red vial que comunica a las cabeceras municipales entre sí y con su capital se encuentra, en términos generales, en buen estado. Son de vital importancia para el territorio pues actúan como

arterias principales para el flujo de mercancías y personas que dinamizan la economía regional. La red vial primaria comunica los principales centros urbanos del Departamento, se une con numerosas vías secundarias articulando la movilidad, y permite que los bienes producidos en los focos industriales alcancen los mercados regionales y nacionales.

La red vial terciaria del Departamento permite la comunicación entre las veredas, corregimientos y los cascos urbanos de los municipios. En términos generales, se encuentra en buen estado dada a la atención periódica con maquinaria.

Los problemas o deficiencias que existen en el presente son de orden social y económico principalmente; estos se reflejan por problemas de transporte, que ocasionan la escasez de productos y de trabajo para los moradores de las zonas aquellas donde el elevado deterioro de sus vías impiden una buena accesibilidad para los vehículos. La falta de inversión continua en labores de mantenimiento contribuyen al deterioro progresivo de las vías, a lo anterior se suma su ubicación geográfica en la cual predominan las zonas montañosas con alto régimen de pluviosidad. La falta de conciencia ciudadana en la preservación y conservación de la red vial, ocasiona un aumento de los problemas, teniendo en cuenta que Caldas es un departamento que gira en torno al cultivo, beneficio y procesamiento de productos agrícolas, café y turismo por lo tanto necesita de excelentes vías para su comercialización.

La geología del departamento se caracteriza por permanentes e intensos procesos de Tectonismo y Volcanismo los cuales generan constantes fallas en la banca de las vías ocasionando interrupciones en el tráfico y por ende atrasos en el desarrollo económico y social.

Para llevar a cabo el fortalecimiento de todas las regiones se debe incentivar el intercambio comercial entre las mismas, para lo cual es necesaria la rehabilitación y mejoramiento de la red vial secundaria y terciaria con el fin de permitir una comunicación rápida y segura entre los Municipios. La conectividad de la red vial ha mejorado en el transcurso de los últimos años gracias a la ejecución de proyectos como el Plan 2500 con el cual se intervinieron más de 100 kilómetros de vías que comunican las cabeceras municipales, así mismo el plan vial Departamental en el cual se han intervenido 282 km para reducir los costos de operación vehicular y brindar unas adecuadas condiciones de transitabilidad en un número importante de vías del Departamento de Caldas.

La programación de recursos del Departamento se ha concentrado en un modelo de inversión promedio anual basado en la identificación de las necesidades de la red vial para un esquema de intervención total, priorizada por criterios diferentes a lo largo del tiempo. Por supuesto, no todas las intervenciones definidas en este modelo se satisfacen, pues el presupuesto de la entidad es una fracción de lo necesario y con frecuencia también deben destinarse recursos extraordinarios para atender situaciones de emergencia.

## SECTOR GESTIÓN DE RIESGOS

El Departamento de Caldas debido a su ubicación Geográfica, Geológica y condiciones morfológicas especiales es susceptible a la ocurrencia de procesos y fenómenos naturales, los cuales pueden alterar el común desarrollo de las actividades económicas, sociales y culturales de la región; de igual forma existen comunidades vulnerables ubicadas en zonas donde estos fenómenos se pueden presentar, generando condiciones de riesgo alto ante las cuales debemos prepararnos.

Ahora bien todos estos riesgos se dan por la interacción de cada amenaza (Factor externo del riesgo) con la vulnerabilidad que poseen las zonas (Factor intrínseco del riesgo) es decir un sismo podrá tener una intensidad y magnitud definida pero sus consecuencias dependerán de factores ajenos al fenómeno natural, como las características de los suelos, la calidad de las construcciones realizadas sobre los mismos etc.

Caldas ha vivido a través de su historia diferentes emergencias y desastres que han conllevado no solo a una pérdida económica, sino a la pérdida en muchas ocasiones de vidas humanas, las cuales son invaluableles.

Es así como en los últimos años el departamento ha sufrido por las inclemencias de fenómenos como el de la Niña, el cual origino afectación de cerca de 60.000 caldenses por eventos como deslizamientos, inundaciones, vientos fuertes, los cuales generaron afectación en bienes, enseres, cultivos y en algunos lugares hasta la pérdida de vidas humanas.

Entre los eventos más recordados de los últimos años se tienen los siguientes:

- Año 2003, Deslizamientos en los municipios de Manizales y Villamaría.
- Año 2005, Deslizamiento en el sector del Salado municipio de Riosucio.
- Año 2006, Deslizamiento en el municipio de Marmato.
- Año 2007, Deslizamiento vereda Rio Claro Municipio de Villamaría.
- Año 2008, Temporada Invernal que afecto gran parte de la infraestructura vial del departamento de Caldas.
- Año 2008, Inundaciones en el municipio de la Dorada.
- Año 2010 – 2011 Fenómeno de la Niña
- Segundo semestre del año 2011 Temporada de lluvias influenciada por fenómeno de la Niña.
- Año 2011, Emergencia por dalos en el sistema de distribución de agua potable en Manizales.
- Año 2011, Deslizamiento barrio Cervantes – Manizales.
- Año 2011-2013, Incremento en la actividad del Volcán Nevado del Ruiz, presentándose varias emisiones de ceniza y sismos sentidos en la Región Centro - Sur del Departamento.

Es responsabilidad de la administración Departamental, de acuerdo a los principios de complementariedad, subsidiariedad y coordinación, plantear una serie de protocolos y actividades tendientes a afrontar los diferentes eventos adversos que se pudiesen presentar en nuestro territorio.

La Gestión realizada por la Unidad departamental de Gestión del Riesgo de la Gobernación de Caldas, está basada y enmarcada en los parámetros de Conocimiento, Reducción y Manejo de las emergencias y desastres que se pudiesen presentar en el Departamento de Caldas.

En el Área del conocimiento se han desarrollado acciones importantes en el tema de monitoreo volcánico principalmente en los municipios ubicados en la zona de influencia volcánica del Nevado del Ruiz, en donde se ha actualizado y fortalecido la red de alerta temprana, garantizando además la recolección de datos hidrometeorológicos, los cuales hacen parte de la red regional de estaciones.

Se ha ampliado la red de telecomunicaciones de Departamento de Caldas, con la cual se busca garantizar la conectividad vía radio con los 27 municipios del Departamento de Caldas.

De igual forma se han realizado alianzas estratégicas con entidades como Corpocaldas, Isagen, Ecopetrol. Trasgas de Occidente, con el fin de ampliar el conocimiento sobre amenazas de origen tecnológico

Se han logrado acciones y estrategias muy importantes en el ámbito de la reducción de los desastres, en el cual se ha contado con el concurso de entidades públicas y privadas; estas son:

- La activación permanente del Consejo Departamental de Gestión del Riesgo
- La Elaboración del Plan Departamental de Gestión del Riesgo
- La Participación activa de los 27 municipios mediante el fortalecimiento de sus CLOPADS,
- Capacitaciones permanentes a los CMGRD
- Implementación de estrategias de comunicación oportuna con todos los municipios mediante circulares.
- Fortalecimiento de la Red de Comunicaciones Regional de Emergencia.
- Capacitación y Dotación a las entidades de Socorro Cruz Roja, Defensa Civil y bomberos.

En el ámbito del Manejo ante los desastres se han realizado labores como:

- Estrategias de atención acordes a las necesidades de las comunidades y conforme la subsidiariedad y complementariedad que nos atañe como gobernación
- De igual forma para la recuperación de las zonas afectadas se realizaron labores como:
- Apoyo a los municipios en la reubicación de vivienda que se encontraban en zonas de alto riesgo, logrando condiciones de seguridad y disminuyendo la vulnerabilidad
- Entrega de elementos de ayuda humanitaria y de construcción
- Apoyo a la reducción de emergencias y desastres en el Departamento mediante la ejecución de obras de mitigación en compañía de CORPOCALDAS.

Se han realizado proyectos conjuntos con la Unidad Nacional de Gestión del Riesgo, el Fondo Nacional de Calamidades – Subcuenta Colombia Humanitaria encaminados a atender a las comunidades afectadas por eventos naturales en los últimos años.

De igual forma se ha logrado que varios municipios de Caldas sean beneficiados con capacitaciones enmarcadas dentro de programas y proyectos realizados con recursos de orden nacional e internacional.

Afortunadamente el Departamento de Caldas cuenta con cuerpos de bomberos en todos sus municipios, además cuenta con el apoyo tanto de la Cruz Roja Colombiana como de la Defensa civil colombiana, quienes tienen personal voluntario distribuido en los diferentes municipios de Caldas.

## SECTOR SEGURIDAD, CONVIVENCIA Y PAZ

La Política Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana (PNSCC), se presenta como un instrumento que logra articular el trabajo interinstitucional, con miras a reducir los índices de los principales hechos delictivos que afectan la ciudadanía y a la par, un trabajo mancomunado dirigido a la prevención, promoviendo la convivencia.

La Administración Departamental, atendiendo los lineamientos del orden nacional, posee un Plan Integral de Convivencia y Seguridad Ciudadana (PICSC), teniendo como premisa fundamental que MAYOR SEGURIDAD será el resultado de una MEJOR CONVIVENCIA CIUDADANA lo que permitirá sin duda alguna su CONSOLIDACIÓN.

Promover una cultura ciudadana que brinde protección a sus habitantes, implica trabajar sobre la absoluta prevención en el departamento del delito y sus principales consecuencias, trabajar por la seguridad y la convivencia en el departamento de caldas implica sin lugar a duda, un diálogo abierto entre los organismos de seguridad, la Administración Departamental, las autoridades locales y la sociedad civil, incorporando un enfoque diferencial que permita la participación e inclusión de perspectivas de la población indígena y afro descendiente del Departamento.

Con un plan integral de convivencia y seguridad ciudadana fortalecido y ajustado a una política nacional como ruta orientadora, el Gobierno Departamental busca fortalecer los principios del contrato social, en el cual se articularán acciones para que las personas no se generen daño entre sí; desde el compartir, el cooperar, el respetarse, el autocontrol y la autorregulación, fomentando la participación ciudadana.

El Estado y la Sociedad Civil trabajan para garantizar la convivencia, la tolerancia, la seguridad y los derechos ciudadanos; reconociendo la diversidad cultural y étnica de nuestro Departamento.

Sin desconocer lo importante que es reducir los indicadores de los principales delitos que aquejan la seguridad en el Departamento, las principales estrategias están orientadas a la prevención social; con una visión de fortalecimiento de valores ciudadanos, tendientes a formar la ciudadanía caldense comprometida en la consecución de un Departamento en donde la convivencia y la seguridad ciudadana sean la manifestación clara de nuestra búsqueda por consolidar la paz y la tranquilidad como un derecho de todos y todas.

El trabajo de base en nuestros jóvenes niñas y niños adolescentes, la educación transformadora y un sin número de estrategias de convivencia pacífica y aprovechamiento del tiempo libre aunado a la articulación territorial y al manejo adecuado de los indicadores y al análisis especializado de la información, nos permitirán cumplir con el objetivo propuesto en esta administración que comienza.

La sociedad latinoamericana durante las últimas décadas viene afrontando un proceso de modernización que tiene como una de sus expresiones el cambio en la estructura demográfica: presenta una disminución de la tasa de natalidad y mortalidad y aumento en la esperanza de vida al nacer, lo cual genera un nuevo contexto sociocultural a partir de modelos de vida contemporáneos, que van acompañados de las variaciones económicas del país.

Estos nuevos modelos se manifiestan en el paso de una sociedad rural a una sociedad más urbana, lo que implica un cambio socioeconómico. La urbanización es un proceso de concentración de la población en espacios pequeños, pasando de ser un país con una alta concentración de población en zonas rurales a concentrar la mayor parte de su población en zonas urbanas, presentándose un aumento en la construcción de viviendas en cabeceras municipales y mayores presiones en cuanto a oferta de servicios. Frente a este punto Caldas presenta un especificidad, si bien el grueso de la población vive en las cabeceras municipales, gran parte de la actividad económica sigue ligada a la producción rural.

El Departamento de Caldas no es ajeno a este proceso de urbanización. Para el 2012, según proyecciones estadísticas DANE, el 71 % de la población de Caldas vive en las cabeceras municipales. De acuerdo a las proyecciones estadísticas para el año 2015 este proceso de urbanización seguirá, con un leve aumento del total de población urbana: 708.599 habitantes, el 78% del total del Departamento, la cual se concentrará en las 5 mayores áreas urbanas de Caldas (Manizales, La Dorada, Chinchiná, Villamaría y Anserma).

Para el año 2015 Caldas tiene una proyección de población total 988.003 de ambos sexos, según estadísticas del DANE, con una tasa de crecimiento exponencial de 0,20. Teniendo como referencia la tasa de crecimiento reciente ésta no ha cambiado sustancialmente desde el quinquenio 2000 – 2005. Estas transformaciones demográficas logran una disminución del crecimiento de la población, notándose una mayor población joven y adulta. El 48.9% de la población de Caldas es de sexo masculino frente a un 52.1% de sexo femenino.

El Departamento de Caldas se compone de las siguientes etnias: Afrocolombianos 2,5%, Indígenas 4,3% Pueblos indígenas: Embera Chami y Embera Katio (Resguardo de San Lorenzo, Nuestra Señora de la Candelaria de la Montaña, Cañamomo Lomapieta, Escopetera Pirza, La Albania, Totumal.Y, asentamientos de: La trina, Cauromá y la Soledad)

En otro aspecto, las víctimas del conflicto armado han sido sujetos de la vulneración de sus derechos humanos, donde el conflicto los ha maltratado y los ha condenado a unas condiciones precarias de vida, donde han tenido en momentos de su vida la pérdida de todas sus condiciones como ser humano y han sido expulsados de sus propios lugares de procedencia. En este contexto se requiere unir los esfuerzos tanto del sector público como privado, donde trabajando en un enfoque diferencial se generen alternativas de vida dignas, donde el ser humano sea el centro del desarrollo de todas las políticas del Departamento de Caldas.

La ley 1448 y su marco normativo que la desarrolla implica un gran avance en el tema de los derechos humanos, la ley siendo un avance histórico en el país, no es perfecta y enfrenta varias dificultades, entre ellas su implementación en un ambiente aun de conflicto, la falta de recursos en especial los económicos para su implementación.

### CALDAS Y EL CONFLICTO ARMADO:

El conflicto armado interno que ha vivido Colombia por más de seis décadas es una situación que involucra a la población civil, la cual afecta de manera directa la dignidad, el desarrollo y el goce efectivo de los derechos humanos, de las poblaciones que se ven involucradas en él, específicamente su derecho a la verdad, a la justicia y a la reparación integral; especialmente de aquellas que no participan en las confrontaciones sino de quiénes se convierten en sus víctimas principales como lo son los niños, niñas y adolescentes, las mujeres y las comunidades étnicas.

Cabe anotar que las personas mayores, si bien, no las mayores víctimas del conflicto armado que se reportan en los sistemas de información si son consideradas como una de las poblaciones más vulnerables a esta situación.

Algunas de las situaciones estructurales que subyacen a la realidad social y política del país como la pobreza, la inequidad, el no reconocimiento de la diferencia y el conflicto por la tierra, la desnaturalización del conflicto, así como las amenazas a la integridad personal y a la vida, tales como violencia sexual, homicidios, secuestros, masacres, extorsiones, desapariciones, torturas, expropiaciones de la tierra y reclutamiento forzado tanto de niños, niñas y adolescentes como de adultos y adultas son algunas de las principales causas que se han identificado como detonantes de la agudización del conflicto y su impacto en la población civil.

Dentro de las situaciones que tienen como causas las acciones de los grupos armados en el marco del conflicto interno, el desplazamiento forzado es la que ha tenido un impacto masivo generando el mayor impacto a las poblaciones anteriormente mencionadas, sin que con ello se desconozca otros impactos relacionados con el conflicto armado, entre ellos el reclutamiento forzado de niños, niñas y adolescentes, las minas antipersonales, desaparición forzada, secuestros, amenazas a líderes y miembros de organizaciones de población víctima de desplazamiento, representantes de organizaciones sociales y defensores y defensoras de derechos humanos .

Dada esta situación de confrontación armada en el país, Caldas no ha sido ajena a esta problemática.

En este sentido en el marco de la implementación de la Ley 1448 de 2011 “Ley de víctimas y restitución de tierras” el Departamento de Caldas, como ente territorial tiene la responsabilidad de garantizar tanto la restitución de los derechos vulnerados en ocasión del conflicto armado así como generar las condiciones que permitan la no repetición de las situaciones victimizantes. Por tanto, se hace necesario como parte del sistema de garantes de derechos para las víctimas de conflicto armado, generar acciones con enfoque reparador, diferencial y de inclusión social que contribuyan a la reparación integral de la población en esta situación que sirva como uno de los mecanismos para la reconstrucción del tejido social en el Departamento.

La Secretaría de Gobierno Departamental, con la Unidad de Seguridad y Convivencia, ha venido adelantando acciones desde sus servicios para garantizar los derechos de la población víctima del

conflicto armado, en especial de aquellas que se encuentran en situación de desplazamiento forzado, reconociéndola como población prioritaria en el acceso a dichos servicios, sin que con ello necesariamente se haya diseñado al interior de los mismos, procesos o acciones diferenciales e intencionadas con enfoque reparador en la atención y transformador que contribuyan a la reparación integral acorde a su situación de víctimas del conflicto armado.

### SÍNTESIS DE LOS ASPECTOS MÁS RELEVANTES SOBRE LAS CONDICIONES SOCIALES DEL MUNICIPIO (POBREZA POR NBI, POBREZA EXTREMA, POBREZA MULTIDIMENSIONAL Y CONDICIONES DE EMPLEO)

En los últimos años el departamento de Caldas ha experimentado una serie de dificultades económicas y sociales derivadas de la recesión y la crisis de los precios internacionales del café, las cuales han incidido en las condiciones económicas y sociales de la población. Uno de esos impactos tiene que ver con el hecho de que en el año 2005, Caldas haya ocupado, después de Quindío, Tolima y Risaralda, el cuarto nivel de desempleo más alto (13.6%) entre 25 regiones incluidas en la medición del DANE.

Según los resultados del censo 2005, el 28.9% de la población rural del departamento de Caldas presentó Necesidades Básicas Insatisfechas NBI. Es así que, los municipios con mayor número de necesidades básicas insatisfechas son los ubicados en el Oriente de Caldas: Norcasia (36.7), Samaná (32.9), Victoria (30.7) y Marmato (36.0) del Occidente Alto.

En ese sentido, los componentes más críticos del indicador a nivel nacional se presentan en la dependencia económica (Personas que pertenecen a hogares con más de tres personas por miembro ocupado y cuyo jefe ha aprobado, como máximo, dos años de educación primaria) y el hacinamiento crítico (más de tres personas por cuarto).

Por otro lado, en materia educativa, los resultados con base en SISBEN, revelan una baja escolaridad promedio en las zonas rurales de Caldas, tanto para los jefes de hogar (3.2 años) como para la población de doce años y más (4.1 años). Y en cuanto a asistencia escolar, aunque se presentan niveles altos de asistencia de la población en edad escolar de primaria (asistencia del 83.6 %de los niños entre 5 y 11 años), estos se reducen en los rangos de asistencia a secundaria (54.7%) y superior (8.9%).

### DINÁMICA DEL CONFLICTO ARMADO:

- Actores Armados Ilegales: Presencia de las FARC en zonas rurales del municipio de Samaná.
- Presencia de BACRIM en el municipio de Filadelfia.
- Municipios en riesgo: El Índice de Riesgo en el departamento es muy bajo, solo se resalta un leve riesgo en los municipios de Manizales, Palestina y Viterbo.

En cuanto a desplazamiento forzado: Caldas presenta una doble dinámica de EXPULSIÓN y de RECEPCIÓN de la población desplazada, siendo mayor la expulsión. Las cifras históricas indican que

desde el año 1997 hasta 31 de agosto de 2012 se han expulsado 72.043 personas que corresponden a 16.654 hogares y han llegado 48.873 personas integrantes de 11.379 hogares. En lo corrido de la administración Santos se han recibido 3.333 personas y se han expulsado 3.374 personas.

Del total de recepción y expulsión del Departamento, Samaná es el municipio con las cifras históricas más altas desde el año 1997 hasta 31 agosto de 2012, han llegado 4.128 hogares con 19.019 personas y se han expulsado 7.876 hogares con 35.106 personas.

Principales hechos victimizantes reportados: 85.691 registros de personas asociadas a los diferentes hechos victimizantes en el departamento, de los cuales 9.951 están asociados a Homicidio/Masacre.

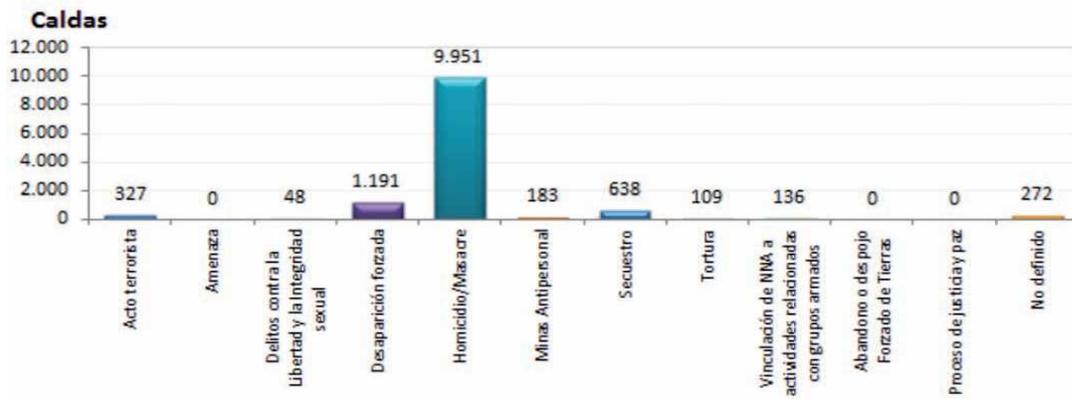
Ahora bien, frente a la dinámica de desplazamiento forzado en el departamento durante los últimos años, los principales factores, riesgos y amenazas son en términos de minas antipersonales, reclutamiento forzado, microtráfico, exploración y explotación minera legal e ilegal, despojo de tierras, y reclutamiento de grupos al margen de la ley; entre otros. En consecuencia, según fuente nacional y la información levantada por el Departamento se identifica que la mayoría de desplazamiento intra urbano de la ciudad de Manizales, sí se evidencia en límites al acceso e ingreso al registro de la población víctima.

Por otro lado, en cuanto al desplazamiento intermunicipal los principales receptores son las ciudades con mayor población en el departamento como La Dorada, Manizales y Chinchiná. Samaná por ser un municipio con mayor concentración de la población en lo rural (corregimientos de Berlín, San Diego y Florencia) es aún el municipio con mayor expulsión. Manizales, Supia, Manzanares y Riosucio son municipios que presentan riesgos y amenazas en reclutamiento forzado, lo cual determina el desplazamiento hacia otras zonas del Departamento. Finalmente, Los desplazados que llegan provienen en su mayoría de los municipios del departamento de Caldas y de otros departamentos como Tolima y Antioquia.

Y en cuanto a otros hechos victimizantes: Nota: No. Registro de personas asociados a diferentes hechos victimizantes corte marzo de 2012 documento CONPES 3726.

Fuente: UARIV – RNI

En Caldas, actualmente el riesgo está por la presunta presencia de milicianos, que puede generar posibles nuevos reclutamientos. Hay una percepción generalizada sobre el presunto reagrupamiento de grupos armados al margen de la ley y existe temor por parte de la comunidad de que se vuelvan a presentar reclutamientos. Esta percepción generalizada se hace evidente en los municipios del oriente de Caldas, especial énfasis en municipios con un porcentaje rural alto como Pensilvania, Samaná, Marquetalia y Norcasia, tradicionalmente azotados por el fenómeno del narcotráfico, los cultivos ilícitos y el desplazamiento forzado.



## **SECTOR PLANEACIÓN, GOBIERNO Y DESARROLLO INSTITUCIONAL**

### **SECRETARIA DE PLANEACIÓN**

La Misión de la Secretaría de Planeación Departamental está enfocada específicamente en dirigir el Sistema de Gestión del Desarrollo Departamental, orientando las Políticas de Planificación y Presupuestación del Departamento, para lo cual desarrolla funciones de tipo operativo, técnico y especializado a través de las diferentes Unidades que la conforman.

En desarrollo de su misión, orienta su gestión hacia la coordinación, formulación, apoyo en la implementación y seguimiento a las Políticas Públicas del Departamento, teniendo como tarea principal la elaboración y seguimiento del Plan de Desarrollo Departamental, principal instrumento para llevar a cabo los propósitos del Gobierno Departamental.

De igual manera se trabaja bajo los lineamientos de la Ley 152 de 1994, la cual ordena vincular en todo el proceso al Consejo Territorial de Planeación, convocado y conformado desde esta instancia, el cual debe tener una participación activa y emitir un concepto técnico al documento final del Plan de Desarrollo y a los Planes de Ordenamiento Territorial Municipales bajo lineamientos de la Ley 388/97.

La Secretaría de Planeación en la actualidad, cuenta con cuatro (4) Unidades, cada una con sus respectivas funciones:

**UNIDAD DE INVERSIONES PÚBLICAS:** En desarrollo de su misión institucional y legal, la Unidad de Inversiones Públicas dirige sus acciones al cumplimiento de los siguientes propósitos: Ejecuta, en coordinación con los responsables sectoriales, los instrumentos y herramientas de planeación de origen legal y técnico y aquellos desarrollados al interior de la Administración Departamental, con el objeto de medir la eficiencia en la ejecución y seguimiento del Plan de Desarrollo, tales como: Plan Operativo Anual de Inversiones, Planes de Acción, Sistemas de Seguimiento, entre otros.

**DEBILIDADES:** Este proceso a la fecha no alcanza a cristalizarse debido a las deficiencias que se presentan en la formulación de las metas e indicadores contentivos del Plan de Desarrollo, lo cual no permite una medición efectiva de los resultados e impactos alcanzados, adicionalmente, los proyectos registrados para la ejecución del Plan, adolecen de los criterios técnicos necesarios para fortalecer el proceso. La gran debilidad en este proceso es la falta de competencia, aptitud y actitud de los funcionarios responsables de formular y presentar los proyectos, lo cual se refleja en la pobre participación del Departamento en el presupuesto nacional, vía Gestión de Proyectos. Se presenta desgaste por la falta de apropiación en los Municipios de los sistemas e instrumentos de planeación y la continua rotación de los funcionarios dificulta la continuidad de los procesos, perdiéndose capacidad instalada

**FORTALEZAS:** Sistema de Programación, Seguimiento y Evaluación de Planes de Acción y Plan de Desarrollo Implementado. La Unidad de Inversiones Públicas permanentemente atiende a los

Municipios y entidades que solicitan asistencia técnica directa o capacitación en las herramientas e instrumentos de planeación.

Los enlaces sectoriales en su mayoría y en la medida de sus posibilidades apoyan el proceso permanentemente. Apoyo a los Municipios del Departamento y entidades del sector central y descentralizado del orden Departamental en capacitación y asistencia técnica en las herramientas de planificación como el Sistema de Seguimiento y Evaluación de Proyectos – SSEPI y Metodología General Ajustada como componentes esenciales del Banco de Proyectos de Inversión Departamental y Municipal.

**UNIDAD DE DESARROLLO REGIONAL:** Dependencia que pertenece a la Secretaría de Planeación Departamental, cuya finalidad es propender por un Ordenamiento Territorial que posibilite el Desarrollo Armónico de la Región.

La Unidad de Desarrollo Regional apoya y asiste técnicamente a los Municipios en el Desarrollo Territorial a través del seguimiento, evaluación y actualización de los Expedientes Municipales y Planes de Ordenamiento Territorial, bajo los lineamientos del Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio MVCT y con la participación de sectores de la sociedad civil, sector público, privado y academia.

Los 27 Municipios del Departamento de Caldas cuenta con su Plan de Ordenamiento Territorial y se encuentran en proceso de ejecución, a su vez gran parte de estos POT terminan su vigencia en el presente periodo administrativo de alcaldes; razón por la cual, los municipios tienen gran preocupación por su planeación futura ante la posibilidad de terminar la vigencia de sus POT. De otra parte, si bien CORPOCALDAS define las determinantes ambientales según disposiciones del numeral 1 del Artículo 10 de La Ley 388 de 1997; las demás determinantes definidas en los numerales 2º y 3º relacionadas con patrimonio arquitectónico e histórico, sistemas vial, comunicaciones y de servicios públicos, entre otros, requieren ser abordados y definidos por una entidad regional que pueda establecer norma determinante como lo es el Departamento de Caldas.

Así mismo, en el artículo 23 de la Ley 388 de 1997 dispone que las oficinas de Planeación de los Departamentos con el apoyo de las entidades nacionales, deben prestar asistencia técnica a los Municipios con menos de 30.000 habitantes (Ley 507 modifica a Municipio con menos de 50.000 habitantes). Considerando lo anterior, en el departamento de Caldas se requiere definir insumos que le sirvan a los municipios en la revisión y ajuste de sus POT orientados en principio a incorporar las normas y acciones territoriales determinantes. Adicionalmente y teniendo en cuenta que se tienen solicitudes permanentes de apoyo técnico de los Municipios, se requiere definir un procedimiento para brindar asistencia técnica que incluyan mesas de trabajo con los municipios que solicitan el apoyo; es así como se acompañará a los Municipios del Departamento de Caldas en la revisión y actualización de los PBOT y EOT, brindando asistencia técnica especialmente a aquellos que se encuentran en vigencia de largo plazo, a fin de identificar posibles potencialidades en el territorio, buscando el jalonamiento y crecimiento de las subregiones a partir de la construcción colectiva de visiones de desarrollo territorial.

En el tema de Visiones Subregionales, La Ley Orgánica de Ordenamiento Territorial -LOOT- estableció varias alternativas de figuras asociativas de entidades territoriales, con el fin de promover actuaciones conjuntas y coordinadas alrededor de intereses comunes. Al igual, estas buscan propiciar la planificación y administración de asuntos que trascienden los límites político-administrativos de las entidades territoriales y que requieren tratamiento unificado para su adecuado manejo, sin afectar las autonomías territoriales y reconociendo la diversidad de condiciones de desarrollo regional que caracteriza al país.

La Gobernación, a través de la Unidad de Desarrollo Regional, en cumplimiento de la Ley 1454 de 2011 Ley Orgánica de Ordenamiento Territorial (LOOT) se dispone a incentivar los Procesos de Asociatividad Territorial: La Subregión Centro Sur, conformada por los Municipios de Manizales, Chinchiná, Neira, Palestina y Villamaría. La Gobernación como facilitadora es consciente de la responsabilidad de propiciar el diálogo, permitiendo que la más amplia diversidad de enunciados y propuestas sean escuchadas por toda la Comunidad y socializados con la Comisión de Ordenamiento Territorial. A su vez se trabaja en la Subregión Noroccidente, conformada por los Municipios de Supía, Riosucio, Filadelfia, La Merced y Marmato, donde se realizó un balance de todos los aprendizajes que tienen las entidades del Departamento en temas de Desarrollo Regional y se convino la importancia de aprovechar dichas experiencias e iniciar un PILOTAJE con el ánimo de adelantar un proceso de VISIONES REGIONALES en el Departamento de Caldas, tomando como modelo el Occidente Caldense. De esta manera se acordó que para lograr los propósitos será necesario involucrar actores tan importantes y conocedores de los temas regionales como son Corpocaldas, Las Universidades (SUMA) con sus programas relacionados; los Integrantes de las Comisiones de Ordenamiento Territorial y las Administraciones Municipales., promoviendo la construcción, de manera colectiva, Visiones de Desarrollo Territorial de largo plazo que potencialicen el Desarrollo Regional a partir de procesos de integración, al interior del Departamento entre Municipios y Subregiones. Para ello se cuenta con el apoyo técnico y metodológico de la Agencia Alemana para la Cooperación Internacional (GIZ) a través del programa CERCAPAZ, y con el acompañamiento y asesoría del Departamento Nacional de Planeación DNP.

La Secretaria de Planeación Departamental, continúa dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 152 de 1994, Ley 388 de 1997 y la Sentencia C-524 de 2003, de la Corte Constitucional, en el marco del Sistema Departamental de Planificación a los Consejeros Territoriales de Planeación tanto Departamentales como Municipales CTP brindando apoyo y fortalecimiento como máxima instancia en los procesos de planificación territorial.

**UNIDAD DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA LA PLANEACIÓN:** La información estadística es un elemento fundamental para la toma acertada de decisiones, por tanto es imprescindible contar con información de calidad, que permita valorar y medir verdaderamente la gestión del ente territorial, y la acertada toma en las decisiones. En la Gobernación de Caldas aunque se tienen algunos sistemas de información instalados en algunos de sus sectores, (Educación, Hacienda, Infraestructura, Salud, Planeación, Gobierno -Unidad de minas- Cultura y Agricultura) éstos no son lo suficientemente fuertes, además son totalmente desarticulados es decir no existe conexión entre unos y otros. Se

hace necesario y urgente contar con una herramienta que facilite la articulación de la información, su procesamiento, análisis y producción, además del fortalecimiento que se requiere en la parte del recurso humano, tecnológico y financiero. No debemos olvidar que la planeación es el mecanismo articulador con todo el que hacer de una entidad, el poder tener un sistema de información integral nos podrá conducir por la senda de las mejores y más oportunas decisiones, tanto al interior de nuestra entidad, como al exterior de la misma. Habrá que hacer grandes esfuerzos sobre todo en el aspecto presupuestal desde todos los sectores con base en el criterio de la transversalidad para que logremos llegar a un sistema de información que nos garantice el acceso a todos de la información.

Otro tema de vital interés e importancia es el de TRANSPARENCIA, tema que debemos articular con la línea estratégica del plan de desarrollo nacional “ buen gobierno” y es que, hacer visible la administración pública de cara a todos los ciudadanos, permite la participación activa de los mismos en la toma de las decisiones, desde esta gobernación se pretende adoptar procesos permanentes de interacción entre servidores públicos y entidades, con los ciudadanos y con todos los interesados en la gestión de la administración pública.

Se tiene como antecedente, la última evaluación realizada al ÍNDICE DE TRANSPARENCIA DEPARTAMENTAL, donde nuestro departamento obtuvo una calificación de 81.7 puntos lo que lo ubica en el segundo lugar en prácticas de transparencia en el territorio nacional, donde los factores de visibilidad e institucionalidad fueron los que obtuvieron menor puntaje con respecto a los demás factores de calificación, nos proponemos para el 2015, mejorar ostensiblemente la calificación en estos factores ya si obtener el primer puesto en nuestro país, y ser un verdadero ejemplo para siendo el primero en PRACTICAS DE TRANSPARENCIA.

Se hace necesaria la articulación de todos los actores institucionales involucrados en el fomento de la transparencia, para lograr cumplir con los propósitos descritos en el marco de la transparencia y la participación y servicio al ciudadano, lo que nos obliga a abrir espacios de participación, involucrar a los ciudadanos en la formulación, ejecución, control y evaluación de la gestión pública.

**UNIDAD DE DESCENTRALIZACIÓN:** La unidad dentro de sus funciones específicas, coherentes con su finalidad de apoyo, acompañamiento y asistencia técnica permanente a las administraciones municipales realiza las siguientes actividades, las cuales son de estricto y perentorio cumplimiento, toda vez que están reguladas por Ley:

- Seguimiento y evaluación al Sistema General de Participaciones – SGP. ley 715 de 2001.
- Análisis y evaluación de la viabilidad financiera y fiscal de los municipios. ley 617 de 2000.
- Evaluación de la gestión de los municipios. ley 152 de 1994, ley 715 de 2001 y ley 617 de 2000.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES – SGP. LEY 715 DE 2001. El objetivo general es evaluar el cumplimiento del marco normativo previsto por las Leyes 715 de 2001 y 1176 de 2007, y la reglamentación relacionada con la ejecución de los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP).

ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE LA VIABILIDAD FINANCIERA Y FISCAL DE LOS MUNICIPIOS. LEY 617 DE 2000: En cumplimiento al Decreto 4515 del 23 de noviembre de 2007, se debe presentar a la Honorable Asamblea el informe de Viabilidad financiera y Fiscal de los municipios del Departamento de Caldas, acorde a la ejecución presupuestal y financiera de las entidades territoriales, teniendo como objetivo principal verificar el cumplimiento de los artículos 6 y 10 de la ley 617 de 2000, (Administración Central y transferencias al H. Concejo y Personería) y tratar de establecer cifras reales de ejecución de los ingresos y los Gastos, incluyendo la inversión, estableciendo para ello mecanismos y acciones que orienten la mejora de las finanzas de los entes locales.

DESEMPEÑO FISCAL: Desde el año 2000, el DNP viene realizando la evaluación del desempeño fiscal de los Departamentos y Municipios, los cuales son publicados en medios masivos de comunicación, en los que se muestra los avances que en la materia realizan los entes territoriales. Dicho análisis y ranking publicado se realiza a través de seis (6) indicadores fundamentales: 1. Capacidad de autofinanciación del funcionamiento, 2. Respaldo de la Deuda, 3. Dependencia de las transferencias-SGP, 4. Importancia de los recursos propios, 5. Magnitud de la inversión, 6. Capacidad de ahorro.

Los resultados del Desempeño Fiscal contribuyen a producir mecanismos efectivos de transparencia y rendición de cuentas ante la comunidad; hecho que facilita la divulgación masiva de los logros alcanzados por las administraciones territoriales.

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO INTEGRAL DE LOS MUNICIPIOS. LEY 152 DE 1994, LEY 715 DE 2001 Y LEY 617 DE 2000. El Art. 343 y 344 de la C.P establecen la importancia del diseño y organización de sistemas de evaluación de la gestión y resultados de la administración pública. Este precepto constitucional ha sido reglamentado por las Leyes 152 de 1994, 617 de 2000 y 715 de 2001, las cuales establecen las bases legales para la evaluación de gestión y resultados de los gobiernos municipales y departamentales.

Estas normas establecen la obligatoriedad de realizar, por parte de los organismos de planeación, la evaluación de la gestión y resultados de las entidades territoriales (departamentos y municipios) en el marco de sus competencias y de los requisitos legales exigidos para el destino de los recursos.

El objetivo fundamental de esta normatividad es crear herramientas para retroalimentar la toma de decisiones, optimizar la asignación de recursos, facilitar la rendición de cuentas y el control social, contribuir al diseño de políticas públicas y focalizar las acciones de asistencia técnica y apoyo institucional.

Dicha evaluación se realiza con base en cuatro componentes:

**Eficacia:** Cumplimiento de metas del plan de desarrollo: Cuanto planificó Vs Cuanto hizo

**Eficiencia:** Cantidad de “producto” por recurso invertido “Productividad

**Requisitos Legales:** Cumplimiento Ley 715 de 2001 y 1176 de 2007 (SGP)

**Gestión:** Capacidad Administrativa + Desempeño fiscal

De acuerdo con estos parámetros y las evaluaciones de la última vigencia, los municipios del departamento se encuentran rankiados de la siguiente manera.

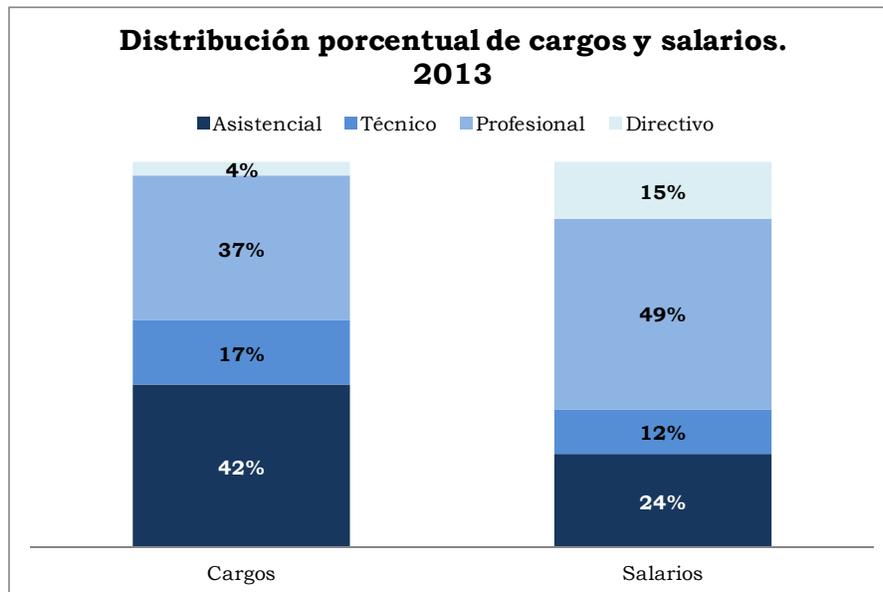
RANKING DE DESEMPEÑO FISCAL 2011 VS 2012 MUNICIPIOS CALDAS																				
Municipio	2011									2012									EVOLUCIÓN NACIÓN	EVOLUCIÓN DEPTO
	Porcentaje de ingresos corrientes destinados a funcionamiento 1/	Magnitud de la deuda 2/	Porcentaje de ingresos que corresponden a transferencias 3/ (i)	Porcentaje de ingresos ctes que corresponden a recursos propios 4/	Porcentaje del gasto total destinado a inversión 5/	Capacidad de ahorro 6/	Indicador de desempeño Fiscal 7/	Posición 2011 a nivel nacional	Posición 2011 a nivel departamento	Porcentaje de ingresos corrientes destinados a funcionamiento 1/	Magnitud de la deuda 2/	Porcentaje de ingresos que corresponden a transferencias 3/ (i)	Porcentaje de ingresos ctes que corresponden a recursos propios 4/	Porcentaje del gasto total destinado a inversión 5/	Capacidad de ahorro 6/	Indicador de desempeño Fiscal 7/	Posición 2012 a nivel nacional	Posición 2012 a nivel departamento		
Aguadas	0.00	6.37	74.89	49.29	82.91	28.09	64.61	661	19	52.06	6.42	69.53	47.65	87.40	42.24	68.14	399	13	262	6
Anserma	85.12	8.29	69.41	64.15	74.26	6.24	58.30	954	27	68.29	4.02	72.56	66.64	84.92	35.07	69.67	333	10	621	17
Aranzazu	65.72	0.00	72.26	44.38	83.09	19.66	64.10	687	22	32.34	2.00	70.87	44.84	90.60	58.72	71.39	260	7	427	15
Belalcazar	74.77	1.78	71.39	55.01	79.24	20.20	65.09	628	18	82.76	1.80	75.78	54.02	79.68	11.45	60.57	871	27	-243	-9
Chinchina	63.80	0.00	48.96	85.56	73.08	42.60	76.42	134	3	61.46	0.00	49.47	83.87	74.87	43.94	76.58	101	3	33	0
Filadelfia	60.42	3.59	75.65	45.83	83.48	26.37	64.26	680	20	67.52	1.40	74.44	41.39	84.64	22.64	63.73	673	24	7	-4
La Dorada	46.55	4.72	55.39	72.13	83.64	54.39	75.96	144	4	38.71	4.41	56.86	75.94	81.84	54.74	76.16	114	4	30	0
La Merced	55.08	0.00	76.27	33.19	84.48	29.15	63.35	747	24	57.28	0.00	82.56	28.20	83.69	25.53	60.84	853	26	-106	-2
Manizales	34.21	5.35	49.22	90.71	85.40	63.46	81.57	36	1	35.32	6.48	54.50	89.33	83.67	59.50	79.40	58	1	-22	0
Manzanares	67.33	4.98	82.28	35.59	85.67	28.95	62.05	813	25	63.53	3.26	77.81	48.61	86.42	32.08	65.81	535	21	278	4
Marmato	54.29	5.95	78.44	43.02	87.91	38.01	65.49	602	16	66.26	6.42	53.40	35.46	89.37	26.21	66.52	487	19	115	-3
Marquetalia	58.31	0.00	76.30	38.02	89.06	34.15	65.68	590	15	69.15	1.25	81.05	39.60	87.02	28.68	63.76	670	23	-80	-8
Marulanda	68.24	1.16	63.78	32.09	79.86	13.98	61.78	824	26	62.79	0.99	72.13	30.86	81.58	24.26	62.19	767	25	57	1
Neira	60.21	0.00	65.08	68.24	81.78	37.20	71.66	279	7	55.50	0.00	69.62	67.11	84.03	39.15	71.43	259	6	20	1
Norcasia	48.68	0.00	67.67	54.26	85.34	49.76	71.52	287	8	40.23	0.00	77.14	40.36	82.79	52.65	67.77	421	14	-134	-6
Pacora	52.54	1.68	71.13	51.63	82.61	33.94	67.30	500	12	57.15	0.00	76.90	47.29	85.30	34.91	66.59	484	17	16	-5
Palestina	52.06	0.00	51.43	77.04	76.57	43.08	75.30	169	5	63.80	6.70	56.19	72.95	74.76	35.97	71.24	266	8	-97	-3
Pensilvania	67.87	0.40	73.78	65.32	86.96	24.84	68.67	430	9	63.04	0.40	75.57	62.32	89.58	29.95	69.13	354	11	76	-2
Riosucio	67.38	0.00	79.03	67.52	89.92	46.27	72.12	257	6	52.97	7.40	78.07	63.36	89.50	44.79	69.93	318	9	-61	-3
Risaralda	71.81	2.49	68.53	44.60	83.08	18.63	64.11	686	21	53.43	0.91	76.99	44.63	86.34	35.76	66.28	507	20	179	1
Salamina	69.04	0.00	80.57	52.50	81.85	29.21	65.40	609	17	69.39	7.02	77.20	58.40	84.15	32.97	66.58	486	18	123	-1
Samana	61.79	8.81	51.48	37.52	88.21	31.58	67.37	496	10	62.77	3.18	86.80	44.38	91.76	37.93	65.53	564	22	-68	-12
San Jose	44.57	2.19	72.89	42.88	84.24	34.60	65.88	577	14	40.27	2.15	74.78	41.37	83.86	43.21	66.62	481	15	96	-1
Supia	61.50	4.55	77.48	60.80	84.07	32.74	67.34	498	11	45.99	5.44	73.99	65.78	88.26	47.30	71.52	255	5	243	6
Victoria	70.91	9.41	67.99	51.04	79.23	22.78	63.98	700	23	55.29	0.47	69.11	54.87	83.85	37.03	69.06	357	12	343	11
Villamaría	37.10	8.30	51.38	83.40	79.08	51.93	76.64	127	2	31.97	9.83	53.40	82.52	81.45	61.76	77.83	76	2	51	0
Viterbo	66.12	8.24	61.27	53.82	77.71	28.26	66.31	560	13	63.89	9.08	60.48	53.61	79.30	28.86	66.61	482	16	78	-3

## SECRETARIA GENERAL

Se hace un diagnostico global de planta de la entidad con la distribución de los cargos y los valores mensuales y anuales de la nómina para cada uno de los niveles en que se divide adicionalmente, se adjunta un cuadro con los valores de la nómina anual y la contratación por prestación de servicios.

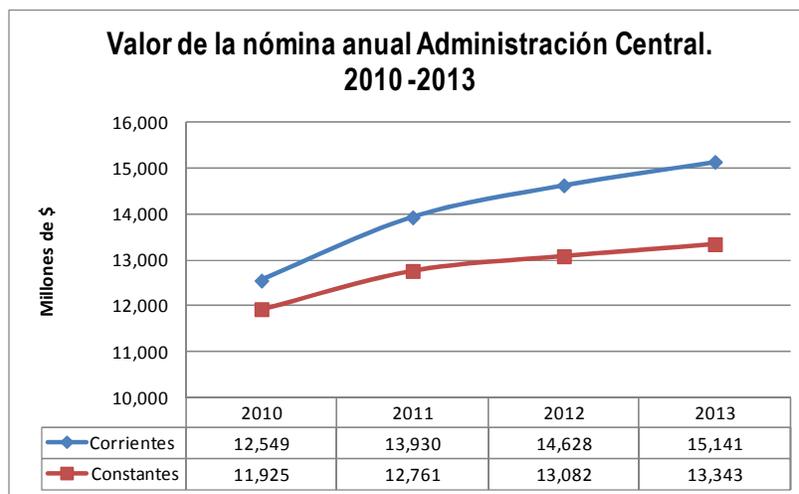
<b>Distribución de Cargos y Costos mensuales por niveles y cargos. 2013</b>				
<b>Niveles y Cargos</b>	<b>Costo Total por mes</b>	<b>No Cargos</b>	<b>% Cargos</b>	<b>% Salarios</b>
<b>Total general</b>	<b>1,298,026,268</b>	<b>414</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
<b>01 Nivel Directivo</b>	<b>188,915,572</b>	<b>15</b>	<b>4%</b>	<b>15%</b>
Gobernador	17,677,078	1	0%	1%
Secretarios de Despacho	171,238,494	14	3%	13%
<b>02 Nivel Profesional</b>	<b>641,350,210</b>	<b>155</b>	<b>37%</b>	<b>49%</b>
Director de Banda	120,234,816	39	9%	9%
Profesional Universitario	169,893,884	48	12%	13%
Profesional Especializado	351,221,510	68	16%	27%
<b>03 Nivel Técnico</b>	<b>152,170,185</b>	<b>69</b>	<b>17%</b>	<b>12%</b>
Instructor	57,780,299	32	8%	4%
Técnico Operativo	94,389,887	37	9%	7%
<b>04 Nivel Asistencial</b>	<b>315,590,300</b>	<b>175</b>	<b>42%</b>	<b>24%</b>
Auxiliar Administrativo	224,892,535	115	28%	17%
Auxiliar de Servicios Generales	44,407,868	37	9%	3%
Auxiliar de Servicios Generales	3,195,599	2	0%	0%
Conductor	25,051,636	14	3%	2%
Conductor Mecánico	7,405,454	3	1%	1%
Secretarias Ejecutivas de Despacho	10,637,209	4	1%	1%
Fuente: Oficina de Personal				

La revisión de los cargos muestra como por cada profesional hay 1.6 cargos asistenciales (incluye asistenciales y técnicos), las exigencias derivadas del trabajo requiere plantear retos para una planta más profesional.



Fuente: Secretaría General – Oficina de personal

El valor actual de la nómina asciende a \$15.141 millones, los incrementos de los últimos años se ubican en 2012, y 2013 en 5.0% y 3.5%. Si se elimina el efecto de la inflación, las variaciones en la nómina son de 2.5% y 2.0%, respectivamente.



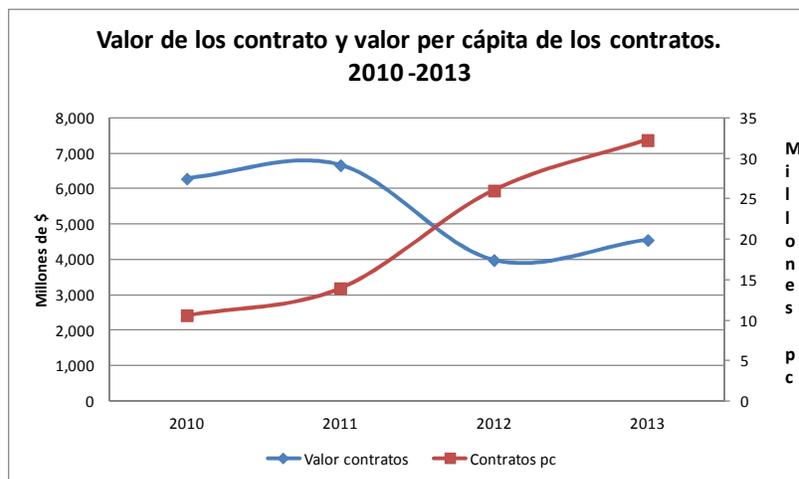
Fuente: Secretaría General – Oficina de personal

La contratación de prestación de servicios se reduce al pasar de más de 6 mil millones en 2010 y 2011 a 4.500 millones en 2013. El análisis a precios constantes confirma la reducción, la contratación de 2012 fue un 58% de la de 2011 y la de 2013 un 66%.



Fuente: Secretaria General – Oficina de personal

Es de anotar que la revisión en términos per cápita plantea un incremento en el valor promedio de la contratación de servicios profesionales, pasando de \$10 millones en promedio en 2010 a \$28 millones en 2013. (Ver gráfico siguiente)



La Secretaria General, para dar cumplimiento a su objeto misional actualmente cuenta con pocos recursos de Inversión que apalanquen el programa que se encuentra formulado en el Plan de Desarrollo, lo que conlleva a que los proyectos enfocados al mejoramiento de la calidad de vida laboral de los funcionarios no se ejecuten de manera satisfactoria; Los recursos que maneja actualmente son de Gastos de Funcionamiento, estipulados en la Ley 617 de 2000 en su artículo 4, que determina el porcentaje a destinar de acuerdo a la Categoría del Departamento y no son suficientes para atender las necesidades administrativas que requiere la Entidad.

