



**INFORME DE GESTIÓN
2023 - 1**

 Instituto Departamental de Salud de Nariño	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

SALUD PÚBLICA

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

GESTIÓN DEL DESARROLLO TERRITORIAL Y DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

1. DIMENSIÓN DE SALUD AMBIENTAL

PROGRAMA MI NARIÑO SALUDABLE CON FORTALECIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

EXPLICACIÓN DEL LOGRO CON RESPECTO AL 2019

A través de los procesos de la gestión en la salud pública, gestión del riesgo y la gestión de las intervenciones colectivas, la dimensión de salud ambiental, impacta de manera positiva en los determinantes sociales y ambientales de la salud con el objeto de prevenir controlar y mitigar eventos adversos para la salud de la población del departamento, abordando sus manifestaciones y repercusiones expresadas en morbilidad, mortalidad, discapacidades, de manera integral, con la intervención de diferentes actores y sectores, tanto de carácter público, como privado y social, según las competencias y responsabilidades misionales de la institución entre las que se resaltan los procesos e Inspección, Vigilancia y Control, Asistencia Técnica y Articulación Intersectorial.

Para tal efecto y en cumplimiento a lo establecido en la Ley 1751 de 2015 y Resolución 1536 de 2015, la Dimensión de salud Ambiental con el fin de materializar el Derecho Fundamental a la Salud dentro de sus competencias formuló el Plan Territorial de Salud y Plan de Acción Para la Vigencia 2022 donde se incluyeron todas las prioridades definidas por el Nivel Nacional y las identificadas en el territorio acorde a lo establecido en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

En tal virtud a continuación se presenta el monitoreo, evaluación y seguimiento de los objetivos asociados a las metas de resultado y de producto programadas y ejecutadas en la vigencia 2023 de la Dimensión de Salud Ambiental como también los principales logros, retos y recomendaciones.

En consecuencia, la dimensión de Salud Ambiental incorporó dentro del proyecto denominado *"DESARROLLO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD AMBIENTAL CON ÉNFASIS EN LOS PROCESOS DE INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL PROMOCIÓN DE LA SALUD ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO"* los siguientes objetivos:

Objetivo 1. Disminuir la tasa de mortalidad por EDA en niños y niñas menores de 5 años (tasa 100.000 menores de 5 años)

Línea Base a 2020: 3.4 menores de 5 años muertos por Enfermedad Diarreica Aguda.

Meta Cuatrienio a 2023: 3.1 menores de 5 años muertos por Enfermedad Diarreica Aguda.

Logro a junio de 2023: 0.8% menores de 5 años muertos por Enfermedad Diarreica Aguda. (IDSN, ENOS 2023)

LOGRO

Se disminuyó la tasa de mortalidad por EDA en niños y niñas menores de 5 años (tasa 100.000 menores de 5 años) pasando de 3.4 a 0.8 logrando la meta programada para 2023.

Objetivo 2. Mantener en cero la tasa de mortalidad por rabia humana (tasa 100.000 habitantes)

Línea Base a 2019: 0 personas muertas por el virus de la rabia humana.

Meta Cuatrienio a 2023: 0 personas muertas por el virus de la rabia humana.

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Logro a junio de 2023: 0 personas muertas por el virus de la rabia humana. (IDSN, ENOS 2023)
LOGRO

Se mantuvo en cero la tasa de mortalidad por el virus de la rabia humana (tasa 100.000 habitantes) logrando la meta programada para 2023.

Objetivo 3. Lograr coberturas útiles de vacunación antirrábica en caninos y felinos (tasa 100.000 habitantes)

Línea Base a 2019: 80% de caninos y felinos vacunados contra la rabia.

Meta Cuatrienio a 2023: 84% de caninos y felinos vacunados contra la rabia.

Logro a junio de 2023: Esta meta se ejecuta durante el último trimestre de la vigencia

LOGRO

Se avanza en el desarrollo de la jornada de vacunación antirrábica de caninos y felinos en el departamento con inversiones de la gestión en salud pública y del Plan de Intervenciones Colectivas.

SECTOR:	META:	ODS AL QUE LE APUNTA EL RESULTADO OBTENIDO
SALUD	Disminuir la tasa de mortalidad por EDA en niños y niñas menores de 5 años (tasa 100.000 menores de 5 años).	Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades Objetivo 6: Garantizar la disponibilidad de agua y su gestión sostenible y el saneamiento para todos
SALUD	Mantener la tasa de mortalidad por rabia humana (tasa 100.000 habitantes).	Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades
SALUD	Lograr coberturas útiles de vacunación antirrábica en caninos y felinos (porcentaje de vacunación antirrábica).	Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades

PLAN ESTRATÉGICO-PLAN TERRITORIAL DE SALUD (PTS)							
¿QUÉ QUEDÓ EN EL PTS?				¿QUÉ SE LOGRÓ?			
RESULTADO	INDICADOR DE RESULTADO	LÍNEA DE BASE 2020	META DE RESULTADO CUATRIENIO	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2020	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2021	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2022	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO AL CORTE 2023
Disminuir la tasa de mortalidad por EDA en niños y niñas menores de 5 años	Tasa de mortalidad por EDA en niños y niñas menores de 5 años * 100.000 menores de 5 años.	3.4	3.1	0.8	0	0	0.8
Mantener la tasa de mortalidad por rabia humana	Tasa de mortalidad por rabia humana * 100.000 habitantes	0	0	0	0	0	0



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Lograr coberturas útiles de vacunación antirrábica en caninos y felinos	Porcentaje de vacunación antirrábica en caninos y felinos	80	84	81	82	83	Anual
---	---	----	----	----	----	----	-------

PLAN ESTRATÉGICO-PTS ACTUAL

El cumplimiento de las metas de producto se desarrolla, mediante las acciones misionales de Inspección, Vigilancia y Control, Asistencia técnica y Articulación Intersectorial, los procesos de la gestión en la salud pública, gestión del riesgo y la gestión de las intervenciones colectivas las cuales materializan las metas de resultado o de bienestar lo que significa un impacto positivo sobre los determinantes socioambientales de la salud.

METAS DE PRODUCTO QUE LE APUNTAN AL RESULTADO

PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE DE PRODUCTO	META DE PRODUCTO	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2020	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2021	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2022	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2023
Realizadas acciones de asistencia técnica a los municipios, que permitan el fortalecimiento de capacidades necesarias para la implementación de políticas, planes y proyectos en salud ambiental	Número de municipios con acciones de asistencia técnica para la implementación de políticas, planes y proyectos de salud ambiental	64	64	64	64	64	64
Fortalecidos y operando los espacios de gestión intersectorial de salud ambiental en el departamento	Porcentaje de espacios de articulación intersectorial operando	100	100	100	100	100	50
Apoyados los municipios en la implementación de vigilancia epidemiológica de plaguicidas, organofosforados, carbamatos en trabajadores expuestos a sustancias potencialmente tóxicas	Número de municipios con vigilancia epidemiológica de plaguicidas, organofosforados, carbamatos	30	64	34	44	54	56
Apoyados los municipios en la implementación de los Planes de Acción Intersectoriales de la estrategia de entornos saludables —Paies—	Porcentaje de municipios con Planes de Acción Intersectoriales de la estrategia de entornos saludables — Paies— implementados	21	25	22	23	24	24.1
Realizadas acciones para la implementación de la Estrategia de Movilidad Segura Saludable y Sostenible del sector salud, en los	Número de municipios con apropiación de la Estrategia de Movilidad Segura y	10	50	14	26	38	38



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

municipios	Sostenible del sector salud a implementar						
Priorizados municipios para la implementación de estrategias intersectoriales para proteger la salud de la población y el bienestar humano asociado a contaminantes en el aire	Número de municipios con implementación de estrategias intersectoriales para proteger la salud de la población y el bienestar humano asociado a contaminantes en el aire	1	2	1	1	1	1
Realizada la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano, en los municipios del departamento	Municipios con vigilancia de calidad del agua para consumo humano	64	64	64	64	64	64
Realizados mapas de riesgo de agua para consumo humano	Número mapas de riesgo de agua para consumo humano realizados	8	16	9	11	14	14
Realizadas acciones de vigilancia y control a establecimientos de interés sanitario, según censo territorial con enfoque de riesgo	Porcentaje de establecimientos de interés sanitario vigilados y controlados con enfoque de riesgo	50	80	55	61	70	75
Formulada e implementada la Estrategia de Gestión Integrada de las Zoonosis de interés en salud pública —EGI— en los municipios de competencia del Departamento de Nariño	Porcentaje de implementación de la Estrategia de Gestión Integrada de las Zoonosis —EGI— en zoonosis, formulada y con informes de seguimiento	0	100	25	50	75	80
Continuada la formulación del componente de Salud Ambiental del Plan Departamental de Adaptación al Cambio Climático	Porcentaje de avance en la formulación del componente de Salud Ambiental del Plan Departamental de Adaptación al Cambio Climático, del 50 al 75%	50	75	55	60	70	75
Apoyada la implementación de los Planes de Residuos Peligrosos en los municipios	Número entidades territoriales municipales de salud con planes de residuos peligrosos a implementar	0	50	5	20	40	45
Realizada la concurrencia en los municipios competencia del departamento el desarrollo de la jornada de vacunación antirrábica de caninos y felinos	Número de municipios concurridos en para ejecutar la vacunación Antirrábica de caninos y felinos.	64	64	64	64	64	64



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

PLAN ESTRATÉGICO-PTS ACTUAL	
¿Cómo lo hizo?	
METAS DE PRODUCTO QUE LE APUNTAN AL RESULTADO	
¿POR QUÉ?	ENFOQUE DIFERENCIAL ESPECIFIQUE LA POBLACIÓN
Porque las acciones de asistencia técnica hacen parte del proceso de desarrollo de capacidades del talento humano y van dirigidas a los 64 municipios del departamento.	Las acciones se realizan en todo el territorio incluyendo el enfoque diferencial a poblaciones Afro e indígenas y menores de edad.
Porque el COTSA se encuentra operando tanto en sus mesas temáticas como en el componente gerencial.	Los espacios de articulación abordan temas con enfoque diferencial de acuerdo a cada problemática abordada.
Por la ejecución del programa VEO en el departamento.	Las acciones se realizan en todo el territorio incluyendo el enfoque diferencial a poblaciones Afro e indígenas y menores de edad.
Por la ejecución de acciones del PIC en el componente de entornos saludables.	Las acciones se realizan en todo el territorio incluyendo el enfoque diferencial a poblaciones Afro e indígenas y menores de edad.
Por la aplicación de los lineamientos de la estrategia de movilidad segura en el departamento.	Las acciones se realizan en todo el territorio incluyendo el enfoque diferencial a poblaciones Afro e indígenas y menores de edad.
Por el desarrollo de los lineamientos de calidad de aire del MSPS en el departamento.	Las acciones se realizan en todo el territorio incluyendo el enfoque diferencial a poblaciones Afro e indígenas y menores de edad.
Por el desarrollo de acciones de vigilancia de calidad de agua en el departamento.	Las acciones se realizan en todo el territorio incluyendo el enfoque diferencial a poblaciones Afro e indígenas y menores de edad.
Por el desarrollo de acciones de vigilancia de calidad de agua en el departamento	Las acciones se realizan en todo el territorio incluyendo el enfoque diferencial a poblaciones Afro e indígenas y menores de edad.
Por el desarrollo de acciones de IVC en sujetos que ofertan bienes y servicios de uso y consumo en el departamento.	Las acciones se realizan en todo el territorio incluyendo el enfoque diferencial a poblaciones Afro e indígenas y menores de edad.
Por la implementación de la EGI en zoonosis en el departamento.	Las acciones se realizan en todo el territorio incluyendo el enfoque diferencial a poblaciones Afro e indígenas y menores de edad.
Por la formulación del PAC en el departamento.	Las acciones se realizan en todo el territorio incluyendo el enfoque diferencial a poblaciones Afro e indígenas y menores de edad.
Por el desarrollo de los lineamientos de manejo de residuos peligroso del MSPS en el departamento.	Las acciones se realizan en todo el territorio incluyendo el enfoque diferencial a poblaciones Afro e indígenas y menores de edad.
Por la concurrencia para el desarrollo de las JMVA en el departamento.	Las acciones se realizan en todo el territorio incluyendo el enfoque diferencial a poblaciones Afro e indígenas y menores de edad.

PLAN ESTRATÉGICO-PTS ACTUAL							
TOTAL DE RECURSOS FINANCIEROS UTILIZADOS							
NOMBRE DEL PROYECTO	VALOR APROPIADO	VALOR EJECUTADO	PORCENTAJE EJECUCIÓN	SGP (\$)	SGR (\$)	RECURSOS PROPIOS (\$)	OTRAS FUENTES DE RECURSOS ESPECIFICAR (\$)
DESARROLLO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD AMBIENTAL CON ÉNFASIS EN LOS PROCESOS DE INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL PROMOCIÓN	\$ 4.781.008.582	\$ 2.439.986.686	51.03%	\$ 4.781.008.582	0	0	0

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

DE LA SALUD ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO							
--	--	--	--	--	--	--	--

RETOS

- Garantizar la infraestructura tanto física como tecnológica de los funcionarios que desarrollan acciones de IVC de la dimensión en los niveles municipales.
- Continuar con la implementación del plan de acción de Inspección, Vigilancia y Control para los productos de uso y consumo que hacen parte de la dimensión de salud ambiental en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, fortaleciendo inicialmente el proceso de inscripción de establecimientos en los municipios categoría 4, 5 y 6 en el marco de los lineamientos que el Ministerio de Salud Y protección Social defina y en especial las circunstancias especiales que se presentan como las emergencias de origen natural y antrópico.
- Lograr a través de la estrategia de IEC y los operativos de control que por lo menos en cada uno de los municipios jurisdicción del IDSN un establecimiento expendio de carne cuente con Autorización Sanitaria, dado que la procedencia ilegal de la carne es el mayor de los incumplimientos para lograr obtener este requisito.
- Lograr una cobertura de vigilancia del 90% de los establecimientos que atienden el PAE, para lo cual se establecerán alianzas estratégicas con las Secretarías de Salud y Educación de los municipios certificados.
- Articular acciones intra e intersectorial para fortalecer las acciones de IVC a Centros de Estética Ornamental que permitan el cumplimiento de la normatividad vigente para este tipo de establecimientos.
- Fortalecer las capacidades del talento humano para la vigilancia a establecimientos que operan equipos emisores de radiación ionizante, con el fin de actualizar el censo de establecimientos en el Municipio de Pasto, teniendo en cuenta la entrada en vigencia de la Resolución 482 de 2018 que traslada la competencia en las acciones de IVC a las DTS departamental y distrital.
- Lograr la construcción y/o adecuación de cementerios y morgues en todos los municipios del departamento de Nariño.

RECOMENDACIONES

- Garantizar la vigilancia y control permanente y la materialización de las actividades propuestas en los planes de acción para mejoramiento de la calidad de agua que elaboran e implementan las administraciones municipales.
- Acoger por parte de las administraciones municipales lo estipulado en el CONPES 3810 para que se financien tratamientos alternativos en agua y saneamiento en zonas rurales por ser la que presentan mayor riesgo en nuestro departamento.
- Mantener y fortalecer los procesos de articulación intersectorial a través del seguimiento a los planes de acción de las mesas temáticas del COTSA.
- Continuar con la concurrencia a municipios 4, 5 y 6 en con enfoque diferencial en especial en zonas indígenas y en la región pacífica en acciones de prevención de zoonosis en especial Rabia, Accidente Ofídico, Leptospirosis.
- Continuar con la actualización del censo de caninos y felinos dentro de la tecnología del PIC de caracterización ambiental y social de manera paulatina.
- Garantizar el capital humano, físico, tecnológico y financiero para el funcionamiento del modelo de inspección, vigilancia y control con enfoque de riesgo, nombrando las plazas vacantes en provisionalidad.

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

- Dado al alto número de establecimientos especiales como también de alimentos y bebidas, es necesario fortalecer técnicamente al talento humano competente con el fin de lograr mayor cobertura en las acciones de IVC y minimizar tempranamente cualquier riesgo que pueda afectar la salud pública.
- Fortalecer el sistema de información que permita gestionar los datos de manera adecuada con el fin de generar respuestas oportunas y eficaces en pro de evitar la presentación de eventos que afecten la salud y vida de la comunidad.
- Fortalecer los procesos de planeación, ejecución y seguimiento de los operativos de control articulados con policía y demás entidades competentes para lograr la formalización de los estándares sanitarios y por ende la procedencia legal de la carne y los productos cárnicos comestibles.
- Fortalecer la estrategia de información, educación y comunicación dirigida a la comunidad en pro del consumo seguro de carne.
- Mayor compromiso por parte de alcaldes y Policía, en el control permanente del sacrificio clandestino de animales de abasto público a través de operativos de control.
- Apoyar a los municipios que cuentan con mayor número de establecimientos de vigilancia sanitaria con el fin de lograr mayor cobertura en este eslabón de la fiscalización sanitaria.
- Fortalecer la seguridad jurídica en situaciones donde el IDSN se vincula como perito para dirimir sobre un asunto sanitario.
- Reforzar la asesoría y asistencia técnica a los actores involucrados para fortalecer capacidades en la atención y seguimiento de los pacientes intoxicados con sustancias químicas.
- Contar con los productos de Comunicación, Información y educación de manera oportuna por la oficina de comunicaciones.

2. VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES

2.1 CRÓNICAS

Conjunto de políticas e intervenciones sectoriales, transectoriales y comunitarias que buscan el bienestar y el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas del transcurso de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los espacios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada de condiciones no transmisibles con enfoque diferencial.

La Dimensión corresponde a las directrices normativas establecidas a nivel nacional en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

A continuación, se describen las acciones realizadas por la Oficina, quienes ejecutan acciones de Asistencia Técnica, Inspección Vigilancia y Control y Coordinación Intersectorial en el marco de las metas programadas en el Plan Territorial de Salud 2020-2023. Las acciones de la oficina están dirigidas especialmente a contener la prevalencia de por Enfermedad Renal Crónica, como una de las complicaciones más relevantes de enfermedades como la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus en el Departamento y el fortalecer las acciones intersectoriales para garantizar el derecho progresivo de todos los nariñenses a una atención integrada de condiciones no transmisibles con enfoque diferencial incorporando acciones el cumplimiento su meta de resultado así:

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

OBJETIVO: Reducir y/o mitigar la carga las enfermedades crónicas no transmisibles de origen cardiovascular (hipertensión arterial), metabólico (diabetes mellitus) precursoras de Enfermedad Renal Crónica en el Departamento de Nariño.

LÍNEA DE BASE 2019: 2.6 habitantes por cada 100 habitantes.

NOMBRE DEL INDICADOR DE RESULTADO

DESCRIPCIÓN DE LA META DE RESULTADO: Mantener la tasa de prevalencia de ERC en el Departamento de Nariño (tasa por 100 habitantes)

PREVALENCIA:

Numerador: hace referencia a las personas que tuvieron la enfermedad en el periodo (Año), independientemente del estado vital.

Denominador: se tiene en cuenta la población promedio del departamento según proyección DANE para el año. Por tratarse de una tasa, el resultado obtenido se multiplica por 100.

Referencia Nacional: En el año 2019 a nivel nacional la prevalencia fue 1,8 por cada 100 habitantes.

PREVALENCIA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

META CUATRIENIO A 2023

El Departamento se propuso como meta mantener la prevalencia de ERC en 2.6 X 100 casos por 100 habitantes

LOGRO DE META DE 2023

El Departamento se propuso como meta mantener la prevalencia de ERC en 2.6 X 100 casos por 100 habitantes, sin embargo, de acuerdo a datos oficiales de la CAC, la prevalencia se redujo a 0,98 casos por cada 100 habitantes. En sentido se disminuye en 69,2 % en la tasa de prevalencia de la ERC para el departamento de Nariño (fuente CAC 2021) en junio del 2023 se contará con la información 2022 y para junio 2024 con la información de 2023 acorde a los lineamientos de la CAC.

EXPLICACIÓN DEL LOGRO CON RESPECTO AL 2019

Se disminuye de 2.6 de la línea base, al 0,98 para el 2022, en este sentido se logra una disminución del 1.92 y se alcanza supera meta de propuesta para 2023.

La situación actual de la enfermedad renal crónica y sus principales precursoras como la HIPERTENSION ARTERIAL Y LA DIABETES, demuestra la importancia de apostar por medidas más eficaces enfocadas a la prevención y el control de estas, fortaleciendo capacidades en el THS para prevenir una nueva generación de pacientes crónicos con tecnologías como la información en salud promoviendo estilos de vida saludable a edades tempranas, diagnóstico oportuno, educación, control y seguimiento.

En razón de lo expuesto el Departamento de Nariño tomo como fuente de este indicador la cuenta de alto costo (información Oficial MSPS), teniendo como línea de base la información arrojada por esta fuente (formulación del PTS 2019) con una tasa de prevalencia de 2.6 personas por cada 100 habitantes, siendo esta la meta a mantener en lo posible, para el momento de la evaluación de la gestión contamos con la información arrojada por la CAC (2022) donde el departamento obtuvo un indicador de 0.9, es decir aproximadamente 1 personas por cada 100 habitantes disponen de diagnóstico de ERC, observando una reducción de la prevalencia, por lo cual hasta el momento se semaforiza este indicador con un cumplimiento ÓPTIMO. (100%), siendo este un avance significativo para el Departamento de Nariño.

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

SECTOR	META	ODS AL QUE LE APUNTA EL RESULTADO OBTENIDO
Salud	Mantener la tasa de prevalencia de ERC en el Departamento de Nariño (tasa por 100.000 habitantes)	Salud y Bienestar en el Departamento de Nariño

¿QUÉ QUEDÓ EN EL PTS?					¿QUÉ SE LOGRO?			
DIMENSION	RESULTADO	INDICADOR RESULTADO	LINEA BASE	META DE RESULTADO CUATRIENIO	META 2020	META 2021	META 2022	META 2023
Vida saludable y condiciones no transmisibles	Reducir y/o mitigar la carga las enfermedades crónicas no transmisibles de origen cardiovascular (hipertensión arterial), metabólico (diabetes mellitus) y cáncer en el Departamento de Nariño	Mantener la tasa de prevalencia de ERC en el Departamento de Nariño (tasa por 100 habitantes)	2.6 x 100 hbts	2.6 x 100 hbts	1.67	1.26	0.98	1

PLAN ESTRATÉGICO-PTS ACTUAL							
¿CÓMO LO HIZO?							
METAS DE PRODUCTO QUE LE APUNTA AL RESULTADO							
PRODUCTO	INDICADOR PRODUCTO	LINEA BASE	META DE PRODUCTO	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2020	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2021	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2022	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2023
Apoyados los municipios en la formulación y/o implementación de planes y/o estrategias encaminadas a la promoción de hábitos y estilos de vida saludable en el marco de los lineamientos del MSPS	No. de municipios con formulación y/o implementación de planes y/o estrategias encaminadas a la promoción de hábitos y estilos de vida saludable en el marco de los lineamientos del MSPS	0	12	2	12	6	29
Concurridos los municipios en las acciones encaminadas a la promoción de hábitos y estilos de vida saludable en el entorno escolar a través de Plan de Intervenciones Colectivas Departamental	Número acciones encaminadas a la promoción de hábitos y estilos de vida saludable en el entorno escolar, implementadas en los municipios	0	12	8	8	8	32



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Apoyados los municipios en la implementación del modelo de atención integral para la prevención del riesgo cardiovascular, vinculando las estrategias incorporadas en la Ruta de Atención Integral de Riesgo Cardiovascular y ERC acorde a los Lineamientos del Ministerio de salud y Protección Social	Número de municipios con implementación del Modelo de Atención integral para la prevención del riesgo cardiovascular, vinculando las estrategias incorporadas en la Ruta de Atención Integral de Riesgo Cardiovascular y ERC	0	12	2	10	19	35
---	--	---	----	---	----	----	----

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL	
¿COMO LO HIZO?	
METAS DE PRODUCTO QUE LE APUNTAN AL RESULTADO	
¿POR QUÉ?	ENFOQUE DIFERENCIAL ESPECIFIQUE LA POBLACIÓN
Apoyados los municipios en la formulación y/o implementación de planes y/o estrategias encaminadas a la promoción de hábitos y estilos de vida saludable en el marco de los lineamientos del MSPS.	Formulación y/o implementación de planes y/o estrategias encaminadas a la promoción de hábitos y estilos de vida saludable en el marco de los lineamientos del MSPS en los 64 Municipio que incluye municipios con población étnica.
Concurridos los municipios en las acciones encaminadas a la promoción de hábitos y estilos de vida saludable en el entorno escolar a través de Plan de Intervenciones Colectivas Departamental.	Municipios en las acciones encaminadas a la promoción de hábitos y estilos de vida saludable en el entorno escolar a través de Plan de Intervenciones Colectivas Departamental en los 64 Municipio que incluye municipios con población étnica.
Apoyados los municipios en la implementación del modelo de atención integral para la prevención del riesgo cardiovascular, vinculando las estrategias incorporadas en la Ruta de Atención Integral de Riesgo Cardiovascular y ERC acorde a los Lineamientos del Ministerio de salud y Protección Social.	Apoyo a los 64 municipios en la implementación del modelo de atención integral para la prevención del riesgo cardiovascular, vinculando las estrategias incorporadas en la Ruta de Atención Integral de Riesgo Cardiovascular y ERC acorde a los Lineamientos del Ministerio de salud y Protección Social, que incluye municipios con población étnica.

IMPACTO 2023

En Colombia la prevalencia de ERC para el año 2021 es de 1.75x cada 100 hbts. L. BASE: 2.6 (2018), 1.8 (2019), 1.7 (2020), 1.75 (2021) x cada 100 hbts. Nariño ha presentado una tendencia a la baja: 2.6 (2019) 1.67 (2020) 1.2 (2021), 0.98 (2022) x cada 100 hbts en comparación con el país.

El Departamento le ha apostado por medidas como fortalecimiento de capacidades en el THS a través de las TICs, seguimiento de las ETM y las EAPB para prevenir una nueva generación de pacientes con ENT, promoviendo HEVS a edades tempranas, afianzando el diagnóstico oportuno, educación, control y seguimiento.

LOGROS 2020-2023

- Acompañamiento y AT del MSPS en diferentes temáticas de la dimensión.
- Cumplimiento del 100% de las metas propuestas.



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

- Seguimiento a aseguradores con acompañamiento de la Subdirección de Calidad y Aseguramiento.
- Articulación con Secretaría de Educación para fortalecimiento del proceso de PIC 2020.
- Ejecución el 100 de proyecto PIC 2020.
- Articulación con Secretaría de Tránsito ara fortalecimiento de la Actividad física en los municipios.
- Fortalecimiento de la implementación de las RIAS de la dimensión en los actores de sistema de seguridad social en el Depto.
- Fortalecimiento de capacidades: Articulación con entidades externas para desarrollo de CURSO DE ECNT dirigido a los ACTORES del SGSS del departamento (EAPB, DLS e IPS).
- Se mantiene la Articulación con Secretaría de Educación para fortalecimiento del proceso de PIC.
- Se mantiene la Articulación con Secretaría de Tránsito para fortalecimiento de la Actividad física en los municipios.

RETOS

- Gestión para la contratación oportuna del THS para fortalecimiento de los avances en el territorio respecto de las Estrategias y RIAS de atención prioritarias y compromisos.
- Mayor compromiso y apoyo por parte de la alta dirección y subdirección de salud pública para contratación de talento humano idóneo y comprometido para el desarrollo de las actividades de la dimensión.
- Realizar gestión ante MSPS para continuar contando con el acompañamiento para el seguimiento a compromisos y avance en cumplimiento de las estrategias.

DIFICULTADES

- No se contó de manera oportuna con la contratación del Talento Humano de apoyo programado, pese a la gestión realizada ante la alta dirección y la subdirección de salud Pública.
- Lo anterior requirió de esfuerzo adicional por parte de este despacho para coordinación de agendas y consecución de profesionales dispuestos a apoyar.
- Alta carga laboral en los profesionales en la ETM, quienes asumen diferentes funciones por retraso o ausencia de contratación de equipo de apoyo.
- Alta rotación de personal en los ETM, renuncia de los profesionales y escasez de talento humano para apoyar los procesos de salud Pública, que no permite el avance de la implementación de las estrategias.
- Contratación e inicio tardío PIC tanto en ETD como en las ETM.
- Se debió ajustar actividades debido a la tardía contratación.

PLAN ESTRATÉGICO-PTS ACTUAL							
TOTAL DE RECURSOS FINANCIEROS UTILIZADOS							
NOMBRE DEL PROYECTO	VALOR APROPIADO	VALOR EJECUTADO	PORCENTAJE EJECUCIÓN	SGP (\$)	SGR (\$)	RECURSOS PROPIOS (\$)	OTRAS FUENTES DE RECURSOS ESPECIFICAR (\$)
2022003520158 fortalecimiento de capacidades a los entes territoriales municipales encaminados a promover los hábitos y estilos de	230.000.000	37.858.531	16.5%	480.000.000	NA	NA	NA

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

vida saludable para la prevención de enfermedades crónicas (2023) en el departamento de Nariño.							
---	--	--	--	--	--	--	--

2.2 COMPONENTE LINEA CANCER

La Dimensión de Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles, específicamente en su componente de la Línea Cáncer, se encuentra en consonancia con los lineamientos establecidos a nivel nacional dentro del Plan Decenal para el Control de Cáncer 2012-2021.

En este sentido, la Oficina Línea Cáncer del Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN) ha llevado a cabo una serie de acciones enfocadas en brindar Asistencia Técnica, realizar Inspección Vigilancia, así como promover la Coordinación Intersectorial. Estas actividades se desarrollan en concordancia con las metas establecidas en el Plan Territorial de Salud 2020-2023.

El principal objetivo de la oficina es reducir la mortalidad por cáncer en el departamento de Nariño, a través del fortalecimiento de las acciones intersectoriales, especialmente en lo que respecta a la Detección Temprana y el Tratamiento Oportuno de la población nariñense. Con este enfoque integral, se busca garantizar una respuesta efectiva y eficiente frente a esta enfermedad, que represente una mejora significativa en la calidad de vida de la población local.

Con estas acciones implementadas, la Oficina Línea Cáncer del IDSN desempeña un papel fundamental en la lucha contra el cáncer, contribuyendo a la promoción de estilos de vida saludables, la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de esta enfermedad en el departamento.

Dimensión Vida saludable y condiciones no transmisibles

Programa: Mi Nariño Saludable con fortalecimiento en APS.

Subprograma: Componente Línea Cáncer.

Objetivo: Mantener la mortalidad por cáncer en 33 x 100.000 habitantes en el Departamento de Nariño.

Línea Base a 2019: 33 muertes por cáncer por cada 100,000 habitantes.

Meta Cuatrienio 2020 - 2023: 33 muertes por cáncer por cada 100,000 habitantes.

Logro a 2021: 32,05 muertes por cada 100,000 habitantes (último dato oficial de la cuenta de alto costo 2020).

Nota: El dato se toma al año anterior, ya que la cuenta de alto costo reporta con un año atrás.

La meta programada es Mantener la tasa en 33,3 por 100.000 habitantes en el Departamento de Nariño, Sin embargo, para el año 2021 la tasa aumento considerablemente, según ultima fuente reportada por la cuenta oficial de alto costo. Para el año 2022 y 2023 aún no se tiene reporte por parte de la cuenta oficial. El aumento de la tasa de mortalidad por cáncer puede estar directamente relacionado con la baja cobertura de tamizajes para cáncer en la gran mayoría de los Municipios y

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

la detección tardía en el diagnóstico, todo esto relacionado con la emergencia sanitaria donde por

PLAN ESTRATEGICO-PLAN TERRITORIAL DE SALUD (PTS)							
¿QUÉ QUEDÓ EN EL PTS?				¿QUÉ SE LOGRÓ?			
RESULTADO	INDICADOR DE RESULTADO	LÍNEA DE BASE	META DE RESULTADO	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2020	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2021	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2022	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO AL CORTE 2023
"Mantener la mortalidad por cáncer en 33 x 100.000 habitantes en el Departamento de Nariño."	Mantener la tasa de mortalidad por cáncer en el Departamento de Nariño (tasa por 100.000 habitantes)	33	33	33,3	32,05	52,2	AUN NO HAY REPORTE AÑO 2023 SEGÚN CUENTA OFICIAL DE ALTO COSTO

confinamiento muchos de los pacientes no acudieron a una atención médica.

SECTOR:	META:	ODS AL QUE LE APUNTA EL RESULTADO OBTENIDO
Mi Nariño Líder en Salud	Reducir y/o mitigar la carga de las enfermedades crónicas no transmisibles de origen cardiovascular (hipertensión arterial), metabólico (diabetes mellitus) y cáncer en el Departamento de Nariño.	Salud y Bienestar

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL							
METAS DE PRODUCTO QUE LE APUNTAN AL RESULTADO							
PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE DE PRODUCTO	META DE PRODUCTO	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2020	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2021	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2022	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO JUNIO 2023
Apoyados los municipios en la implementación del Plan Decenal Control de Cáncer.	Número de municipios con implementación del Plan Decenal Control de Cáncer	0	20	4	8	4	2
Apoyados los municipios con acciones encaminadas mejorar los hábitos y condiciones de vida para	Número de municipios concurridos con actividades encaminadas mejorar los hábitos y condiciones de vida para prevenir y	0	12	2	4	4	1

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

prevenir y fomentar el diagnóstico temprano de cáncer	fomentar el diagnóstico temprano de cáncer						
---	--	--	--	--	--	--	--

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL	
¿COMO LO HIZO?	
METAS DE PRODUCTO QUE LE APUNTAN AL RESULTADO	
¿POR QUÉ?	ENFOQUE DIFERENCIAL ESPECIFIQUE LA POBLACIÓN
Se priorizan y visitan 18 Municipios donde se implementa el Plan Decenal para el Control de Cáncer, así obtener las coberturas de tamizajes deseadas y el seguimiento de los pacientes con diagnóstico de cáncer, el apoyo y la garantía del tratamiento oportuno. Se realiza continuo seguimiento a los Municipios para fortalecimiento del Plan implementado.	Municipios con población diferencial con los mismos derechos de plan Decenal para el control de Cáncer 1. Ipiales, 2. Tumaco, 3. Guachucal, 4. Gualmatan, 5. Cumbal, 6. Iles, 7. Potosí, 8. Córdoba, 9. Samaniego, 10. La Unión 11. Guaitarilla, 12. Sandona, 13. Consaca, 14. El Tambo, 15. Mosquera, 16. la florida, 17. San Bernardo, 18 El Peñol.
Se realiza Visita de AT y vigilancia en salud pública a los Municipios priorizados para la implementación de actividades encaminadas mejorar los hábitos y condiciones de vida para prevenir y fomentar el diagnóstico temprano de cáncer, para este periodo se realiza visita al Municipio de Ipiales.	Municipios priorizados con población diferencial y la implementación de acciones encaminadas mejorar los hábitos y condiciones de vida para prevenir y fomentar el diagnóstico temprano de cáncer

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL							
TOTAL, RECURSOS FINANCIEROS UTILIZADOS							
NOMBRE DEL PROYECTO	VALOR APROPIADO	VALOR EJECUTADO	PORCENTAJE EJECUCIÓN	SGP (\$)	SGR (\$)	RECURSOS PROPIOS (\$)	OTRAS FUENTES DE RECURSOS ESPECIFICAR (\$)
Implementación del componente de cáncer en la red integrada de prestadores de servicios	140.408.144.	70.854.868	50.5%	140.408.1444	0	0	0

Recomendaciones

1: Fortalecer la articulación entre los diferentes actores departamentales, como las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), Empresas Sociales del Estado (ESE), Direcciones Locales de Salud (DLS), Secretaría de Salud Municipal (SMS) y el Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN). Esto se puede lograr a través de:

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

- Establecer reuniones periódicas de coordinación y seguimiento de los pacientes con cáncer reportados por la cuenta de alto costo.
- Promover la comunicación fluida y el intercambio de información entre los diferentes actores involucrados.
- Establecer protocolos y guías claras para el seguimiento integral de los pacientes, asegurando una atención continua y de calidad.

2: Disminuir las barreras administrativas por parte de algunas EAPB, especialmente EMSSANAR y ASMET SALUD, para la prestación de los servicios de oncología. Para lograr esto, se sugiere:

- Identificar y analizar las barreras administrativas específicas que afectan la prestación de servicios de oncología.
- Establecer mecanismos de diálogo y negociación con las EAPB involucradas para resolver los problemas identificados.
- Implementar estrategias para agilizar los trámites y procedimientos administrativos, asegurando un acceso oportuno y adecuado a los servicios de oncología.

3: Definir estrategias efectivas para aumentar las coberturas de tamizaje para el cáncer. Para lograr esto, se pueden considerar las siguientes acciones:

- Diseñar campañas de concientización y educación dirigidas a la comunidad, destacando la importancia del tamizaje para la detección temprana del cáncer.
- Implementar programas de tamizaje accesibles y adaptados a las necesidades de la población, considerando factores como la edad, género y factores de riesgo.
- Establecer alianzas con instituciones educativas, centros de trabajo y organizaciones comunitarias para llevar a cabo actividades de tamizaje y promoción de la salud.
- Utilizar tecnologías de la información y comunicación para facilitar el acceso a la información sobre el tamizaje y enviar recordatorios a la población objetivo.

Al implementar estas recomendaciones, se fortalecerá la colaboración entre los diferentes actores involucrados, se eliminarán barreras administrativas y se promoverá un mayor alcance en las coberturas de tamizaje para el cáncer en el Departamento de Nariño. Esto contribuirá a mejorar el seguimiento de los pacientes y facilitará el acceso a servicios de calidad para la prevención y detección temprana del cáncer.

LOGROS

Brindar asistencia técnica a la red de prestación de servicios de salud y a las Direcciones Locales y/o Secretarías de Salud del Departamento de Nariño sobre los tamizajes para el cáncer, de acuerdo a la resolución 3280 del 2018. Para lograrlo, se busca:

- Facilitar la implementación de las rutas establecidos en la resolución anteriormente mencionada, proporcionando orientación técnica y capacitación a los profesionales de la salud.
- Mejorar el conocimiento y la comprensión de los procedimientos de tamizaje para el cáncer, asegurando una implementación eficiente y de calidad.
- Garantizar que las Secretarías de Salud y los servicios de salud en el Departamento de Nariño estén alineados con los estándares establecidos en la resolución.

Identificar y apoyar a las personas diagnosticadas con cáncer que enfrentan barreras de acceso al tratamiento. Los objetivos son:

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

- Identificar a las personas con diagnóstico de cáncer que experimentan obstáculos en el acceso a los servicios de tratamiento.
- Proporcionar apoyo personalizado y acompañamiento a estas personas para superar las barreras identificadas, ya sea a través de la gestión con las EAPB, la orientación en trámites administrativos o la derivación a programas de asistencia social.
- Garantizar que todas las personas diagnosticadas con cáncer en el Departamento de Nariño puedan acceder de manera oportuna a los servicios de tratamiento necesarios.

Articular acciones con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) en beneficio de la población nariñense, para garantizar la oportunidad en la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer. Se busca:

- Establecer mecanismos de coordinación y colaboración con las EAPB para optimizar los procesos de autorización y atención en los servicios de salud.
- Promover la corresponsabilidad entre las EAPB y las instituciones de salud en la provisión de servicios de detección, diagnóstico y tratamiento oportunos para el cáncer.
- Garantizar que la población nariñense tenga acceso equitativo y adecuado a los servicios de salud relacionados con el cáncer, independientemente de su afiliación a una EAPB específica.

Gestionar y articular con los actores departamentales que apoyan la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer. Los objetivos son:

- Establecer alianzas estratégicas con organizaciones, fundaciones y otros actores departamentales que trabajan en la lucha contra el cáncer.
- Coordinar esfuerzos y recursos para fortalecer los programas de detección temprana, diagnóstico y tratamiento del cáncer en el Departamento de Nariño.
- Promover la colaboración y el intercambio de buenas prácticas entre los actores departamentales para mejorar la respuesta integral frente al cáncer en la región.

Estos logros contribuirán a fortalecer las acciones en la lucha contra el cáncer, mejorando la implementación de los tamizajes, garantizando el acceso al tratamiento, articulando acciones con las EAPB y coordinando esfuerzos con los actores departamentales. De esta manera, se busca mejorar la detección temprana, el diagnóstico y el tratamiento del cáncer en el Departamento de Nariño, y ofrecer una atención de calidad y oportunidad a la población afectada por esta enfermedad.

Retos

La Oficina Línea Cáncer del IDSN se encuentra comprometida con diversos desafíos para avanzar en la lucha contra el cáncer en el departamento de Nariño. Algunos de estos retos incluyen:

1. Brindar asistencia técnica continua a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en el ámbito del cáncer, con el objetivo de lograr un diagnóstico temprano que permita mejorar la calidad de vida de los pacientes. Mediante la capacitación y el apoyo técnico, se busca fortalecer las capacidades de los profesionales de la salud y garantizar una atención integral y oportuna.
2. Gestionar alianzas y colaboraciones con diferentes instituciones para lograr los objetivos y metas establecidas en la lucha contra el cáncer. La Oficina Línea Cáncer busca establecer sinergias y trabajar de manera conjunta con entidades públicas, privadas y organizaciones de la sociedad civil, con el fin de maximizar los recursos y los esfuerzos para abordar eficazmente esta problemática de salud.



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

3. Posicionar el cáncer como un problema de salud pública y promover la movilización de acciones intersectoriales, empresariales y la corresponsabilidad individual. Se busca generar conciencia y sensibilización en la comunidad, así como fomentar la participación activa de todos los actores involucrados en la prevención, detección temprana y tratamiento del cáncer. Además, se promueve la adopción de estilos de vida saludables y la implementación de políticas que contribuyan a reducir los factores de riesgo asociados al cáncer.
4. Lograr una efectiva articulación departamental para alcanzar las metas esperadas en la lucha contra el cáncer. Esto implica la coordinación y cooperación entre las diferentes instancias y entidades del departamento de Nariño, incluyendo el sector salud, la academia, las organizaciones comunitarias y otros actores relevantes. A través de esta articulación, se busca optimizar los recursos y los esfuerzos, así como establecer estrategias y políticas comunes para hacer frente al cáncer de manera integral y sostenible

3. CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL

Programa: MI NARIÑO SALUDABLE

Subprograma: Convivencia Social y Salud Mental

Objetivo: Fortalecer la institucionalidad y los diferentes actores y sectores involucrados con la promoción de la salud mental y la sana convivencia.

META DE RESULTADO Objetivo 1: Disminuir la tasa de lesiones autoinfligidas por 100.000 habitantes

NOMBRE DEL INDICADOR: Tasa de lesiones autoinfligidas * 100.000 habitantes

Línea Base a 2020: 4.99

Meta Cuatrienio a 2023: 4.95

Logro a 2023: 4.79 (fuente Forensis 2021)

LOGRO

Para el cuatrienio la meta es disminuir la tasa a 4,95 por 100.000 habitantes, partiendo de la línea base de 2020 de 4,99 por 100.000 habitantes; en el primer semestre 2023 no se cuenta con dato oficial de fuente Forensis para el departamento de Nariño, solo se cuenta con datos preliminares para 2022 de esta fuente; reportando 85 casos de suicidio que denotan una tasa de 5,22 por 100.000 habitantes, lo cual indica un aumento del indicador. En este sentido, desde la dimensión Convivencia Social y Salud Mental se ha puesto en marcha y ejecutando las siguientes acciones tendientes a controlar, mitigar y prevenir esta problemática.

1. Se realiza acompañamiento para adaptación, Adopción y posterior implementación de la Política Nacional de Salud Mental y la política integral de prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas
2. Se realiza el seguimiento para el proceso de implementación de Guías de intervención en mhGAP, con el fin de disminuir las brechas de atención en salud mental en la baja complejidad
3. Se realizan también acompañamiento con salas situacionales para la prevención de conducta suicida en 5 municipios priorizados por el incremento de casos en el año 2022: Sapuyes, La Unión, Ancuya, Chachagüí, Tangua

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

4. Capacitación en estrategia ICDP, la cual está enfocada a brindar pautas de crianza para los niños y niñas por parte de los padres de familia y cuidadores.

META DE PRODUCTO Objetivo 1: Implementada la adaptación y adopción de la Política Pública Nacional Para La Promoción De La Salud Mental.

NOMBRE DEL INDICADOR Número de municipios que adoptan y adaptan la Política Pública Nacional Para La Promoción De La Salud Mental.

Línea Base a 2020: No se cuenta línea base por cuanto, a partir del año 2018, el MSPS, emite el acto administrativo, Res. 4886/2018 para Implementación de la adaptación y adopción de la Política Nacional de Salud Mental.

Meta Cuatrienio a 2023: 15 municipios

Logro a junio de 2023: 6 municipios

LOGRO

La meta para el año 2023, es tener implementada la Política Nacional de Promoción de la Salud Mental en quince (15) municipios del Departamento de Nariño, durante primer semestre se logró la Implementación en 6 nuevos municipios (Aldana, La Florida, Pupiales, San Bernardo, El Rosario, Leiva), esto debido al fortalecimiento de las acciones que se realizaron en cada uno de los municipios, con el acompañamiento del equipo de trabajo de la dimensión, que fortalecieron los procesos de salud mental en los territorios. A la fecha la Implementación se ha dado en 44 municipios.

META DE RESULTADO Objetivo 2: Disminuir la tasa de violencia en niños, niñas, adolescentes y jóvenes por 100.000 habitantes.

NOMBRE DEL INDICADOR: Tasa de violencia en niños, niñas, adolescentes y jóvenes * 100.000 habitantes.

Línea Base a 2020: 16.99

Meta Cuatrienio a 2023: 16.95

Logro a junio de 2023: 11.05 (fuente Forensis 2021)

LOGRO

Para el año 2023 no se cuenta con dato oficial de fuente Forensis para el departamento de Nariño, sin embargo, de manera preliminar, la mencionada entidad reportó 63 casos de Violencia contra niños, niñas, adolescentes y jóvenes en el departamento de Nariño, que denotan una tasa de 13,77 por 100.000 habitantes, lo cual indica un aumento de la tasa que hasta el periodo no ha superado la meta propuesta para el cuatrienio. Más sin embargo desde la dimensión Convivencia Social y Salud Mental se incrementaron el desarrollo de las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas en los Municipios Priorizados a través de tres estrategias, Habilidades para la vida en 20 municipios, Grupos de apoyo en 6 municipios y Centros de Escucha en 11 municipios, también se desarrollaron asistencias técnicas sobre la estrategia ICDP "También soy persona" dirigido a los profesionales de psicología de las ESE, DLS, SMS, IPS, IPSI, Instituciones educativas y comisarías de familia.

META DE PRODUCTO Objetivo 2: Implementada la adaptación y adopción de la política pública nacional para la promoción de la salud mental.

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

NOMBRE DEL INDICADOR: Número de municipios con asistencias técnicas para la implementación de la política.

Línea Base a 2020: 0.

Meta Cuatrienio a 2023: 15.

Logro a junio de 2023: 52 Municipios con Asistencia Técnica

LOGRO

Durante el primer trimestre se realizan asistencias técnicas en 51 municipios: Potosí, ancuá, Arboleda, Belén, Buesaco, Chachagui, Colon, Córdoba, Cuaspud, Cumbal, Cumbitara, El Peñol, El Rosario, El Tablón, Funes, Guachucal, Guaitarilla, Gualmatán, Iles, Imués, Ipiales, La Cruz, La Florida, La Llanada, La Unión, Leiva, linares, los andes, Mallama, Nariño, Olaya Herrera, Ospina, Pasto, Potosí, Providencia, Puerres, Pupiales, Ricaurte, Samaniego, San Bernardo, San José de Aban, San Lorenzo, San Pablo, San Pedro de Cartago, Sandoná, Santa Barbara, Santacruz, Sapuyes, Tangua, Taminango, Tumaco, Yacuanquer, para el desarrollo de capacidades para la implementación de la Política Nacional de Salud Mental y Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas.

META DE RESULTADO Objetivo 3: Mantener la tasa de intoxicación por consumo de sustancias psicoactivas por 100.000 habitantes.

NOMBRE DEL INDICADOR: Número de municipios que adoptan y adaptan la Política Integral para la Prevención y Atención de Consumo de Sustancias Psicoactivas.

Línea Base a 2020: 19.5

Meta Cuatrienio a 2023: 19.5

Logro a junio de 2023: 14.60 (fuente SIVIGILA 2022)

LOGRO

El reporte relacionado a la tasa de intoxicación por consumo de sustancias psicoactivas en el departamento de Nariño para lo transcurrido del primer semestre de la presente vigencia, según reporte SIVIGILA - IDSN, fue de 6.7 por 100.000 habitantes, comparando el segundo trimestre del año anterior se observa una disminución de la tasa, más sin embargo se dará continuidad al desarrollo de las acciones propuestas para la adaptación y adopción y posterior implementación de la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas; además, a través de las asistencias técnicas brindadas por la Médica Especialista en toxicología, sobre la guía de manejo del paciente intoxicado, la asistencia técnica directa entre las personas que están dentro del sistema de responsabilidad penal para adolescentes, sobre los riesgos y daños que ocasiona el consumo nocivo de sustancias psicoactivas y la apertura del programa de mantenimiento con metadona en el hospital mental Perpetúo Socorro, permitieron mitigar las intoxicaciones por consumo de sustancias psicoactivas.

META DE PRODUCTO Objetivo 3: Implementada la adaptación y adopción de la Política Integral para la Prevención y Atención de Consumo de Sustancias Psicoactivas.

NOMBRE DEL INDICADOR: Número de municipios que adoptan y adaptan la Política Integral para la Prevención y Atención de Consumo de Sustancias Psicoactivas.

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Línea Base a 2020: No se cuenta línea base por cuanto, a partir del año 2019, el MSPS, emite el acto administrativo, Res 089/2019 para Implementación de la adaptación y adopción de la Política Integral para la Prevención y Atención del consumo de sustancias psicoactivas.

Meta Cuatrienio a 2023: 15

Logro a junio de 2023: 6 municipios

La meta para el año 2023, es tener implementada la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas en quince (15) municipios del Departamento de Nariño, durante el primer semestre se logró la Implementación en 6 nuevos municipios (Aldana, La Florida, Pupiales, San Bernardo, El Rosario, Leiva), esto debido al fortalecimiento de las acciones que se realizaron en cada uno de los municipios, con el acompañamiento del equipo de trabajo de la dimensión que fortalecieron los procesos de salud mental en los territorios. A la fecha la Implementación se ha dado en 44 municipios.

PROGRAMA DE GOBIERNO		
¿QUÉ PROMETIÓ EN EL PROGRAMA DE GOBIERNO?		
SECTOR	META	ODS AL QUE LE APUNTA EL RESULTADO OBTENIDO
MI NARIÑO SEGURO	Disminuir la tasa de lesiones autoinfligidas por 100.000 habitantes	Salud y Bienestar
MI NARIÑO SEGURO	Disminuir la tasa de violencia en niños, niñas, adolescentes y jóvenes por 100.000 habitantes.	Salud y Bienestar
MI NARIÑO SEGURO	Mantener la tasa de intoxicación por consumo de sustancias psicoactivas por 100.000 habitantes.	Salud y Bienestar

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL							
¿COMO LOS HIZO?							
El cumplimiento de las metas de producto se desarrolla, mediante las acciones misionales de Inspección y Vigilancia en Salud Pública, Asistencia técnica y Articulación Intersectorial, los procesos de la gestión en la salud pública, gestión del riesgo y la gestión de las intervenciones colectivas las cuales materializan las metas de resultado o de bienestar lo que significa un impacto positivo sobre la Salud Mental y la Sana Convivencia.							
PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE DE PRODUCTO	META DE PRODUCTO	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2020	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2021	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2022	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2023
Implementada la adaptación y adopción de la Política Pública Nacional Para La Promoción De La Salud Mental	Número de municipios que adoptan y adaptan la Política Pública Nacional Para La Promoción De La Salud Mental	0	15	0	6	31	6



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Implementada la adaptación y adopción de la política pública nacional para la promoción de la salud mental	Número de municipios con asistencias técnicas para la implementación de la política	0	15	43	57	52	52
Implementada la adaptación y adopción de la Política Integral para la Prevención y Atención de Consumo de Sustancias Psicoactivas	Número de municipios que adoptan y adaptan la Política Integral para la Prevención y Atención de Consumo de Sustancias Psicoactivas	0	15	0	6	31	6

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL

¿POR QUÉ?	ENFOQUE DIFERENCIAL ESPECIFIQUE LA POBLACIÓN
Municipios con adopción y adaptación de la Política Nacional de Salud Mental.	Desde la Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental todas las acciones de articulación intersectorial, asistencia técnica y visitas de inspección y vigilancia, en Salud Pública son dirigidas a la totalidad de la población del departamento de Nariño por curso de vida; teniendo en cuenta la población con enfoque diferencial.
Municipios con Asistencia Técnica en adopción y adaptación de la Política Nacional de Salud Mental.	Desde la Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental todas las acciones de articulación intersectorial, asistencia técnica y visitas de inspección y vigilancia, en Salud Pública son dirigidas a la totalidad de la población del departamento de Nariño por curso de vida.
Municipios con adopción y adaptación de la Política Integral para la Atención y Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas.	Desde la Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental todas las acciones de articulación intersectorial, asistencia técnica y visitas de inspección y vigilancia, en Salud Pública son dirigidas a la totalidad de la población del departamento de Nariño por curso de vida.

PLAN ESTRATEGICO-PLAN TERRITORIAL DE SALUD (PTS)

¿QUÉ QUEDÓ EN EL PTS?				¿QUÉ SE LOGRÓ?			
RESULTADO	INDICADOR DE RESULTADO	LÍNEA DE BASE	META DE RESULTADO	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2020	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2021	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2022	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2023
Disminuir la tasa de lesiones autoinfligidas por 100.000 habitantes	Tasa de lesiones autoinfligidas * 100.000 habitantes	4.99	4.95	4.39	4.79	SD Dato oficial FORENSIS 2021	SD Dato oficial FORENSIS 2021
Disminuir la tasa de violencia en niños, niñas, adolescentes y jóvenes por 100.000	Tasa de violencia en niños, niñas, adolescentes y jóvenes * 100.000 habitantes.	16.99	16.95	11.57	11.05	SD Dato oficial FORENSIS 2021	SD Dato oficial FORENSIS 2021



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Mantener la tasa de intoxicación por consumo de sustancias psicoactivas por 100.000 habitantes.	Número de municipios que adoptan y adaptan la Política Integral para la Prevención y Atención de Consumo de Sustancias Psicoactivas.	19.5	19.5	10.32	14.6	14.6	SD Dato oficial SIVIGILA 2022
---	--	------	------	-------	------	------	--

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL

TOTAL, RECURSOS FINANCIEROS UTILIZADOS

NOMBRE DEL PROYECTO	VALOR APROPIADO	VALOR EJECUTADO	PORCENTAJE EJECUCIÓN	SGP (\$)	SGR (\$)	RECURSOS PROPIOS (\$)	OTRAS FUENTES DE RECURSOS ESPECIFICAR (\$)
Departamentos – 0352 – NARIÑO – SGP Salud	\$577.478.738			\$577.478.738	\$0	N.A	N. A

LOGROS

La meta para el año 2023, es tener implementada la Política Pública Nacional de Promoción de la Salud Mental en quince (15) municipios del Departamento de Nariño, durante primer trimestre se logró la Implementación en 6 nuevos municipios (Aldana, La Florida, Pupiales, San Bernardo, El Rosario, Leiva), esto debido al fortalecimiento de las acciones que se realizaron en cada uno de los municipios, con el acompañamiento del equipo de trabajo de la dimensión, que fortalecieron los procesos de salud mental en los territorios. Favoreció también la voluntad administrativa de los gobernantes; cabe resaltar que se logra superar la meta con bastante amplitud logrando desde el año 2020 hasta la fecha la Implementación en 44 municipios.

ASISTENCIA TECNICA

Durante el primer trimestre se realizaron asistencias técnicas en 51 municipios: Potosí, Ancuya, Arboleda, Belén, Buesaco, Chachagüí, Colon, Córdoba, Cuaspud, Cumbal, Cumbitara, El Peñol, El Rosario, El Tablón, Funes, Guachucal, Guaitarilla, Gualmatán, Iles, Imués, Ipiales, La Cruz, La Florida, La Llanada, La Unión, Leiva, Linares, Los Andes, Mallama, Nariño, Olaya Herrera, Ospina, Pasto, Potosí, Providencia, Puerres, Pupiales, Ricaurte, Samaniego, San Bernardo, San José de Alban, San Lorenzo, San Pablo, San Pedro de Cartago, Sandoná, Santa Bárbara, Santacruz, Sapuyes, Tangua, Taminango, Tumaco, Yacuanquer; y en el segundo trimestre de 2023 se realizaron asistencias técnicas en 10 municipios: Pasto, El Tablón, Ipiales, La Unión, Pupiales, Samaniego, San Lorenzo, Sandoná, Santacruz, Taminango; en el cual se cuenta con un municipio nuevo, con asistencias técnicas para la implementación de las políticas, para un total acumulado de 52 municipios durante el primer semestre.

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Se está gestionando con Ministerio de Salud y Protección Social realizar 1 taller de formador de formadores en Guías de Intervención mhGAP para el departamento de Nariño, el cual se desarrollará para el mes de septiembre.

Se apoya a municipios del departamento de Nariño en casos particulares de urgencias en eventos de salud mediante el manejo de la Guía de paciente intoxicado, paciente consumidor de SPA y manejo de pacientes de Metadona.

Lanzamiento de la "Plataforma Integral de Atención en Salud Mental -GLIA" en los municipios priorizados (Pasto, Tumaco, Los Andes, Policarpa, Francisco Pizarro, La Unión, Ipiales, Gualmatán, Tablón de Gómez, Aldana, Contadero, Albán); plataforma que será atendida por 8 profesionales en Psicología, con un horario de 24 horas al día, los 7 días de la semana, líneas amigas de salud mental GLIA cel. 3106496768 – 3178054329.

En cuanto a la atención por municipios priorizados se puede evidenciar los casos que se han atendido desde la plataforma, como primer punto sigue prevaleciendo el municipio de Pasto con 313 casos seguido del municipio de Ipiales con 69 casos, Tumaco con 22 casos la unión con 20 casos seguido de tablón de Gómez con 19 casos, Aldana 16, Policarpa 10, Los Andes y Gualmatán con 9 casos cada uno y cierra el municipio de Albán con 2 casos, no hay todavía reporte desde el municipio de Francisco Pizarro y Contadero esto puede estar determinado a factores de articulación y de promoción de servicios, es por esta razón que se vienen adelantando acciones de visitas de acompañamiento a los municipios y promoción de servicios de la plataforma GLIA por medio de espacios de sensibilización en las Instituciones Educativas del municipios.

Realizar seguimiento a la puesta en marcha de la Plataforma Integral de Atención en Salud Mental (GLIA).

Se apoya a municipios del departamento de Nariño en casos particulares de urgencias en eventos de salud y trastornos mentales y neurológicos, mediante seguimiento a la implementación en guías de intervención de mhGAP.

Realizar asistencia técnica a los operadores del Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes, sobre temas de prevención del suicidio, violencias e intoxicación por sustancias psicoactivas.

En el primer semestre de 2023, se desarrollaron 15 Salas Situacionales para la prevención de la conducta suicida con el comité intersectorial de salud mental de los municipios de Sapuyes, La Unión, Ancuya, Chachagüí, Tangua, san José de Albán, San Bernardo, Imués, Leiva, El Rosario, Los Andes, Pasto, Providencia, Aldana, Consaca.

ARTICULACION INTERSECTORIAL

Se realiza apoyo y acompañamiento a los diferentes municipios del departamento para la articulación intersectorial de eventos de primeros auxilios psicológicos con los profesionales de la "Plataforma Integral de Atención en Salud Mental -GLIA".

Se realiza salas situacionales de Suicidio como estrategia para prevenir el Intento de Suicidio y mitigar el Suicidio, en articulación con el Comité Intersectorial de Salud Mental de cada municipio, dando cumplimiento con nuestro objetivo misional y brindando el acompañamiento que cada municipio requiere, dependiendo de los casos particulares que se presentan.

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Cabe señalar que es de vital importancia continuar fortaleciendo el trabajo conjunto con varios actores institucionales y así impactar positivamente en los procesos que se adelantan en los sectores educativo, social, comunitario, familiar, jurídico y de salud.

Se realiza acompañamiento a los municipios con afectación por riesgo ambiental para la articulación de acciones con el comité intersectorial de salud mental y comité de gestión del riesgo de emergencias y desastres y se brinda asistencia técnica en primeros auxilios psicológicos y autocuidado.

Se realizó seguimiento de los planes de acción de la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactiva, presentados por los municipios durante el primer trimestre, este seguimiento se realizó previo a las sesiones conjuntas del Consejo de Salud Mental, Consejo Seccional de Estupefacientes y Comité Departamental de Drogas.

INSPECCIÓN Y VIGILANCIA

Visitas de IV realizadas: 35 visitas realizadas de Inspección y Vigilancia en Salud modalidad presencial de Inspección y Vigilancia sobre la Implementación de la Política Nacional de Salud Mental, Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas y Modelo de Atención Primaria en Salud Mental en el municipio de Sapuyes, Ancuya, Linares, La Unión, Chachagüí, Tangua, La Florida, Nariño, Imués, Sandoná, La Llanada, Los Andes, Consaca, El Peñol, El Tambo, Buesaco, Ospina, San pedro de Cartago, Túquerres, Belén, Colon, Pasto, Providencia, Yacuanquer, Aldana, Cuaspud, Córdoba, Guaitarilla, san Lorenzo, Taminango, Santacruz, Samaniego, San Bernardo, San José de Albán y Leiva.

RETOS

Reducir las problemáticas de salud mental asociadas con intentos de suicidio, suicidio, intoxicación por consumo de sustancias psicoactivas, violencias, entre otras, realizando continuamente un trabajo conjunto con las entidades prestadoras de salud de los 64 municipios del departamento de Nariño. Mantener y mejorar la capacidad de respuesta desde la Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental a las diferentes contingencias relacionadas con la Dimensión que se presenten en el departamento de Nariño.

Uno de los retos más importantes para la dimensión es lograr a través de una articulación eficiente con la gobernación de Nariño, la firma del acto administrativo para la adopción de la Política Pública de Salud Mental y la Política Integral para la Prevención y Atención integral al Consumo de Sustancias Psicoactivas en el departamento de Nariño; dicho acto debe cursar el trámite ante la Asamblea Departamental y así ser aprobada mediante ordenanza.

Realizar asesorías y talleres, dirigida a DLS, SSM y EAPB Personal de salud y comunidades de los municipios priorizados basada en la política pública de Promoción de la Salud Mental y la Política de Prevención y Atención del consumo de sustancias psicoactivas, se realiza articulación con emergencias en salud pública y la Dimensión de Sexualidad Derechos Sexuales Reproductivos.

Se realizó seguimiento y cierre del proyecto FRISCO, que buscaba fortalecer a los profesionales de salud mediante la aplicación de las guías mhGAP y con la finalidad de disminuir el consumo de SPA a través de la implementación de centros de escucha en los municipios de Pasto, Tumaco, La Cruz, Los Andes y Ricaurte.

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Teniendo en cuenta la matriz de impacto, que es una herramienta importante en el proceso para la ejecución de acciones del proyecto FRISCO permite evidenciar la población beneficiada de un total de 2245 personas, por medio de las diferentes acciones que se llevaron a cabo en cada uno de los centros de escucha de los Municipios priorizados. Discriminados de la siguiente manera Municipio de Pasto (sectores de Unicentro 423, Bombona 221, Rumipamba 328, Parque Bolívar 249) Municipio de Tumaco 201, Los Andes 251, Ricaurte 277 y La Cruz 295).

Realizar seguimiento al Plan de Intervenciones Colectivas - PIC de CSSM; en los Municipios Priorizados a través de estrategias como: Centros de Escucha, Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC).

RECOMENDACIONES

La alta rotación del talento humano que hace parte del SGSS, dificulta el mantener procesos, aprendizajes y el logro del impacto esperado y programado por cuanto se debe volver a capacitar al talento humano nuevo generando reprocesos y demoras en el logro de las metas y objetivos, por lo que se recomienda evitar esos reprocesos.

Fortalecer gestiones administrativas para construcción del acto administrativo y anexo técnico en el marco de la adaptación y posterior adopción de la Política Nacional de Salud Mental la Política Integral para la Prevención y Atención integral al Consumo de Sustancias Psicoactivas en algunos Municipios del Departamento.

Priorizar recursos económicos que faciliten poner en marcha las distintas estrategias que se plantean como prevención en los eventos de salud mental.

4. SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

PROGRAMA: MI NARIÑO SEGURO

SUBPROGRAMA: Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional de Nariño

OBJETIVO: Propender por la Seguridad y Soberanía Alimentaria y Nutricional —SSAN— de la población nariñense a través de la implementación, seguimiento y evaluación de acciones intersectoriales, con el fin de asegurar la salud de las personas y el derecho de los consumidores.

METAS RESULTADO PARA EL CUATRIENIO

Objetivo 1. Disminuir el porcentaje de retraso en talla en menores de cinco (5) años.

Línea Base SISVAN WEB 2019: 16.4 % de los menores de 5 años con retraso en la talla.

Meta Cuatrienio a 2023: 15 % de los menores de 5 años con retraso en la talla.

Logro a diciembre de 2022: 15.7 % de los menores de 5 años con retraso en la talla.

Explicación del logro con respecto al 2019

El cumplimiento de esta meta está ligada a las acciones de formulación e implementación de los Planes Municipales de Seguridad Alimentaria y Nutricional —SAN— con enfoque de derecho humano a la alimentación. Con la información captada desde SISVAN WEB IDSN, se pudo establecer una disminución de este indicador para 2020 y 2021, superando la meta programada de 15.7 %; cabe mencionar que, por emergencia sanitaria fueron años atípicos, disminuyendo las consultas de atención en salud de los niños y niñas, pasando de 173.000, 93.000 y 109.500 para los años 2019, 2020 y 2021 respectivamente, lo que afectó el comportamiento real del indicador en 2020 y 2021.



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Para el 2022 el indicador muestra una tendencia al alza, dado que las Instituciones Prestadoras de Salud, retoman la atención de los servicios y se evidencia un aumento en la asistencia y registro de los niños y niñas menores de 5 años; de esta forma, se cierra este año con un porcentaje de 15,7% de retraso en talla para este grupo de edad, resultado de una inadecuada alimentación y nutrición desde la gestación, baja adherencia a la ruta materno perinatal y a la ruta de promoción y mantenimiento de la salud e índices de pobreza en la población.

Objetivo 2. Disminuir la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años (por cada 100.000 niños y niñas menores de 5 años).

Línea Base a 2019: 6 muertes por cada 100.000 menores de 5 años.

Meta Cuatrienio a 2023: 4 muertes por cada 100.000 menores de 5 años.

Logro a diciembre de 2022: 1.6 muertes por cada 100,000 menores de 5 años.

Explicación del logro con respecto al 2019

El departamento de Nariño ha experimentado un importante descenso en la tasa de mortalidad por desnutrición aguda en menores de 5 años. En 2019 se registraron 9,49 muertes por cada 100,000 menores de 5 años, los años 2020 y 2021 se mantuvo una tasa de 4,0 y en el 2022 las alcanzó el valor más bajo del cuatro, llegando a 1,65. Desde la dimensión de Seguridad Alimentaria y Nutricional, el Instituto Departamental de Salud de Nariño, ha realizado alianzas de articulación intersectorial orientadas a disminuir la desnutrición aguda y la mortalidad asociada. Dentro de las estrategias, se resalta la articulación con el programa de Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional SSAN de la Gobernación de Nariño, la FAO y el programa Mundial de Alimentos concertando el desarrollo de los procesos de asistencia técnica en la implementación de las Salas Amigas de la Familia Lactante, la Formulación del Plan Decenal de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria y la consolidación de los procesos de Asistencia Técnica para la Formulación de los Planes Municipales de SSAN. Asimismo, con Acción Contra el Hambre, se adquirió la donación de Fórmulas Terapéuticas Listas para el Consumo en municipios críticos por DNT Aguda Moderada y Severa durante los cuatro años.

Finalmente, con cada uno de los casos notificados en el evento 113, se hace seguimiento nominal en la adherencia al tratamiento de la desnutrición aguda, de esta forma se evalúa cumplimiento de la resolución 2465/2016 en cuanto a los equipos para valoración antropométricas y técnica que permiten establecer una clasificación nutricional adecuada. Así mismo, se realiza asistencia técnica e Inspección y Vigilancia en el lineamiento de atención a la desnutrición aguda - Resolución 2350/2020 a las IPS, EAPB, Secretarías de Salud, Direcciones Locales de Salud y demás entidades que lo requieran evidenciando la adecuada definición de caso, escenario de manejo, orden y suministro de alimentos con propósito médico (F-75/FTLC) y controles en la fase ambulatoria de recuperación, lo que ha generado la identificación y tratamiento oportuno de los casos y disminución de la mortalidad.

Objetivo 3.3 Disminuir el porcentaje de nacidos vivos a término con bajo peso al nacer.

Línea Base a 2019: 9.6 % de los nacidos con bajo peso.

Meta Cuatrienio a 2023: 9 % de los nacidos vivos con bajo peso.

Logro a 2021: 10.6 % de los nacidos vivos con bajo peso – DANE.

EXPLICACIÓN DEL LOGRO CON RESPECTO AL 2019

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Para el cumplimiento de la Meta de Resultado la Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional ha desarrollado un plan de trabajo que incluye fortalecer en coordinación con la Dimensión de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos la asistencia técnica, Inspección y Vigilancia en la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud, en particular las definidas en la Resolución 3280 de 2018 por medio de las cuales se definen la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud (En particular las atenciones Nutricionales) y la Ruta Materno Perinatal (Consejería en Alimentación del Lactante y Niño Pequeño e implementación de la estrategia IAMII) en EAPB, IPS y entidades territoriales con el fin de fortalecer la atención y prevenir los eventos de interés en salud pública. De esta forma, se ha identificado la baja adherencia a la ruta materno perinatal, omitiendo las atenciones que se deben dar durante el periodo pre gestacional y gestacional como la atención nutricional y la entrega de la suplementación con los micronutrientes (Calcio, hierro y ácido fólico), además del aumento de riesgo con las gestantes adolescentes generando el aumento del bajo peso al nacer, comportamiento que se evidencia a nivel nacional en los dos últimos años, 9,0 en 2020 y 9,8 en 2021 según las estadísticas vitales entregadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE).

Por parte de la dimensión de SAN, en 2020 y 2021 se distribuyó kits de Estrategia de Prevención de Bajo Peso al Nacer y la socialización de la metodología de uso de estas herramientas a los 64 municipios del departamento; también, se ha mantenido la estrategia **Nutriendo Guaguas de mi Nariño** en convenio con la Fundación Éxito realizando acompañamiento a las atenciones en salud de las beneficiarias desde la etapa de gestación para la prevención del bajo peso al nacer, esta estrategia mantiene vigente el convenio hasta abril de 2024 con 650 beneficiarias en 7 municipios priorizados.

OBJETIVO 3.4 Disminuir el porcentaje de exceso de peso en adolescentes y escolares.

Línea Base a 2020: 24 % de los escolares y adolescentes con exceso de peso.

Meta Cuatrienio a 2023: 22 % de los escolares y adolescentes con exceso de peso.

Logro a diciembre de 2022: 23,5 % de los escolares y adolescentes con exceso de peso.

Se disminuye el porcentaje de exceso de peso en adolescentes y escolares de 24 % de la línea base en 2019 a 23,5 % para el 2022. Aunque en 2020 y 2021 se reportó un descenso mayor, al igual que el retraso en talla, este indicador se pudo afectar en el reporte dado las bajas asistencias a las atenciones en salud por parte de los niños y adolescentes. Para el 2022, al normalizarse las atenciones en salud, las asistencias de la población aumentaron, lo que generó un mayor reporte para el indicador. Las acciones de información, educación y comunicación para la promoción de la alimentación saludable con un enfoque territorial de Seguridad y Soberanía Alimentaria y Nutricional en los municipios del Departamento de Nariño.

SECTOR:	META:	ODS AL QUE LE APUNTA EL RESULTADO OBTENIDO
Salud	Disminuir el porcentaje de retraso en talla en menores de cinco (5) años	Salud y Bienestar
Salud	Disminuir la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años	Salud y Bienestar
Salud	Disminuir el porcentaje de nacidos vivos a término con bajo peso al nacer	Salud y Bienestar
Salud	Disminuir el porcentaje de exceso de peso en adolescentes y escolares	Salud y Bienestar

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

PLAN ESTRATÉGICO-PLAN TERRITORIAL DE SALUD (PTS)							
¿QUÉ QUEDÓ EN EL PTS?				¿QUÉ SE LOGRÓ?			
RESULTADO	INDICADOR DE RESULTADO	LÍNEA DE BASE	META DE RESULTADO CUATRIENIO	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2020	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2021	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2022	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO AL CORTE 2023
Disminuir el porcentaje de retraso en talla en menores de cinco (5) años	Porcentaje de retraso en talla en menores de cinco (5) años	16.4	15	15,2	14,6	15,7	Indicador con reporte anual
Disminuir la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años	Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años (por cada 100.000 niños y niñas menores de 5 años)	6	4	4,0	4,0	1,6	1.6 Reporte parcial
Disminuir el porcentaje de nacidos vivos a término con bajo peso al nacer	Porcentaje de nacidos vivos a término con bajo peso al nacer	9.6	9	10,3	10,6	12,1	Indicador con reporte anual
Disminuir el porcentaje de exceso de peso en adolescentes y escolares	Porcentaje de exceso de peso en adolescentes y escolares	24	22	26,4	24,7	23,5	20 Reporte parcial
Incrementar el porcentaje de acciones de IVC bajo el enfoque de riesgo de objetos y sujetos que comercializan alimentos y bebidas	Porcentaje de acciones de IVC bajo el enfoque de riesgo de objetos y sujetos que comercializan alimentos y bebidas.	68	71	68	69	70	50

PLAN ESTRATÉGICO-PTS ACTUAL							
¿Cómo lo hizo?							
METAS DE PRODUCTO QUE LE APUNTAN AL RESULTADO							
PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE	META DE PRODUCTO	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2020	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2021	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2022	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2023
Incrementar los municipios con formulación e implementación del Plan Municipal de Seguridad Alimentaria y Nutricional —SAN—	Número municipios con formulación e implementación del Plan de Seguridad Alimentaria y Nutricional —SAN—	0	64	3	30	31	36
Implementadas alianzas estratégicas para la disminución de la desnutrición en menores de 5 años en el Departamento de Nariño	Número de Alianzas estratégicas para la disminución de la desnutrición en menores de 5 años en el Departamento de Nariño	0	8	2	4	6	7



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Incrementar los municipios con implementación de la Ruta Integral de Atención a la Desnutrición Aguda Moderada y Severa; lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición	Número de Municipios con implementación de la Ruta Integral de Atención a la Desnutrición Aguda Moderada y Severa	6	24	6	16	14	19
Incrementar las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que logran su certificación/ recertificación como Institución Amiga de la Mujer y la Infancia —IAMI	Número de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que logran su certificación/ recertificación como IAMI	20	24	21	22	24	24
Implementar la estrategia Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral en cumplimiento de la Ley 1823 de 2017 y la Resolución 2423 de 2018	Número de Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral implementadas	0	6	0	3	6	5
Vigilar las EAPB presentes en el Departamento de Nariño en la implementación de la Ruta de Atención a la Desnutrición Aguda, Moderada y Severa	Número de EAPB vigiladas por año en la implementación de la Ruta de Atención a la Desnutrición Aguda, Moderada y Severa	9	14	14	14	8	12
Desarrollar capacidades en funcionarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS— en Consejería de Alimentación del Lactante y Niño Pequeño	Número de funcionarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS— en Consejería de Alimentación del Lactante y Niño Pequeño	0	120	25	60	25	117
Mantener la vigilancia del estado nutricional en los municipios del Departamento de Nariño	Número Municipios con vigilancia del estado nutricional en Nariño	64	64	57	64	58	50
Incrementar las IPS públicas con evaluación óptima de implementación de las atenciones nutricionales definidas en la Resolución 3280 de 2018, Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud / Ruta de Atención Materno Perinatal	Número de IPS públicas con evaluación óptima	1	32	1	12	26	30
Vigilar las EAPB presentes en el Departamento de Nariño en las atenciones definidas en la Resolución 3280 de 2018	Número de EAPB vigiladas por año en implementación en las atenciones definidas en la Resolución 3280 de 2018	9	14	14	14	8	1
Mantener la Estrategia de Prevención del Bajo Peso al Nacer en los municipios del Departamento de Nariño	Número de Municipios con implementación de Estrategia de Prevención del Bajo Peso al Nacer	64	64	16	64	64	64
Implementar acciones de información, educación y comunicación para la promoción de la alimentación Saludable con un enfoque territorial de Seguridad y	Número de municipios con acciones de información, educación y comunicación para la promoción de la alimentación Saludable con un enfoque territorial de	0	24	6	12	13	14



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Soberanía Alimentaria y Nutricional en los municipios del Departamento de Nariño	Seguridad y Soberanía Alimentaria y Nutricional en los municipios del Departamento de Nariño						
Incrementar las instituciones educativas con implementación de la Estrategia de Ambientes Alimentarios Saludables	Número de Instituciones Educativa con Estrategia Ambientes Alimentarios Saludables	0	32	8	16	22	0
Vigilar en el 100% de los establecimientos educativos priorizados el componente nutricional del PAE	Porcentaje de Establecimientos educativos priorizados con vigilancia al componente nutricional del PAE	100	100	1	1	100	50
Incrementar el porcentaje de notificación inmediata con agente etiológico identificado en alimentos de mayor consumo para los brotes de ETA	Porcentaje de notificación inmediata con agente etiológico identificado en alimentos de mayor consumo para los brotes de ETA"	11	15	11	12	12.9	26
Incrementar el porcentaje de establecimientos con acciones de inspección, vigilancia y control bajo el enfoque de riesgo	Porcentaje de establecimientos con acciones de inspección, vigilancia y control bajo el enfoque de riesgo	68	71	68	69	70	50

PLAN ESTRATEGICO-PLAN TERRITORIAL DE SALUD (PTS)

¿POR QUÉ?	ENFOQUE DIFERENCIAL ESPECIFIQUE LA POBLACIÓN
37 municipios con Plan Municipal de Seguridad y Soberanía Alimentaria y Nutricional con Enfoque DHANA	10 municipios PDET de Nariño.
8 alianzas estratégicas de trabajo: 1) Fundación Éxito, 2) Acción Contra el Hambre 3) UNICEF 4) Programa Mundial de Alimentos 5) ICBF Regional Nariño 6) Hospital Universitario Departamental de Nariño 7) FAO 8) Programa de SSAN de la Gobernación	Dirigido a toda la población.
Arboleda, Cartago, Consacá, Contadero, Córdoba, Cuaspu, Iles, Leiva, Nariño, Ospina, Ricaurte, San Pablo, Tangua y Yacuanquer	Dirigido a toda la población.
Pasto Salud ESE: CS Pandiaco, CS El Progreso, CS La Laguna, Hospital Civil de Pasto, CS Genoy, CS Tamasagra, CS Lorenzo, Centro Hospital La Rosa, CS 1 de Mayo, CS Obonuco, CS El Progreso, CS El Rosario, CS Buesaquillo, CS Catambuco. IPS Coemssanar Sede Especialidades, Fundación Hospital San Pedro, Hospital Infantil Los Ángeles, Hospital Universitario Departamental de Nariño, IPS Medfam, IPS Indígena Gran Cumbal, IPS Indígena Mallamas, ESE Salud Yá Yacuanquer, Hospital Clarita Santos ESE de Sandoná	2 IPS indígenas de Cumbal e Ipiales.
Salas amigas de la familia lactante IPS Indígena del Gran Cumbal, IPS Indígena Mallamas, Hospital San José, Hospital Ricaurte, Hospital San Andrés, Hospital Corazón de Jesús, Hospital Civil de Ipiales, Hospital Clarita Santos, Hospital Lorencita Villegas de Santos, IPS Salud Ya	SAFL IPS Indígena Gran Cumbal e IPS Mallamas Ipiales.
Se realizó la vigilancia de adherencia a indicadores de RIA de DNT a Semana Epidemiológica a semana 18.	Dirigido a toda la población.
En coordinación con la SSM de Pasto se realizó la primera cohorte del curso CALNP con 26 participantes de diferentes IPS y Universidades	Dirigido a funcionarios del SGSSS.

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Se ha realizado seguimiento al reporte en SISVAN WEB con notificación de 50 municipios en la vigencia 2023	Dirigido a toda la población.
Seguimiento a la adherencia del Lineamiento para manejo integrado de la Desnutrición en las IPS – ESE Sagrado Corazón de Jesús, Centro De Salud Camilo Hurtado Cifuentes, ESE Centro de Salud San Francisco, ESE Centro De Salud Ricaurte, Hospital San José de Túquerres e IPS Indígena Julián Carlosama	Dirigido a las IPS Públicas, que atienden toda la población.
Se desarrolló auditoría en la EAPB Mallamás de Ipiales. De acuerdo a la programación, las demás EPAB se auditarán en el 3er y 4to trimestre del año.	Dirigido a la EAPB.
Se realizó la distribución de 327 kits de Estrategia de Prevención de Bajo Peso al Nacer y la socialización de la metodología de uso de estas herramientas a los 64 municipios en los años 2020 y 2021. Actividad ya cumplida	Dirigido a toda la población
Las intervenciones colectivas se están desarrollando en Pasto, Buesaco, Córdoba, Yacuanquer, Imués, Túquerres e Ipiales. Asimismo, a través el BLH y su plataforma, se brinda información	El municipio de Córdoba, cuenta con 100 beneficiarios de población indígena, se realiza encuentros educativos mensuales y seguimiento a las atenciones en salud
Actividad en el marco del contrato PIC, a iniciar en el segundo semestre de 2023.	Dirigido a toda la población
Se realizó IVC al componente nutricional en los establecimientos de los operadores de programa de alimentación escolar PAE en el municipio de Sapuyes, Tangua, Imués, Potosí, Buesaco y Túquerres	10 municipios PDET de Nariño

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL							
TOTAL DE RECURSOS FINANCIEROS UTILIZADOS							
NOMBRE DEL PROYECTO	VALOR APROPIADO	VALOR EJECUTADO	PORCENTAJE EJECUCIÓN	SGP (\$)	SGR (\$)	RECURSOS PROPIOS (\$)	OTRAS FUENTES DE RECURSOS ESPECIFICAR (\$)
Mejoramiento de acciones transectoriales en Seguridad y Soberanía Alimentaria y Nutricional, con el fin de disminuir la malnutrición para avanzar progresivamente en la garantía del derecho humano a la alimentación en Nariño.	\$ 420.043.552	\$ 121.405.891	28,9 %	\$ 420.043.552	\$ 0	\$ 0	\$ 0

LOGROS

- En Planes de Soberanía y Seguridad Alimentaria, se logró que municipios en avance del 50 % retomen las recomendaciones del equipo de asistencia técnica, mostrado avance en el documento, así se alcanzó 36 PPSAN para aprobación por concejo y posterior implementación.
- Sólida articulación con ICBF Regional Nariño, Programa SSAN de la Gobernación de Nariño, Programa Mundial de Alimentos, Secretaría municipal de salud de Pasto Hospital Universitario Departamental de Nariño, UNICEF, Universidad Mariana y Oficina de Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación FAO conformando alianzas para la disminución de la desnutrición en el departamento.

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

- Se ha realizado inspección y vigilancia de los componentes de la dimensión SAN en 50 municipios del Departamento en articulación con los referentes SAN de las Direcciones Locales de Salud.
- Capacitación a 60 funcionarios de las IPS del Departamento en los Lineamientos publicados por Minsalud como parte del fortalecimiento de la calidad y humanización de los servicios de salud (IAMII y Atenciones Nutricionales de la Res. 3280 de 2018).
- Acompañamiento a los municipios en el reporte de información en SISVAN WEB y AT al personal nuevo de las IPS municipales.
- 7 acompañamientos técnicos a IPS Primarias y Complementarias en la auto apreciación de la estrategia IAMII con el fin de solicitar posteriormente la evaluación externa y la certificación como IPS IAMII.
- Mejoramiento en el tiempo de remisión entre el prestador primario y complementario en el cumplimiento de la resolución 2350/2020.
- Coordinación con la dimensión de SSR para el desarrollo de los talleres en RIAS con cobertura en los 64 municipios del departamento.

RETOS

- Lograr adherencia al 100 % en el lineamiento para la recuperación del 100 % de los NN.
- Lograr que los 64 municipios realicen reporte mensual con datos oportunos y verídicos en el SISVAN WEB.
- Mayor cumplimiento en la adherencia de la Ruta materno perinatal y la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud.
- Aumentar los municipios que cuentan con el 100 % del documento con aprobación del PSSAN por concejo municipal.
- Incrementar la cobertura de la Ruta de Atención Nutricional a niños y niñas con desnutrición aguda moderada y severa. Se mantendrá el seguimiento a indicadores de Ruta de carácter mensual en el formato único de seguimiento definido por el IDSN.
- Continuar con el fortalecimiento de la estrategia IAMII ha permitido fortalecer los servicios materno infantiles e incidir en indicadores críticos de inicio de lactancia materna y bajo peso al nacer.
- Mantener fortalecida la red de donantes del Banco de Leche implementado por el Hospital Universitario Departamental de Nariño.
- Mantener la vigilancia al componente nutricional para establecer alertas tempranas ante presuntos incumplimientos de los operadores del PAE que garanticen el suministro de las raciones establecidas según lineamientos nacionales.
- Dar continuidad a las intervenciones colectivas y alianzas estratégicas que permitan la consolidación de la Educación Alimentaria y Nutricional con enfoque de curso de vida.
- Acompañar el desarrollo de las actividades Programadas en el marco del Convenio con fundación éxito – Proyecto Nutriendo Guaguas de Mi Nariño 2021-2022 dirigido a 650 madres gestantes de los municipios de Pasto, Buesaco, Yacuanquer, Imués, Tuquerres, Córdoba e Ipiales con el apoyo técnico de la Oficina SSAN del IDSN.

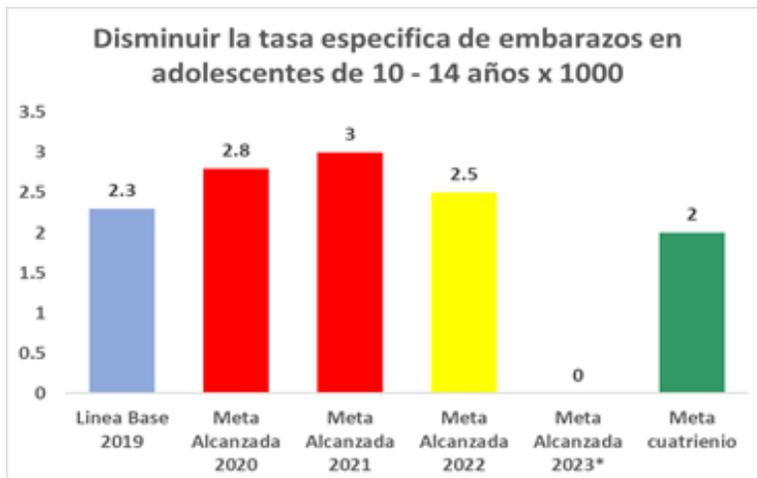
5. SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Programa: MI NARIÑO SALUDABLE

Subprograma: SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVA

Objetivo: Garantizar condiciones que incidan en el ejercicio pleno y autónomo de los derechos sexuales y reproductivos

1. Meta: Disminuir tasa específica de embarazo en adolescentes mujeres de 10-14 años



Fuente: DANE (EEVV)

LOGRO: Durante el año 2020 y 2021 se tuvo un aumento de los embarazos en menores de 14 años, para el 2022 se logra una disminución importante, se espera que para el 2023 se alcance la meta establecida que es llegar a 2, hasta la fecha no se cuenta con un indicador para este año. En este cuatrienio se ha logrado una articulación con otros sectores especialmente Educación, Deportes, Cultura, SENA, ICBF, Secretaria de Genero e Inclusión Social de la gobernación de Nariño, con los cuales se ha trabajado a través de una mesa técnica que permita la implementación de la estrategia nacional de prevención de embarazo en adolescentes, se formuló un plan de acción de manera anual, a través de plan de intervenciones colectivas se estableció capacitación bilerning a docentes en Educación Integral en -sexualidad de municipios priorizados con las tazas más altas de fecundidad en esta población, igualmente se ha desarrollado capacitación a estudiantes de IE de dichos municipios, además se ha realizado movilización social a través de redes sociales digitales en pro del empoderamiento de los derechos sexuales y reproductivos por parte de los y las adolescentes.

2. Meta: Disminuir la razón de mortalidad materna

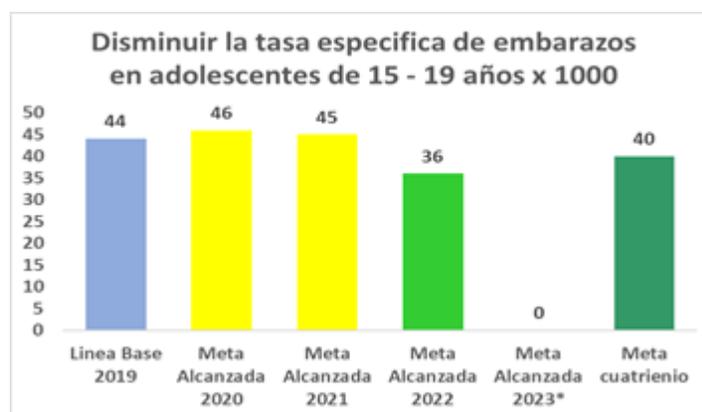


Fuente: SIVIGILA INS

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

LOGRO: De acuerdo con la línea de base de 2019 se presentaron 11 casos de mortalidad materna, en 2020 se presentaron 17 casos, en 2021 13 casos, en 2022 15 casos, a la semana epidemiológica 23 del 2023 se han presentado 7 casos, (1 caso menos de los casos presentados a la misma fecha en 2022) los eventos están relacionados con causas de directas con el embarazo como son la hemorrágicas, hipertensivas y sepsis, lastimosamente se observa que en gran parte se debe a la baja adherencia con los protocolos de atención a gestantes de acuerdo con la resolución 3280, además se observa que la red de prestación de servicios de salud a gestantes no cuenta con insumos básicos para la atención, se observa deficientes programas de atención preconcepcional, de anticoncepción y planificación familiar, barreras de atención a interrupción voluntaria del embarazo especialmente a nivel de la red primaria. Siendo este uno de los indicadores trazadores del presente gobierno nacional, se formuló y se está ejecutando el plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna de acuerdo a los lineamientos nacionales, es importante que mediante este plan se ha logrado articular acciones entre las diferentes áreas del IDSN y a nivel intrasectorial con las EAPB.

3 Meta: Disminuir la tasa específica de embarazos en adolescentes de 15-19 años



Fuente: DANE (EEVV)

LOGRO: De acuerdo con el comportamiento de este indicador se observa que se ha presentado una importante disminución de embarazo en adolescentes entre los 15-19 años, con relación al embarazo entre los 15 -19 años, se ha logrado disminuir en estos últimos años, pasando de 3390 casos presentados de 2019 a 2963 en 2021 y en 2022 se han reportado hasta la fecha 2293 casos; teniendo en cuenta que este evento tiene determinantes sociales y multifactoriales, en este cuatrienio se viene liderando la mesa departamental de prevención de embarazo en adolescentes, desde donde se viene fortaleciendo los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes en cada uno de los municipios, y articulación de este servicio con las instituciones educativas, con el fin de que la población adolescente acceda a los servicios de salud sexual y reproductiva con especial énfasis a los de anticoncepción.

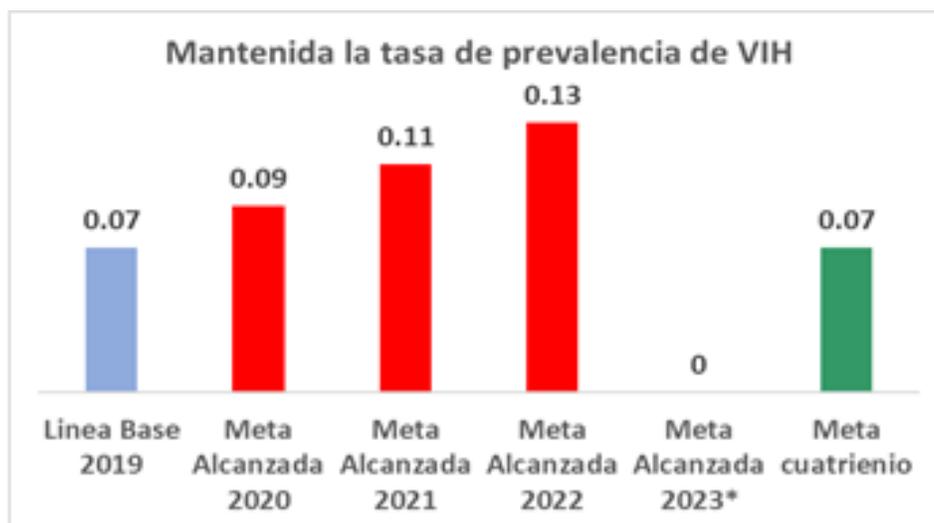
4 Meta: Incrementar el cumplimiento de protocolo de atención en salud a víctimas de violencia sexual



Fuente: SIVIGILA - D. SEXUALIDAD DSR

LOGRO: Durante los últimos cuatro años se ha venido incrementando de manera importante el porcentaje de cumplimiento del protocolo de atención a víctimas de violencia sexual, se viene realizando de manera mensual capacitación a profesionales de salud especialmente de medicina, enfermería y psicología con el fin de fortalecer el abordaje integral a las personas sobrevivientes de violencia sexual, además se viene coordinando acciones intersectoriales a través del comité departamental de prevención de violencias de género.

5. Meta: Mantener la tasa de prevalencia de VIH



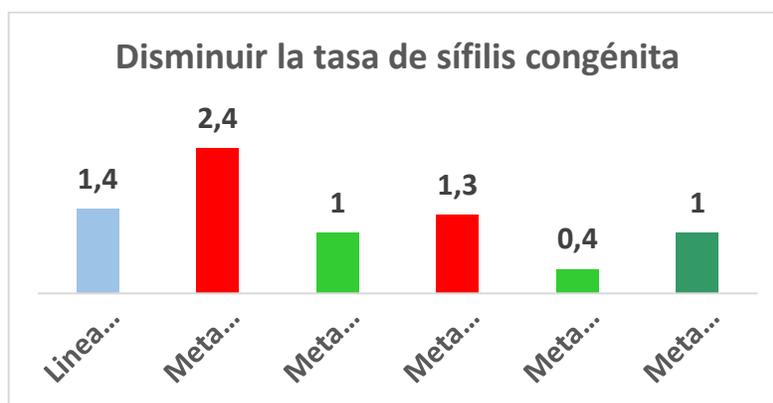
Fuente: CUENTA DE ALTO COSTO

LOGRO: Con relación a la prevalencia de VIH en el departamento pasamos de una tasa de 0.07 a 1 por cien mil habitantes, según la cuenta de alto costo, en 2019 se habían notificado 1558 personas viviendo con VIH, en 2020 1800 personas viviendo con VIH, en 2021 1917 personas viviendo con VIH y en 2022 se notifican 2177 de personas viviendo con VIH, lo cual nos indica que el diagnóstico temprano hace que los pacientes tengan mayor oportunidad al tratamiento y adherencia al mismo y

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

por ende mayor expectativa de vida. Es imperativo mencionar que según SIVIGILA en 2019 se notificaron 325 casos nuevos de personas diagnosticadas con VIH, en 2020 235 casos, para 2021 372 casos, en 2022 438 casos, lo cual nos indica que se ha incrementado el diagnóstico de VIH y esto se debe al uso de pruebas rápidas de tercera y cuarta generación que hoy se dispone en los 64 municipios por parte de la red primaria de prestación de servicios de salud, lo cual permite que se pueda diagnosticar de manera rápida y oportuna el VIH, y por ende mayor acceso al tratamiento.

6. Meta: Disminuir sífilis congénita



Fuente: SIVIGILA IDSN

LOGRO: Con relación a sífilis congénita, se observa que en el año 2019 se notificaron 33 casos de recién nacidos diagnosticados con sífilis congénita, para 2020 37 casos, para 2021 17 casos, para 2022 - 21 casos, a semana epidemiológica 23 del presente año, se han reportado 7 casos, igual que el año pasado a la misma fecha, de acuerdo con este comportamiento nos indica que para el 2020 donde se tuvo el mayor número de casos, la pandemia por COVID - 19 afectó los servicios de salud sexual y reproductiva en la red primaria de prestación de servicios de salud en especial en la gestación donde desafortunadamente no se tamizó de manera oportuna a las embarazadas con prueba treponémica para sífilis lo que significó en aumento de casos de RN con esta infección, más sin embargo a partir de 2021 se ha venido disminuyendo el número de casos. Durante este cuatrienio se formuló y ejecutó el Plan estratégico departamental de prevención de ITS/VIH, en el cual se incluye acciones de prevención como es el seguimiento a las gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional con el objeto de lograr la curación de estas antes de llegar al parto con el fin de disminuir el riesgo de transmisión materno perinatal, lo cual se realiza en coordinación con las EAPB, además de manera continua capacitación a la red de prestación de servicios de salud en EMIPLUS, visitas de inspección y vigilancia a la red de prestación de servicios de salud.

SECTOR:	META:	ODS AL QUE LE APUNTA EL RESULTADO OBTENIDO
MINARIÑO Seguro	Disminuir la tasa específica de embarazo en adolescentes mujeres de 10-14 años	Salud y Bienestar
MINARIÑO Seguro	Disminuir la razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos	Salud y Bienestar
MINARIÑO Seguro	Disminuir la tasa específica de embarazo en adolescentes mujeres de 15-19 años	Salud y Bienestar
MINARIÑO Seguro	Incrementar el porcentaje de cumplimiento de protocolo de atención a violencia sexual	Igualdad de géneros
MINARIÑO Seguro	Mantener la prevalencia de VIH	Salud y Bienestar



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

MINARIÑO Seguro

Disminuir la tasa de sífilis congénita

Salud y Bienestar

PLAN ESTRATEGICO-PLAN TERRITORIAL DE SALUD (PTS)

¿QUÉ QUEDÓ EN EL PTS?				¿QUÉ SE LOGRÓ?			
RESULTADO	INDICADOR DE RESULTADO	LÍNEA DE BASE	META DE RESULTADO	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2020	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2021	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2022	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PRIMER SEMESTRE 2023
Disminuir la tasa específica de embarazo en adolescentes mujeres de 10-14 años	tasa específica de embarazo en adolescentes mujeres de 10-14 años	2.3	2	2.8	3	2.5	Anual
Disminuir la razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos	razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos	61	57	103.9	78.2	92.6	Se han reportado 7 casos de muertes maternas, el análisis de razón de mortalidad se hará de forma anual.
Disminuir la tasa específica de embarazo en adolescentes mujeres de 15-19 años	tasa específica de embarazo en adolescentes mujeres de 15-19 años	44	40	46	45	36	Anual
Incrementar el porcentaje de cumplimiento de protocolo de atención a violencia sexual	porcentaje de cumplimiento de protocolo de atención a violencia sexual	60	80	78	71	81	80
Mantener la prevalencia de VIH	Tasa de prevalencia de VIH	0.07	0.07	0.9	0.11	0.13	Anual
Disminuir la tasa de sífilis congénita	tasa de sífilis congénita	1.4	1	2.4	1	1.3	1.2


INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

GESTIÓN DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL							
METAS DE PRODUCTO QUE LE APUNTAN AL RESULTADO							
PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE DE PRODUCTO	META DE PRODUCTO	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2020	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2021	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO DEL 2022	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO JUNIO 2023
Implementada la Estrategia Departamental de Prevención de Embarazo en Adolescentes	Porcentaje de cumplimiento de la implementación de la Estrategia Departamental de Prevención de Embarazo en Adolescentes	95	95	95	95	95	45
Formulados y ejecutados los planes estratégicos de prevención de mortalidad materna por parte de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS—	Porcentaje de cumplimiento de planes estratégicos de prevención de mortalidad materna por parte de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS—	98	98	98	98	98	50
Implementada la Estrategia Departamental de Prevención de Embarazo en Adolescentes (15 a 19 años)	Porcentaje de cumplimiento de la implementación de la Estrategia Departamental de Prevención de Embarazo en Adolescentes (15 a 19 años)	95	95	95	95	95	45
Implementados Planes de acción anuales del Comité Consultivo Departamental de Prevención de Violencias Basadas en Género, VBG	Porcentaje de cumplimiento del plan de acción del Comité Consultivo Departamental de Prevención de Violencias Basadas en Género, VBG	98	98	98	98	98	56
Implementado el Plan de Respuesta ITS-VIH coinfección TB/VIH en Nariño	Porcentaje de cumplimiento del plan de respuesta ITS-VIH-Coinfección TB/VIH en Nariño	95	95	95	95	95	55
Implementado el Plan de Respuesta ITS-VIH	Porcentaje de cumplimiento del plan	95	95	95	95	95	55



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

coinfeción TB/VIH en Nariño (componente de sífilis congénita)	de respuesta ITS-VIH-Coinfección TB/VIH en Nariño (componente de sífilis congénita)						
---	---	--	--	--	--	--	--

PLAN ESTRATEGICO-PLAN TERRITORIAL DE SALUD (PTS)	
¿POR QUÉ?	ENFOQUE DIFERENCIAL ESPECIFIQUE LA POBLACIÓN
Se formuló el plan PEA a nivel intersectorial, especialmente con el sector educación e ICBF, se viene trabajando en el fortalecimiento de los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Desde Plan de Intervenciones Colectivas se viene coordinando plan de trabajo con las instituciones educativas priorizadas.	Se ha priorizado los adolescentes y jóvenes
Se viene ejecutando el plan aceleración para la reducción de mortalidad materna en el cual se incluye asistencia técnica, inspección y vigilancia, implementación de la estrategia Hospital Padrino especialmente con los municipios de costa pacífica. Con las EAPB seguimiento a la cohorte de gestantes, anticoncepción, albergues. Seguimiento a las ESEs/IPSs en relación a la disponibilidad de anticonceptivos, grupos extramurales, kit de atención en emergencia obstétrica, ive, violencia sexual-	Se priorizaron los municipios de costa pacífica
Se formulo el plan con el comité departamental de prevención de violencias de genero con participación de las instituciones a nivel intersectorial, se viene realizando asistencia técnica en la implementación de las rutas de atención, seguimiento al cumplimiento del protocolo de atención en víctimas de violencia sexual, visitas de inspección y vigilancia a la red primaria de salud, reuniones permanentes con el comité de vbg para análisis de casos y tratar temas específicos	Se priorizaron las mujeres, niños niñas y adolescentes
Se formuló el plan de respuesta ante las its /vih, en la que se ha incluido asistencia técnica, visitas de inspección y vigilancia, seguimiento a las gestantes diagnosticadas con VIH, HB y sífilis. Se viene realizando pruebas con población en condición de vulnerabilidad coordinada con las EAPB, agencias de cooperación, DLS e IPS	Se priorizaron gestantes y población en condición de vulnerabilidad como son población en situación de calle, LGBTIQ+ e inmigrantes

FINANCIERO- I SEMESTRE 2023

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL							
TOTAL, RECURSOS FINANCIEROS UTILIZADOS							
NOMBRE DEL PROYECTO	VALOR APROPIADO	VALOR EJECUTADO	PORCENTAJE EJECUCIÓN	SGP (\$)	SGR (\$)	RECURSOS PROPIOS (\$)	OTRAS FUENTES DE RECURSOS ESPECIFICAR (\$)
DIMENSION SEXUALIDAD DSR	393,862,960.000	74,366,364.000	19.4%	393,862,960.000		N.A	N. A

LOGROS

- ✓ Consolidación de una mesa intersectorial que permita articular acciones en pro de la prevención del embarazo en adolescentes, a través de un plan de acción concertado con las

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

diferentes instituciones especialmente las secretarías de educación departamental y municipales.

- ✓ Se ha logrado establecer los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes en 62 municipios del departamento.
- ✓ Desde el Plan de Intervenciones Colectivas se ha logrado desarrollar y posicionar la estrategia educomunicacional "En Nariño al derecho con mis derechos sexuales y reproductivos" especialmente en redes sociales.
- ✓ Se ha logrado capacitar a docentes, policía nacional, ligas de usuarios de salud, líderes y lideresas comunitarias en derechos sexuales y reproductivos con el objeto de redundar en la población en general.
- ✓ Se ha formulado el Plan de Aceleración para la Reducción de Mortalidad Materna con participación de las áreas del IDSN de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Salud y PS y de igual manera por parte de los actores del SGSSS
- ✓ Visitas de inspección y vigilancia a las DLS, red primaria de atención en salud, EAPB para fortalecer el cumplimiento de sus competencias en relación a los servicios de salud sexual y reproductiva.
- ✓ Articular acciones intersectoriales desde el comité de prevención de ITS/VIH con el objeto de fortalecer uso de preservativo y tamizajes de ITS/VIH
- ✓ Seguimiento a las gestantes diagnosticadas con VIH, sífilis y HB en coordinación con las EAPB con el objeto de disminuir la transmisión materno infantil
- ✓ Realización de capacitaciones, talleres de manera permanente en protocolos, guías de atención en salud sexual y reproductiva, hasta la fecha se han capacitado 768 profesionales de la red de prestación de servicios de salud del departamento.
- ✓ Se viene liderando la secretaria técnica del comité de prevención de violencias de género desde el cual se formuló el plan de acción que permita establecer acciones en prevención de las violencias de género y fortalecer la ruta de atención a víctimas de violencia de género.

RETOS

- ✓ Fortalecer los procesos de articulación en los municipios en el marco de la Prevención del Embarazo de Adolescentes
- ✓ Fortalecida la implementación del modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes en la red primaria de prestación de servicios de salud
- ✓ Aunar esfuerzos y recursos entre salud y educación para empoderar a los adolescentes y jóvenes de sus derechos sexuales y reproductivos
- ✓ Red de prestación de servicios de salud con adherencia a protocolos, guías de atención en salud sexual y reproductiva, con garantía plena de estos derechos.
- ✓ Coberturas óptimas de los programas de salud sexual y reproductiva en cada uno de los municipios del departamento.
- ✓ Cumplimiento de las rutas de atención en personas sobrevivientes de violencia sexual salud, justicia y protección.
- ✓ Funcionando sistemas de atención en salud a población gestante, adolescente y joven, personas diagnosticadas con ITS/VIH, violencia de género.
- ✓ Cada municipio con implementación de la ruta materno perinatal cumpliendo con los lineamientos establecidos

RECOMENDACIONES

- ✓ Contratación del personal de apoyo con oportunidad de acuerdo con la formulación del PAS
- ✓ Cumplimiento de los procesos de contratación del apoyo logístico con calidad y oportunidad

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

- ✓ Fortalecer la articulación intrainstitucional especialmente por parte de las dimensiones de salud pública
- ✓ Es necesario fortalecer la articulación con la subdirección de calidad y aseguramiento especialmente con el cumplimiento de los protocolos y guías de atención en salud sexual y reproductiva
- ✓ Fortalecer la estrategia informativa, educativa y comunicativa, desde el plan de medios institucional, especialmente por medios tradicionales como son la radio, el perifoneo y redes sociales entre otros y material impreso.

6. VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES – ETV

6.1 PAI

PROGRAMA: Dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles.

SUBPROGRAMA: Componente Enfermedades Inmunoprevenibles.

OBJETIVO 1: Alcanzar coberturas del 95% o más en todos los biológicos que hacen parte del esquema nacional, en las poblaciones objeto del programa.

LÍNEA DE BASE: 86% en la población menor de 6 años con esquema completo de vacunación.

META CUATRENIO A 2023: 95% de la población menores de 6 años con esquema completo de vacunación.

LOGRO DE META A JUNIO DE 2023 (biológicos trazadores): Coberturas de BCG: 32.17%, tercera dosis de pentavalente: 34.89%, triple viral: 36.81%, refuerzo a 18 meses de edad con triple viral 36.81 %. Refuerzo DTP: 37.83%.

OBJETIVO 2: Mantener en 0 la tasa de letalidad de tosferina en menores de 6 años.

Línea Base a 2019: cero muertes por tosferina.

Meta Cuatrienio a 2023: cero muertes por tosferina.

EXPLICACIÓN DEL LOGRO CON RESPECTO AL 2019: LOGRO A JUNIO DE 2023

Mediante disponibilidad permanente de biológico o vacunas contra la tosferina en el departamento de Nariño y a través del fortalecimiento de las capacidades técnicas a personal de salud, promoción de medidas preventivas dirigidas a padres, madres, cuidadores de niños y niñas y comunidad en general como adquirir el esquema permanente de vacunación en los puntos de vacunación habilitados para completar el refuerzo y proteger la salud, se ha logrado mantener en cero casos de tosferina en niños menores de seis años en el departamento de Nariño a junio del 2023.

SECTOR:	META:	ODS AL QUE LE APUNTA EL RESULTADO OBTENIDO
Mi Nariño Seguro	Alcanzar coberturas útiles de vacunación en la población menor de seis años.	Salud y Bienestar



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

PLAN ESTRATEGICO-PLAN TERRITORIAL DE SALUD (PTS)

¿QUÉ QUEDÓ EN EL PTS?				¿QUÉ SE LOGRÓ?			
RESULTADO	INDICADOR DE RESULTADO	LÍNEA DE BASE	META DE RESULTADO CUATRIENIO	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2020	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2021	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2022	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO AL CORTE 2023
Incrementada la Cobertura de vacunación	Alcanzar coberturas 95% o más en todos los biológicos que hacen parte del esquema nacional, en las poblaciones objeto del programa.	86% en la población menor de 6 años con esquema completo de vacunación.	95%	Cobertura de BCG: 85.1% Cobertura de tercera dosis de Pentavalente: 82.1% Cobertura de Triple Viral en niños de 1 año: 85.3% Cobertura de Primer Refuerzo con DPT: 80.4% Cobertura de Refuerzo de Triple Viral en niños menores de 6 años: 86.0%	Cobertura de BCG: 84.9 % Cobertura de tercera dosis de Pentavalente: 83.0 % Cobertura de Triple Viral en niños de 1 año: 83.9 % Cobertura de Primer Refuerzo con DPT: 74.5 % Cobertura de Refuerzo de Triple Viral en niños menores de 6 años: 84.6 %	Cobertura de BCG: 60.1 Cobertura de tercera dosis de Pentavalente: 62.8% Cobertura de Triple Viral en niños de 1 año: 66.6% Cobertura de Primer Refuerzo con DPT: 58.4% Cobertura de Refuerzo de Triple Viral en niños menores de 6 años: 64.4%	Coberturas de BCG: 32.17% HEPATITIS B: 31.42%. Tercera dosis de Pentavalente: 34.89%. Triple Viral 18 meses 36.81 %. Segundo refuerzo 5 años de DTP: 37.83%
Reducir la carga por enfermedades transmisibles en el Departamento de Nariño	Mantener en 0 la tasa de letalidad de tosferina en menores de 6 años	0	95%	Mantenida en 0 la tasa de letalidad de tosferina en menores de 6 años 0	Mantenida en 0 la tasa de letalidad de tosferina en menores de 6 años 0	Mantenida en 0 la tasa de letalidad de tosferina en menores de 6 años 0	Mantenida en 0 la tasa de letalidad de tosferina en menores de 6 años 0

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL

¿Cómo lo hizo?

Desde el Componente de enfermedades inmunoprevenibles se realizan las siguientes acciones teniendo en cuenta los procesos y procedimientos misionales de la institución: asistencia técnica de manera virtual y presencial a los diferentes actores del SGSSS (Talleres, acompañamiento, asesorías en temas contenidos en los lineamientos técnicos y normativos del componente de enfermedades inmunoprevenibles como también en manejo de herramientas comunicativas, de sistemas de información, especialmente). Inspección y Vigilancia en el cumplimiento de normatividad, lineamientos técnicos, seguimiento a planes de acción en la cual se aplica el instrumento de evaluación denominado "lista de chequeo", con el garantizar el cumplimiento de la normatividad, garantizar la disponibilidad y conservación óptima de biológicos y minimizar las pérdida de oportunidades de vacunación, los eventos adversos secundarios a la vacunación y completar esquemas a todos los niños niñas y demás población objeto del componente de enfermedades inmunoprevenibles. Frente a las observaciones o inconsistencias encontradas en este procedimiento se solicita planes de mejora para superar los hallazgos negativos, en estas visitas se complementa con la asesoría a profesionales, técnicos y gerentes de ESE, IPS, o secretarios de salud o Directores locales de salud y responsables del componente de inmunoprevenibles de EAPB, como apoyo para el cumplimiento de los compromisos establecidos.

En el procedimiento de Articulación se lideran actividades con diferentes actores a nivel intrainstitucional interinstitucional, intersectorial que prestan diferentes servicios a la misma población objeto como Educación, ICBF, Red Unidos, ONGs entre otros, y participación de entidades de control como Procuraduría de Infancia y adolescencia, Personerías municipales, y líderes comunitarios, participación en diferentes espacios liderados por comunidades con población étnica, y enfoque diferencial (Genero, Habitante calle y en calle, migrantes, víctima).

También se realiza apoyo a ESE con equipos e insumos para la adecuada conservación de biológicos. Como también concurrencia y complementariedad para ejecutar acciones del plan de intervenciones colectivas a municipios con población étnica y/ rural dispersa.
PASAR EL DE PAI



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

METAS DE PRODUCTO QUE LE APUNTAN AL RESULTADO							
PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE DE PRODUCTO	META DE PRODUCTO	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2020	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2021	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2022	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2023
Alcanzar coberturas útiles de vacunación en la población menor de seis años.	Porcentaje de cumplimiento de asistencia técnica	90%	100%	84%	94,73%	94,73%	74,11%
Realizadas visitas de inspección y vigilancia a las instituciones priorizadas para el seguimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones —PAI—	Porcentaje de cumplimiento de las visitas de inspección y vigilancia al Programa Ampliado de Inmunizaciones —PAI—	90%	100%	80%	94%	87%	14,18%
Realizadas visitas de inspección y vigilancia a las instituciones priorizadas para el seguimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones —PAI—	Porcentaje de cumplimiento en el seguimiento y monitoreo al funcionamiento y desarrollo del sistema de información del Programa Ampliado de Inmunizaciones —PAI—	95%	100%	100%	100%	100%	62,5%
Alcanzada al 100% la elaboración del documento de microplaneación en los 64 municipios	Porcentaje de cumplimiento en el despacho mensual de los biológicos a los 64 municipios del departamento	95%	100%	100%	100%	100%	62,5%
Priorizados municipios para el desarrollo de tecnologías del Plan de Intervenciones Colectivas —PIC—	Porcentaje de cumplimiento del plan de intervenciones colectivas departamental en los municipios priorizados	90%	100%	100%	100%	100%	10%
Implementada los procesos de articulación con los diferentes actores del sistema	Porcentaje de cumplimiento de compromisos adquiridos en los procesos de articulación	90%	100%	100%	100%	88%	23%
Ampliada la	Porcentaje de	90%	100%	84%	94%	87%	14,2%

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

cobertura de inspección y vigilancia a los protocolos de enfermedades inmunoprevenibles.	cumplimiento de las visitas inspección y vigilancia a protocolos de enfermedades inmunoprevenibles.						
--	---	--	--	--	--	--	--

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL	
Desde el Componente de Salud en ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES SE realizan las siguientes acciones:	
<p>En relación a las metas de producto: Se realiza asistencia técnica, Inspección y Vigilancia a los actores del sistema general de seguridad social en salud de los 64 municipios teniendo en cuenta los lineamientos técnicos del nivel nacional de enfermedades inmunoprevenibles y en estrategias departamentales como Cohete de Nacido Vivo, teniendo en cuenta las diferentes modalidades de asistencia técnica como talleres presenciales y virtuales, acompañamiento y asesorías.</p> <p>Se realiza articulación interinstitucional con referentes de las diferentes dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública, Instituto Colombino de Bienestar Familiar, secretaria de Salud departamental y Red Unidos con el objeto de aunar esfuerzos para la vacunación de la población institucionalizada.</p> <p>En el Plan de Intervenciones Colectivas se realiza contratación con prestadoras de municipios con mayor población rural dispersa para lograr inmunizar a la población objeto y minimizar los riesgos de no vacunación</p> <p>En el año 2021 y 2022 se logró cumplir el reto de inmunizar del más del 60 % de la población contra el COVID -19 donde se logró aunar esfuerzos económicos, técnicos y humanos para logra el objetivo</p>	
METAS DE PRODUCTO QUE LE APUNTAN AL RESULTADO	
¿POR QUÉ?	ENFOQUE DIFERENCIAL ESPECIFIQUE LA POBLACIÓN
Contribuye al fortalecimiento en la aplicación de la normatividad de manera oportuna eficiente y evitar los eventos adversos post vacunales como también la prevención de enfermedades inmunoprevenibles.	Las actividades impactan al 100% de la población objeto del componente de enfermedades inmunoprevenibles.

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL							
TOTAL DE RECURSOS FINANCIEROS UTILIZADOS							
NOMBRE DEL PROYECTO	VALOR APROPIADO	VALOR EJECUTADO	PORCENTAJE EJECUCIÓN	SGP (\$)	SGR (\$)	RECURSOS PROPIOS (\$)	OTRAS FUENTES DE RECURSOS ESPECIFICAR (\$)
GESTION DEL RIESGO EN ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES	806,784,548	278,285,446	34.5%				

LOGROS

- ✓ Disminuir la morbilidad y mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles, incluyendo por Covid 19.
- ✓ Fortalecer los consultorios de vacunación a través de dotación de equipos e insumos, para una adecuada conservación de biológicos y prestación del servicio de vacunación.

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

- ✓ Contar con personal capacitado para el cumplimiento de los lineamientos nacionales que impactan en la minimización de riesgos post vacunales.
- ✓ Articulación con diferentes sectores como ONG, sector educativo, ICBF, Centros Vida para adultos mayores, entre otros.
- ✓ Mayor cobertura en vacunación de población rural dispersa y étnica.
- ✓ Fortalecido el talento humano en la operativización del componente de enfermedades inmunoprevenibles a nivel departamental.

RETOS

- ✓ Evaluar estrategias implementadas y a nivel departamental y municipal para determinar la eficiencia y efectividad, como también retomar buenas prácticas que se ejecutaban en anteriores vigencias.
- ✓ Contar con talento humano idóneo para la operativización del componente de enfermedades inmunoprevenibles.
- ✓ Adecuar de acuerdo a las necesidades actuales, la planta física del centro de acopio, incluyendo acceso y seguridad.
- ✓ Garantizar de manera oportuna la contratación de personal idóneo, para el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos que conservan los biológicos.
- ✓ Contar con sistemas de comunicación e información suficiente, garantizando el adecuado funcionamiento de los equipos de hardware y software.

6.2 ENFERMEDADES EMERGENTES, REEMERGENTES Y DESATENDIDAS

TUBERCULOSIS Y LEPRO

De acuerdo con la Ley 1122 de 2007 la salud pública está constituida por un conjunto de políticas que busca garantizar de manera integrada, la salud de la población por medio de acciones dirigidas tanto de manera individual como colectiva ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo.

La Dimensión responde a las directrices normativas establecidas a nivel nacional en el marco del Conpes 113 de 2008, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

A continuación, se describen las acciones realizadas por la Dimensión de enfermedades transmisibles, componente enfermedades emergentes y reemergentes del IDSN, quienes ejecutan acciones de Asistencia Técnica, Inspección Vigilancia y Control y Articulación Intersectorial en el marco de las metas programadas en el Plan Territorial de Salud 2020-2023. Las acciones de la oficina están dirigidas especialmente a establecer acciones para disminuir la mortalidad por tuberculosis, la mortalidad por infección respiratoria aguda y la discapacidad por enfermedad de Hansen. Incorpora en sus acciones el cumplimiento de 4 metas de resultado así:

1. Mantener la tasa de discapacidad por enfermedad de Hansen entre los casos nuevos, Por debajo de 0.58 por cada millón de habitantes
2. Mantener la tasa de mortalidad por tuberculosis por todas las formas TF, por debajo de 0.78 por 100.000 mil habitantes

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

3. Mantener la tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años, por debajo de 4.8 por cada 100.000 menores de 5 años
4. Porcentaje de instituciones de mediana y alta complejidad con implementación de la vigilancia de IAAS, en el 90%

Objetivo 1: Mantener la tasa de discapacidad por enfermedad de Hansen entre los casos nuevos

Línea Base a 2019: 0,58 por cada millón de habitantes

Meta Cuatrienio a 2023: 0,58 por cada millón de habitantes

Logro a junio de 2023: 0 por cada millón de habitantes

LOGRO

Se mantiene por debajo de 0.58 este indicador, tal como se planteó en el inicio del cuatrienio, hasta el 30 de junio de 2023 no se han presentado casos con discapacidad (tres casos notificados) validar dato en plataforma

Objetivo 2: 2. Mantener la tasa de mortalidad por tuberculosis todas las formas TF

Línea Base a 2019: 0,78 muertes por cada 100,000 habitantes

Meta Cuatrienio a 2023: 0,78 muertes por cada 100,000 habitantes

Logro a junio de 2023: 0,20 muertes por cada 100,000 habitantes

LOGRO

Se ha logrado mantener la tasa de mortalidad por TB por debajo del indicador planteado de 0,78 por cada 100.000 habitantes, gracias al trabajo articulado con todos los actores bajo los lineamientos de la Res. 227 de 2020 y el análisis individual del 100% de los casos.

Objetivo 3: Mantener la tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años

Línea Base a 2019: 4,8 por cada 100.000 menores de 5 años

Meta Cuatrienio a 2023: 4,8 por cada 100.000 menores de 5 años

Logro a junio de 2023: 3,3 por cada 100.000 menores de 5 años

LOGRO

Se mantiene el indicador de mortalidad por IRA en menos de 4,8 por cada 100,000 habitantes, hasta el corte de 30 de junio se han presentado 3 casos para una tasa de 3,3 por cada 100,000 menores de 5 años.

Objetivo 4: Porcentaje de instituciones de media y alta complejidad con implementación de la vigilancia de IAAS.

Línea Base a 2019: 0

Meta Cuatrienio a 2023: 90% de las IPS de mediana y alta complejidad con implementación de la vigilancia de IAAS.

Logro a junio de 2023: 62.5% de las IPS de mediana y alta complejidad con implementación de la vigilancia de IAAS.

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

LOGRO

Se logro la implementación de la vigilancia de IAAS en el 63% de las IPS de mediana y alta complejidad del departamento, con la implementación de la Resolución 2471 de 2022, se busca fortalecer la continuidad de este programa en sus tres componentes: Programa de prevención de IAAS, PROA y Estrategia multimodal de higiene de manos.

SECTOR	META	ODS AL QUE LE APUNTA EL RESULTADO OBTENIDO
Salud	Mantener la tasa de discapacidad por enfermedad de Hansen entre los casos nuevos (por cada millón de habitantes) por debajo de 0,58 por cada millón de habitantes	Salud y Bienestar
Salud	Mantener la tasa de mortalidad por tuberculosis todas las formas TF por debajo de 0.78 casos por 100.000 habitantes	Salud y Bienestar
Salud	Mantener la tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años por debajo de 4,8 por cada 100,000 menores de 5 años	Salud y Bienestar
Salud	Porcentaje de instituciones de media y alta complejidad con implementación de la vigilancia de IAAS	Salud y Bienestar

PLAN ESTRATEGICO-PLAN TERRITORIAL DE SALUD (PTS)							
¿QUÉ QUEDÓ EN EL PTS?				¿QUÉ SE LOGRÓ?			
RESULTADO	INDICADOR DE RESULTADO	LÍNEA DE BASE	META DE RESULTADO	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2020	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2021	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2022	LOGRO EN LA META DE RESULTADO CORTE A JUNIO 2023
Mantener la tasa de discapacidad por enfermedad de Hansen entre los casos nuevos	Tasa de discapacidad por enfermedad de Hansen entre los casos nuevos	0,58	0,58	0,58	0,58	0,58	0,0
Mantener la tasa de mortalidad por tuberculosis todas las formas TF	Tasa de mortalidad por tuberculosis todas las formas TF	0,78	0,78	0,55	0,78	0,74	0,20
Mantener la tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años	Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años	4,8	4,8	7,2	3,2	4,1	3,3
Porcentaje de instituciones de media y alta complejidad con implementación de la vigilancia de IAAS	Porcentaje de instituciones de media y alta complejidad con implementación de la vigilancia de IAAS	0	90	70	80	90	62,5



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL							
METAS DE PRODUCTO QUE LE APUNTAN AL RESULTADO							
PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE DE PRODUCTO	META DE PRODUCTO	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2020	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2021	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2022	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO A JUNIO 2023
Implementados los planes estratégicos de enfermedad de Hansen en los municipios priorizados. para aliviar la carga de la enfermedad y sostener las actividades de control	Porcentaje de municipios priorizados con planes estratégicos para aliviar la carga enfermedad y sostener las actividades de control de lepra en el Departamento de Nariño	100	100	100	100	100	50
Implementados los planes estratégicos de tuberculosis en los municipios priorizados	Porcentaje de municipios priorizados con planes estratégicos de control de tuberculosis en los municipios priorizados en el Departamento de Nariño	100	100	100	100	100	50
Implementado el plan de Infecciones Respiratorias Agudas —IRA— en municipios priorizados	Porcentaje de municipios priorizados con implementación del plan de IRA en el Departamento de Nariño	100	100	100	100	100	50
Implementado el plan de control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud —IAAS— en las instituciones de mediana y alta complejidad	Porcentaje de institución de mediana y alta complejidad con implementación del plan de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud —IAAS en el Departamento de Nariño	0	90	70	80	90	62.5

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL	
METAS DE PRODUCTO QUE LE APUNTAN AL RESULTADO	
¿POR QUÉ?	ENFOQUE DIFERENCIAL ESPECIFIQUE LA POBLACIÓN
Se logro la implementación del plan estratégico de Hansen en los municipios que tienen casos activos o en seguimiento de enfermedad de Hansen en el departamento	Toda la población
Se logro la implementación del Plan estratégico de Tb con sus 3 pilares en los municipios con mayor carga de tuberculosis	Toda la población
Se logro la implementación del Plan de control y manejo de la IRA y EDA en los municipios con mayor morbimortalidad por IRA y EDA en el departamento	Toda la población
Se incremento la vigilancia y adherencia a programas IAAS, PROA e Higiene de	Toda la población

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

manos en las instituciones priorizadas para estos eventos por el MSPS							
PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL							
TOTAL, RECURSOS FINANCIEROS UTILIZADOS							
NOMBRE DEL PROYECTO	VALOR APROPIADO	VALOR EJECUTADO	PORCENTAJE EJECUCIÓN	SGP (\$)	SGR (\$)	RECURSOS PROPIOS (\$)	OTRAS FUENTES DE RECURSOS ESPECIFICAR (\$)
Fortalecimiento de capacidades a los agentes del SGSSS para la intervención de factores de Riesgos relacionados con enfermedades transmisibles para la población del departamento de Nariño	\$ 1.336.301.015	\$ 331.503.440	24.8%	\$ 1.255.949.033	-	-	\$ 397.471.351

LOGROS

- Gracias al trabajo articulado con los demás actores del SGSSS del departamento se ha logrado mantener mortalidad por TB por debajo de la meta planteada para el cuatrienio, se realizan los análisis individuales al 100% de los casos de mortalidad por y con TB y se generan compromisos y planes de mejora acordes a los hallazgos de cada unidad, los cuales son objeto de seguimiento por parte del programa.
- Con el equipo de trabajo destinado a los programas de Infección respiratoria aguda - IRA, Infecciones asociadas a la atención en salud - IAAS y Optimización del uso de antibióticos – PROA para implementar plan de IRA y los lineamientos de la Resolución 2471 de 2022, acorde a las responsabilidades como departamento.
- Le ha obtenido mantener la discapacidad por enfermedad de Hansen por debajo de la meta de 0,48 por cada millón de habitantes y la implementación de los planes estratégicos de TB y Hansen en los municipios priorizados por carga de enfermedad por estos eventos.
- Se ha logrado el incremento la vigilancia de las IAAS a través de la implementación de la Resolución 2471 de 2022 en las IPS priorizadas por el nivel nacional.
- En el proceso de asistencia técnica se logró la realización de 132 actividades hasta el 30 de junio de 2023, en las cuales se ha convocado a 1363 asistentes, de los cuales el 75,2% calificaron el evento como excelente o bueno.
- En cuanto a inspección y vigilancia se han realizado 98 actividades programadas, con un cumplimiento del 100% en este proceso.
- Con respecto a articulación intersectorial se han realizado 33 actividades hasta el primer semestre, de los cuales se han concertado 140 compromisos, con un cumplimiento del 100% de los mismos.

RETOS

- Mantener el talento humano y los recursos asignados, los cuales se lograron obtener durante la pandemia por Covid 19 en el departamento.

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

- Mantener el cumplimiento de las metas en TB, Hansen y mortalidad por IRA en menores de 5 años con las actividades de cada uno de los programas, planteadas en los planes estratégicos y a través de los procesos de asistencia técnica, inspección y vigilancia, articulación intersectorial e intervenciones colectivas.
- Implementar programas de IAAS, PROA e higiene de manos, en todo el departamento, dando cumplimiento a las responsabilidades establecidas en la normatividad vigente.

RECOMENDACIONES

Dar continuidad a los procesos establecidos en cada uno de los programas para cumplir los objetivos establecidos desde el nivel nacional.

6.3 CONDICIONES Y SITUACIONES ENDEMOEPIDÉMICAS – ETV

OBJETIVO GENERAL: Disminuir la morbilidad de las ETV y evitar casos de mortalidad causados por Malaria, Dengue y otras ETV, en la población del departamento de Nariño

OBJETIVO 1: Mantener en cero (0) la mortalidad por Enfermedades Transmitidas por Vectores – ETV: malaria y dengue

Línea Base a 2019: 0 muertes por malaria y dengue.

Meta Cuatrienio a 2023: 0 muertes por malaria y dengue.

Logro a junio de 2023: 0 muertes por malaria y 2 muertes por dengue, con lo cual la letalidad por dengue es de 0,2%.

LOGROS

En el primer semestre de 2023 la tasa de mortalidad por malaria se mantiene en 0, no se reporta muertes por malaria. (ENOS)

Mientras en dengue la letalidad que se reporta es de 0,2%, razón por la cual se continúa con la implementación y fortalecimiento de la Estrategia de Gestión Integrada para las ETV (EGI-ETV) (componente dengue).

RETOS

Continuar con el fortalecimiento de la implementación de la Estrategia de Gestión Integrada para las ETV (EGI-ETV) para mantener la mortalidad por malaria a 0 en Nariño.

Alcanzar la adherencia a las guías de manejo integral de pacientes con dengue y protocolos de vigilancia epidemiológicos mediante el fortalecimiento de la implementación de la Estrategia de Gestión Integrada para las ETV (EGI-ETV) para disminuir la letalidad por dengue en Nariño.

Objetivo 2.1: Disminuir la morbilidad por malaria en Tumaco en 60%. IPA x 1.000 Habitantes

Línea Base a 2019: 8.1 casos de malaria por cada 1,000 habitantes.

Meta Cuatrienio a 2023: 7,1 casos de malaria por cada 1,000 habitantes.

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Logro a junio de 2023: 2,2 casos de malaria por cada 1,000 habitantes.

LOGROS

La tasa de morbilidad por malaria en Tumaco se disminuyó de 8,1 casos por cada 1,000 habitantes en 2019 a 2,2 casos por cada 1,000 habitantes en 2023. Se supera considerablemente la meta propuesta pues se consigue disminuir el riesgo de que los habitantes de Tumaco se enfermen por malaria en un 31% más de lo programado.

RETOS

Seguir implementando y fortaleciendo la Estrategia de Gestión Integrada para las ETV (EGI-ETV) (componente malaria IPA Tumaco), para disminuir la incidencia de malaria en Tumaco a menos de 7,1 casos por cada 1.000 habitantes (meta programada).

Objetivo 2.2: Disminuir la morbilidad por malaria en los municipios endémicos (sin incluir Tumaco) en un 20% - Incidencia de malaria en municipios endémicos IPA x 1.000 habitantes

Línea Base a 2019: 16.3 casos de malaria por cada 1,000 habitantes

Meta Cuatrienio a 2023: 16 casos de malaria por cada 1,000 habitantes

Logro a junio de 2023: 4,2 casos de malaria por cada 1,000 habitantes

LOGROS

Se logra disminuir la tasa de morbilidad por malaria en municipios endémicos de un valor de 16,3 casos por cada habitante en 2019 a un valor de 4,2 casos por cada 1,000 habitantes en 2023. Se supera ampliamente la meta propuesta pues se consigue disminuir el riesgo de que los habitantes de los municipios endémicos en Nariño se enfermen por malaria en un 26,3% más de lo programado.

META CUATRIENIO A 2023

LOGRO DE META DE 2023

1. En el primer semestre de 2023 la tasa de mortalidad por malaria se mantiene en 0, no se reporta muertes por malaria. (ENOS)

2.1 La tasa de morbilidad por malaria en Tumaco se disminuyó de 8,1 casos por cada 1,000 habitantes en 2019 a 2,2 casos por cada 1,000 habitantes en 2023. Se supera considerablemente la meta propuesta pues se consigue disminuir el riesgo de que los habitantes de Tumaco se enfermen por malaria en un 31% más de lo programado.

2.2 Se logra disminuir la tasa de morbilidad por malaria en municipios endémicos de un valor de 16,3 casos por cada habitante en 2019 a un valor de 4,2 casos por cada 1,000 habitantes en 2023. Se supera ampliamente la meta propuesta pues se consigue disminuir el riesgo de que los habitantes de los municipios endémicos en Nariño se enfermen por malaria en un 26,3% más de lo programado.

EXPLICACIÓN DEL LOGRO CON RESPECTO AL 2019

A través de la implementación y fortalecimiento de la Estrategia de Gestión Integrada para las ETV (EGI-ETV) en los 19 municipios priorizados para las ETV: Tumaco, Francisco Pizarro, Mosquera, Olaya Herrera, La Tola, El Charco, Santa Bárbara, Magüí, Roberto Payán, Barbacoas (alto riesgo), Cumbitara, Policarpa, Taminango, Ricaurte, Mallama, La Unión y Samaniego (mediano y bajo riesgo), los cuales son endémicos para las ETV al igual que en Pasto e Ipiales donde se enfatiza las visitas

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

de IV y asistencias técnicas garantizar la calidad de la atención de pacientes con ETV, se ha alcanzado las metas propuestas.

Adicionalmente con los componentes de la EGI dirigidos a las comunidades afectadas: promoción de la salud, prevención de la transmisión de la enfermedad y atención de contingencias, donde se intervienen las veredas con mayor carga de enfermedad de forma regular y contingencial se ha disminuido el riesgo de enferma o morir por malaria principalmente.

RETOS

Fortalecer la estrategia EGI – ETV en los componentes de atención integral de pacientes e inteligencia epidemiológica para mejorar la oportunidad y la calidad de la atención de pacientes, para disminuir la letalidad por dengue en el departamento.

SECTOR	META	ODS AL QUE LE APUNTA EL RESULTADO OBTENIDO
Salud y bienestar	De aquí a 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles	3.3 - Lucha contra las enfermedades transmisibles

PLAN ESTRATEGICO-PLAN TERRITORIAL DE SALUD (PTS)							
¿QUÉ QUEDÓ EN EL PTS?				¿QUÉ SE LOGRÓ?			
RESULTADO	INDICADOR DE RESULTADO	LÍNEA DE BASE	META DE RESULTADO CUATRIENIO	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2020	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2021	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2022	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO AL CORTE 2023
REDUCIR LA CARGA POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO	Mantener la tasa de mortalidad por malaria	0	0	0,7	0	0,5	0
	Tasa de letalidad por dengue	0	0	0,4	0	0,4	0
	Disminuir la incidencia de malaria IPA por 1000 habitantes – Tumaco	8,1	7,1	7,6	9,5	7,4	2,2
	Disminuir la incidencia de malaria IPA por 1000 habitantes – municipios endémicos	16,3	16	16,8	18,2	9,9	4,2



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL							
¿Como lo hizo?							
METAS DE PRODUCTO QUE LE APUNTAN AL RESULTADO							
PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE DE PRODUCTO	META DE PRODUCTO	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2020	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2021	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2022	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2023
Implementada y fortalecida la Estrategia de Gestión Integrada para las ETV (EGI-ETV) (componente malaria)	Número de municipios con implementación y fortalecimiento de la Estrategia de Gestión Integrada para las Enfermedades Transmitidas por Vectores (EGI-ETV)	12	19	14	17	19	19
Implementada y fortalecida la Estrategia de Gestión Integrada para las ETV (EGI-ETV) (componente dengue)	Número de municipios con implementación y fortalecimiento de la Estrategia de Gestión Integrada para las Enfermedades Transmitidas por Vectores (EGI-ETV)	12	19	14	17	19	19
Implementada y fortalecida la Estrategia de Gestión Integrada para las ETV (EGI-ETV) (componente malaria IPA Tumaco)	Número de municipios con implementación y fortalecimiento de la Estrategia de Gestión Integrada para las Enfermedades Transmitidas por Vectores (EGI-ETV)	12	19	14	17	19	19
Implementada y fortalecida la Estrategia de Gestión Integrada para las ETV (EGI-ETV) (componente malaria IPA municipios endémicos)	Número de municipios con implementación y fortalecimiento de la Estrategia de Gestión Integrada para las Enfermedades Transmitidas por Vectores (EGI-ETV)	12	19	14	17	19	19

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL	
¿Como lo hizo?	
METAS DE PRODUCTO QUE LE APUNTAN AL RESULTADO	
¿POR QUÉ?	ENFOQUE DIFERENCIAL ESPECIFIQUE LA POBLACIÓN
Se debe implementar y fortalecer la Estrategia de Gestión Integrada para las ETV (EGI-ETV) (componente malaria), con todos los componentes: Inteligencia epidemiológica (incluye la vigilancia epidemiológica y por laboratorio: entomológica, parasitológica, virológica y serológica); Gestión del conocimiento; Promoción de la Salud; Prevención primaria de la transmisión; Atención clínica integral del paciente; Gestión y atención de contingencias, de forma estratégica para disminuir el riesgo de enfermar o morir por malaria	Sin enfoque diferencial, se debe implementar la Estrategia de Gestión Integrada para las ETV (EGI-ETV) (componente malaria), en todos los territorios que están en riesgo de enfermar o morir por malaria y en las ciudades donde cuentan con atención de alto nivel de complejidad, para mejorar la oportunidad y calidad de la atención de pacientes con malaria
Se debe implementar y fortalecer la Estrategia de Gestión	Sin enfoque diferencial, se debe implementar la Estrategia de



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

<p>Integrada para las ETV (EGI-ETV) (componente dengue), con todos los componentes: Inteligencia epidemiológica (incluye la vigilancia epidemiológica y por laboratorio: entomológica, parasitológica, virológica y serológica); Gestión del conocimiento; Promoción de la Salud; Prevención primaria de la transmisión; Atención clínica integral del paciente; Gestión y atención de contingencias, de forma estratégica para disminuir el riesgo de enfermar o morir por dengue</p>	<p>Gestión Integrada para las ETV (EGI-ETV) (componente dengue), en todos los territorios que están en riesgo de enfermar o morir por malaria y en las ciudades donde cuentan con atención de alto nivel de complejidad, para mejorar la oportunidad y calidad de la atención de pacientes con dengue</p>
<p>Se debe implementar y fortalecer la Estrategia de Gestión Integrada para las ETV (EGI-ETV) (componente malaria IPA Tumaco), con todos los componentes: Inteligencia epidemiológica (incluye la vigilancia epidemiológica y por laboratorio: entomológica, parasitológica, virológica y serológica); Gestión del conocimiento; Promoción de la Salud; Prevención primaria de la transmisión; Atención clínica integral del paciente; Gestión y atención de contingencias, de forma estratégica para disminuir el riesgo de enfermar o morir por malaria en el municipio de Tumaco, para mejorar la calidad de vida de sus habitantes</p>	<p>Sin enfoque diferencial, se debe implementar la Estrategia de Gestión Integrada para las ETV (EGI-ETV) (componente malaria IPA Tumaco), en todas las veredas de Tumaco, ya que sus habitantes están a riesgo de enfermar o morir por malaria</p>
<p>Se debe implementar y fortalecer la Estrategia de Gestión Integrada para las ETV (EGI-ETV) (componente malaria IPA municipios endémicos) con todos los componentes: Inteligencia epidemiológica (incluye la vigilancia epidemiológica y por laboratorio: entomológica, parasitológica, virológica y serológica); Gestión del conocimiento; Promoción de la Salud; Prevención primaria de la transmisión; Atención clínica integral del paciente; Gestión y atención de contingencias, de forma estratégica para disminuir el riesgo de enfermar o morir por malaria en el todos los municipios del departamento que están a riesgo para mejorar la calidad de vida de sus habitantes</p>	<p>Sin enfoque diferencial, se debe implementar la Estrategia de Gestión Integrada para las ETV (EGI-ETV) (componente malaria IPA municipios endémicos), en todas las veredas de los municipios del departamento que están a riesgo, ya que sus habitantes están podrían enfermar o morir por malaria</p>

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL

TOTAL DE RECURSOS FINANCIEROS UTILIZADOS

NOMBRE DEL PROYECTO	VALOR APROPIADO	VALOR EJECUTADO	PORCENTAJE EJECUCIÓN	SGP (\$)	SGR (\$)	RECURSOS PROPIOS (\$)	OTRAS FUENTES DE RECURSOS ESPECIFICAS (\$)
Fortalecimiento de la Estrategia de Gestión Integrada (EGI), para evitar la mortalidad por Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) en el departamento de Nariño	\$3.995.830.091	\$1.605.165.728	40,2%	\$1.075.612.587	0	0	0

LOGROS

Mantener en cero (0) la mortalidad por malaria y disminuir el riesgo – IPA, tanto en Tumaco como en los demás municipios endémicos del departamento de Nariño; de esta forma, se contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades que habitan en zonas endémicas para esta enfermedad.

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

RETOS

Fortalecer la adherencia a las guías de atención de pacientes con dengue y de los protocolos de vigilancia epidemiológica, en los equipos de profesionales de las ESE, IPS, EAPB y DLS, para mejorar la calidad y oportunidad de los pacientes con dengue, para evitar desenlaces fatales y disminuir la tasa de letalidad actual.

RECOMENDACIONES

Se recomienda a la administración continuar con el fortalecimiento del equipo de trabajo de las ETV en todos los municipios del departamento, en concordancia con las competencias definidas por ley, para dar cumplimiento a las metas propuestas en el PTS y PAS – ETV, con la finalidad de prolongar los logros de los indicadores propuestos, ya que con ellos se logra la misión del Programa ETV: aportar al mejoramiento la calidad de vida de los habitantes a riesgo para las ETV en Nariño.

7. SALUD PÚBLICA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

PROGRAMA: Mi Nariño Saludable con fortalecimiento en APS.

SUBPROGRAMA: Salud Pública en situaciones de emergencias y desastres.

El Instituto Departamental de Salud de Nariño, a través de la dimensión de Salud Pública en Emergencias y Desastres, participa en la elaboración del plan de gestión del riesgo del Departamento, en lo concerniente al diagnóstico y el diseño de los protocolos de respuesta, y su presentación ante la Asamblea para su aprobación mediante ordenanza. El Plan de Gestión del Riesgo está en continua actualización, con este se busca la generación de información y conocimiento sobre el riesgo de desastres, la planificación y gestión de las emergencias, la reducción del riesgo gracias al fortalecimiento de la capacidad de preparación y respuesta del sector salud.

La dimensión de Emergencias y Desastres propende por la protección de individuos y colectivos ante los riesgos de emergencias o desastres que tengan impacto en Salud Pública procurando reducir los efectos negativos en la salud humana y ambiental, con el fin de garantizar la protección de las personas, colectividades y el ambiente para educar, prevenir, enfrentar y manejar situaciones de urgencia, emergencia o desastres, así como aumentar la capacidad de recuperación de las comunidades aportando a la seguridad sanitaria y al mejoramiento de las condiciones de vida y de la salud de la población brindando el apoyo a todos los entes territoriales en las diferentes eventualidades que se han presentado.

OBJETIVO: Mejorar la salud pública en emergencias y desastres en la población con factores de Riesgo y alta vulnerabilidad, aplicando el enfoque diferencial, integral e integrado en la promoción, prevención y atención.

DESCRIPCIÓN DE LA META DE RESULTADO: Mantener igual o menor a 4,9 víctimas la Tasa de muertes por emergencias y desastres por 100.000 habitantes.

LÍNEA DE BASE: Para el Departamento de Nariño, no se tiene registrada la línea de base, sin embargo, se adopta la del nivel nacional en el último decenio que se encuentra registrada en el PLAN NACIONAL DE GESTIÓN DEL RIESGO ANTE EMERGENCIAS Y DESASTRES de la UNGRD

META CUATRIENIO A 2023: tasa de muertes por emergencias y desastres igual o inferior a 4.9 por 100 mil habitantes.

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

LOGRO DE META DE 2023: Para el primer semestre 2023 la mortalidad por emergencias y desastres de personas fallecidas confirmadas o de personas en paradero desconocido o presuntamente fallecidas en eventos naturales o antropogénicos no intencionales o tras el impacto de un evento, tasa por 100 mil habitantes es de 2.12%.

1. EXPLICACIÓN DEL LOGRO CON RESPECTO AL 2019:

La meta ha logrado mantenerse por debajo de la tasa propuesta de 4,9 víctimas mortales por 100 mil habitantes, pese al gran número de eventos de emergencias que se han presentado en Nariño, como son movimientos sísmicos, inundaciones, deslizamientos de tierra, derrame de hidrocarburos, avenidas torrenciales, incendios de cobertura vegetal y otros. Lo anterior en parte puede ser explicado con base en un incremento en la toma de conciencia por parte de las comunidades frente a los riesgos identificados, la existencia de convenios interadministrativos suscritos con los Cuerpos de Bomberos Voluntarios y las alcaldías, el establecimiento y formación de los gestores de riesgo municipales por parte de la DAGRD en asocio con IDSN, el fortalecimiento de la capacidad instalada en camas hospitalarias de alta , mediana y baja complejidad, así como el fortalecimiento del parque automotor con 52 nuevas ambulancias, que han permitido operativizar el sistema de referencia y contrarreferencia. El aporte directo de la dimensión consiste en el acompañamiento en la formulación de los Planes de respuesta del sector salud, planes hospitalarios de emergencia, de más de 40 entidades territoriales y sus IPS así como la evaluación del Índice de Seguridad Hospitalaria de los principales Hospitales de Alta y Mediana Complejidad de la región , el seguimiento en que en esos planes se incluyan los mecanismos que peritan el normal abastecimiento de sangre, hemocomponentes y hemoderivados. Por último ha sido clave el apoyo que desde la dimensión se ha dado a todo el sector en el desarrollo de complejas emergencias humanitarias generadas por desplazamientos forzados y cierre de vías, episodios en los cuales se han implementado estrategias para el normal abastecimiento de medicamentos, insumos, oxígeno.

SECTOR:	META:	ODS AL QUE LE APUNTA EL RESULTADO OBTENIDO
Salud	Tasa de muertes por afectación en emergencias y desastres * 100.000 habitantes.	Salud y Bienestar

PLAN ESTRATEGICO-PLAN TERRITORIAL DE SALUD (PTS)							
¿QUÉ QUEDÓ EN EL PTS?				¿QUÉ SE LOGRÓ?			
RESULTADO	INDICADOR DE RESULTADO	LÍNEA DE BASE	META DE RESULTADO CUATRIENIO	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2020	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2021	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2022	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO AL CORTE 2023
Mantenida la Mortalidad por emergencias y desastres en el departamento de Nariño.	Tasa de muertes por afectación en emergencias y desastres * 100.000 habitantes.	4.9 (AÑO BASE: 2015, FUENTE: SISPRO)	4.9	0.30	1.55	1.84	0,24



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL

¿Como lo hizo?

METAS DE PRODUCTO QUE LE APUNTAN AL RESULTADO

PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE DE PRODUCTO	META DE PRODUCTO	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2020	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2021	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2022	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2023
Servicio de promoción de planes, programas, estrategias y proyectos municipales en salud y seguridad social.	Plan de Gestión del Riesgo de Desastres y estrategia para la respuesta a emergencias del departamento elaborado y actualizado.	0	1	1	1	1	1
Servicio de asistencia técnica para el fortalecimiento de capacidades básicas y técnicas en salud.	Número de hospitales de media y alta complejidad con medición del índice de seguridad hospitalaria.	0	4	1	1	1	0
Servicio de divulgación en monitoreo y organización de la red de bancos de sangre y servicio de transfusión.	Número de hospitales con servicios transfusionales con planes de hospitalario de emergencia que incluyan el suministro seguro de sangre, hemocomponentes y derivados.	4	4	4	4	4	4
Servicio de asistencia técnica institucional.	Número de planes de contingencia por eventos de salud pública de interés internacional (ESPII) formulados e implementados".	0	1	1	1	1	1

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL

¿Como lo hizo?

METAS DE PRODUCTO QUE LE APUNTAN AL RESULTADO

¿POR QUÉ?	ENFOQUE DIFERENCIAL ESPECIFIQUE LA POBLACIÓN
Se evaluó 4 hospitales de mediana complejidad y alta complejidad al cumplimiento del estándar de suministro y componentes sanguíneos seguros.	Los hospitales con cumplimiento del estándar de suministro y componentes sanguíneos seguros son HUDN, FHSP, HILA, HCI.
Se realizó evaluación del INDICE DE SEGURIDAD HOSPITALARIA - HOSPITAL DE MEDIANA O ALTA. COMPLEJIDAD	Las instituciones que cuentan con la evaluación del índice de seguridad hospitalaria son HUDN, HCI, Hospital Eduardo Santos.
Se realizaron talleres con municipios del cordón fronterizo para la formulación de un nuevo plan de contingencia por Enfermedades de Salud Pública de Interés Internacional ESPII.	se han realizado talleres en RSI con los municipios del cordón fronterizo, concertando de manera binacional con nuestros colegas de la República del Ecuador. Fue elaborado el Plan de Contingencia Binacional por ESPII Enfermedades de Salud Pública de Interés Internacional.
Realizar asistencia técnica a la red de prestación de servicios	Se realizan talleres trimestralmente con enfoque al desarrollo del Plan de

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

para adherencia de guías y protocolos para eventos de emergencias y desastres mediante 4 talleres subregionales.	Respuesta del Sector Salud, Plan Hospitalario de Emergencias, Planes de Contingencia, eventos de afluencia masiva de público, enfermedades de interés en salud pública, entre otros.
Desarrollo de capacitaciones para la formulación de planes hospitalarios de emergencias mediante 10 acompañamientos técnicos a 10 ESE de la red pública.	Se ha realizado capacitaciones para la formulación de los planes hospitalarios de emergencia tanto virtuales como presenciales logrando la proyección adecuada del documento que responda a las necesidades del municipio en sector salud.
Asistencia técnica para la formulación del Plan de Respuesta del sector salud a 10 entidades territoriales de salud.	Se ha realizado Asistencias Técnicas en Plan de Respuesta del Sector Salud, tanto virtuales como presenciales logrando la proyección adecuada del documento que responda a las necesidades del municipio en sector salud.

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL							
TOTAL DE RECURSOS FINANCIEROS UTILIZADOS							
NOMBRE DEL PROYECTO	VALOR APROPIADO	VALOR EJECUTADO	PORCENTAJE EJECUCIÓN	SGP (\$)	SGR (\$)	RECURSOS PROPIOS (\$)	OTRAS FUENTES DE RECURSOS ESPECIFICAR (\$)
Fortalecimiento de la Gestión del Riesgo ante emergencias y Desastres en el departamento de Nariño	\$ 84.000.000	\$31.275.308	37.2%	\$ 84.000.000	NA	NA	NA

LOGROS

- ✓ Implementado el Plan de Gestión del Riesgo de Desastres y estrategia para la respuesta a emergencias del departamento.
- ✓ Implementados los procesos de conocimiento y reducción del riesgo, y de manejo de desastres en el ámbito del departamento.
- ✓ Incrementado y fortalecido el servicio de suministro seguro de sangre, hemocomponentes y derivados en emergencias y desastres.
- ✓ Incrementado el servicio de atención en salud pública en situaciones de emergencias y desastres.

RETOS

- ✓ Si bien se logra meta de asistencia técnica a instituciones prestadoras de salud es necesario continuar con política de atención a migrantes con ayuda de organizaciones internacionales (capacitar al personal de facturación y personal de salud que atiende dicha población para garantizar el pago a IPS por prestación de servicios de salud).
- ✓ Realizar plan de contingencia para mantener suministro de sangre en el Departamento de Nariño en situaciones donde se altere el orden social y transporte como en caso de paro y bloqueos de vías.
- ✓ Operativizar el trabajo de la Mesa de Salud y Mesa Departamental de Migraciones.

RECOMENDACIONES

- ✓ Coordinar agenda con funcionarios de la Subdirección de Calidad y Aseguramiento, para adelantar la Evaluación de Índice de Seguridad Hospitalaria, dado que en dicha dependencia se encuentra el personal que recibió la capacitación respectiva.
- ✓ Articular acciones para dar respuesta a requerimientos de información sobre el tema de migrantes.

8. SALUD Y ÁMBITO LABORAL

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Programa: MI NARIÑO SALUDABLE

Objetivo: Disminuir los riesgos de la morbilidad y mortalidad en la población del departamento de Nariño a través de la mejora en la gestión integral de los servicios de salud permitiendo garantizar su cobertura y calidad.

OBJETIVO: Disminuir los riesgos de la morbilidad y mortalidad en la población del departamento de Nariño a través de la mejora en la gestión integral de los servicios de salud permitiendo garantizar su cobertura y calidad

INDICADORES:

Porcentaje de población trabajadora informal con modelo de caracterización en condiciones de seguridad y salud ocupacional	
LINEA BASE 2019	16.5%
META PROGRAMADA 2020-2023	18%
LOGRO DE META DE 2023	27.75 % (A 31 de dic 2022)
EXPLICACIÓN DEL LOGRO CON RESPECTO AL 2019	A 31 de diciembre de 2022, se alcanzó un porcentaje del 27,5% de trabajadores del sector de la informalidad con aplicación de modelo de caracterización de condiciones de salud y ocupacional, superando la meta propuesta para el cuatrienio. En Segundo Trimestre de la vigencia 2023, se adelantó el proceso de contratación para fortalecer y dar continuidad en la aplicación del Modelo de Caracterización de Condiciones de Salud y Ocupacional en 63 municipios del departamento, los resultados se presentarán a 31 de diciembre de 2023.

Incremento en Número de reportes de casos notificados a través del aplicativo web ATSIWeb.	
LIENA BASE 2019	35.2% (912)
META PROGRAMADA 2020-2023	50% (1368)
LOGRO DE META DE 2023	1055 casos (A 30 de Junio de 2023)
EXPLICACIÓN DEL LOGRO CON RESPECTO AL 2019	Al realizar seguimiento a las entidades Territoriales de Salud en el reporte de casos de accidentes ocupacionales en el aplicativo web del IDSN dentro del Sistema de información de salud y ámbito laboral se evidencia un incremento exponencial que se logra por el seguimiento permanente a la identificación, tipificación y notificación de Accidente de Trabajo en el sector de Informalidad

PROGRAMA DE GOBIERNO		
¿QUÉ PROMETIÓ EN EL PROGRAMA DE GOBIERNO?		
SECTOR	META	ODS AL QUE LE APUNTA EL RESULTADO OBTENIDO
Coadyuvar en el mejoramiento condiciones socioeconómico del Departamento	Mi Nariño Saludable con estrategia APS	Aplicar la política pública seguridad y salud en el trabajo en los 64 municipios
Coadyuvar en el mejoramiento condiciones socioeconómico del Departamento	Mi Nariño Saludable con estrategia APS	Aplicar la política pública seguridad y salud en el trabajo en los 64 municipios

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

PLAN ESTRATEGICO-PLAN TERRITORIAL DE SALUD (PTS)							
¿QUÉ QUEDÓ EN EL PTS?				¿QUÉ SE LOGRÓ?			
RESULTADO	INDICADOR DE RESULTADO	LÍNEA DE BASE	META DE RESULTADO	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2020	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2021	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO A 2022	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO A 2023
Población trabajadora informal del departamento de Nariño con modelo de caracterización en condiciones de Seguridad y Salud Ocupacional	Población trabajadora informal del departamento de Nariño con modelo de caracterización en condiciones de Seguridad y Salud Ocupacional/ población trabajadora Informal identificada del departamento de Nariño (Porcentaje)	16.5	18	22.4	22.53	27.75	SD SE EVALUA AL FIN DE VIGENCIA 2023
Incremento en Número de reportes de casos notificados a través del aplicativo web ATSIWeb.	Número de reportes de casos notificados a través del aplicativo web ATSIWeb.	35.2 (912)	50 (1368)	32.5 885 Casos Notificados respecto a línea de Base	58.1 1506 Casos Nuevos Notificados	81.47 2111 Casos Nuevos Notificados	1055 Casos Nuevos Notificados que corresponden al 40.72 %

Continuidad en la Aplicación de la Política Publica en beneficio de la población trabajadora nariñense en especial del sector de la informalidad, partiendo desde la identificación, caracterización e intervención de los riesgos con planes de acción de seguridad y salud en el trabajo en su entorno , con la identificación de accidentes de Trabajo y enfermedad Ocupacional que permite alimentar el sistema de información de seguridad y salud en el trabajo del Departamento con indicadores específicos de la situación de condiciones de salud y laboral de población trabajadora informal a través del modelo de caracterización de condiciones de salud y ocupacional para una oportuna toma de decisiones. Se resalta que los 64 DLS desde la Dimensión de Salud y Ámbito Laboral para aplicación del modelo de caracterización de condiciones de salud y ámbito laboral en la actividad u oficio del sector de la informalidad parten de las líneas de base de identificación de población trabajadora del municipio actualizada anualmente.

* Presentación de indicadores de seguridad y salud en el Trabajo del departamento en boletín epidemiológico institucional y Asís del Depto. a 31 de diciembre de 2022., que permite contribuir a analizar uno de los determinantes de la salud desde el sector de la informalidad y realizar acciones de promoción y prevención en seguridad y salud en el trabajo.

*Aplicación de metodologías virtuales en los procesos de asistencia técnica masivas, seguimiento y vigilancia de procesos misionales con actores de salud para cumplimiento de competencias.

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

* Reconocer a los trabajadores del sector de la informalidad con los accidentes Ocupacionales y Enfermedades Ocupacionales que su actividad u ocupación le ocasiona con reporte de notificación desde las DLS que permite visualizar la importancia de las condiciones de salud y ocupacional en la población trabajador como actor fundamental en todas las actividades de la economía en el departamento.

* El numero de actividades u oficios con aplicación del modelo de caracterización de condiciones de salud y ocupacional en el departamento en las vigencias acumulativas a 2022 de las que se encuentran todas cargadas al sistema PISIS representadas en 31.852 trabajadores Informales correspondientes al 100 % de caracterizaciones realizadas en los 63 Municipios del Departamento de Nariño.

* A partir del año 2013 en articulación con actores del SGRL participes en Comité Seccional de Salud Ocupacional, para LA DIFUSION NORMATIVA DE AFILIACION DE TRABAJADORES AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES, liderado desde el IDSN , se adelanta el Primer Congreso Departamental de Salud y Ámbito Laboral, evento, que fue institucionado año tras año logrando sensibilizar a todos los actores institucionales, trabajadores de todos los sectores y comunidad en general frente a normatividad vigente en afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales con énfasis importante en Derechos y Deberes de los Trabajadores en el marco de la Seguridad y ámbito laboral , tanto para trabajador formal e informal de la economía en el departamento con una participación importante, se presentan eventos desarrollados:

1. Número de Asistentes: 468 (certificado Físico). Modalidad: Presencial (Auditorio Hotel Morasurco).
2. Número de Asistentes: 347 (certificado Físico). Modalidad: Presencial (Auditorio Cámara de Comercio).
3. Número de Asistentes: 329 (certificado Físico). Modalidad: Presencial (Auditorio Cámara de Comercio).
4. Número de Asistentes: 537 (certificado Físico). Modalidad: Presencial (Auditorio Club Auto Panamericano).
5. Número de Asistentes: 417 (certificado Físico). Modalidad: Presencial (Auditorio Cámara de Comercio).
6. Número de Asistentes: 497 (certificado Físico). Modalidad: Presencial (Auditorio Club Auto panamericano).
7. Número de Asistentes: 349 (certificado Físico). Modalidad: Presencial (Auditorio Club Auto panamericano).
8. Número de Asistentes: 1056 (certificado Virtual). Modalidad: Virtual.
9. Número de Asistentes: 1326 (certificado Virtual). Modalidad: Virtual.
10. Número de Asistentes: 1526 (certificado Virtual). Modalidad: modalidad hibrida, con participación de conferencistas del orden nacional y departamental y participación de 1060 asistentes, en cuarto trimestre se continúo socializando a actores metodología virtual la normatividad vigente.

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

11. Se realizará en el mes de Septiembre los días 20, 21 y 22 Modalidad Presencial en instalaciones de la Cámara de Comercio de Pasto.

* El Porcentaje de cumplimiento de asistencias técnicas a empresas sociales del estado en la identificación, tipificación y notificación de accidente de trabajo y enfermedad ocupacional En las vigencias del cuatrienio se adelanta asistencia técnica en identificación, tipificación y notificación de Accidente de Trabajo y Enfermedad laboral a 68 ESES del Departamento con cumplimiento a semestre del 100%, realizada mediante metodología presencial y presencial, para la vigencia 2023 A segundo trimestre del año en curso se logra cumplir asistencia técnica en identificación, tipificación y notificación de Accidente de Trabajo y Enfermedad laboral a 68 ESES del Departamento con cumplimiento a tercer trimestre del 100 %, realizada mediante metodología presencial y virtual en 51 ESEs Del Departamento de Nariño.

RETOS:

*Incrementar mayor cobertura en el conocimiento de las condiciones de salud y laboral en el sector informal de la economía con asignación de mayores recursos financieros para ampliar coberturas en las intervenciones en actividades u ocupaciones informales para concurrir a los municipios.

*Fortalecimiento de articulación intersectorial para inducir a que la totalidad de población trabajadora formal está asegurada en régimen contributivo y afiliación de Riesgos laborales y ser beneficiarios de las acciones de seguridad y salud en el trabajo que su oficio le demanda.

9. GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES

9.1 DESARROLLO INTEGRAL DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

El componente Desarrollo Integral de niños y niñas responde a las directrices establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y demás normatividad vigente.

A continuación, se describen las acciones realizadas desde el componente en los procesos de Asistencia Técnica, Inspección Vigilancia y Articulación Intersectorial en el marco de las metas programadas en el Plan Territorial de Salud 2020-2023.

El objetivo del componente está direccionado a mejorar la aplicación del enfoque diferencial, integral e integrada en la atención en salud familiar y comunitaria para población vulnerable, orientado a disminuir la morbi mortalidad de la población infantil del departamento.

Se establece en sus acciones las 4 metas de resultado:

1. Reducir a 11*1000 NV la tasa de muertes en la niñez a causa de complicaciones evitables en el departamento de Nariño.
2. Reducir a 21*1000 NV es la tasa de mortalidad infantil a causa de complicaciones evitables en el departamento de Nariño.
3. Disminuir a 3 *100.000 menores de 5 años la tasa de mortalidad de Enfermedad Diarreica Aguda.
4. Mantener a 4* 100.000 Menores de 5 años la tasa de mortalidad de IRA en menores de cinco años en el departamento de Nariño.

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Objetivo: Mejorar el acceso a los servicios de salud en el Departamento de Nariño

Meta de resultado 1: Reducir a 11*1000 NV la tasa de muertes en la niñez a causa de complicaciones evitables en el Departamento de Nariño.

Línea Base a 2020: Tasa 11.9 - fuente DANE.

Meta Cuatrienio a 2023: Tasa 11.0.

Logro a junio de 2023: SD Fuente DANE *La evaluación de este indicador es anual, por tanto, se registra sin dato.

LOGRO

Según los datos obtenidos de la fuente oficial DANE para las vigencias 2020 a 2022 la meta de resultado propuesta para el cuatrienio, no se logró, superando incluso la meta estimada. Es necesario precisar sobre las principales causas que produjeron estas muertes, en primer lugar, se encuentran las muertes por malformaciones congénitas cromosómicas, seguidas de las afecciones respiratorias y las afecciones del periodo perinatal y los traumatismos en el nacimiento. Las causas de estas muertes salvo las de origen respiratorio se constituyen en determinantes estructurales y por tanto inviables para detener su resultado. Desde el componente de desarrollo integral de niños y niñas se continua el trabajo de fundamentado en acciones de inspección y vigilancia y de asistencia técnica a las 64 entidades territoriales, a fin de mitigar los riesgos que puedan conllevar a muertes evitables en este grupo poblacional. Esta meta se mide anualmente, por tanto, para la vigencia 2023 primer semestre se registra SD.

Meta de resultado 2: Reducir a 21*1000 NV la tasa de mortalidad infantil a causa de complicaciones evitables en el Departamento de Nariño.

Línea Base a 2020: Tasa 21.98 - fuente DANE.

Meta Cuatrienio a 2023: Tasa 21.0.

Logro a junio 2023: SD Fuente DANE *La evaluación de este indicador es anual, por tanto, se registra sin dato.

LOGRO

Al contrario de la mortalidad en niñez, esta meta se cumplió para la vigencia según la meta estimada, desde el 2020 al 2022 (datos oficiales DANE), logrando contener las causas por muerte evitable en este grupo de edad. Se fortalecieron las capacidades en el personal de salud tanto en las prestadoras como en las direcciones locales de salud en todo lo relacionado con normatividad vigente; se fortalecieron las acciones de inspección y vigilancia hacia los actores del SGSSS; se fomentaron los espacios de asistencia técnica virtual, a los que hubo necesidad de recurrir en virtud de la pandemia por la COVID-19.

Meta de resultado 3: Disminuir a 3 *100.000 menores de 5 años, la tasa de mortalidad de Enfermedad Diarreica Aguda.

Línea Base a 2020: Tasa 3.4 - Fuente SIVIGILA.

Meta Cuatrienio a 2023: Tasa 3.1.

Logro a junio 2023: SD - Fuente SIVIGILA.

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

LOGRO

Durante el cuatrienio fue posible alcanzar la meta, incluso superarla manteniendo la tendencia a la baja. Pese a ser un periodo de pandemia, las acciones de inspección y vigilancia se mantuvieron haciendo especial énfasis en acciones de promoción y prevención. Se fortalecen los procesos de asistencia técnica e inspección y vigilancia en Estrategia AIEPI- Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia y ruta promoción y mantenimiento de la salud según Resolución 3280 de 2018 para el curso de vida primera infancia e infancia.

Meta de resultado 4: Mantener a 4* 100.000 Menores de 5 años la tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años en el Departamento de Nariño.

Línea Base a 2020: Tasa 4.8 - Fuente SIVIGILA.

Meta Cuatrienio a 2023: Tasa 4.8.

Logro a junio 2023: SD - Fuente SIVIGILA.

LOGRO

Durante las vigencias comprendidas entre los años 2020 y 2021, este indicador tuvo un marcado incremento respecto a la meta propuesta para alcanzar; la causa principal obedeció a la pandemia por la COVID, especialmente en niños menores de 3 años. Para la vigencia 2022, se logró una disminución considerable de eventos de muerte por esta causa. Este indicador es de medición anual, por tanto, el dato para el primer semestre del 2023 no se tiene. El contexto social ocurrido por la pandemia atrajo la atención máxima, pese a ello desde la oficina de salud infantil se continuó realizando acciones de asistencia técnica y de inspección y vigilancia.

SECTOR:	META:	ODS AL QUE LE APUNTA EL RESULTADO OBTENIDO
Mi Nariño Líder en Salud	Implementar mecanismos que permitan mejorar los niveles de ejecución de la Política Pública de Primera Infancia	Salud y Bienestar
Mi Nariño Líder en Salud	Implementar mecanismos que permitan mejorar los niveles de ejecución de la Política Pública de Primera Infancia	Salud y Bienestar
Mi Nariño Líder en Salud	Implementar mecanismos que permitan mejorar los niveles de ejecución de la Política Pública de Primera Infancia	Salud y Bienestar
Mi Nariño Líder en Salud	Implementar mecanismos que permitan mejorar los niveles de ejecución de la Política Pública de Primera Infancia	Salud y Bienestar

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

PLAN ESTRATÉGICO-PLAN TERRITORIAL DE SALUD (PTS)							
¿QUÉ QUEDÓ EN EL PTS?				¿QUÉ SE LOGRÓ?			
RESULTADO	INDICADOR DE RESULTADO	LÍNEA DE BASE	META DE RESULTADO CUATRIENIO	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2020	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2021	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2022	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO AL CORTE 2023
Reducir a 11*1000 NV la tasa de muertes en la niñez a causa de complicaciones evitables en el Departamento de Nariño.	Tasa de mortalidad en la niñez ajustada (DANE) x 1000 NV	11.9	11	13.39	12.53	13.59	SD
Reducir a 21*1000 NV la tasa de mortalidad infantil a causa de complicaciones evitables en el Departamento de Nariño.	Tasa de mortalidad infantil ajustada (DANE) X 1000 NV	21.98	21	21.12	21.16	SD	SD
Disminuir a 3 *100.000 menores de 5 años la tasa de mortalidad de Enfermedad Diarreica Aguda.	Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años X 100.000 Menores de 5 años.	3.4	3.1	1.6	0.8	1.6	SD
Mantener a 4* 100.000 Menores de 5 años la tasa de mortalidad de IRA en menores de cinco años en el Departamento de Nariño.	Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años X 100.000 Menores de 5 años.	4.8	4.8	8.8	4.9	4.1	SD

PLAN ESTRATÉGICO-PTS ACTUAL							
¿Cómo lo hizo?							
METAS DE PRODUCTO QUE LE APUNTAN AL RESULTADO							
PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE DE PRODUCTO	META DE PRODUCTO	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2020	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2021	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2022	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2023
1. Realizadas acciones de seguimiento a cumplimiento de compromisos de los actores que conforman el Consejo Departamental de Política Social en la Mesa de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia	Porcentaje de cumplimiento de compromisos de los actores que conforman el Consejo Departamental de política Social en la mesa de primera infancia, infancia y adolescencia	NA	50	10	25	37	50
2. Fortalecidos los municipios del Departamento de Nariño en la aplicación de la estrategia de primeros mil días en zona rural dispersa.	Número de municipios que aplican la estrategia de primeros mil días en los municipios con categoría 5 y 6 del Departamento o de Nariño en zona rural dispersa	0	20	10	28	46	3
3. Mantener los municipios del Departamento	Número de Municipios que desarrollan la estrategia	64	64	20	20	20	31



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

desarrollando la estrategia Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI, Atención Primaria en Salud - APS con énfasis en los municipios de la costa pacífica Mallama y Ricaurte	Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI, Atención Primaria en Salud – APS						
4. Mantener los municipios con la ejecución del Plan Infección respiratoria aguda - IRA.	Número de municipios con actualización y ejecución Plan de Infección Respiratoria Aguda - IRA.	64	64	64	64	64	31

PLAN ESTRATÉGICO-PTS ACTUAL	
¿Cómo lo hizo?	
METAS DE PRODUCTO QUE LE APUNTAN AL RESULTADO	
¿POR QUÉ?	ENFOQUE DIFERENCIAL ESPECIFIQUE LA POBLACIÓN
Realizadas acciones de seguimiento a cumplimiento de compromisos de los actores que conforman el Consejo Departamental de Política Social en la Mesa de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia.	Población de primera infancia de 7 días de nacido a 5 años 11 meses y 29 días. Población de infancia desde los 6 años hasta los 11 años 11 meses y 29 días.
Fortalecidos los municipios del Departamento de Nariño en la aplicación de la estrategia de primeros mil días en zona rural dispersa.	Población de niños desde los 7 días de nacido hasta los 2 años de vida.
Mantener los municipios del Departamento desarrollando la estrategia Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI, Atención Primaria en Salud - APS con énfasis en los municipios de la costa pacífica Mallama y Ricaurte.	Población de primera infancia de 7 días de nacido a 5 años 11 meses y 29 días.
Mantener los municipios con la ejecución del Plan Infección respiratoria aguda - IRA.	Población de primera infancia de 7 días de nacido a 5 años 11 meses y 29 días. Población de infancia desde los 6 años hasta los 11 años 11 meses y 29 días.

PLAN ESTRATÉGICO-PTS ACTUAL							
TOTAL DE RECURSOS FINANCIEROS UTILIZADOS 2023							
NOMBRE DEL PROYECTO	VALOR APROPIADO	VALOR EJECUTADO	PORCENTAJE EJECUCIÓN	SGP (\$)	SGR (\$)	RECURSOS PROPIOS (\$)	OTRAS FUENTES DE RECURSOS ESPECIFICAR (\$)
Fortalecimiento para la implementación de las políticas públicas en la atención integral en salud para la población vulnerable del Departamento de Nariño	\$ 181.383.403	\$58.472.779	86%	\$ 181.383.403	0	0	0

LOGROS

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

- ✓ Fortalecimiento de capacidades en Resolución 3280 al personal de Salud del Departamento de Nariño encargado de coordinar planes, programas y estrategias de salud infantil
- ✓ Capacitación a 95% de actores del SGSSS en normatividad Vigente 3280. Se realiza asistencia técnica en AIEPI comunitario a los municipios priorizados para la concurrencia y/o complementariedad en los municipios
- ✓ Articulación con las EAPB que operan en el Departamento de Nariño donde se realiza la socialización de los hallazgos obtenidos en las visitas de inspección y vigilancia en los municipios con el fin de articular acciones de seguimiento a la prestación de servicios de salud dirigidos a la población infantil.
- ✓ Fortalecimiento de articulación Interinstitucional e intersectorial.
- ✓ Concurrencia y/o complementariedad a municipios con mayores inequidades en Salud para el grupo poblacional a través del Plan de Intervenciones Colectivas y seguimiento a la ejecución de acuerdo al anexo técnico contratado.
- ✓ Seguimiento al cumplimiento de planes de mejora establecidos en visitas de inspección y vigilancia a entidades territoriales y prestadoras de los 64 municipios con el fin de dar cumplimiento a la normatividad vigente, así como brindar una atención integral e integrada a la población infantil.

RETOS

- ✓ Lograr una atención integral e integrada al curso de vida de niños y niñas en el Departamento de Nariño.
- ✓ Fortalecer el desarrollo de capacidades del personal de Salud de los municipios con el fin de contribuir a la calidad de los servicios de Salud y de esta manera minimizar los eventos presentados en este grupo poblacional.

Sensibilizar a los gerentes de las prestadoras que el Componente Desarrollo Integral de Niños y Niñas este a cargo de personal de Salud que se encuentre vinculado de manera permanente a la institución con el fin de dar continuidad a los procesos, teniendo en cuenta que los continuos cambios de personal generan retrocesos en los planes, programas y estrategias.

RECOMENDACIONES

- ✓ Dar continuidad al talento humano de cada componente con el fin de realizar seguimiento y fortalecimiento a los procesos según hallazgos.
- ✓ Contar con equipos e insumos necesarios para la ejecución de actividades.
- ✓ Fortalecer las capacidades del talento humano contratado.

9.2 ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ

PROGRAMA Dimensión Transversal De Gestión Diferencial De Poblaciones Vulnerables

SUBPROGRAMA Envejecimiento y Vejez

OBJETIVO Incrementado el porcentaje de población adulta mayor con atención diferencial en salud

LÍNEA DE BASE 0 (CERO)

META CUATRIENIO A 2023 10% de la población adulta mayor con atención diferencial

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

LOGRO A JUNIO DE 2023 Logro a 30 de junio de 2023 13.6%

A la fecha se ha dado cumplimiento en 17 municipios de 32 con centros de atención autorizados los cuales cumplen con la normatividad vigente, con acto administrativo expedido por el IDSN, para un cumplimiento del 53.12% con autorización de funcionamiento y una población adulta mayor del 13.6% atendida con enfoque diferencial.

A la fecha se ha realizado a 60 municipios la Asistencia Técnica en normatividad vigente para atención integral para el adulto mayor para un porcentaje del 93.75% en acompañamientos, asesorías y capacitaciones.

A la fecha se ha llevado a cabo en 36 municipios la Inspección y Vigilancia en normatividad vigente con atención diferencial para la población adulta mayor, para un porcentaje de cumplimiento del 56.2%.

EXPLICACIÓN DEL LOGRO CON RESPECTO AL 2019

En los municipios de competencia del IDSN, se ha avanzado en cuanto a las gestiones realizadas para la obtención de la Autorización de Funcionamiento centros de atención para el adulto mayor, mediante las asesorías presenciales y virtuales, programadas y a demanda, se da cumplimiento anual con la caracterización de los centros de atención de la población adulta mayor.

Las asistencias técnicas mediante acompañamientos, asesorías y capacitaciones de manera presencial, virtual y telefónica con las DLS, ESE municipales y los referentes municipales y coordinadores de los centros es continua.

Se ha realizado la inspección y vigilancia a las ESE y DLS municipales en cumplimiento de la Ley 1171 de 2007, Res 3280 de 2018 y Política Pública de Envejecimiento y Vejez 2013-2023.

SECTOR	META	ODS AL QUE LE APUNTA EL RESULTADO OBTENIDO
SALUD	MUNICIPIOS PRIORIZADOS CON INSPECCIÓN Y VIGILANCIA A CENTROS DÍA VIDA Y CENTROS DE BIENESTAR Y PROTECCIÓN DEL ADULTO MAYOR	SALUD Y BIENESTAR
SALUD	INCREMENTAR EL NUMERO DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO CON INSPECCION Y VIGILANCIA EN LA IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE ATENCION DIFERENCIAL DEL ADULTO MAYOR	SALUD Y BIENESTAR

PLAN ESTRATEGICO-PLAN TERRITORIAL DE SALUD (PTS)	
¿QUÉ QUEDÓ EN EL PTS?	¿QUÉ SE LOGRÓ?

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

RESULTADO	INDICADOR DE RESULTADO	LÍNEA DE BASE	META DE RESULTADO CUATRIENIO	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2020	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2021	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2022	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO AL CORTE 2023
Incrementada el porcentaje de población adulta mayo con atención diferencial en salud.	Incrementar el porcentaje de población adulta mayo con atención diferencial en salud.	0	8	1,99	6	6,41	4

PLAN ESTRATEGICO-PLAN TERRITORIAL DE SALUD (PTS)							
¿QUÉ QUEDÓ EN EL PTS?				¿QUÉ SE LOGRÓ?			
PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA DE BASE	META DE PRODUCTO CUATRIENIO	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2020	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2021	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2022	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO AL CORTE 2023
Incrementar el porcentaje de población adulta mayor con atención diferencial en salud	Número de municipios priorizados con inspección, vigilancia y control a Centros DIA-VIDA y Centros de Bienestar y Protección del Adulto Mayor	0	16	2	6	5	7
	Número de empresas sociales del Estado con inspección y vigilancia en la implementación de protocolo de atención diferencial del adulto mayor	0	20	0	11	21	9
	Número de empresas sociales del Estado con asistencia técnica para la implementación de protocolo de atención diferencial del adulto mayor	0	20	5	4	46	9

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL
<p>En los municipios de competencia del IDSN, se ha avanza en cuanto a las gestiones realizadas para la obtención de la Autorización de Funcionamiento centros de atención para el adulto mayor, mediante las asesorías presenciales y virtuales, programadas y a demanda, se da cumplimiento anual con la caracterización de los centros de atención de la población adulta mayor.</p> <p>Se realiza asistencias técnicas mediante acompañamientos, asesorías y capacitaciones de manera presencial, virtual y telefónica con las DLS, ESE municipales y centros de atención a personas mayores con los referentes municipales y coordinadores de los centros se desarrollan de manera continua para el desarrollo de capacidades.</p> <p>Se realiza la inspección y vigilancia a las ESE y DLS municipales en cumplimiento de la Ley 1171 de 2007, Res 3280 de 2018 y Política Publica de Envejecimiento y Vejez 2013-2023 mediante las visitas y se aplica listados de chequeo actualizados respecto a la norma, actas de reunión, registros de asistencia y seguimiento a planes de mejora.</p>
METAS DE PRODUCTO QUE LE APUNTAN AL RESULTADO

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

¿POR QUÉ?	ENFOQUE DIFERENCIAL ESPECIFIQUE LA POBLACIÓN
Según la información solicitada a los diferentes municipios se observó que algunos prestan los diferentes Servicios que ofrecen los centros de promoción social para personas mayores sin autorización de funcionamiento, presentándose vulneración de derechos hacia las personas mayores usuarios de este servicio y no aplicación de la normatividad, razón por la cual el componente solicitó concepto jurídico a finales del año 2019, para ejecutar acciones de Inspección y Vigilancia a los municipios categoría 4, 5 y 6, según competencias de la Ley 715 de 2001, lo relacionado a la Ley 1315 de 2009 garantizar la atención y prestación de servicios integrales con calidad al adulto mayor en las instituciones de hospedaje, cuidado, bienestar y asistencia social.	Tal como se evidencia, en los distintos municipios se identificó que los escenarios principales de incidencia radican en las entidades territoriales, esto supone entonces, que se debe fortalecer y potenciar buscando que en ellos haya espacios particulares para las personas mayores, con el fin que, desde su participación con el enfoque diferencial de envejecimiento y vejez, cobre sentido en la cotidianidad de sus vidas y el bienestar de la población adulta mayor del departamento.
Debido al cambio de personal continuo en las DLS y ESE municipales y el desconocimiento de la normatividad en la atención diferencial a la población de personas mayores se hace necesario el proceso de Inspección y Vigilancia y de asistencia técnica continua con asesorías, acompañamientos y capacitaciones a los diferentes actores en el sector salud.	Atención integral en salud a población adulta mayor (60 Años en adelante)

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL							
TOTAL DE RECURSOS FINANCIEROS UTILIZADOS							
NOMBRE DEL PROYECTO	VALOR APROPIADO	VALOR EJECUTADO	PORCENTAJE EJECUCIÓN	SGP (\$)	SGR (\$)	RECURSOS PROPIOS (\$)	OTRAS FUENTES DE RECURSOS ESPECIFICAR (\$)
MI NARIÑO EN DEFENSA DE LO NUESTRO	133.766.172	74.702.806	69.76%	133.766.172	NA	NA	NA

LOGROS

Se realiza las visitas de Inspección y Vigilancia a 36 municipios en sus DLS ESE y Centros de Atención en Ancuya, La Florida, El Peñol, Consacá, Sandona, El Tambo, Belén, Guaitarilla, Tangua, Pupiales, Puerres, Ospina, Buesaco, Guachucal, Yacuanquer, El Rosario, El Contadero, Samaniego, La Unión, Nariño, Aldana, San Pedro de Cartago, Arboleda, El Tablón de Gómez, Iles, Los Andes Sotomayor, Cumbitara, Mallama, Cumbal, Policarpa, La Llanada, Francisco Pizarro, La Tola, Olaya Herrera, El Charco, Tumaco, se logra la gestión de Autorización de Funcionamiento de 17 municipios con centros de atención integral para personas mayores, en los municipios de Linares, Consacá, Sandona, El Tambo, Colon, Funes, Tangua, Yacuanquer, Chachagui, Arboleda, Cumbitara, Francisco Pizarro, La Tola, Roberto Payan, San Pedro de Cartago, Puerres y Contadero. Se realiza el seguimiento de la población institucionalizada su caracterización y esquema completo de vacunación COVID 19 e Influenza para personas mayores de 60 años y usuarios de los centros de atención tanto de bienestar y/o larga estancia, como vida y/o día. Se realiza asistencia técnica en normatividad vigente mediante asesorías, acompañamientos y capacitaciones a 63 municipios menos a Taminango.

RETOS

Fortalecer las atenciones a las ESE con respecto a la Ley 1171 de 2007, Resolución 3280 de 2018 por curso de vida adultez y vejez y normatividad relacionada o modificada, seguimiento al cumplimiento

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

de la política pública de envejecimiento y vejez 2013-2023 en las DLS/SSM, continuar con la gestión de autorización de funcionamiento de los centros de atención que aún no lo han logrado.

RECOMENDACIONES

Incrementar los recursos en el componente para una mejor gestión e implementación de la política pública de Envejecimiento y Vejez teniendo en cuenta que a nivel nacional inició en el año 2022-2031 y los derechos humanos en salud del departamento según la Ley 2055 de 2020 convención de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

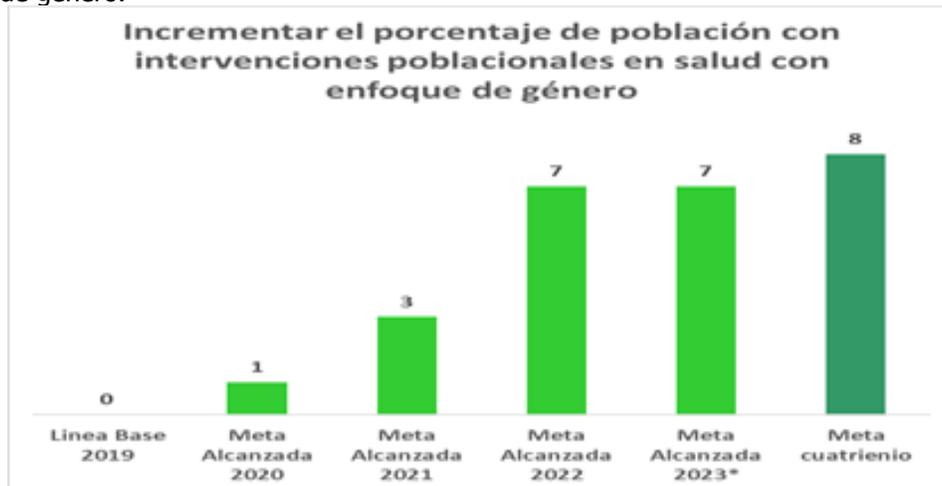
9.3 COMPONENTE DE GENERO Y SALUD

Programa: MI NARIÑO SALUDABLE

Subprograma: Gestión diferencial de las poblaciones vulnerables

Objetivo: Mejorar la aplicación del enfoque diferencial, integral e integrada en la atención en salud familiar y comunitaria para población víctima de conflicto armado, población adulto mayor, niños, niñas y adolescentes, población con discapacidad, habitante de calle, población étnica y población según género.

Meta: Incrementar el porcentaje de población con intervenciones poblacionales en salud con enfoque de género.



Fuente: COMPONENTE GENERO Y SALUD

LOGRO: Desde 2020 hasta la fecha se ha logrado que siete municipios han implementado intervenciones poblacionales con enfoque de género, específicamente se viene liderando por las direcciones locales de salud y secretarías de género que han logrado posicionarse en los gobiernos locales desde donde se viene trabajando la perspectiva de género. En días conmemorativos se ha logrado visibilizar los derechos de la población con orientación e identidades de género diversas, igualmente se ha realizado estrategia educomunicacionales que permiten el reconocimiento de dichos derechos. A nivel del departamento se conformó una mesa técnica entre IDSN, secretaria de Género e Inclusión Social – Gobernación de Nariño, Secretaria de Salud Municipal de Pasto componente de vulnerables, Universidad de Nariño – Tecnología en Promoción de la Salud, desde la cual se viene trabajando en la implementación de un modelo de atención en salud para población diversa. Se logró

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

generar espacios de formación a talento humano en salud, con el fin de dar mayores herramientas

LAN ESTRATEGICO-PLAN TERRITORIAL DE SALUD (PTS)							
¿QUÉ QUEDÓ EN EL PTS?				¿QUÉ SE LOGRÓ?			
RESULTADO	INDICADOR DE RESULTADO	LÍNEA DE BASE	META DE RESULTADO	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2020	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2021	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2022	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PRIMER SEMESTRE 2023
Incrementar el porcentaje de población con intervenciones poblacionales en salud con enfoque de genero	% de población con intervenciones poblacionales en salud con enfoque de genero	0	8	1	3	7	7

de atención a personas de orientación e identidad diversa.

PLAN ESTRATEGICO-PLAN TERRITORIAL DE SALUD (PTS)							
¿QUÉ QUEDÓ EN EL PTS?				¿QUÉ SE LOGRÓ?			
PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE DE PRODUCTO	META DE PRODUCTO	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2020	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2021	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO DEL 2022	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO JUNIO 2023
Formulado lineamiento para atención en salud a población diversa del Departamento de Narino	Documento de lineamientos técnicos para la atención integral a población diversa formulado	0	1	0	0	1	1
Formulados planes estratégicos transversales de salud para atención diferencial con enfoque de género, en municipios del departamento	Número de municipios con planes estratégicos transversales	0	20	2	14	20	10

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL	
METAS DE PRODUCTO QUE LE APUNTAN AL RESULTADO	
¿POR QUÉ?	ENFOQUE DIFERENCIAL ESPECIFIQUE LA POBLACIÓN
Se ha logrado generar un documento de lineamientos en la atención a población LGBTIQ+, el cual se sigue trabajando en la revisión especialmente incluir las barreras de acceso que se han observado en la red de prestación de servicios de salud para lo cual se viene reuniendo la mesa técnica que se ha conformado para este tema	Se ha priorizado los adolescentes y jóvenes, con énfasis en población LGBTIQ+
Se ha venido haciendo asistencia técnica a los municipios que han logrado la formulación de sus planes	Municipios donde cuentan con organizaciones de población LGBTIQ+

FINANCIERO- I SEMESTRE 2023

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL							
TOTAL, RECURSOS FINANCIEROS UTILIZADOS							
NOMBRE DEL PROYECTO	VALOR APROPIADO	VALOR EJECUTADO	PORCENTAJE EJECUCIÓN	SGP (\$)	SGR (\$)	RECURSOS PROPIOS (\$)	OTRAS FUENTES DE RECURSOS ESPECIFICAR (\$)
COMPONENTE DE GENERO Y SALUD	37,000,000.000	5,772,592.000	15%	37,000,000.000		N.A	N. A

LOGROS

Consolidación de una mesa técnica conformada por instituciones como la Gobernación, la Alcaldía Municipal de Pasto, universidad de Nariño e IDSN y población de LGBTIQ+ que ha permitido la realización de un documento del modelo de atención a esta población.

RETOS

Implementar el modelo de atención en salud a población diversa en la red de prestación de servicios de salud de Nariño.

RECOMENDACIONES

Es necesario transversalizar el enfoque de género al interior del IDSN Oportunidad en la contratación del personal de apoyo para este componente.

9.3.1 COMPONENTE POBLACION HABITANTE DE CALLE Y EN CALLE

Programa: Dimensión Transversal de Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables.

Subprograma: Componente Población Habitante de Calle y en Calle

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Objetivo: Implementar los lineamientos para atención integral en salud dirigido a población Habitante de Calle y en Calle del Departamento de Nariño.

LÍNEA DE BASE: No se cuenta con línea de base por cuanto el MSPS no lo tenía incluido en Salud por la tanto el IDSN, lo implementa de acuerdo a los lineamientos que se entregan a finales del 2020, para se adaptado como un componente de la dimensión trasversal de poblaciones vulnerables para el componente de Salud de Genero

META DE PRODUCTO: Formular lineamientos para atención en salud a población diversa del departamento de Nariño

INDICADOR DE LA META DE PRODUCTO: Incrementar el porcentaje de población con intervenciones poblacionales en salud con enfoque de genero

LOGRO DE META A JUNIO DE 2023: La meta de resultado se mide al término de la vigencia, de acuerdo a las siguientes cuatro(4) actividades y se evalúa cada año

SECTOR:	META:	ODS AL QUE LE APUNTA EL RESULTADO OBTENIDO
SALUD	Incrementar el porcentaje de población Habitante de Calle y En Calle atendida	SALUD Y BIENESTAR

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL							
¿Como lo hizo?							
METAS DE PRODUCTO QUE LE APUNTAN AL RESULTADO							
META DE PRODUCTO	ACTIVIDADES DE LA META DE PRODUCTO	LÍNEA BASE	META DE LA ACTIVIDAD	LOGRO EN LA META DEL PERIODO 2020	LOGRO EN LA META DEL PERIODO 2021	LOGRO EN LA META DEL PERIODO 2022	LOGRO EN LA META DEL PERIODO 2023
FORMULAR LINEAMIENTOS PARA ATENCION EN SALUD A POBLACION DIVERSA DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO	Realizar desarrollo de capacidades a las DLS de los 64 municipios sobre lineamientos para atención integral en salud en Habitante de Calle y en Calle.	SD	SD	SD	64 Municipios	32 Municipios	SD
	Participar al 100% de las reuniones con los actores interinstitucionales e intersectoriales con el fin de articular acciones de salud en beneficio de la población Habitante de Calle y en Calle.	SD	SD	SD	2	2	1
	Desarrollar 64 procesos de Inspección y Vigilancia a los municipios del Departamento sobre la implementación del lineamiento para atención integral en salud en Habitante de Calle y en Calle.	SD	SD	SD	64 Municipios	35 Municipios	0

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Implementar el anexo técnico PIC de Habitante de Calle y en Calle y realizar seguimiento	SD	SD	SD	6	2	1
--	----	----	----	---	---	---

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD No. 1: Realizar procesos de capacitación a las EAPB, DLS, ESE, e IPS de 64 municipios sobre lineamientos para atención integral en salud en Habitante de Calle y en Calle.

LOGROS 2021

ACTIVIDAD 1: NOMBRE DEL INDICADOR: Realizar asistencia técnica en asesorías capacitaciones, acompañamiento a los actores del SGSSS de los 64 municipios, en lineamientos dimensión Transversal de gestión diferencial de poblaciones vulnerables, componente Habitante de Calle y en Calle.

A mediados del año 2020, el MSPS solicita incluir en la dimensión transversal de Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables al componente de Habitante de Calle y en Calle, se inician gestiones administrativas y de articulación con la secretaria de Genero e Inclusión Social departamental y se apoyan actividades que desarrolla dicha secretaria, en el año 2021 se inicia con el proyecto en salud liderado por el Instituto Departamental de Salud de Nariño, se diseña y realiza actividades de Asistencia Técnica en lineamientos para la formulación de la política pública social para Habitantes de la Calle (ley 1641 del 2013), lineamientos para atención diferencial en salud para población Habitante de Calle y en Calle y lineamientos para la prevención, detección y manejo de casos de coronavirus (COVID-19) para población en Situación de Calle, a los actores del SGSSS dirigidas al grupo poblacional de Habitante de Calle y en Calle, se programó cumplir con 14% de municipios priorizados, ante la presencia de la Pandemia de Covid 19 y teniendo en cuenta que la población a la que nos referimos era de mayor riesgo de contagio y/o enfermar o morir, se realiza gestión para la articulación con otros sectores como Secretaria de Equidad y Género departamental, Secretaria de Salud Municipal, se logró realizar los procesos de Capacitación a los diferentes actores del SGSSS (EAPB, DLS- SMS, ESEs, IPS) de los 64 municipios de tal manera que el porcentaje supero significativamente lo programado.

Durante el proceso de asistencia técnica se logró consolidar una línea base de población Habitante de Calle para el departamento de Nariño.

Asistencia técnica en articulación con MSPS en donde se realiza socialización el Plan Nacional de Vacunación, para los sectores Salud y Social que lideren la atención a la población habitante de la calle como también en los territorios en donde no lo hace el sector social.

Asistencia técnica en articulación con MSPS sobre el proceso de aseguramiento de la población habitante de la calle mediante listado censal dirigida al área de aseguramiento y las personas referentes para población habitante de la calle de las direcciones territoriales de salud.

DESEMPEÑO 2022

Durante el año 2022 se llevaron a cabo los respectivos procesos de asistencia técnica en asesorías capacitaciones, acompañamiento a las Direcciones Locales de Salud de 32 municipios y a las EAPBs, equivalente al 50%, sobre los lineamientos para la formulación e implementación de la política pública social para habitantes de la calle (ley 1641 del 2013), Lineamientos para atención diferencial en salud para población Habitante de Calle y en Calle y Lineamientos para la prevención, detección y manejo de casos de coronavirus (COVID-19) para población en Situación de Calle.

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Además, en la Asistencia técnica se incluye a Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en salud existente en el departamento como son: ASMET SALUD, MALLAMAS, EMSSANAR, FAMISANAR, SANITAS Y NUEVA EPS.

DESEMPEÑO 2023

En el primer semestre se tuvo dificultades con la contratación del personal de apoyo para el desarrollo de estas actividades. La contratación fue tardía, la profesional vinculada se cataloga como ley de primer empleo, carente de experiencia en el desarrollo de las acciones contratadas. Fue necesario destinar una buena cantidad de tiempo para trasmisión de conocimiento.

DESCRIPCIÓN DE LA META DE PRODUCTO 2: Realizar reuniones con los actores de SGSSS con el fin de articular acciones en salud, en beneficio de la población habitante de calle y en calle.

DESEMPEÑO 2021

Proceso de articulación intersectorial con la dimensión de salud mental con el fin de realizar acciones en pro de la población habitante de calle. Se envió los datos de los municipios priorizados para participar en la capacitación programada por MSPS en relación a las políticas públicas de salud mental y la política de integral de prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas. Capacitación que la realiza funcionarios del el MSPS de manera virtual, los días jueves de 8:00 a 12:00 m mensual; también se participó desde el proceso de articulación intersectorial con la secretaria de Salud Municipal de Pasto y secretaria de Equidad y Género E Inclusión Social departamental en la planeación y ejecución de la séptima campaña en beneficio a población Habitante de Calle de Pasto, con la promoción de la línea amiga.

Se realiza articulación con el componente de comunicaciones, como producto se logra publicar un boletín en donde se sensibiliza a la comunidad en general frente a la no estigmatización y la no discriminación de la población habitante de calle, además de una infografía frente a la ruta te atención integral en salud, infografía para compartir por redes sociales con temática de no estigma y discriminar a los Habitante de Calle, se realizan diferentes grabaciones para transmitir las por la radio de la emisora del IDSN con el fin de informar sobre la séptima campaña en beneficio de población Habitante de Calle.

Articulación interinstitucional con la Dimensión de Derechos Sexuales y Reproductivos para abordar temas como Infecciones de Transmisión Sexual y VIH, y apoyo con 60 pruebas de VIH y 800 preservativos para la promoción de sexo seguro, y detección de casos sospechosos de VIH en la séptima campaña en beneficio de población habitante de calle realizada en Pasto.

Se acordó apoyo para la población habitante de calle de los municipios priorizados Pasto, Ipiales, Tumaco, Barbacoas, frente a las patologías más frecuentes que presentan las personas Habitantes de Calle.

Articulación intersectorial con el componente de Discapacidad con el fin incluir a la población habitante de calle de los municipios priorizados Pasto, Ipiales, Tumaco y Barbacoas, en los beneficios frente a la presencia de discapacidad de la población en mención.

DESEMPEÑO 2022

Para cumplir con la meta en el primer y segundo trimestre vigencia 2022 se realizaron 7 procesos de articulación intrainstitucionales con las diferentes dimensiones de salud pública, tales como:

Proceso de articulación intersectorial con la dimensión Convivencia Social y Salud Mental con el fin

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

de realizar acciones en pro de la población Habitante de Calle, se realizó la respectiva reunión estableciendo compromisos, tales como: Participar de la campaña anual de población Habitante de Calle, liderada por la Secretaria de Bienestar Social de Pasto, con la realización de tamizajes de consumo de SPA; promoción de línea amiga departamental de salud mental 3178054329; involucrar a las instituciones de los municipios priorizados como DLS/SMS, ESE/IPS en la atención en salud a las personas habitantes de calle, del mismo modo involucrar a las EAPB para agilizar los trámites de asignación de citas con especialidad en los segundos niveles de atención en salud mental para garantizar la atención integral de esta población.

Proceso de articulación intersectorial con la dimensión Salud Sexual, Derechos Sexuales y Reproductivos con el fin de realizar acciones en pro de la población habitante de calle, se realizó la respectiva reunión estableciendo compromisos, como: participación de las 6 jornadas de salud que se desarrollaran desde PIC con la entrega de 4.320 preservativos, 6 cajas por 30 cada una de pruebas DUO o VIH en total para el desarrollo de estas jornadas; enviar material informativo sobre derechos sexuales y reproductivos, métodos de planificación familiar, violencia sexual para generar estrategias de educación con la láminas.

Proceso de articulación intersectorial con el componente de Discapacidad con el fin de realizar acciones en pro de la población habitante de calle, en la reunión se establecieron compromisos, tales como: Realizar sensibilización sobre la ruta de atención para personas con discapacidad y proceso de certificación; apoyar para que las personas identificadas como población en situación de calle con presencia de discapacidad sean certificadas, participar de la campaña "pies en la calle corazón en el cielo" vigencia 2022, con sensibilización sobre la ruta de atención para personas con presencia de discapacidad y proceso de certificación, apoyar desde el Plan de Intervenciones Colectivas para sensibilización sobre la ruta de atención para personas con discapacidad y proceso de certificación en los municipios donde se lleve a cabo el Plan de Intervenciones colectivas.

DESEMPEÑO 2023

En el primer semestre de la vigencia se realizó un proceso de articulación con la dimensión de vida saludable y enfermedades transmisibles para abordar la temática inherente a las estrategias que favorezcan la adherencia al tratamiento contra la tuberculosis. La reunión favoreció la articulación con otros actores del SGSSS como la dirección local de salud de Tumaco, ESE San Andrés e IPS Divino Niño.

META DE PRODUCTO 3: Desarrollar proceso de Inspección y Vigilancia a los 7 municipios sobre la implementación de lineamientos para atención integral en salud en Habitante de Calle y en Calle. 2021

DESEMPEÑO 2021

Para darle cumplimiento a la meta establecida, se desarrollaron procesos de Inspección y Vigilancia en salud pública de los municipios que han recibiendo la asistencia técnica, al finalizar el año 2021 los 64 municipios fueron evaluados frente a la aplicación de los lineamientos nacionales en las atenciones directas e indirectas en salud a población Habitante de Calle y en Calle, se aplicaron las respectivas listas de chequeo a los 64 municipios del Departamento de En el proceso de seguimiento al cumplimiento de los compromisos establecidos en el plan de mejora, se obtuvieron los resultados descritos en la tabla siguiente de "semaforización de resultados en municipios Habitante de Calle y en Calle 2021", donde el color verde significa No reporta población habitante de calle, CUMPLE CON LOS 3 ITEMS SOLICITADOS.; porcentaje de cumplimiento entre el 90 al 100%, color amarillo logro de avances entre el 70 al 89% reporta personas Habitantes de Calle y en Calle, color rojo menor a 69% significa que no re No reporta población Habitante de Calle, así exista la población en mención

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

SEMAFORIZACION MUNICIPIOS HABITANTE DE CALLE Y EN CALLE 2021				
Fuente: IV a entes municipales				
CORTE: 27 de diciembre de 2021				
HABITANTE DE CALLE				
Municipio	91-100% OPTIMO	71-90% ACEPTABLE	0-70% INSUFICIENTE	Observaciones
ALBAN	100%			No reporta población habitante de calle, CUMPLE CON LOS 3 ITEMS SOLICITADOS.
ALDANA	100%			No reporta población habitante de calle, CUMPLE CON LOS 3 ITEMS SOLICITADOS.
ANCUYA	100%			No reporta población habitante de calle, CUMPLE CON LOS 3 ITEMS SOLICITADOS.
ARBOLEDA	100%			No reporta población habitante de calle, CUMPLE CON LOS 3 ITEMS SOLICITADOS.
BARBACOAS				REQUERIMIENTO, Se presentó al proceso sin soportes, se re agendo pero no se conectó.
BELEN	100%			No reporta población habitante de calle, CUMPLE CON LOS 3 ITEMS SOLICITADOS.
BUESACO			33.33%	No reporta población habitante de calle.
COLON GENOVA	100%			En proceso de caracterización de población habitante de calle.
CONSACA	100%		0%	No reporta población habitante de calle, CUMPLE CON LOS 3 ITEMS SOLICITADOS.
CONTADERO	100%			No reporta población habitante de calle, CUMPLE CON LOS 3 ITEMS SOLICITADOS.
CORDOBA			0%	No reporta población habitante de calle.
CUASPUD	100%			No reporta población habitante de calle, CUMPLE CON LOS 3 ITEMS SOLICITADOS.
CUMBAL			0%	No reporta población habitante de calle.
CUMBITARA	100%			No reporta población habitante de calle, CUMPLE CON LOS 3 ITEMS SOLICITADOS.
CHACHAGUI			0%	No reporta población habitante de calle.
EL CHARCO		73%		Reporta 5 personas como población habitante de calle
EL PEÑOL			0%	No reporta población habitante de calle.
EL ROSARIO			33.33%	No reporta población habitante de calle.
EL TABLON	100%			No reporta población habitante de calle, CUMPLE CON LOS 3 ITEMS SOLICITADOS.
EL TAMBO			33.33%	No reporta población habitante de calle.
FUNES			0%	No reporta población habitante de calle.
FRANCISCO PIZARRO	100%			No reporta población habitante de calle, CUMPLE CON LOS 3 ITEMS SOLICITADOS.
GUACHUCAL	100%			No reporta población habitante de calle, CUMPLE CON LOS 3 ITEMS SOLICITADOS.
GUAITARILA			0%	
GUALMATAN			0%	
ILES	100%			No reporta población habitante de calle, CUMPLE CON LOS 3 ITEMS SOLICITADOS.
IMUES	100%			No reporta población habitante de calle, CUMPLE CON LOS 3 ITEMS SOLICITADOS.



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

IPIALES			44%	En proceso de caracterización para conformar población real.
LA CRUZ	100%			No reporta población habitante de calle, CUMPLE CON LOS 3 ITEMS SOLICITADOS.
LA FLORIDA	100%			No reporta población habitante de calle, CUMPLE CON LOS 3 ITEMS SOLICITADOS.
LA LLANADA	100%			No reporta población habitante de calle, CUMPLE CON LOS 3 ITEMS SOLICITADOS.
LA TOLA			0%	No reporta población habitante de calle.
LA UNION			0%	No reporta población habitante de calle.
LEIVA			0%	No reporta población habitante de calle.
LINARES	100%			No reporta población habitante de calle, CUMPLE CON LOS 3 ITEMS SOLICITADOS.
LOS ANDES			66.66%	No reporta población habitante de calle.
MAGUI-PAYAN			0%	No reporta población habitante de calle.
MALLAMA -	100%			No reporta población habitante de calle, CUMPLE CON LOS 3 ITEMS SOLICITADOS.
MOSQUERA			0%	No reporta población habitante de calle.
NARIÑO	100%			No reporta población habitante de calle, CUMPLE CON LOS 3 ITEMS SOLICITADOS.
OLAYA HERRERA			0%	No reporta población habitante de calle.
OSPINA	100%			No reporta población habitante de calle, CUMPLE CON LOS 3 ITEMS SOLICITADOS.
PASTO	100%			No reporta población habitante de calle, CUMPLE CON LOS 3 ITEMS SOLICITADOS.
POLICARPA	100%			No reporta población habitante de calle, CUMPLE CON LOS 3 ITEMS SOLICITADOS.
POTOSI	100%			No reporta población habitante de calle, CUMPLE CON LOS 3 ITEMS SOLICITADOS.
PROVIDENCIA			33.33%	No reporta población habitante de calle.
PUERRES			66.66%	No reporta población habitante de calle.
PUPIALES	100%			No reporta población habitante de calle, CUMPLE CON LOS 3 ITEMS SOLICITADOS.
RICAURTE			0%	No reporta población habitante de calle.
ROBERTO PAYAN			0%	No reporta población habitante de calle.
SAMANIEGO			33.33%	No reporta población habitante de calle.
SANDONA			57%	Reporta 13 personas como población habitante de calle
SAN BERNARDO	100%			No reporta población habitante de calle, CUMPLE CON LOS 3 ITEMS SOLICITADOS.
SAN LORENZO			33.33%	En proceso de caracterización de población habitante de calle.
SAN PABLO	100%		0%	En proceso de caracterización
SAN PEDRO CARTAGO	100%			No reporta población habitante de calle, CUMPLE CON LOS 3 ITEMS SOLICITADOS.
SANTA BARBARA	100%			No reporta población habitante de calle, CUMPLE CON LOS 3 ITEMS SOLICITADOS.
SANTACRUZ	100%			No reporta población habitante de calle, CUMPLE CON LOS 3 ITEMS SOLICITADOS.
SAPUYES			0%	No reporta población habitante de calle.
TAMINANGO	100%			No reporta población habitante de calle, CUMPLE CON LOS 3 ITEMS SOLICITADOS.
TANGUA			33.33%	No reporta población habitante de calle.
TUMACO			36%	Cumplió con algunos ítems

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

TUQUERRES	100%		0%	No reporta población habitante de calle, CUMPLE CON LOS 3 ITEMS SOLICITADOS.
YACUANQUER	100%			No reporta población habitante de calle, CUMPLE CON LOS 3 ITEMS SOLICITADOS.

En la ejecución de Inspección y Vigilancia se establece planes de mejora, se realizó Seguimiento al a la ejecución por parte de los actores del SGSSS de los municipios que cumplieron con los lineamientos, sobre el cumplimiento de los lineamientos nacionales en las atenciones directas e indirectas en salud a población Habitante de Calle y en Calle, se aplicaron las respetivas listas de chequeo, en el proceso de seguimiento al cumplimiento de los compromisos establecidos en el plan de mejora, obteniendo los resultados mostrados en la tabla N° 1.

DESEMPEÑO 2022

Para darle cumplimiento a esta meta establecida se retoma el procedimiento de Inspección y Vigilancia que se vienen desarrollando en el año 2021, se prioriza a los municipios de LEIVA, EL ROSARIO, CUMBAL, TUQUERRES, SAMANIEGO, GUALMATAN, IPIALES, LA TOLA, OLAYA HERRERA, EL CHARCO, TUMACO Y FRANCISCO PIZARRO que quedaron con compromisos pendientes frente a la implementación de la Política Publica de Habitante de Calle y en Calle y los lineamientos nacionales de atención integral en salud a población en situación de calle nacionales, en las atenciones directas e indirectas que se deben de ejecutar, para ello se aplicaron las respetivas listas de chequeo, en el proceso de Inspección y vigilancia a los 12 municipios de anteriormente mencionados, Así como también, se empezó a desarrollar procesos de Inspección y Vigilancia en salud pública vigencia 2022 frente a la implementación de la PPSHC, para ello se aplicaron las respetivas listas de chequeo, en el proceso de Inspección y vigilancia a 35 municipios de Nariño, tales como ANCUYA, CORDOBA, FUNES, LA CRUZ, LA UNION, ARBOLEDA, LEIVA, CHACHAGUI, LINARES, COLON, SAN LORENZO, SAN PABLO, TUQUERRES, SANDONÁ, CUMBAL, TANGUA, PASTO, ANCUYA, SAN PEDRO DE CARTAGO, PUPIALES, SAMANIEGO, IPIALES, BELEN, SAN BERNARDO, OSPINA, SAPUYES, IMUES, GUAITARILLA, MALLAMA, RICAURTE, LA LLANADA, SANTACRUZ, BUESACO, TABLON DE GOMEZ Y SAN JOSE DE ALBAN. Además, también se realizaron proceso de Inspección y Vigilancia a las EAPBs ASMET SALUD, MALLAMAS, EMSSANAR, FAMISANAR, SANITAS Y NUEVA EPS.

DESEMPEÑO 2023

De los 64 municipios del Departamento, 30 no reportaron presencia de personas habitante de calle, a continuación, se detallan los municipios que cuentan con información. La identificación de la población en condición de habitante de calle por cada uno de los municipios favorece el desarrollo de las acciones inherentes a las competencias del sector salud, garantizando así el goce efectivo de sus derechos

Municipio	2023	Municipio	2023
BARBACOAS	11	SAMANIEGO	4
BUESACO	2	SANDONA	10
COLON GENOVA	1	SAN LORENZO	5
CONSACA	1	SAN PABLO	2
CORDOBA	1	SANTA BARBARA	1
CUMBAL	1	SANTACRUZ	3

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

CHACHAGUI	1	TAMINANGO	1
EL CHARCO	1	TANGUA	1
EL TABLON	1	TUMACO	266
EL TAMBO	1	TUQUERRES	2
FRANCISCO PIZARRO	1	YACUANQUER	2
GUACHUCAL	1	LA UNION	3
GUAITARILA	2	MAGUI-PAYAN	1
ILES	1	NARIÑO	4
IPIALES	52	OLAYA HERRERA	1
LA CRUZ	2	PASTO	460
LA LLANADA	11	ROBERTO PAYAN	3

Fuente: listado censal 2023

DESCRIPCIÓN DE LA META DE PRODUCTO 4: Realizar reuniones con los actores departamentales con el fin de articular acciones en salud, en beneficio de la población Habitante de Calle y en Calle.

DESEMPEÑO 2021

Para cumplir con la meta establecida se inicia con la formulación la línea de base, con apoyo de las Secretarías de Salud Municipales y Direcciones Locales de Salud se consolida Línea de Base de población Habitante de Calle del departamento de Nariño, por no conocer o no existir como tampoco no hay un censo realizado desde DANE, sin embargo, también es importante mencionar que a través de las articulaciones con Secretaria de Equidad y Género e Inclusión Social Departamental (SEGIS), se logró establecer que este censo se llevará a cabo en el año 2021.

Además, se realizó diferentes procesos de articulación Registraduría Nacional y con referentes sociales Ipiales, Pasto, Tumaco y Barbacoas con el fin de apoyar el en la identificación y el aseguramiento en salud de la población Habitante de Calle y en Calle, en estos municipios priorizados se logró reconocer, e identificar e incrementar el reporta de mayor cantidad de población Habitante de Calle.

Se realizó procesos de articulación con las Direcciones Locales de Salud y con el área de aseguramiento de cada municipio para identificar el estado de aseguramiento al SGSSS de la población habitante de calle y también se asume el compromiso de identificar las dificultades que impiden llevar a cabo este proceso de manera satisfactoria y así poder realizar diferentes estrategias que permitan disminuir la brecha de población en general asegurada y población en situación de calle.

Participación en mesas de articulación de primera, segunda, tercera y cuarta sesión del comité departamental de atención a la población Habitante de Calle, Secretaria de Bienestar Social de Pasto, se trataron temas en beneficio de la población habitante de calle, se realizó la socialización ejecución plan de desarrollo 2021, como prioridad se desarrollara la jornada "Pies en la Calle, Corazón en el Cielo", que se desarrollara el 15 de septiembre del 2021, así como también la operación del Centro de Acogida para Habitante de Calle, el cual debe de funcionar de manera de manera permanente y así dar cumplimiento a la acción de Tutela interpuesta.

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Reunión SEGIS, con el fin de indagar por qué las actividades en temática de salud del componente Habitante de Calle no estaban contempladas en el plan anual departamental y municipales, además de articular las fechas de caracterización social con la de salud.

Reunión de articulación interinstitucional entre centro "En él Hay Esperanza" de la ciudad de Pasto y Secretaria de Bienestar Social de Ipiales, con el fin de realizar asistencia técnica frente a lineamientos para ejecución y puesta en marcha del centro de acogida del municipio de Ipiales.

Reunión con Referente del MSPS con el fin de realizar articulación para llevar a cabo seguimientos a los municipios del Departamento de Nariño donde haya población habitante de calle frente al cargue de la información en la plataforma PISIS.

Reunión con Referente de MSPS. Para acordar acciones a realizar en la semana nacional de prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

DESEMPEÑO 2022

Para darle cumplimiento a esta meta establecida se vienen desarrollando procesos de Inspección y Vigilancia en salud pública vigencia 2021, a los municipios que quedaron con compromisos pendientes frente a la implementación de la PPSHC y los lineamientos de atención integral en salud a población en situación de calle nacionales, en las atenciones directas e indirectas en salud a población habitante de calle y en calle, para ello se aplicaron las respectivas listas de chequeo, en el proceso de Inspección y vigilancia a 12 municipios de Nariño, tales como LEIVA, EL ROSARIO, CUMBAL, TUQUERRES, SAMANIEGO, GUALMATAN, IPIALES, LA TOLA, OLAYA HERRERA, EL CHARCO, TUMACO Y FRANCISCO PIZARRO.

Para darle cumplimiento a esta meta en el primer trimestres vigencia 2022 se realizaron 5 procesos de articulación con las diferentes dimensiones de salud pública, tales como:

Proceso de articulación intersectorial con la dimensión Convivencia Social y Salud Mental con el fin de realizar acciones en pro de la población habitante de calle, se realizó la respectiva reunión estableciendo compromisos, tales como: Participar de la campaña anual de población habitante de calle, liderada por la secretaria de bienestar social de Pasto, con la realización de tamizajes de consumo de SPA; Promoción de Línea amiga departamental de salud mental 3178054329; Involucrar a las instituciones de los municipios priorizados como DLS/SMS, ESE/IPS en la atención en salud a las personas habitantes de calle, del mismo modo involucrar a las EAPB para agilizar los trámites de asignación de citas con especialidad en los segundos niveles de atención en salud mental para garantizar la atención integral de esta población.

Proceso de articulación intersectorial con la dimensión Salud Sexual, Derechos Sexuales y Reproductivos con el fin de realizar acciones en pro de la población habitante de calle, se realizó la respectiva reunión estableciendo compromisos, tales como: Participación de las 6 jornadas de salud que se desarrollaran desde PIC con la entrega de 4.320 preservativos en total para el desarrollo de estas jornadas; Participación de las 6 jornadas de salud que se desarrollaran desde PIC con la entrega de 6 cajas por 30 cada una de pruebas DUO o VIH en total para el desarrollo de estas jornadas; Enviar información sobre derechos sexuales y reproductivos; Enviar información sobre métodos de planificación familiar; Enviar información sobre violencia sexual para genera estrategia de educación son la estrategia de láminas.

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Proceso de articulación intersectorial con la DTGDPV, Componente de Discapacidad con el fin de realizar acciones en pro de la población habitante de calle, se realizó la respectiva reunión estableciendo compromisos, tales como: Realizar sensibilización sobre la ruta de atención para personas con presencia de discapacidad y proceso de certificación; Apoyar para que las personas identificadas como población en situación de calle con presencia de discapacidad sean certificadas; Participar de la campaña "pies en la calle corazón en el cielo" vigencia 2022, con sensibilización sobre la ruta de atención para personas con presencia de discapacidad y proceso de certificación: Apoyar desde el Plan de Intervenciones Colectivas para sensibilización sobre la ruta de atención para personas con presencia de discapacidad y proceso de certificación en los municipios donde se lleve a cabo el PIC.

Proceso de articulación intersectorial con la dimensión de comunicaciones con el fin de realizar acciones en pro de la población habitante de calle. Solicitar apoyo frente a la creación de piezas publicitarias con el fin de apoyar el proyecto de habitante de calle y en calle que requiere la realización de acciones con el fin de sensibilizar a la comunidad en general frente a la estigmatización y discriminación de esta población, se realizó la respectiva reunión estableciendo compromisos, tales como: Realizar video sobre estigma y discriminación con el fin de concientizar a la comunidad y reducir la discriminación hacia la población habitante de calle; Realizar diferentes boletines según solicitud del componente de habitante de calle y en calle; Realizar cubrimiento a los diferentes eventos programados desde el componente, enviar con tiempo para programar.

Proceso de articulación intersectorial con la Dimensión Salud y Ámbito Laboral con el fin de realizar acciones en pro de la población habitante en calle.

Se continúa participando de reuniones y eventos del nacionales convocados desde Ministerio de Salud y protección Social sobre temáticas de población en situación de calle, así como también de los departamentales en articulación con secretaria de equidad y género de la gobernación de Nariño y eventos municipales.

DESEMPEÑO 2023

Para el primer semestre, no fue posible cumplir con esta meta por cuanto no se contó con profesional de apoyo para el primer semestre, las acciones realizadas se fundamentaron en favorecer el aprendizaje de la nueva profesional; en organizar los documentos dejados por la anterior profesional de apoyo.

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL	
¿Como lo hizo?	
METAS DE PRODUCTO QUE LE APUNTAN AL RESULTADO	
¿POR QUÉ?	ENFOQUE DIFERENCIAL ESPECIFIQUE LA POBLACIÓN
Realizar asistencia técnica en asesorías capacitaciones, acompañamiento a los actores del SGSSS de los 64 municipios, en lineamientos dimensión Transversal de gestión diferencial de poblaciones vulnerables, componente Habitante de Calle y en Calle.	Población Habitante de Calle y en Calle de los municipios del Departamento de Nariño.
Desarrollar proceso de Inspección y Vigilancia a los 7 municipios sobre la implementación de lineamientos para atención integral en salud en Habitante de Calle y en Calle.	Población Habitante de Calle y en Calle de los municipios del Departamento de Nariño.

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Realizar reuniones con los actores de SGSSS con el fin de articular acciones en salud, en beneficio de la población habitante de calle y en calle.	Población Habitante de Calle y en Calle de los municipios del Departamento de Nariño.
Realizar reuniones con los actores departamentales con el fin de articular acciones en salud, en beneficio de la población Habitante de Calle y en Calle.	Población Habitante de Calle y en Calle de los municipios del Departamento de Nariño.

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL							
TOTAL DE RECURSOS FINANCIEROS UTILIZADOS							
NOMBRE DEL PROYECTO	VALOR APROPIADO	VALOR EJECUTADO	PORCENTAJE EJECUCIÓN	SGP (\$)	SGR (\$)	RECURSOS PROPIOS (\$)	OTRAS FUENTES DE RECURSOS ESPECIFICAR (\$)
Habitante de Calle y en Calle	\$47.200.000	\$17.606.404	37.30%	\$47.200.000	0	0	0

LOGROS 2022

- ✓ Procesos de asistencia técnica exitosos sobre lineamientos nacionales, política pública social y normatividad vigente en población en situaciones calle al 90,6% de los municipios a la fecha.
- ✓ Implementación de los lineamientos establecidos en cumplimiento a la ley 1641 del 2016 por los entes territoriales municipales.

LOGROS 2023

- ✓ Avanzar en el proceso de contratación de profesional de apoyo para avanzar en el desarrollo de la temática para habitante de calle.

RETOS

- ✓ Fortalecer la articulación intersectorial liderada desde las Direcciones Locales de Salud.
- ✓ Seguimiento a los compromisos adquiridos durante el proceso de asistencia técnica y acciones de inspección y vigilancia, ya que hay dificultades para la comunicación efectiva con algunos referentes de Direcciones Locales de Salud.
- ✓ Aunque se ha logrado procesos de asistencia técnica en lineamientos, normatividad vigente para la atención integral en salud para población Habitante de Calle y en Calle, aún se identifican barreras para poner en marcha procesos que lleven a brindar atención oportuna a esta población, tales como el reconocimiento, la identificación, el aseguramiento, la discriminación, falta de programas, rutas de atención como el financiamiento del componente para dar cumplimiento la ejecución de los lineamientos nacionales a población Habitante de Calle y en Calle.
- ✓ Fortalecer la articulación intersectorial liderada desde los entes territoriales municipales con los demás actores gubernamentales y no gubernamentales para darle cumplimiento a la norma establecida en la ley 1641 del 2013.

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

- ✓ Favorecer la articulación interinstitucional para potenciar las acciones en favor de la restitución de derechos para la población habitante de calle.
- ✓ Retomar los procesos de inspección y vigilancia y de asistencia técnica a los municipios de los Departamentos a fin de garantizar el cumplimiento de la norma vigente.
- ✓ Posicionar el tema de habitante de calle en los diferentes espacios de articulación intersectorial de índole municipal y departamental

9.4 SALUD EN POBLACIONES ÉTNICAS

SUBPROGRAMA: Componente Salud en Poblaciones Étnicas.

OBJETIVO: Fortalecer los municipios con población étnica en la implementación de salud del enfoque étnico.

LÍNEA DE BASE 2019: 4 municipios con población perteneciente a grupos étnicos con atención diferencial en salud.

META CUATRIENIO A 2023: 10 municipios con población perteneciente a grupos étnicos con atención diferencial en salud.

LOGRO A JUNIO DE 2023: 0 municipios con población perteneciente a grupos étnicos con atención diferencial en salud.

EXPLICACIÓN DEL LOGRO CON RESPECTO AL 2019: La línea de base en el 2019 estaba en 4 municipios que tienen población perteneciente a grupos étnicos con atención diferencial en salud y para lograr la meta de la vigencia 2020-2023, se ha venido realizando capacitaciones, asesorías, visitas de inspección y vigilancia y espacios de articulación, que permitió cumplir hasta cohorte 2022 con 7 municipios y al final de la vigencia de 2023 se espera dar cumplimiento a 10 municipios; mediante los procesos mencionados y seguimiento respectivo.

SECTOR:	META:	ODS AL QUE LE APUNTA EL RESULTADO OBTENIDO
Mi Nariño Seguro	Mejorar la aplicación del enfoque diferencial, integral e integrada en la atención en salud familiar y comunitaria para población víctima de conflicto armado, población adulto mayor, niños, niñas y adolescentes, población con discapacidad, habitante de calle, población étnica y población según género	Salud y Bienestar

PLAN ESTRATEGICO-PLAN TERRITORIAL DE SALUD (PTS)							
¿QUÉ QUEDÓ EN EL PTS?				¿QUÉ SE LOGRÓ?			
RESULTADO	INDICADOR DE RESULTADO	LÍNEA DE BASE	META DE RESULTADO CUATRIENIO	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2020	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2021	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2022	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO AL CORTE 2023
Diez municipios con población perteneciente	Incrementar el número de municipios con población	4	10	1	3	3	

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

a grupos étnicos con atención diferencial en salud.	perteneciente a grupos étnicos con atención diferencial en salud						0
---	--	--	--	--	--	--	---

PLAN ESTRATÉGICO-PTS ACTUAL							
¿Cómo lo hizo?							
<p>En el primer semestre de 2023 no se cumple con la meta establecida, debido a que inicialmente el componente de salud en población étnica se encontraba en planeación de la vigencia. Después, se continúa con el fortalecimiento de capacidades a los municipios con actividades de asistencia técnica, articulación e inspección y vigilancia, y planes de mejora, para cumplir con la meta 2023 de tres municipios con la implementación del enfoque diferencial étnico en el departamento de Nariño, y así dar cumplimiento tanto a la meta propuesta en la vigencia 2023, como en la de cuatrienio.</p>							
METAS DE PRODUCTO QUE LE APUNTAN AL RESULTADO							
PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE DE PRODUCTO	META DE PRODUCTO	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2020	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2021	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2022	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2023
Documento de lineamientos técnicos	Documento de los lineamientos técnicos para la atención a población étnica	0	1	0	0	0	0
Servicio de asistencia técnica para el fortalecimiento de capacidades básicas y técnicas en salud	Número de municipios con asistencia técnica en implementación en salud del enfoque étnico.	0	32	6	10	10	4
Servicio de inspección, vigilancia.	Número de municipios con inspección y vigilancia en implementación en salud del enfoque étnico.	0	32	6	10	10	2

PLAN ESTRATÉGICO-PTS ACTUAL
<p>En relación al indicador de "Documento de los lineamientos técnicos para la atención a población étnica", no se cumple la meta, debido a que al iniciar la vigencia el componente de salud en población étnica se encontraba en planeación de la vigencia 2023 y aún no se contaba con profesional de apoyo para la elaboración del documento. Empero, desde el segundo trimestre se avanza en la recopilación de información para la elaboración del documento, desarrollando un taller con las Direcciones Locales de Salud (Guaitarilla, Pasto, Iles, Potosí, Barbaocoas) sobre cartografía social, el cual es un insumo para establecer diagnóstico en la implementación del enfoque diferencial étnico. Además, se elabora un mapeo comunitario que toma como punto de referencia la infraestructura de la DLS con relación al espacio donde se ubican los grupos étnicos (Indígenas, Afrocolombianos y Rom) y se procede a identificar lugares sagrados y enfermedades según cosmogonía y cosmovisión étnica.</p> <p>Con respecto al indicador de "Número de municipios con asistencia técnica en implementación en salud del enfoque étnico", se cumple con la meta propuesta con el fortalecimiento de capacidades básicas y técnicas en salud a los municipios de El Charco, Leiva, Mosquera y Santa Bárbara, en donde se brinda capacitaciones a las direcciones locales de salud y secretarías municipales de salud en temáticas de: Enfoque diferencial, enfoque diferencial étnico, hitos normativos enfoque diferencial étnico, competencias interculturales, Sistema Indígena en Salud Propio e Intercultural -SISPI, líneas de trabajo de la construcción de lineamientos para poblaciones Negras, Afrodescendientes, Raizales y Palenqueras -NARP y Pueblo Gitano -ROM y previa socialización de la lista de chequeo que se aplica en las visitas de Inspección</p>

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

y vigilancia, con el fin de que la DLS/SMS puedan adelantar actividades y avanzar en la implementación del enfoque diferencial étnico.

Finalmente, para el indicador de "Número de municipios con inspección y vigilancia en implementación en salud del enfoque étnico", se cumple con la meta propuesta realizando visitas de inspección y vigilancia a las direcciones locales de salud de los municipios de Mosquera y Santa Bárbara. En la cual se aplica el instrumento de evaluación denominado "lista de chequeo", con el fin de avanzar en la implementación del enfoque diferencial étnico. Frente a las observaciones encontradas en este proceso se solicita planes de mejora para seguimiento. Cabe resaltar que en estas visitas también se realizan asesorías, para fortalecer las actividades propuestas.

METAS DE PRODUCTO QUE LE APUNTAN AL RESULTADO

¿POR QUÉ?	ENFOQUE DIFERENCIAL ESPECIFIQUE LA POBLACIÓN
Contribuye al fortalecimiento de la aplicación del enfoque diferencial en la atención en salud para las poblaciones étnicas del departamento de Nariño	Las actividades impactan en la población indígena, Negra, Afrodescendiente, Raizal y Palenquera (NARP) y población Rrom del Departamento de Nariño.

PLAN ESTRATÉGICO-PTS ACTUAL

TOTAL DE RECURSOS FINANCIEROS UTILIZADOS

NOMBRE DEL PROYECTO	VALOR APROPIADO	VALOR EJECUTADO	PORCENTA JE EJECUCIÓN	SGP (\$)	SGR (\$)	RECURSOS PROPIOS (\$)	OTRAS FUENTES DE RECURSOS ESPECIFICAR (\$)
Fortalecimiento para la implementación de las políticas públicas en la atención integral en salud a la población vulnerable del Departamento de Nariño – Componente salud en poblaciones étnicas	\$ 200.458.376	\$62.903.305	31,3%	\$ 200.458.376	0	0	0

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

LOGROS

Se logra brindar asistencias técnicas a cuatro municipios del Departamento de Nariño, con el fin de que las DLS/SMS fortalezcan capacidades en la atención en salud con enfoque diferencial étnico, dando cumplimiento a la meta de producto establecida para la vigencia 2023 con corte junio.

Se logra realizar visitas de inspección y vigilancia a dos municipios del Departamento de Nariño, con el fin de avanzar en la implementación de enfoque diferencial étnico, dando cumplimiento a la meta de producto establecida para la vigencia 2023 con corte junio.

Participación activa en mesas y reuniones de articulación con las diferentes organizaciones y actores en salud.

Se logra avanzar en la elaboración del "Documento de los lineamientos técnicos para la atención a población étnica", realizando de diagnóstico y recopilación de información a partir de la revisión de archivo del Componente de Salud en Población Étnica y de lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, así como también, se realiza articulación con Direcciones Locales de Salud, Secretaría Distrital de Salud y/o Secretaría de Salud con la finalidad de recolectar la información que han ejecutado en campo y fortaleciendo la asistencia técnica desde una perspectiva metodológica según la IAP (Investigación, acción y participación) impartiendo talleres sobre cartografía social, diálogos de saberes y matriz DOFA .

RETOS

Alcanzar la implementación de enfoque diferencial étnico en 10 municipios del Departamento de Nariño, dando cumplimiento a la meta de bienestar establecida para la vigencia 2020-2023.

Aumentar los proyectos que beneficien a la población étnica a través de la articulación con los diferentes actores en Salud.

Seguir avanzando en la implementación del SISPI en los 7 pueblos indígenas del Departamento de Nariño.

Elaborar un documento a partir de la articulación con Dirección Local de Salud, Secretaría de Salud y Secretaría Distrital de Salud sobre el avance en la implementación de lineamientos técnicos para la atención a población étnica en el Departamento de Nariño.

RECOMENDACIONES

Es oportuno recordar que el Componente de Salud en Población Étnica es transversal en la institucionalidad, por consiguiente, es vital seguir reforzando la articulación intrainstitucional, con el fin de lograr mayor impacto en los diferentes planes o proyectos que se contemplen a ejecutar, conociendo y apoyando el desarrollo de las actividades de las diferentes dimensiones desde la competencia de cada oficina.

Teniendo en cuenta que la población étnica en el departamento de Nariño corresponde aproximadamente al 33% de la población total; es fundamental que los recursos que se dispongan para el desarrollo de actividades correspondientes al Componente de Salud en Población Étnica sea representativo para apoyar el avance de los

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

modelos de salud propios de los siete pueblos indígenas, la caracterización y medicina ancestral de los consejos comunitarios y proyectos que beneficien la preservación de la Kumpania de Pasto.

Según recomendación del Ministerio de Salud y Protección Social es indispensable la asignación de recursos para la constitución de una mesa Departamental de salud indígena, donde se expongan y solventen las necesidades de las comunidades indígenas presentes en el Departamento de Nariño. Cabe resaltar que la constitución de dicha mesa impactaría positivamente en la articulación del Instituto Departamental de Salud de Nariño con otras entidades del territorio.

9.5 DISCAPACIDAD

PROGRAMA: DIMENSIÓN TRANSVERSAL DE GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES.

SUBPROGRAMA: Discapacidad.

OBJETIVO: Mejorar la aplicación del enfoque diferencial, integral en la atención de salud familiar y comunitaria para la población vulnerable del departamento de Nariño.

META BIENESTAR: Incrementar el porcentaje de población con discapacidad atendida.

LÍNEA DE BASE: 0 Municipios con generación de orden para certificación de discapacidad.

META CUATRIENIO A 2023: 10 Municipios con generación de orden para certificación de discapacidad.

LOGRO DE META A JUNIO DE 2023: 9 se han capacitado a 63 DLS Y SMS en resolución 1239 de 2022 generación de certificados de discapacidad, resolución 3317 de 2012 comités departamentales de discapacidad, y 1904 de 2017 derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad.

EXPLICACIÓN DEL LOGRO CON RESPECTO AL 2019: Se ha logrado que los 63 municipios del departamento tengan una ruta de atención integral en salud para las personas con discapacidad, por lo tanto, se les brinde una atención con enfoque diferencial y ajustes razonables.

META PRODUCTO: Fortalecidos los municipios en la implementación de certificación de personas con discapacidad según Resolución 113 de 2020.

LÍNEA DE BASE: 0 Municipios con generación de orden para certificación de discapacidad.

META CUATRIENIO A 2023: 32 Municipios con generación de orden para certificación de discapacidad.

LOGRO DE META A JUNIO DE 2023: 63 Se ha logrado capacitar a las 63 DLS Y SMS en resolución 1239 de 2022 en el proceso de certificación de Discapacidad, igualmente en el mes de mayo se logró la habilitación de la plataforma RLCPD por parte del ministerio y se retomó el proceso de certificación de discapacidad, también se encuentra adelantando procesos de contratación con 16 IPS nuevas autorizadas para certificar y que se ejecutaran dichos contratos con los recursos girados por el ministerio de salud y protección social para la vigencia 2023, también se ha venido fortaleciendo en la misma temática a otros actores gubernamentales como el ICBF y no gubernamentales como EMAS Pasto entre otros para promover la inclusión de personas con Discapacidad en sus empresas.

EXPLICACIÓN DEL LOGRO CON RESPECTO AL 2019: Se ha logrado que los 63 municipios del departamento realicen la transición de la resolución 113 de 2020 a la resolución 1239 de 2022 y que se empiece a realizar el proceso de certificación de discapacidad teniendo en cuenta esta nueva resolución, igualmente se ha logrado comprometer y ejecutar los recursos asignados por el Ministerio de Salud y Protección Social para dicho fin.

META PRODUCTO: Fortalecidos los Comités Municipales de Discapacidad, en el componente sanitario:

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

LÍNEA DE BASE: 64 Municipios con generación de orden para certificación de discapacidad.

META CUATRIENIO A 2023: 64 Municipios con generación de orden para certificación de discapacidad.

LOGRO DE META DE 2023: 37 Se ha logrado capacitar a las 37 DLS Y SMS en resolución 3317 de 2012 en la conformación del comité departamental de discapacidad, igualmente se ha dado cita a los dos comités ordinarios departamentales de discapacidad, este último realizado el día 30 de Junio del presente dando cumplimiento a lo estipulado en la resolución.

EXPLICACIÓN DEL LOGRO CON RESPECTO AL 2019: Se ha logrado verificar que los municipios cuenten con la política pública de discapacidad y que los 64 municipios del departamento asistan y participen activamente de del segundo comité ordinario de discapacidad.

META PRODUCTO: Fortalecido el modelo de atención de salud, con enfoque diferencial para personas con discapacidad:

LÍNEA DE BASE: 30 Municipios con modelo de atención de salud, con enfoque diferencial para personas con discapacidad.

META CUATRIENIO A 2023: 50 Municipios con modelo de atención de salud, con enfoque diferencial para personas con discapacidad.

LOGRO DE META DE 2023: 37 Se ha logrado capacitar a las 37 DLS Y SMS en resolución 1239 de 2022 generación de certificados de discapacidad, resolución 3317 de 2012 comités departamentales de discapacidad, y 1904 de 2017 derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad.

EXPLICACIÓN DEL LOGRO CON RESPECTO AL 2019: Se ha logrado que los municipios cuenten con una ruta de atención integral de atención en salud para las personas con discapacidad implementado en esta la atención con enfoque diferencial.

SECTOR:	META:	ODS AL QUE LE APUNTA EL RESULTADO OBTENIDO
Mi Nariño Líder en Salud Pública	Promover la Política Pública de Discapacidad e Inclusión Social, buscando las transformaciones de las estructuras institucionales y la materialización de propósitos vinculantes e incluyentes de desarrollo para PcD.	Salud y Bienestar



INFORME DE GESTIÓN 1-2022

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

PLAN ESTRATEGICO-PLAN TERRITORIAL DE SALUD (PTS)							
¿QUÉ QUEDÓ EN EL PTS?				¿QUÉ SE LOGRÓ?			
RESULTADO	INDICADOR DE RESULTADO	LÍNEA DE BASE	META DE RESULTADO CUATRIENIO	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2020	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2021	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2022	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO AL CORTE 2023
Incrementada la población con discapacidad con atención diferencial en Salud	Porcentaje de población con discapacidad con atención diferencial en Salud	0	10	1	4	7	9

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL							
El cumplimiento de las metas producto del componente de discapacidad se desarrollan, mediante las acciones misionales de Inspección y Vigilancia, Asistencia técnica, Articulación Intersectorial, acompañamientos y asesorías, igualmente con la ejecución de los recursos asignados por el ministerio de salud y protección social para certificación de discapacidad según resolución 1239 de 2022.							
METAS DE PRODUCTO QUE LE APUNTAN AL RESULTADO							
PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE DE PRODUCTO	META DE PRODUCTO	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2020	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2021	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2022	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2023
Incrementada el número de municipios con implementación de certificación de personas con discapacidad según Resolución 113 de 2020	Número de Municipios con implementación de certificación de personas con discapacidad según Resolución 113 de 2020	0	32	17	43	25	63
Fortalecidos los Comités municipales de Discapacidad en su componente sanitario.	Número de Municipios con Comités de Discapacidad con asistencia técnica en su componente sanitario	64	64	64	64	64	37
Incrementada el número de las entidades territoriales de Salud de Nariño con avance en el modelo de atención de Salud, con enfoque diferencial para	Número de entidades territoriales de Salud con avance en la implementación del modelo de atención de Salud, con enfoque diferencial para	30	50	35	43	45	37



INFORME DE GESTIÓN 1-2022

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

personas con discapacidad	con	personas con discapacidad	con						
---------------------------	-----	---------------------------	-----	--	--	--	--	--	--

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL

El cumplimiento de las metas producto del componente de discapacidad se desarrollan, mediante las acciones misionales de Inspección y Vigilancia, Asistencia técnica, Articulación Intersectorial, acompañamientos y asesorías, igualmente con la ejecución de los recursos asignados por el ministerio de salud y protección social para certificación de discapacidad según resolución 1239 de 2022.

METAS DE PRODUCTO QUE LE APUNTAN AL RESULTADO

¿POR QUÉ?	ENFOQUE DIFERENCIAL ESPECIFIQUE LA POBLACIÓN
Porque en 53 municipios cuentan con la capacidad de generar códigos de autorización para la certificación de discapacidad en la dirección local de Salud	Población con discapacidad
Porque se han realizado procesos de capacitación en transición de secretarías técnicas de comité Municipales de discapacidad en los 37 municipios	Población con discapacidad
Porque se ha capacitado a 37 direcciones locales de Salud en modelo de atención con enfoque diferencial.	Población con discapacidad

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL

TOTAL DE RECURSOS FINANCIEROS UTILIZADOS

NOMBRE DEL PROYECTO	VALOR APROPIADO	VALOR EJECUTADO	PORCENTAJE EJECUCIÓN	SGP (\$)	SGR (\$)	RECURSOS PROPIOS (\$)	OTRAS FUENTES DE RECURSOS ESPECIFICAR (\$)
Fortalecimiento de la gestión del enfoque diferencial en Salud para la población vulnerable del Departamento de Nariño	\$ 992.149.704	\$ 55.738.743	6%	0	0	0	0

LOGROS

- ✓ Se han realizado 14 mesas técnicas del comité departamental de discapacidad con los diferentes actores gubernamentales y no gubernamentales del departamento de Nariño, con el objetivo de Precisar resultados del CDD Plan de Acción 2023.
- ✓ Se han realizado 49 reuniones de articulación intersectorial con diferentes entes gubernamentales y no gubernamentales del departamento de Nariño con el fin de fortalecer el modelo de atención integral en salud con enfoque diferencial para personas con discapacidad
- ✓ El IDSN como delegada de la secretaria técnica del Comité Departamental de discapacidad convoco y lidero el primer y segundo comité ordinario departamental de Discapacidad establecidos en la resolución 3317 del 2012.

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 37 de 279

- ✓ Se realizó asistencia técnica a los 63 municipios del departamento de Nariño en certificación de discapacidad según resolución 1239 de 2022 y adicionalmente se realizó asistencia técnica a 10 IPS autorizadas para certificación de discapacidad.
- ✓ Se logró la apertura de la plataforma RLCPD por parte del ministerio de Salud y Protección Social para retomar el proceso de certificación de Discapacidad para ejecutar los Recursos asignados a través de la Resolución 1738 del Ministerio de Salud y Protección Social, rubro "Apoyo al Proceso de Certificación de Discapacidad Nacional", vigencia fiscal 2022, por un valor al Departamento de Nariño – Instituto Departamental de salud de Nariño de \$459.863.078, los cuales fueron aprobados por la Asamblea Departamental para adicionar al presupuesto de ingresos de la vigencia fiscal 2022 a través de la Ordenanza 025 del 10 de Noviembre del 2022.

Posteriormente, se incorporó dichos recursos en el presupuesto de la vigencia fiscal 2022 a través de la Resolución 3554 del 23 de noviembre del 2022 y logra realizar el proceso de contratación directa con las 10 IPS autorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, pendiente para ejecutar dichos recursos en la vigencia 2023.

- ✓ Se realizó el apoyo para la realización de las listas de chequeo para inspección y vigilancia la cual en el momento se encuentra a modo prueba.
- ✓ Reanudar comunicaciones para proyectos de articulación intersectorial con la Universidad Javeriana con el proyecto Mentes Colectivas.
- ✓ Se han realizado 37 visitas de inspección y vigilancia a los municipios del departamento de Nariño
- ✓ Se está adelantando la debida gestión para asignar y comprometer los recursos asignados a través de la Resolución 403 del Ministerio de Salud y Protección Social, rubro "Apoyo al Proceso de Certificación de Discapacidad Nacional", vigencia fiscal 2023, por un valor al Departamento de Nariño – Instituto Departamental de salud de Nariño de \$829.065.963 para cofinanciar el procedimiento de certificación de discapacidad y la implementación del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad.
- ✓ Se realizó la entrega de 406 sillas de ruedas personas con discapacidad del departamento de Nariño que hacían parte del proyecto de articulación entre el IDSN y el DPS.

RETOS

- ✓ Lograr mayor número de contratos con IPS para certificar discapacidad con el nuevo recurso asignado por el ministerio de salud y protección social para que más usuarios puedan acceder al certificado de discapacidad.
- ✓ Lograr que cada municipio conforme por lo menos un equipo multidisciplinar para certificación de discapacidad.
- ✓ Avanzar en la implementación de certificación de discapacidad en municipios con recursos propios.
- ✓ Fortalecer la articulación con otros sectores e instituciones para que conozcan el proceso de certificación de discapacidad según resolución 1239 de 2022, resolución 1904 de 2017 y resolución 3317 de 2012.
- ✓ Validar la lista de chequeo para la inspección y vigilancia a DLS.
- ✓ Fortalecer la articulación intersectorial y lograr la participación de los municipios en el proyecto de mentes colectivas.

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

9.6 VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO INTERNO

PROGRAMA Componente Víctimas del Conflicto Armado.

OBJETIVO Mejorar la aplicación del enfoque diferencial, integral e integrada en la atención en salud familiar y comunitaria para población víctima de conflicto armado, población adulto mayor, niños, niñas y adolescentes, población con discapacidad, habitante de calle, población étnica y población según género.

LÍNEA DE BASE: 0% de población víctima atendida en la red pública de servicios de salud con protocolo de atención psicosocial.

Línea base a 2020: Incrementar la población víctima atendida en la red Pública de servicios de Salud con protocolo de atención psicosocial.

META CUATRIENIO A 2023: Incrementar en 8% de población de víctimas del conflicto armado atendida la red pública de servicios de salud con protocolo de atención psicosocial.

LOGRO A JUNIO DE 2023: 64 municipios con población víctima atendida en la red Pública de servicios de Salud con protocolo de atención psicosocial.

EXPLICACIÓN DEL LOGRO CON RESPECTO AL 2019

En relación al logro del año 2019, se tiene identificada 341.320 personas víctimas del conflicto armado en el departamento de Nariño, de los cuales se espera incrementar el 8% de la población atendida a través de red Pública de servicios de Salud con protocolo de atención psicosocial en el cuatrienio 2020 – 2023.

SECTOR:	META:	ODS AL QUE LE APUNTA EL RESULTADO OBTENIDO
Mi Nariño Líder en Salud Pública	Mejorar la aplicación del enfoque diferencial integral e integrada en la atención en salud familiar y comunitaria para población víctima del conflicto armado.	Salud y Bienestar

PLAN ESTRATEGICO-PLAN TERRITORIAL DE SALUD (PTS)							
¿QUÉ QUEDÓ EN EL PTS?				¿QUÉ SE LOGRÓ?			
RESULTADO	INDICADOR DE RESULTADO	LÍNEA DE BASE	META DE RESULTADO CUATRIENIO	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2020	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2021	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2022	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO AL CORTE 2023



INFORME DE GESTIÓN 1-2022

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 39 de 279

Incrementar el porcentaje de población de víctimas del conflicto armado atendida la red pública de servicios de salud con protocolo de atención psicosocial.	Incrementar el porcentaje de población de víctimas del conflicto armado atendida la red pública de servicios de salud con protocolo de atención psicosocial.	0	8%	2%	2%	2%	1%
--	--	---	----	----	----	----	----

El logro en la meta de resultado con corte junio 2023, se ha incrementado el porcentaje de población de víctimas del conflicto armado atendida la red pública de servicios de salud encuentra en 39 municipios, teniendo en cuenta que el indicador se mide con una temporalidad anual, por lo tanto no aplica reporte para el segundo trimestre de la presente vigencia; no obstante, desde el componente de víctimas del conflicto se continúa fortaleciendo a los municipios con actividades de asistencia técnica, articulación e inspección y vigilancia.

En el año 2020, la población víctima del conflicto armado corresponde a 341.320 personas en el departamento de Nariño, para esta vigencia se incrementa en 2% el porcentaje de población de víctimas del conflicto armado atendida en la red pública de servicios de salud con protocolo de atención psicosocial que corresponde a 6.826 personas.

En 2021, la población víctima del conflicto armado corresponde a 378.000 personas en el departamento de Nariño, para esta vigencia también se incrementa el porcentaje de población de víctimas del conflicto armado atendida en la red pública de servicios de salud con protocolo de atención psicosocial en 2% que corresponde a 7.560 personas.

En la vigencia 2022, la población víctima del conflicto armado corresponde a 428.100 personas en el departamento de Nariño, de igual forma, para esta vigencia se incrementa el porcentaje de población de víctimas del conflicto armado atendida en la red pública de servicios de salud con protocolo de atención psicosocial en 2% incrementando a 8.560 personas víctimas atendidas en la red pública de servicios de salud.

Para junio de 2023, la población víctima del conflicto armado corresponde a 603.579 personas en el departamento de Nariño, en igual sentido, para esta vigencia se incrementa el porcentaje de población de víctimas del conflicto armado atendida en la red pública de servicios de salud con protocolo de atención psicosocial en 1% se incrementa en 12.071 personas víctimas atendidas en la red pública de servicios de salud.

Así las cosas, desde el año 2019, se ha venido incrementando el porcentaje de población de víctimas del conflicto armado atendida en la red pública de servicios de salud con protocolo de atención psicosocial en 2%, pasando de 6.826 personas en 2020 a 6.035 personas en junio de 2023.



INFORME DE GESTIÓN 1-2022

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL

¿Como lo hizo?

El incremento del porcentaje de población de víctimas del conflicto armado atendida la red pública de servicios de salud con protocolo de atención psicosocial se realizó a través de acciones de asistencia técnica, inspección y vigilancia, articulación con los actores del SGSSS.

METAS DE PRODUCTO QUE LE APUNTAN AL RESULTADO

PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE DE PRODUCTO	META DE PRODUCTO	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2020	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2021	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2022	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2023
Incrementado el número de municipios con planes de gestión articulado con actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para implementación del protocolo de atención integral en salud.	Número de municipios con planes de gestión articulado con actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud para implementación de protocolo de atención integral en salud.	0	12	8	6	50	39
Incrementado el número de municipios con mesas de medidas de rehabilitación para población víctima del conflicto en el departamento.	Número de municipios con mesas de medidas de rehabilitación.	15	64	10	16	38	39

En relación al indicador de Incrementado el número de municipios con planes de gestión articulado con actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para implementación del protocolo de atención integral en salud, se encuentra en 39 municipios en los dos indicadores de producto, teniendo en cuenta que se han venido desarrollando actividades de asistencia técnica, inspección y vigilancia y articulación con actores del SGSSS. Desde el segundo trimestre se avanza en la implementación del protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado en los municipios del departamento de Nariño.

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL

¿Cómo lo hizo?

Se incrementó el número de municipios con planes de gestión articulado con actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud para implementación de protocolo de atención integral en salud y la conformación del subcomité para la medida de rehabilitación a través de acciones de asistencia técnica, inspección y vigilancia, articulación con los actores del SGSSS.



INFORME DE GESTIÓN 1-2022

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

METAS DE PRODUCTO QUE LE APUNTAN AL RESULTADO	
¿POR QUÉ?	ENFOQUE DIFERENCIAL ESPECIFIQUE LA POBLACIÓN
Número de municipios con planes de gestión articulado con actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud para implementación de protocolo de atención integral en salud.	Todas las actividades que se realizan desde el Componente de Víctimas del Conflicto Armado se realizan con Población víctima del conflicto armado y es transversal a todos los tipos de población vulnerable.
Incrementado el número de municipios con mesas de medidas de rehabilitación para población víctima del conflicto en el departamento.	Todas las actividades que se realizan desde el Componente de Víctimas del Conflicto Armado se realizan con Población víctima del conflicto armado y es transversal a todos los tipos de población vulnerable.

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL							
TOTAL DE RECURSOS FINANCIEROS UTILIZADOS							
NOMBRE DEL PROYECTO	VALOR APROPIADO	VALOR EJECUTADO	PORCENTAJE EJECUCIÓN	SGP (\$)	SGR (\$)	RECURSOS PROPIOS (\$)	OTRAS FUENTES DE RECURSOS ESPECIFICAR (\$)
Fortalecimiento para la implementación de las políticas públicas en la atención integral en salud a la población vulnerable del departamento de Nariño – Componente Víctimas.	\$358.714.734	\$50.937.687 (Corresponden a SGP)	20.09% (Corresponden a SGP)	\$253.498.512 (Corresponden a SGP)	0	0	\$105.216.222 (Corresponden a otras fuentes)

LOGROS

Desde el componente de Víctimas, se ha llevado a cabo Asistencias Técnicas en los municipios del departamento de Nariño en la Implementación del Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado, Creación y Reactivación del Subcomité para la medida de rehabilitación, Resolución 1166 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social y Comunicado Conjunto No 4 de la Unidad de Víctimas para el acceso a la Plataforma Vivanto.

Las asistencias técnicas han ido dirigidas a las Direcciones Locales de Salud y Empresas Sociales del Estado E.S.E, así como también a las Empresas Administradoras de los Planes de Beneficios EABP que se encuentran habilitadas en el territorio, con lo cual se ha incrementado la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado con la red pública de servicios de salud a través de la formación al personal asistencial y administrativo en el enfoque psicosocial, ruta de atención a las víctimas del conflicto y la conformación del equipo multidisciplinario en salud.

Se ha realizado articulación con el Ministerio de Salud y Protección Social para la realización del curso virtual en

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Enfoque Psicosocial tanto a personal asistencial de las E.S.E. que suscribieron contrato para la implementación del Programa de Atención Psicosocial a Víctimas PAPSIVI.

Se realiza la implementación del Programa de Atención Psicosocial a Víctimas PAPSIVI con 50 Empresas Sociales del Estado E.S.E que suscribieron contrato con el IDSN para brindar atención psicosocial a víctimas del conflicto armado. El objetivo de la implementación del PAPSIVI es la de mitigar el daño causado en ocasión del conflicto armado y hace parte de la medida de rehabilitación regulada a través de la ley 1448 de 2011.

Se ha ejecutado procesos de Inspección y Vigilancia con los actores del SGSSS: Direcciones Locales de Salud, Empresas Sociales del Estado E.S.E. y EABP en la Implementación del Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial y Diferencial para las Víctimas del Conflicto Armado, la implementación del protocolo hace parte de la medida de rehabilitación regulada a través de la ley 1448 de 2011.

RETOS

Continuar realizando la implementación del Protocolo de Atención Integral en salud con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado con todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS: Direcciones Locales de Salud, Empresas Sociales del Estado E.S.E., Empresas Administradoras del Plan de Beneficios EAPB, el objetivo de la implementación del Protocolo es la de desarrollar las indicaciones basadas en evidencia que orienten la atención integral en salud con enfoque psicosocial y diferencial, como medida de asistencia y/o rehabilitación para la población víctima del conflicto armado, en el marco del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado - Papsivi.

Culminar con la realización de la implementación del Programa de Atención Psicosocial a Víctimas PAPSIVI con 50 Empresas Sociales del Estado E.S.E que suscribieron contrato con el IDSN para brindar atención psicosocial a víctimas del conflicto armado. El objetivo de la implementación del PAPSIVI es la de mitigar el daño causado en ocasión del conflicto armado y hace parte de la medida de rehabilitación regulada a través de la ley 1448 de 2011.

Avanzar en dar respuesta a las Alertas Tempranas, sentencias, autos que vinculen al Instituto Departamental de Salud de Nariño en relación con la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado, implementación del protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado, con el propósito de garantizar los principios de oportunidad y pertinencia en la emisión de informes dirigidos a juzgados, Defensoría del Pueblo y a la Comisión Intersectorial para la respuesta rápida a las alertas tempranas; en esta vigencia por parte del grupo móvil PAPSIVI se está focalizando y caracterizando a la población emanada por sentencias, para accionar en intervención Psicosocial en salud integral a víctimas del conflicto armado, teniendo en cuenta los instrumentos de política pública como lo es la implementación del PAPSIVI, de acuerdo con la Ley 1448 de 2011, los decretos con fuerza de ley 4634 y 4635 de 2011 y sus decretos reglamentarios.

RECOMENDACIONES

Mayor apoyo en la formulación y seguimiento de indicadores con cada uno de los componentes.
 Incremento de recursos para el componente, teniendo en cuenta la cantidad de actividades asignadas al componente de víctimas del conflicto.
 Mejorar la articulación al interior del IDSN, para el desarrollo, consolidación y entrega de informes.

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

El Componente de Víctimas del conflicto armado es transversal a los demás componentes a nivel departamental, por lo que su accionar debe realizarse dentro de los parámetros de articulación interinstitucional e intrainstitucional, con el fin de lograr los objetivos propuestos dentro del componente.

10. FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN DE LA SALUD

10.1 VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA – EPIDEMIOLOGIA

De acuerdo con la Ley 1122 de 2007 la salud pública está constituida por un conjunto de políticas que busca garantizar de manera integrada, la salud de la población por medio de acciones dirigidas tanto de manera individual como colectiva ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo.

El componente responde a las directrices normativas establecidas a nivel nacional en el marco del Conpes 113 de 2008, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

A continuación, se describen las acciones realizadas por el componente de Vigilancia en Salud Pública del IDSN, quienes ejecutan acciones de Asistencia Técnica, Inspección Vigilancia y Articulación Intersectorial en el marco de las metas programadas en el Plan Territorial de Salud 2020-2023. Las acciones de la oficina están El sistema de Vigilancia en Salud Pública, SIVIGILA, tiene como objetivo fundamental la provisión en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública; tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud; optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones; racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y

- ✓ ASIS departamental actualizado
- ✓ Número de municipios con asistencia técnica en formulación de ASIS
- ✓ Número de investigaciones en salud pública en articulación con instituciones educativas universitarias
- ✓ Número de municipios con asistencia técnica en formulación en lineamientos de la vigilancia epidemiológica

Objetivo 1: 1. ASIS departamental actualizado - Actualizar anualmente el análisis de la situación en salud del Departamento de Nariño.

Línea Base a 2019: 1 documento anual de ASIS departamental

Meta Cuatrienio a 2023: 1 documento ASIS cada año

Logro a junio de 2023: 1 documento de ASIS departamental actualizado, publicado en la página del IDSN [https://www.idsn.gov.co/images/documentos/epidemiologia/asis/Departamento Nari%C3%B1o ASIS 2022.pdf](https://www.idsn.gov.co/images/documentos/epidemiologia/asis/Departamento%20Nari%C3%B1o%20ASIS%202022.pdf)

LOGRO

Se realiza la actualización anual del ASIS departamental 2022, y se publica en la página institucional, para la consulta y socialización del análisis de situación en salud del Departamento de Nariño en el año 2023.

Objetivo 2: 2. Número de municipios con asistencia técnica en formulación de ASIS.

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Línea Base a 2019: 64 municipios del departamento de Nariño cada año.

Meta Cuatrienio a 2023: 64 municipios con asistencia técnica en ASIS municipales cada año.

Logro a junio de 2023: 64 municipios del departamento de Nariño, con Asistencia Técnica en la elaboración de ASIS municipales.

LOGRO

Se ha realizado la asistencia técnica en la elaboración y actualización de los ASIS municipales a los 64 municipios del Departamento, para realizar la revisión y posterior AVAL a esos ASIS y queden registrados en el repositorio del MSPS.

Objetivo 3: Número de investigaciones en salud pública en articulación con instituciones educativas universitarias

Línea Base a 2019: 4 nuevas investigaciones

Meta Cuatrienio a 2023: 12 (2 nuevos)

Logro a junio de 2023: 1, se publicó una investigación sobre suicidio en el departamento de Nariño

LOGRO

Se publicó (1) una investigación sobre suicidio en el departamento de Nariño, además se realizó una reunión de articulación con la academia y se proyectaron 13 documentos con indicadores de morbi - mortalidad del departamento.

Objetivo 4: Número de municipios con asistencia técnica en formulación en lineamientos de la vigilancia epidemiológica.

Línea Base a 2019: 64 municipios con asistencia técnica en lineamientos de VSP anual.

Meta Cuatrienio a 2023: 64 municipios cada año, con asistencia técnica en lineamientos VSP.

Logro a junio de 2023: 64 municipios capacitados en el mes de marzo en lineamientos de VSP 2023.

LOGRO

Se realizó la asistencia técnica sobre lineamientos de Vigilancia en Salud Pública en el mes de marzo, para los 64 municipios del departamento.

SECTOR	META	ODS AL QUE LE APUNTA EL RESULTADO OBTENIDO
Salud	1. Mantener al 82.5% el promedio de cumplimiento operativo de la ejecución de los Planes de Acción en Salud de los municipios	Salud y Bienestar
Salud	2. Mantener El 100% de los municipios notificando al SIVIGILA	Salud y Bienestar

PLAN ESTRATEGICO-PLAN TERRITORIAL DE SALUD (PTS)



INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

¿QUÉ QUEDÓ EN EL PTS?				¿QUÉ SE LOGRÓ?			
RESULTADO	INDICADOR DE RESULTADO	LÍNEA DE BASE	META DE RESULTADO	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2020	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2021	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2022	LOGRO EN LA META DE RESULTADO CORTE A JUNIO 2023
Mantener el promedio de cumplimiento operativo de la ejecución de los Planes de Acción en Salud de los municipios	Promedio de cumplimiento operativo de la ejecución de los Planes Territoriales de Salud	82,5	82,5	94.7	90	98.4	82,5
Mantener El 100% de los municipios notificando al SIVIGILA	Porcentaje de cumplimiento de los municipios en la notificación SIVIGILA	100	100	100	100	100	50

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL							
PRODUCTO							
PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE DE PRODUCTO	META DE PRODUCTO	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2020	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2021	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2022	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO A JUNIO 2023
1.Actualizado anualmente el análisis de la situación en salud del Departamento de Nariño	ASIS departamental actualizado	1	1	1	1	1	1
2.Fortalecidos con asistencia técnica los municipios del Departamento para la actualización de los ASIS municipales	Número de municipios con asistencia técnica en formulación de ASIS	64	64	64	64	64	64
3.Fortalecida la gestión del conocimiento en salud del Departamento de Nariño	Número de investigaciones en salud pública en articulación con instituciones educativas universitarias	4	8	2	5	1	1
4.Realizada asistencia técnica a los municipios del Departamento de Nariño en	Número de municipios con asistencia técnica en formulación en lineamientos de la	64	64	64	64	64	64

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 46 de 279

lineamientos de la vigilancia epidemiológica	vigilancia epidemiológica						
--	---------------------------	--	--	--	--	--	--

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL	
PRODUCTO	
¿POR QUÉ?	ENFOQUE DIFERENCIAL ESPECIFIQUE LA POBLACIÓN
Se logro la actualización y publicación del ASIS departamental en el mes de febrero, el cual esta publicado en la página institucional y en el repositorio del MSPS.	Toda la población
Se realizo la asistencia técnica a los 64 municipios del Depto., en la realización de los ASIS municipales, en el mes de marzo de 2023	Toda la población
Se logro la realización y publicación de (1) una investigación sobre suicidio en el departamento de Nariño.	Toda la población
Se realizo la asistencia técnica de lineamiento de VSP 2023 a los 64 municipios del Depto.	Toda la población

FINANCIERO A 30 DE JUNIO 2023

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL							
TOTAL, RECURSOS FINANCIEROS UTILIZADOS							
NOMBRE DEL PROYECTO	VALOR APROPIADO	VALOR EJECUTADO	PORCENTAJE EJECUCIÓN	SGP (\$)	SGR (\$)	RECURSOS PROPIOS (\$)	OTRAS FUENTES DE RECURSOS ESPECIFICAR (\$)
Fortalecimiento de la Vigilancia Epidemiológica y Gestión del Conocimiento en el Departamento de Nariño del departamento de Nariño	\$ 774.511.137	\$ 307.956.478	39,76%	\$ 774.511.137	-	-	-

LOGROS

- ✓ Se Consolido, actualizo, analizo y público en la página web del IDSN el documento Análisis de la Situación de Salud del Departamento de Nariño, ASIS 2022 en el mes de febrero, según los lineamientos técnicos y metodológicos del Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2023.
- ✓ Para dar cumplimiento a la meta en mención, se ha realizado asistencias técnicas a los municipios en la elaboración y ajustes al ASIS y se realizó Asistencia técnica departamental de capacitación general sobre ASIS dirigido a los 64 municipios en el mes de marzo.
- ✓ Se mantiene la asistencia individualizada y revisión de los avances del documento ASIS municipal durante primer semestre de 2023.

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 47 de 279

- ✓ Se realizó asistencias técnicas y acompañamientos a los diferentes municipios del departamento, que solicitaban información de los diferentes eventos epidemiológicos, por medio de vía virtual y telefónica durante el primer semestre 2023.
- ✓ Se realizó la asistencia técnica a nivel departamental de lineamientos de vigilancia en salud pública 2023, en el mes de marzo, con la asistencia de los 64 municipios del Departamento.
- ✓ En el primer trimestre de 2023 se publicó la investigación: "Diferencias de sexo asociadas al suicidio y años potenciales de vida perdidos: un estudio retrospectivo" en la revista de la Facultad Nacional de Salud Pública. Este trabajo presenta las diferencias en demográficas del suicidio entre hombres y mujeres en el departamento de Nariño. La investigación fue realizada en articulación con la Fundación Universitaria San Martín.
- ✓ Hay que destacar que, durante el primer semestre de 2023, se culminó el trabajo de campo y la proyección del informe de resultados del proyecto de investigación: "Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud sobre algoritmos diagnósticos para el diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis". Este ejercicio fue adelantado con la dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles y la Universidad Mariana.
- ✓ Finalmente, se consolidó, mediante proyección de estudios previos y asignación presupuestal, la contratación de una asesoría con el programa de Tecnología en Promoción de la Salud para la elaboración del PIC en el IDSN. Ejercicio adelantado en articulación con el componente: Atención primaria en salud.
- ✓ Se ha realizado la capacitación continua a las UPGD, Direcciones locales de salud, en la notificación oportuna y eficiente de los Eventos en salud Pública durante el 1 semestre de 2023.
- ✓ Se Realiza la notificación hasta la semana 26, al Ministerio de Salud-Instituto Nacional de Salud de los Eventos en Salud Pública.
- ✓ Se realizó 6 COVES Institucionales, para el análisis de los eventos de Interés de salud Pública teniendo en cuenta su incidencia, en articulación con las distintas dimensiones.
- ✓ Se realiza publicación semanal de la información de los ENOS, en la página WEB del IDSN.
- ✓ Se ha realizado la Recepción, reposición, control y evaluación de los certificados de nacido vivo y defunción de los 64 municipios del departamento de Nariño, durante el 1er semestre, con el objeto de acceder a la información de los hechos vitales para documentar las estadísticas demográficas de nacimientos y defunciones del departamento.
- ✓ Se recepciona la notificación de los diferentes eventos de interés de Salud pública a través del aplicativo SIVIGILA 4.0.
- ✓ Se realiza depuración y análisis de las bases de datos por parte de los referentes de cada evento.
- ✓ El personal de la unidad epidemiológica del nivel departamental se ha capacitado en vigilancia de los diferentes eventos de notificación obligatoria para una oportuna y adecuada asistencia técnica a los municipios ante la ocurrencia de brotes o epidemias.
- ✓ Se han fortalecido las relaciones con la academia.
- ✓ Se realizó la articulación con la OPS en el proyecto de fortalecimiento d la Vigilancia en Salud Pública con enfoque comunitario, donde se certificaron 21 gestores comunitarios con enfoque Étnico como agentes activos comunitarios, para el reporte de posibles eventos de interés en salud pública.

RETOS

- ✓ Continuar con la vigilancia epidemiológica de todos los eventos de interés en salud pública.
- ✓ Continuar con las asistencias técnicas a los municipios del departamento en vigilancia epidemiológica.
- ✓ Realizar la implementación de la estrategia de Vigilancia en salud pública con enfoque comunitario en el departamento de Nariño.
- ✓ Continuar con las asistencias técnicas a los municipios del departamento en el aplicativo SIVIGILA.

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 48 de 279

- ✓ Gestionar recursos de entidades externas para investigación.
- ✓ Establecer las actividades técnicas para fortalecer los comités de vigilancia epidemiológica mediante el PIC.
- ✓ Fortalecer la gestión del conocimiento de las direcciones locales de salud en la vigilancia epidemiológica de los distintos eventos.
- ✓ Realizar el seguimiento de los diferentes eventos de interés en salud pública.
- ✓ Realizar la articulación intersectorial con los distintos actores referentes a la vigilancia epidemiológica a nivel departamental y nacional.
- ✓ Generar los diferentes reportes de información demográfica y epidemiológica.
- ✓ Posicionar una agenda departamental de investigación en salud pública en el departamento de Nariño.

RECMENDACIONES

- ✓ Se necesita fortalecer el RRHH con personal capacitado e idóneo, en las direcciones y secretarías municipales de salud de Nariño.
- ✓ Garantizar la continuidad del personal capacitado y con experiencia responsable de la vigilancia en salud pública en las direcciones y secretarías municipales y departamental de salud de Nariño.
- ✓ Se necesita implementar estímulos para el RRHH, responsable de la Vigilancia epidemiológica en el departamento.
- ✓ No hay presupuesto propio para investigación.

10.2 MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD – APS

Programa: MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD-APS-PIC

El componente de Atención primaria en salud responde a las directrices normativas establecidas en la ley 1438 de 2011 y el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 dentro de la dimensión del fortalecimiento de la autoridad sanitaria.

A continuación, se describen las acciones realizadas por el componente de Atención primaria en salud, quienes ejecutan acciones de Asistencia Técnica, Inspección Vigilancia y Coordinación Intersectorial en el marco de las metas programadas en el Plan Territorial de Salud 2020-2023. Las acciones de la oficina están dirigidas primordialmente a favorecer la implementación de la estrategia de atención primaria en salud desde la gestión y el direccionamiento del plan de salud pública de intervenciones colectivas departamental y municipal, así como el fortalecimiento de las acciones intersectoriales para favorecer la implementación de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, regulada por la resolución 3280 de 2018. Incorpora en sus acciones el cumplimiento de 4 metas de producto así:

1. Fortalecidos los municipios del Departamento de Nariño en la planeación del plan de salud pública de intervenciones colectivas.
2. Ejecutado operativa y financieramente el plan de salud pública de intervenciones colectivas del Departamento de Nariño. (actividad específica en lo operativo, dado que el seguimiento financiero se realiza desde PTS).

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 49 de 279

3. Implementada en la red prestadora de servicios de salud del Departamento de Nariño la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la salud.
4. Realizado el seguimiento, monitoreo y evaluación de la estrategia de atención Primaria en Salud, en los municipios priorizados.

Objetivo 1: Fortalecer el desarrollo de la gestión del riesgo individual y colectiva en salud para la mitigación del riesgo por fallas en la atención en los servicios de salud y reducción de la carga de enfermedad en el departamento de Nariño.

Descripción de la meta de producto: Fortalecidos los municipios del Departamento de Nariño en la planeación del plan de salud pública de intervenciones colectivas.

Indicador de producto 160: Número de planes de salud pública de intervención colectiva con asistencia técnica.

Línea Base a 2019: 64 planes de salud pública de intervención colectiva con asistencia técnica.

Meta Cuatrienio a 2023: 64 planes de salud pública de intervención colectiva con asistencia técnica.

Logro a Junio de 2023: 33 planes de salud pública de intervención colectiva con asistencia técnica.

LOGROS

- ✓ Durante el semestre se ha realizado 3 ciclos de asistencia técnica y se han enfocado al tipo de priorización, con los municipios priorizados, se realizó capacitación en resolución 295 y 2788, territorialización del municipio, con los 33 municipios priorizados, adicionalmente se realizaron ciclos por grupos pequeños para coordinar la planeación de actividades PIC, conformación de EBS, con los municipios no priorizados, se realizó asistencia técnica en la resolución 295 y se está apoyando técnicamente para la organización del municipio en territorios, y micro territorios, así como operatividad de los equipos básicos de salud.
- ✓ Elaboración de anexo técnico específico de APS para la conformación de 5 equipos básicos completos y concurrencia de una auxiliar o tecnólogo en cada uno de los municipios priorizados, es espera firma de contrato para iniciar con la ejecución.
- ✓ Se realizaron 3 reuniones virtuales de asistencia técnica en la normatividad vigente de APS, equipos básicos de salud y plan de intervenciones colectivas.
- ✓ Durante los meses de mayo y junio, se realizaron visitas técnicas presenciales para la reactivación y operativización de los comités territoriales para el desarrollo de la Estrategia de Atención Primaria en Salud a los siguientes municipios: Ipiales, La Unión, Potosí, Albán, Belén, Chachagüí, El Tambo, Gualmatán, San Bernardo, Sapuyes.

Descripción de la meta de producto: Ejecutado operativa y financieramente el plan de salud pública de intervenciones colectivas del Departamento de Nariño.

Indicador de producto 161: Porcentaje de ejecución operativo del plan de salud pública de intervenciones colectivas del Departamento de Nariño.

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 50 de 279

Línea Base a 2019: 95% ejecución operativa del plan de salud pública de intervenciones colectivas del Departamento de Nariño.

Meta Cuatrienio a 2023: 95% ejecución operativa del plan de salud pública de intervenciones colectivas del Departamento de Nariño.

Logro a Junio de 2023: 6% ejecución operativa del plan de salud pública de intervenciones colectivas del Departamento de Nariño.

LOGROS

- ✓ Unificación recursos PIC para evitar atomización de recursos en MGA del proyecto de APS. Actividad que busca una intención de optimizar el manejo de recursos y organizarlos de acuerdo a la normatividad vigente Resolución 295 de 2023.
- ✓ Elaboración de anexo técnico específico de APS para la conformación de 5 equipos básicos completos para operar en los municipios priorizados por muerte materna y concurrencia de una auxiliar o tecnólogo en los restantes municipios priorizados de APS cada uno de los municipios priorizados.
- ✓ Contratación oportuna del PIC departamental, representada en contratos interadministrativos con CEHANI ESE, Universidad de Nariño, Hospital Universitario departamental de Nariño y ESE municipal de Providencia y Colon, así como IPS UNIPA.

Descripción de la meta de producto: Implementar en la red prestadora de servicios de Salud del Departamento de Nariño la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud.

Indicador de producto 172: Porcentaje de la red prestadora de servicios de salud del Departamento de Nariño con implementación de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud.

Línea Base a 2020: 0% de implementación de la ruta.

Meta Cuatrienio a 2023: 30% de implementación de la ruta.

Logro a Junio de 2023: 30% de implementación de la ruta.

LOGROS

- ✓ Para el año 2023 se tiene proyectado 30% adicional en cuanto al logro del año anterior, siendo la propuesta del indicador avanzar en el 10% el primer año del cuatrienio representado por (6), y 30% representado por 19 ESE anualmente hasta llegar al 100% en el año 2023, siendo para el presente año la meta 19 ESE.
- ✓ Respecto al indicador de rutas se hace un análisis en cuanto a los ítems que pueden dar cuenta de la implementación de la ruta de obligatorio cumplimiento en la red de prestadores de salud, se han analizado las fuentes de información para el indicador dado que la red de prestadores del departamento asciende a un número superior a tres mil instituciones prestadoras de servicio de salud entre IPS y ESE, por lo cual se clara que el indicador se refiere exclusivamente a las 64 ESE públicas de primer nivel por lo cual desde finales del año 2022 se ha realizado el análisis del indicador con base en los resultados de la auditoria GAUDI, en la cual los resultados en los tres Ítems que hacen referencia a las rutas de promoción y mantenimiento y a la ruta materno perinatal, sin embargo se analiza que pese a que el cumplimiento que se registra dentro de la auditoria GAUDI da cuenta de la atención integral de un grupo de análisis tipo muestreo, la implementación de las rutas integrales de atención en salud, inician desde la contratación que se establece entre las EAPB y la red de prestadores, así como de la atención basada en las frecuencias y rutas definidas por la resolución 3280, en la cual la red se encuentra enfocada, si bien se reconoce todas las limitantes para dar un

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 51 de 279

cumplimiento a cabalidad con toda la población afiliada de acuerdo a los cursos de vida, no se puede desconocer que la red ya tiene implementada la atención basada en rutas, por lo cual se analiza la necesidad de replantear el indicador para el próximo cuatrienio con la cual se permita evidenciar los aspectos puntuales de la implementación de la ruta de promoción y mantenimiento a evaluar y fortalecer, por lo pronto se da como cumplida la meta planteada y se trabaja en el plan de acción que será llevado a todos los actores involucrados del sistema.

- ✓ De acuerdo a última evaluación Gaudi que corresponde a segundo semestre 2022, se toma como referencia los criterios: 16 37%, 17 6% y 18 35% con un promedio de 26, criterios que miden demanda inducida, ruta de promoción y mantenimiento de la salud y ruta materno perinatal considerado para el primer trimestre y 8% adicional en el segundo trimestre considerado por las ESE analizadas con contratación basada en Resolución 3280.
- ✓ En el marco de la estrategia de APS se realiza caracterización familiar de los individuos, por lo tanto, con el avance de la estrategia se identifican las necesidades individuales que no se han cubierto desde las RIAS, información que sirve de base para retroalimentación a las ESE.

Descripción de la meta de producto: Realizado el seguimiento, monitoreo y evaluación de la estrategia de atención Primaria en Salud, en los municipios priorizados.

Indicador de producto 174: Número de municipios con implementación de la APS.

Línea Base a 2020: 0% de municipios con implementación de la APS.

Meta Cuatrienio a 2023: 30 municipios con implementación de la APS.

Logro a Junio de 2023: 15 municipios con implementación de la APS.

LOGROS

- ✓ Respecto al indicador de rutas se hace un análisis en cuanto a los ítems que pueden dar cuenta de la implementación de la ruta de obligatorio cumplimiento en la red de prestadores de salud, se han analizado las fuentes de información para el indicador dado que la red de prestadores del departamento asciende a un número superior a tres mil instituciones prestadoras de servicio de salud entre IPS y ESE, por lo cual se clara que el indicador se refiere exclusivamente a las 64 ESE públicas de primer nivel por lo cual desde finales del año 2022 se ha realizado el análisis del indicador con base en los resultados de la auditoría GAUDI, en la cual los resultados en los tres ítems que hacen referencia a las rutas de promoción y mantenimiento y a la ruta materno perinatal, sin embargo se analiza que pese a que el cumplimiento que se registra dentro de la auditoría GAUDI da cuenta de la atención integral de un grupo de análisis tipo muestreo, la implementación de las rutas integrales de atención en salud, inician desde la contratación que se establece entre las EAPB y la red de prestadores, así como de la atención basada en las frecuencias y rutas definidas por la resolución 3280, en la cual la red se encuentra enfocada, si bien se reconoce todas las limitantes para dar un cumplimiento a cabalidad con toda la población afiliada de acuerdo a los cursos de vida, no se puede desconocer que Respecto al indicador de la implementación de APS en 30 municipios priorizados, en los cuales se ha trabajado desde el año 2020, se define el instrumento de medición de dicha estrategia, se ha logrado 30 de municipios con seguimiento, monitoreo y evaluación de la estrategia de atención primaria en los diversos ítems que evaluaba inicialmente la estrategia MIAS y actualmente MAITE, se realizará una

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

evaluación final en el mes de Octubre de 2023.

- ✓ Mediante la aplicación de la ficha familiar en los 30 municipios priorizados, en los sectores que se ha trabajado durante la vigencia, se logró identificar factores de riesgo social y ambiental, con los cuales se han desarrollado diferentes ciclos de sesión educativa de acuerdo al semáforo de necesidades, igualmente se ha realizado actividades de canalización de la comunidad hacia los servicios de promoción y mantenimiento de la salud.
- ✓ Elaboración de anexo técnico específico de APS para la conformación de 5 equipos básicos completos y concurrencia de una auxiliar o tecnólogo en cada uno de los municipios priorizados, es espera firma de contrato para iniciar con la ejecución.
- ✓ Durante los meses de mayo y junio, se realizaron visitas técnicas presenciales para la reactivación y operativización de los comités territoriales para el desarrollo de la Estrategia de Atención Primaria en Salud a los siguientes municipios: Ipiales, La Unión, Potosí, Albán, Belén, Chachagüí, El Tambo, Gualmatán, San Bernardo, Sapuyes.

SECTOR:	META:	ODS AL QUE LE APUNTA EL RESULTADO OBTENIDO
MI NARIÑO -EN DEFENSA DE LO NUESTRO 2020 -2023.	Mi Nariño saludable fortalecido con APS Fortalecimiento de la autoridad sanitaria.	Fortalecer el desarrollo de la gestión del riesgo individual y colectiva en salud para la mitigación del riesgo por fallas en la atención en los servicios de salud y reducción de la carga de enfermedad en el Departamento de Nariño.

Descripción de la meta de resultado: Número de municipios priorizados con implementación de estrategia de Atención Primaria en Salud.

Indicador de resultado 56: Número de municipios priorizados con implementación de estrategia de Atención Primaria en Salud.

Línea Base a 2020: 30 de municipios con implementación de la APS.

Meta Cuatrienio a 2023: 30 municipios con implementación de la APS.

Logro a Junio de 2023: 15 municipios con implementación de la APS.

LOGROS

Durante el semestre se ha realizado el seguimiento, monitoreo y evaluación de la estrategia de la APS, en los municipio priorizados, se ha trabajado conjuntamente en la división de los municipio en los territorios y micro territorios, así como en la elaboración de los mapas de georreferenciación para que el despliegue de las actividades de las EPS.



INFORME DE GESTIÓN 1-2022

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

PLAN ESTRATEGICO-PLAN TERRITORIAL DE SALUD (PTS)

¿QUÉ QUEDÓ EN EL PTS?				¿QUÉ SE LOGRÓ?			
RESULTADO	INDICADOR DE RESULTADO	LÍNEA DE BASE	META DE RESULTADO	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2020	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2021	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2022	LOGRO EN LA META DE RESULTADO CORTE A JUNIO 2023
	Número de municipios priorizados con implementación de estrategia de Atención Primaria en Salud.	30	30	30	30	30	15

PLAN ESTRATEGICO-PLAN TERRITORIAL DE SALUD (PTS)

¿Como lo hizo?

METAS DE PRODUCTO QUE LE APUNTAN AL RESULTADO

PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE DE PRODUCTO	META DE PRODUCTO	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2020	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2021	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2022	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2023
Implementar en la red prestadora de servicios de Salud del Departamento de Nariño la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud.	Porcentaje de la red prestadora de servicios de Salud del Departamento de Nariño con implementación de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud.	0	100	10	30	30	30
Mantener los municipios priorizados el seguimiento, monitoreo y evaluación de la estrategia de atención Primaria en Salud.	Número de municipios con implementación de la APS.	0	30	30	30	30	15



INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Fortalecimiento de la autoridad sanitaria	Número de planes de Salud Pública de intervención colectivas con asistencia técnica	64	Fortalecidos los municipios del Departamento de Nariño en la planeación del plan de Salud Pública de intervenciones colectivas	64	64	64	64
Fortalecimiento de la autoridad sanitaria	Porcentaje de ejecución operativo del plan de Salud Pública de intervenciones colectivas del Departamento de Nariño	82.5	Ejecutado operativa y financieramente el plan de Salud Pública de intervenciones colectivas del Departamento de Nariño	100	99	100	6

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL	
¿Como lo hizo?	
METAS DE PRODUCTO QUE LE APUNTAN AL RESULTADO	
¿POR QUÉ?	ENFOQUE DIFERENCIAL ESPECIFIQUE LA POBLACIÓN
La implementación de la estrategia de APS depende de la adecuada articulación entre los diferentes actores Durante el trimestre se ha realizado 3 ciclos de asistencia técnica y se han enfocado al tipo de priorización, con los 64 municipios se realizó capacitación en resolución 295 y 2788, territorialización del municipio, con los 33 municipios priorizados, adicionalmente se realizaron ciclos por grupos pequeños para coordinar la planeación de actividades PIC, conformación de EBS.	Se realiza asistencias técnicas a los 64 municipios del departamento en resolución 295 y 2788 población ribereña.
Elaboración de anexo técnico específico de APS para la conformación de 5 equipos básicos completos y concurrencia de una auxiliar o tecnólogo en cada uno de los municipios priorizados, es espera firma de contrato para iniciar con la ejecución.	Se realiza anexo técnico para APS para los 5 municipios priorizados. Se incluye Ipiales población indígena.
Se realizaron 3 reuniones virtuales de asistencia técnica en la normatividad vigente de APS, equipos EMIT y plan de intervenciones colectivas.	Se realizan reuniones virtuales a los 64 municipios del Departamento.
Durante los meses de mayo y junio, se realizaron visitas técnicas presenciales para la reactivación y operativización de los comités territoriales para el desarrollo de la Estrategia de Atención Primaria	Se realizan visitas técnicas presenciales a los municipios priorizados del Departamento.



INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

<p>en Salud a los siguientes municipios: Ipiales, La Unión, Potosí, Albán, Belén, Chachagüí, El Tambo, Gualmatan, San Bernardo, Sapuyes.</p>	
<p>Se inicia contratación con Universidad de Nariño para el apoyo en la gestión de: Sistematización de experiencias significativas, buenas prácticas y aprendizajes de la implementación de las tecnologías del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas en los municipios priorizados en el departamento de Nariño correspondiente al periodo 2021 – 2023.</p>	<p>Se realiza contrato con Universidad de Nariño para instrumento de valoración de Atención Primaria en Salud.</p>

FINANCIERO- CON CORTE A JUNIO DE 2023

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL							
TOTAL, RECURSOS FINANCIEROS UTILIZADOS							
NOMBRE DEL PROYECTO	VALOR APROPIADO	VALOR EJECUTADO	PORCENTAJE EJECUCIÓN	SGP (\$)	SGR (\$)	RECURSOS PROPIOS (\$)	OTRAS FUENTES DE RECURSOS ESPECIFICAR (\$)
Fortalecimiento del modelo de atención en Salud territorial basado en la estrategia de atención primaria en Salud por parte de los entes territoriales de Salud del Departamento de Nariño.	\$ 7.612.006.222	\$ 446.886.991	6%	\$ 359.228.976	0	0	\$87.658.015 Transferencias nacionales

RETOS

- ✓ Fortalecer la articulación intersectorial por medio del planteamiento de planes de acción conjunto que apunten a la implementación de las rutas integrales de atención y la estrategia APS
- ✓ Fortalecer el proceso de planeación ejecución y seguimiento del plan de salud pública de intervenciones colectivas en el cual se encuentran debilidades técnicas evidenciadas desde el procedimiento escrito existente y evidenciado en el ejercicio de la construcción del anexo técnico de PIC.
- ✓ Fortalecer los convenios con la academia para favorecer el fortalecimiento del talento humano en Salud con relación a la normatividad vigente, así como la participación conjunta en procesos de investigación.
- ✓ Priorizar la implementación de la Ruta de Promoción y Mantenimiento para la Salud como un objetivo común desde todas las dimensiones prioritarias, actividad que debe verse favorecida con la transición a los ejes que propone el nuevo plan decenal de salud pública.
- ✓ Fortalecer la a operación del equipo de apoyo para la implementación de la RIA de Promoción y Mantenimiento para la Salud para sacar adelante el plan de acción para favorecer el resultado.
- ✓ Disponer de un espacio en la página WEB del IDSN donde se publiquen periódicamente las evidencias de actividades PIC, útil para la consulta de parte de todas las dimensiones y de la ciudadanía en general.

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 56 de 279

- ✓ Adoptar los indicadores de la resolución 3280, por cada uno de los líderes de dimensión, para monitoreo evaluación periódica, así como para proyectar las necesidades de asistencia técnica a la red de salud, que favorezcan el logro de las metas establecidas para cada indicador.
- ✓ Necesidad de definir un incremento en el presupuesto para APS para el próximo año con la posibilidad de planear el perfil idóneo del personal el cual será de manera prioritaria para profesionales de enfermería y algún tipo de apoyo financiero y de sistemas de información.
- ✓ Sacar adelante el proyecto con universidad de Nariño y desarrollar las acciones pertinentes como
- ✓ Proponer la necesidad de ampliar el personal de planta para asumir el reto PIC, RIAS, APS, desde cada uno de e estos grandes retos.
- ✓ Realizar la evaluación del grado de implementación de la estrategia de APS en los municipios priorizados, por medio del instrumento de medición ajustado con UDENAR.
- ✓ Desarrollar capacidades técnicas y operativas con los 33 comités territoriales de la implementación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud.
- ✓ Realizar la caracterización de mínimo 33 nuevos micro territorios priorizados, según lineamientos del ministerio de salud para la organización y operación de los Equipos Básicos de Salud, resolución 2788 de 2022.
- ✓ Realizar articulación intersectorial con los diferentes sectores y actores de los 33 municipios priorizados y los comités territoriales para la implementación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud, en la ejecución de actividades según resolución 2788 de 2022.
- ✓ Dar respuesta a los entes de control frente a la normatividad cambiante que genera solicitudes expresas de diferente tipo, frente al seguimiento de los recursos asignados por la Resolución 2788 y por la necesidad de ajustes al PIC municipal.
- ✓ Dar cumplimiento a las actividades planteadas en el plan de salud pública de intervenciones colectivas pese a los retrasos con el operador contrato CEHANI para iniciar actividades del anexo técnico del contrato suscrito el 14 de Abril, los cuales presentan un avance mínimo hasta la fecha.

DIFICULTADES

- ✓ Se encuentran debilidades técnicas en la planeación del plan de salud pública de intervenciones colectivas, basado en el procedimiento escrito y corroborado por el ejercicio de la construcción del anexo técnico de PIC.
- ✓ Normatividad cambiante con novedades y solicitudes expresas que demandaron trabajo exhaustivo con municipios.
- ✓ Recursos presupuestados desde el año 2022 bajos para las pretensiones del programa, si bien se realizaron ajustes, los cuales pueden verse como bastante significativos, pasando de \$787.000.000 a \$7.612.000.000 el recurso corresponde al PIC es primordialmente de PIC, organizado en entornos por dimensiones, mas no para la confirmación de equipos básicos de salud, para el despliegue de la estrategia.

RECOMENDACIONES

- ✓ Dar continuidad a la contratación con Universidad de Nariño para el apoyo en la gestión de: Sistematización de experiencias significativas, buenas prácticas y aprendizajes de la implementación de las tecnologías del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas en los municipios priorizados en el departamento de Nariño correspondiente al periodo 2021 – 2023.

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 57 de 279

- ✓ Unificación de anexo técnico del plan de intervenciones colectivas enfocado a la conformación de equipos básicos de salud.
- ✓ Reformulación del procedimiento para la planeación y organización del PIC departamental una vez se conozcan las conclusiones del trabajo realizado por UDENAR respecto a la sistematización de experiencias significativas de PIC.

10.3 COMUNICACIONES EN SALUD

PROGRAMA: Salud Pública.

SUBPROGRAMA: Comunicaciones.

OBJETIVO: Fortalecer los procesos e intervenciones de información, comunicación y educación para la salud en los municipios del departamento de Nariño.

META DE PRODUCTO: Porcentaje de ejecución del Plan de Comunicación del IDSN.

LÍNEA DE BASE: 85%.

META CUATRIENIO A 2023: 88%.

LOGRO DE META A JUNIO DE 2023: Porcentaje ejecución del Plan de Comunicación del IDSN en un 44%.

EXPLICACIÓN DEL LOGRO CON RESPECTO AL 2019

- Se ha ejecutado satisfactoriamente el plan de medios e impresos del IDSN.
- Se ha brindado acompañamiento a las diferentes dimensiones y componentes que hacen parte de la Subdirección de Salud Pública, a través de la asistencia técnica en la elaboración de boletines de prensa, cuñas radiales, spots de televisión, piezas gráficas, redes sociales institucionales y página web del IDSN.
- Se ha realizado articulación con diferentes sectores institucionales, eclesiásticos, empresariales, de socorro, educativos, de cooperación internacional, con quienes se han adelantado estrategias de comunicación y educación en salud.

SECTOR	META	ODS AL QUE LE APUNTA EL RESULTADO OBTENIDO
Mi Nariño Seguro	Ejecutar el plan de comunicaciones	ODS 2: Salud y Bienestar ODS 5: Género ODS 6: Agua limpia y Saneamiento ODS 17; Alianza para lograr los objetivos

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL							
¿Como lo hizo?							
METAS DE PRODUCTO QUE LE APUNTAN AL RESULTADO							
PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE DE PRODUCTO	META DE PRODUCTO	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2020	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2021	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2022	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2023
Servicios de comunicación y divulgación en inspección,	Porcentaje ejecución del Plan	85	88	85	84	85	44

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 58 de 279

vigilancia y control	de Comunicación del IDSN					
----------------------	--------------------------	--	--	--	--	--

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL	
¿Como lo hizo?	
<p>Para dar cumplimiento del indicador de producto, se elaboró el anexo técnico para la contratación del plan de medios e impresos del año 2023 con la empresa ETICNAR.</p> <p>Se adelantaron acciones de articulación transectorial con diferentes entidades del sector institucional de salud educativo y privado para adelantar acciones mancomunadas para realizar el lanzamiento de la estrategia departamental para la prevención de personas lesionada por pólvora en el departamento, entre otras.</p>	
METAS DE PRODUCTO QUE LE APUNTAN AL RESULTADO	
¿POR QUÉ?	ENFOQUE DIFERENCIAL ESPECIFIQUE LA POBLACIÓN
<p>Contribuye al Fortalecimiento de los procesos de intervenciones de información, comunicación y educación para la salud en los municipios del departamento de Nariño.</p>	<p>Se ha fortalecido el trabajo articulado con las siete comunidades indígenas de Nariño, en alianza estratégica con la OPS. Adicionalmente se ha trabajado con las comunidades afro del departamento.</p>

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL							
TOTAL DE RECURSOS FINANCIEROS UTILIZADOS							
NOMBRE DEL PROYECTO	VALOR APROPIADO	VALOR EJECUTADO	PORCENTAJE EJECUCIÓN	SGP (\$)	SGR (\$)	RECURSOS PROPIOS (\$)	OTRAS FUENTES DE RECURSOS ESPECIFICAR (\$)
Fortalecer los procesos e intervenciones de información, comunicación y educación para la salud en los municipios del departamento de Nariño.	\$ 355,492,545	\$ 121.915.185	34.29%	\$ 355,492,545			

LOGROS

- ✓ Posicionar el IDSN con la estrategia Comunicar para Educar en Salud. Aquí es pertinente destacar el marco legal de esta estrategia; hago referencia a la Resolución 518 de 2015, la cual hace referencia a la Transectorialidad, que es el Proceso de articulación e integración de acciones individuales y colectivas de diferentes actores institucionales, sociales y privados alrededor de la construcción colectiva para promover el desarrollo de la salud de las personas. Es decir, sin excepción, todos y cada uno de nosotros, podemos, desde nuestras competencias, promover actos que favorezcan la salud del entorno cercano y

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

de la comunidad.

- ✓ Un logro del semestre fue apoyar en el fortalecimiento del lanzamiento de la campaña de pólvora gracias a la articulación con las diferentes entidades que hacen parte del Comité Departamental de Prevención de personas lesionadas por pólvora. Se participó en la gestión y el acompañamiento del lanzamiento de la campaña de pólvora denominada "La pólvora cambió mi vida, no permitas que cambie la tuya" donde participaron de alcaldes, gerentes de las Empresas Sociales del Estado, Directores/as Locales de Salud, Secretarios/as Municipales de Salud, la Cruz Roja, Entes de Control, Fuerzas Militares del Ejército y la Policía Nacional, Sector empresarial, Asociaciones de Animalistas y miembros del Comité.
- ✓ Acompañamiento en la Estrategia de Vigilancia en Salud Pública con Enfoque Comunitario con los siete Pueblos Indígenas de Nariño, a través de la alianza interinstitucional con la Organización Panamericana de la Salud.
- ✓ Se ha fortalecido la alianza con la Red de Emisoras Comunitarias Sindamanoy que la componen 36 emisoras del departamento quienes a través de capacitaciones virtuales y presenciales serán Agentes de Cambio Social en sus municipios.

RETOS

- ✓ Facilitar las condiciones para que profesionales de las emisoras comunitarias reciban capacitación en las fortalezas y necesidades de la salud pública y de esta manera se fortalezca la presencia de mensajes saludables en los micrófonos de la radio comunitaria nariñense.
- ✓ Otro reto es facilitar las condiciones para que el concepto que promueve el Plan Decenal de Salud de la Transectorialidad se consolide con la presencia activa de actores educativos, comerciales, empresariales, institucionales, espirituales, de cooperación internacional, y la Red de Prestadores de Servicios de Salud del departamento, siendo parte activa de campañas masivas de difusión con mensajes de salud. La primera estrategia masiva que se lanza con esta claridad es la relacionada a la prevención de personas lesionadas por pólvora que este año inicia la primera semana de junio.
- ✓ Fomentar la articulación con entidades públicas y privadas para promover y difundir mensajes educativos en salud; por ejemplo, empresas de buses intermunicipales, empresas de taxis municipales e intermunicipales, supermercados de cadena, entre otros.
- ✓ Fortalecer la estrategia de promover la capacitación de profesionales de las emisoras comunitarias como "Gestores Comunitarios de Salud".
- ✓ Crear la Red Departamental de Prensa Escolar, a través de la estrategia educomunicativa Jóvenes Educando Jóvenes y Familias" que se lidera desde el Componente de Entornos Saludables de la Dimensión de Salud Ambiental
- ✓ Fortalecer las redes sociales del IDSN con la inclusión y difusión de contenidos de educación en salud en, Instagram, Facebook y el Canal institucional de YouTube.

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

RECOMENDACIONES

- ✓ Teniendo en cuenta que la población étnica en el departamento de Nariño corresponde aproximadamente al 33% de la población total, se recomienda en una próxima vigencia la contratación de dos profesionales de diseño gráfico de origen indígena y afro para garantizar la elaboración de material educomunicativo con enfoque diferencial. Uno con sede en Tumaco y el otro en Ipiales.
- ✓ Igualmente se recomienda fortalecer las alianzas institucionales con los medios de comunicación de entidades como el Ejército Nacional, Policía Nacional Y Armada Nacional. Así como con la Red UREL de Universidades del Departamento, a través de la elaboración de convenios interinstitucionales entre el IDSN y estas entidades.

10.4 LABORATORIO EN SALUD PUBLICA

PROGRAMA: FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA

SUBPROGRAMA: DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD.

OBJETIVO: Fortalecer el desarrollo de la gestión de riesgo individual y colectivo en Salud para la mitigación del riesgo por fallas en la atención en los servicios de Salud y reducción de la carga de enfermedad en el Departamento de Nariño.

El Laboratorio de Salud Pública de Nariño, es el laboratorio de referencia departamental, delegado para generar la articulación entre el nivel nacional y municipal, con el fin de velar por el cumplimiento de los lineamientos nacionales en la Red departamental de laboratorios. Contribuye en la toma de decisiones para la prevención y control de los factores de riesgo y las enfermedades de interés en salud pública.

Es la dependencia del Instituto Departamental de Salud de Nariño encargada del desarrollo de acciones técnico administrativas realizadas en atención a las personas y el medio ambiente con propósitos de vigilancia en salud pública, vigilancia y control sanitario, gestión de la calidad e investigación

El Laboratorio de Salud Pública no tiene a cargo ninguna meta de resultado, por lo tanto, el presente informe se realiza con base en las siguientes metas de producto.

META DE PRODUCTO NO. 166: Salud Pública del Departamento de Nariño para el mantenimiento de los estándares de calidad establecidos para los Laboratorios de Salud Pública Departamental acreditados en ISO/IEC 17025

NOMBRE DEL INDICADOR No. 166: Porcentaje de cumplimiento de estándares de calidad del Laboratorios de Salud Pública Departamental acreditados en ISO/IEC 17025

Línea de Base: 82%

Meta cuatrienio a 2023: 85%

Logro de meta a I semestre 2023: 82.3%

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 61 de 279

Explicación del logro con respecto al 2019: El LSP se mantiene con un alto cumplimiento de los estándares de calidad según resolución 1619, muestra de ellos es que en la última visita de verificación realizada por INS en noviembre de 2022 se obtuvo un puntaje de 82,3%.

Adicionalmente, se mantiene la acreditación del laboratorio una vez ONAC como resultado de la evaluación de seguimiento, el comité de decisión de ONAC decidió mantener la acreditación al LSP.

META DE PRODUCTO No. 171: Realizado el análisis de muestras en apoyo a la vigilancia epidemiológica, control sanitario e investigación.

NOMBRE DEL INDICADOR: Porcentaje de análisis de muestras en apoyo a la vigilancia epidemiológica, control sanitario e investigación

Línea de Base: 80%

Meta cuatrienio a 2023: 80%

Logro de meta a I semestre 2023: 89.5%

Explicación del logro con respecto al 2019: A pesar de las diferentes dificultades derivadas de las demoras en los procesos de contratación de talento humano de apoyo, reactivos, insumos y materiales, el LSP mantiene un alto porcentaje de análisis de muestras en apoyo a la vigilancia epidemiológica; sin embargo, hay que tener en cuenta que no se logra satisfacer el 100% de la demanda de los clientes debido a las limitaciones presupuestales limitando la oferta de servicios.

META DE PRODUCTO NO. 189. Incrementado el cumplimiento de los estándares de calidad de la resolución 1619 de 2015 por parte de la red departamental de laboratorios en el Departamento de Nariño.

NOMBRE DEL INDICADOR: Porcentaje de cumplimiento de la red de laboratorios del Departamento de Nariño a la resolución 1619 de 2015.

Línea de Base: 0%

Meta cuatrienio a 2023: 20%

Logro de meta a I semestre 2023: 20.54%

Explicación del logro con respecto al 2019: El LSP ha realizado esfuerzos para realizar la verificación de cumplimiento de estándares de calidad según resolución 1619 de 2015 a los laboratorios de la Red Departamental de Laboratorios de Nariño, logrando cubrir el 20 % en este cuatrienio, de igual manera, se buscan estrategias para fortalecer a toda la red y así mejorar la prestación de los servicios.

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL							
METAS DE PRODUCTO QUE LE APUNTAN AL RESULTADO							
PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE DE PRODUCTO	META DE PRODUCTO CUATRIENIO	Logro en la meta de producto del periodo 2020	Logro en la meta de producto del periodo 2021	Logro en la meta de producto del periodo 2022	Logro en la meta de producto del periodo 2023
Laboratorio de Salud Pública mantenido el cumplimiento de los	Porcentaje de cumplimiento de estándares de calidad	82	85	90	84.3	82.3	82.3



INFORME DE GESTIÓN 1-2022

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 62 de 279

estándares de calidad establecidos para los Laboratorios de Salud Pública Departamentales y mantenida la acreditación en ISO/IEC 17025	del Laboratorios Salud Pública Departamental acreditados en ISO/IEC 17025						
Realizado el análisis de muestras en apoyo a la vigilancia epidemiológica, control sanitario e investigación	Porcentaje de análisis de muestras en apoyo a la vigilancia epidemiológica, control sanitario e investigación	80	80	85	81.3	84	89.5
Incrementado el cumplimiento de los estándares de calidad de la resolución 1619 de 2015 por parte de la red departamental de laboratorios en el Departamento de Nariño	Porcentaje de cumplimiento de la red de laboratorios del Departamento de Nariño a la resolución 1619 de 2015.	0	20	4.21	3.6 Acumulado: 7.81	8.43 Acumulado: 16.27	20.54

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL

TOTAL DE RECURSOS FINANCIEROS UTILIZADOS

NOMBRE DEL PROYECTO	VALOR APROPIADO	VALOR EJECUTADO	PORCENTAJE EJECUCIÓN	SGP (\$)	SGR (\$)	RECURSOS PROPIOS (\$)	OTRAS FUENTES DE RECURSOS ESPECIFICAR (\$)
Fortalecimiento de la capacidad instalada del laboratorio de salud pública para desarrollar acciones de vigilancia en salud pública y control sanitario en el departamento de Nariño	\$3.603.841.890	\$1.030.228.690,56	28.6%	\$3.603.841.890	\$ 0	\$ 0	\$ 0

LOGROS

- Dar cumplimiento a las fechas estipuladas por el Instituto Nacional de Salud para la entrega de los planes de mejora frente a los hallazgos realizados en la visita de verificación de estándares de calidad según resolución 1619 de 2015, que se llevó a cabo en el mes de octubre de 2022.
- Gestionar con éxito la adición de recursos destinados a la adquisición de insumos, materiales y reactivos y a la contratación de personal como apoyo a las diferentes áreas técnicas del LSP con el fin de garantizar las condiciones necesarias para el procesamiento de las muestras recibidas.
- Conseguir el apoyo por parte del Instituto Nacional de Salud con insumos y materiales para el desarrollo de actividades de diagnóstico de virus respiratorios.
- Garantizar la aprobación de los recursos de transferencia de parte del comité del proyecto del SGR denominado "DESARROLLO DE UN CULTIVO BIOPROTECTOR PARA EL MEJORAMIENTO DE LA INOCUIDAD DE LA PRODUCCIÓN QUESERA ARTESANAL DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO" en el marco del Convenio de cooperación especial del proyecto de ciencia, tecnología e innovación No. DPJ-209367, celebrado entre la Universidad de Nariño, la Agencia de Desarrollo Local de Nariño, El Instituto Departamental de Nariño y la Fundación para el Desarrollo Agroindustrial y Social de Colombia".

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

RETOS

- Mantener la acreditación por ONAC en ISO/IEC 17025 y aumentar el porcentaje de cumplimiento de estándares de calidad por parte del LSP según resolución 1619 de 2015.
- Dar continuidad al procesamiento de muestras en apoyo a la vigilancia epidemiológica, control sanitario e investigación.
- Buscar e implementar nuevas metodologías para mejorar tiempos de oportunidad en la entrega de resultados, optimización de recursos y el impacto de los resultados emitidos en el comportamiento epidemiológico de los eventos de interés en salud pública.

RECOMENDACIONES

Según se evidencia en la información recolectada de los informes de gestión de los años 2020 al primer semestre del 2023, una de las principales dificultades afrontadas por el LSP es la falta de continuidad del talento humano que apoya las actividades de análisis y los retrasos en los procesos de contratación para la adquisición de reactivos, insumos y materiales. Es por esta razón que se debe priorizar aspectos como las etapas de aprobación jurídica y trámites administrativos internos.

Destinar recursos suficientes para cubrir las necesidades de las diferentes áreas del LSP teniendo en cuenta la alta demanda de productos importados y el impacto de la variación del dólar en el valor de estos.

Establecer un cronograma para la ejecución y entrega de las actividades pendientes en la obra de adecuación de infraestructura del LSP y dar cumplimiento estricto a las fechas acordadas. De lo contrario buscar estrategias para no afectar el normal funcionamiento de las áreas de LSP y la acreditación de las 7 metodologías de MBA y FQ bajo la norma técnica ISO/IEC 17025.

10.5 PLAN TERRITORIAL DE SALUD

El Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS mediante la Resolución 1841 del 28 de mayo de 2013 adopto el Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012 – 2021, la cual constituye la hoja de ruta para el desarrollo de la política pública de Estado que apuesta por la equidad en salud, reconociendo la salud como un derecho humano interdependiente con otros y como dimensión central del desarrollo humano; con el fin de desplegar, alcanzar y avanzar en los objetivos estratégicos del PDSP; además estableció las disposiciones sobre el proceso de planeación Integral para la salud a cargo de las entidades territoriales del nivel departamental, distrital y municipal reglamentada en la Resolución 1536 de 2015 y definiendo las acciones de formulación, implementación, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas del Plan Territorial de Salud –PTS y estableciendo en su consideración de la resolución en comentario la Estrategia PASE a la Equidad en Salud - EPALES como herramienta con elementos normativos, técnicos, conceptuales, metodológicos y operativos que se entretujan de manera armónica para garantizar la formulación integral de los Planes Territoriales de Salud.

El Plan de Salud Territorial para el departamento de Nariño, se fundamenta en la Ley 1438 del 2011 a través de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud de modo particular en la creación del Plan decenal de Salud Pública en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud, su formulación está en marcha desde el nivel nacional, sin embargo desde ya se plantea el reto de emplear herramientas y procesos que permitan y garanticen una amplia participación social, desarrollo técnico, reconocimiento e incorporación de las diferencias poblacionales, logrando el posicionamiento de la Salud Pública como una responsabilidad de todos.

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 64 de 279

El Instituto Departamental de Salud de Nariño en cumplimiento de sus funciones reglamentadas en la Ley 715 de 2001, incorpora en sus acciones de inspección y vigilancia, articulación intersectorial y asistencia técnica para el cumplimiento de 1 meta de resultado así:

Programa: Fortalecimiento de la autoridad sanitaria

Subprograma: Plan de Salud Territorial

Objetivo: Fortalecer el desarrollo de la gestión del riesgo individual y colectiva en salud para la mitigación del riesgo por fallas en la atención en los servicios de salud y reducción de la carga de enfermedad en el departamento de Nariño

Línea de Base: Mantener al 82.5% el promedio de cumplimiento operativo de la ejecución de los Planes de Acción en Salud de los municipios

Meta a Cuatrienio 2023: 82.5%

LOGRO A JUNIO DE 2023: 42.55 (*La meta de resultado se evalúa en una vigencia mas no por Periodos cortos*), el valor corresponde a la ejecución operativa de los PTS del I y II trimestres de la vigencia 2023.

EXPLICACIÓN DEL LOGRO CON RESPECTO AL 2019: El cumplimiento de los PTS para el año 2019 fue del 84%, a comparación de los años 2020, 2021 y 2022, se ha logrado superar el indicador de la siguiente manera: 94,7 en el año 2020, 90 en el año 2021 y 98.4 en el año 2022; con respecto al primer semestre 2023, se logra un resultado de 42,55 que corresponde a los resultados de ejecución del PTS con corte a II trimestre, esto teniendo en cuenta que el cargue de la ejecución del II trimestre en plataforma SISPRO Gestión PDSP se realiza en el mes de julio, (mes vencido), según los tiempos definidos en la Resolución 1536 de 2015.

Respecto al incremento del indicador respecto al resultado del año 2019, se puede decir que se han fortalecido las acciones de inspección y vigilancia y asistencia técnica durante el cuatrienio 2020 a 2023, con el fin de alcanzar los resultados esperados en la ejecución operativa de los Planes Territoriales de Salud de los 64 municipios del departamento de Nariño.

Se logro que las 64 entidades territoriales de salud del orden municipal del departamento de Nariño elaboraran el Plan Territorial de Salud 2020-2023 bajo la estrategia PASE a la Equidad en Salud, los cuales han sido aprobados por los Concejos Municipales, además, estan cargados en la SISPRO gestión PDSP.

SECTOR:	META:	ODS AL QUE LE APUNTA EL RESULTADO OBTENIDO
Mi Nariño seguro	Mantener al 82.5% el promedio de cumplimiento operativo de la ejecución de los Planes de Acción en Salud de los municipios	Salud y Bienestar



INFORME DE GESTIÓN 1-2022

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 65 de 279

PLAN ESTRATEGICO-PLAN TERRITORIAL DE SALUD (PTS)

¿QUÉ QUEDÓ EN EL PTS?				¿QUÉ SE LOGRÓ?			
RESULTADO	INDICADOR DE RESULTADO	LÍNEA DE BASE	META DE RESULTADO CUATRIENIO	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2020	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2021	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2022	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO AL CORTE I SEMESTRE 2023
Mantener al 82.5% el promedio de cumplimiento operativo de la ejecución de los Planes de Acción en Salud de los municipios	Promedio de cumplimiento operativo de la ejecución de los Planes Territoriales de Salud	82.5	82.5	94.7	90	98.4	42.55

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL

Producto 1: Asistencia técnica en los procesos de planificación integral en salud a los municipios del Departamento de Nariño

En la vigencia 2020 se dio inicio a la formulación de planes de salud territorial teniendo en cuenta la estrategia PASE a la Equidad en Salud, reglamentada por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Resolución 1536/15. Fue necesario brindar asistencia técnica presencial y virtual a raíz de la emergencia sanitaria por COVID 19 a las 64 entidades territoriales de salud del departamento, en los procesos de planeación integral en salud, haciendo énfasis en la ruta lógica, (Tensiones, identificación de tensiones y cadena de valor), así mismo se realizó la socialización del manejo de la plataforma WEB SISPRO gestión PDSP de manera virtual. Se resalta que los municipios Inasistentes fueron abordados de manera individual a través de acompañamientos virtuales con el fin de lograr el 100% de asistencia técnica.

En el año 2021 se brindó asistencia técnica a los 64 municipios del departamento de Nariño desde el mes de enero hasta el mes de junio, donde se realizó la socialización de los lineamientos PAS 2021, dirigido a los directores locales de salud, coordinadores de salud pública de las DLS y coordinadores PIC de las ESE; de la misma manera se realizó el fortalecimiento de capacidades en las autoridades sanitarias territoriales para la planeación de acciones a ejecutar en la vigencia 2021 en el marco de los procesos de la Gestión de la Salud Pública y del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, metodología de la capacidad de gestión 1.4, manejo de la plataforma SISPRO GESTION PDSP, para la finalización del cargue del PAS 2020, y cargue del PAS 2021, teniendo en cuenta el enfoque diferencial étnico y adecuaciones socioculturales de las intervenciones, y financiación de las acciones de salud pública en las entidades territoriales – subcuenta de salud pública colectiva, la cobertura alcanzada fue de 100%.

En la vigencia 2022 se brinda asistencia técnica a los 64 municipios del departamento de Nariño sobre la orientación y lineamientos para la formulación del PAS 2022, además del reporte de los recursos SGP, salud pública vigencia 2022 de cada entidad territorial, con el objetivo de que cada municipio realice el compromiso de los recursos asignados, el 23 de febrero se realiza taller presencial en el que socializó la metodología de evaluación de la capacidad de gestión en el componente 1.4 a las Direcciones Locales de Salud de los 42 Municipios Certificados, logrando una cobertura del 100% de las entidades territoriales. Para el mes marzo se convoca a los municipios para una asistencia técnica virtual en plataforma Sispro, en el acceso a la plataforma y el cargue correspondiente a cada trimestre, se da a conocer la fecha correspondiente a cada ejecución de esta vigencia.

En la vigencia 2023, se ha brindado asistencia técnica virtual, a los 64 municipios del Departamento de Nariño, mediante la circular externa 014 del 2023 del IDSN sobre los lineamientos para la formulación del PAS 2023 y cargue a la plataforma SISPRO, con la respectiva articulación de las EAPB y entidades territoriales, teniendo como base la normatividad vigente, las metas del Plan Territorial de Salud Vigente y las resoluciones 518 del 2015, 3280 del 2018 y 1536 del 2015, buscando el impacto positivo en la salud de la población de cada territorio, logrando la cobertura del 100% de asistencia de las entidades territoriales.



INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Logro: Durante el periodo 2020 a 2023 se generaron capacidades a las entidades territoriales de salud del orden municipal en el proceso de planeación integral en salud desarrollando la estrategia PASE a la equidad en salud, se logró que el 100% de los municipios cuenten con un Plan Territorial de Salud PTS 2020 – 2023 aprobado y los componentes operativos anual de inversión y Planes de acción de las vigencias 2020 a 2023 elaborados, aprobados y con seguimiento.

Producto 2: Seguimiento, monitoreo y evaluación a los planes de acción en salud a formular por las entidades territoriales municipales del Departamento de Nariño.

En el año 2020 se visitaron de manera virtual y presencial a 38 municipios alcanzando el 59.4% de cobertura de los 64 municipios programados, con una valoración cualitativa y esto debido a que Desde el 21 de agosto hasta el 23 de septiembre no se conto con personal de apoyo contratado, ademas aplazamiento de visitas programadas por los municipios por tema COVID-19.

En el año 2021 se realizaron 51 visitas de inspección y vigilancia a los 42 municipios certificados y 9 municipios no certificados que corresponden a Samaniego, Córdoba, Leiva, Policarpa, Magui, Barbaças, San Bernardo, Sapuyes y Nariño, para evaluar el desempeño del Plan Territorial de Salud PTS Municipal cumpliendo con el 80% de la meta establecida. La evaluación de desempeño integral de los Planes Territoriales de Salud Municipales fue del % 90.

En el año 2022 Se realizaron un total de 51 visitas de seguimiento a ejecución de los Planes de acción en Salud de las Entidades territoriales de Salud del orden municipal del Departamento de Nariño, para un cumplimiento del indicador de 80% (51/64) cumpliendo con la meta establecida. La evaluación de desempeño integral de los Planes Territoriales de Salud Municipales fue del 98.4%

En el año 2023 con corte a 31 de junio se efectuaron 42 visitas de inspección y vigilancia a los municipios a quienes se les realizo seguimiento y monitoreo del PTS, según lo establecido en la metodología de capacidad de gestión de los municipios certificados, y evaluación a la ejecución operativa de COAI – PAS I semestre 2023, avanzando en un cumplimiento del 65,6% del indicador propuesto.

Logro: Durante los años 2020 a 2023 mediante el desarrollo del proceso inspección y vigilancia se realizó seguimiento a la ejecución operativa y técnica de los planes territoriales de salud y planes de acción formulados y ejecutados por las entidades territoriales de salud municipales, una mejora continua como se observa en los resultados alcanzados en el índice de desempeño del 94%, 90%, 98%, y 42% para los años 2020, 2021, 2022 respectivamente y para el 2023 con corte a primer semestre.

METAS DE PRODUCTO QUE LE APUNTAN AL RESULTADO

PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE DE PRODUCTO	META DE PRODUCTO	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2020	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2021	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2022	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2023
Realizada asistencia técnica en los procesos de planificación integral en salud a los municipios del Departamento de Nariño	Porcentaje asistencia técnica en los procesos de planificación integral en salud a los municipios del Departamento de Nariño	95	95	100	100	100	50
Seguimiento, monitoreo y evaluación a los planes de acción en salud a formular por las entidades	Porcentaje de seguimiento, monitoreo y evaluación a los planes de acción en salud a formular por las	80	80	59.4	80	80	65.6



INFORME DE GESTIÓN 1-2022

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 67 de 279

territoriales municipales del Departamento de Nariño	entidades territoriales municipales del Departamento de Nariño						
---	--	--	--	--	--	--	--

REPORTE FINANCIERO- CON CORTE A 30 DE JUNIO 2023

NOMBRE DEL PROYECTO	VALOR APROPIADO	VALOR EJECUTADO	PORCENTA JE EJECUCIÓN	SGP (\$)	SGR (\$)	RECURSOS PROPIOS (\$)	OTRAS FUENTES DE RECURSOS ESPECIFICAR (\$)
Fortalecimiento en la formulación de los planes de salud territorial a cargo de las 64 entidades territoriales del Departamento de Nariño.	\$327.548.052	\$130.406.423	48.95%	\$327.548.052	0	0	0

LOGROS

- Realizada la evaluación de capacidad de gestión en articulación con la subdirección de Calidad y Aseguramiento a las 42 Entidades Territoriales de Salud certificadas y descentralizadas.
- Se cumplió con las acciones de asistencia técnica masivas a las entidades territoriales (64 en total), además, se realizó atención a libre demanda a través de la modalidad de asesoría y acompañamiento cada vez que fue requerida por los municipios.
- Se realizó el proceso de seguimiento a la contratación de las acciones PIC y de Gestión de la Salud Pública, proceso que se hizo de manera semanal para luego hacer un consolidado mensual que se envió de manera oportuna al referente del Min Salud (5 primeros días de cada mes).
- Se mantuvo la asesoría permanente a las 64 entidades territoriales de salud respecto al manejo de la plataforma gestión PDSP- SISPRO, seguimiento que se mantuvo semanalmente hasta cumplir con el informe trimestral requerido por el Min Salud.

RETOS

Los retos para la vigencia 2023 son los siguientes:

- Fortalecer al menos el 95% de las Entidades Territoriales de Salud ETS en el proceso de planeación integral en salud en elaboración del Plan de Acción 2023, su respectivo seguimiento, monitoreo y autoevaluación.
- Lograr que las 64 entidades territoriales de salud terminen el cargue del COAI, PAS y ejecución del I, II, III y IV trimestres del 2023.
- Evaluar la ejecución operativa de los planes de acción formulados por las ETS de los 64 municipios del departamento.

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 68 de 279

- Mejorar la calidad del dato de la información reportada por las ETS en la plataforma SISPRO gestión PDSP.
- Realizar el seguimiento a los 64 municipios para el cumplimiento del 100% en el compromiso de los recursos del SGP- Subcuenta Salud Publica para la contratación de las acciones PIC y de Gestión de la Salud Publica.
- Avanzar en la articulación de los Planes de Acción entre los municipios y el departamento para la ejecución del PAS 2023 y vigencias subsiguientes
- Lograr sinergias efectivas con las EAPB presentes en el Departamento para favorecer el desarrollo de los PAS de acuerdo con sus competencias.
- Alcanzar el 80% de contratación de las acciones PIC y de Gestión de la Salud Publica en los 64 municipios del Departamento.

RECOMENDACIONES

- Vincular a los profesionales de la Subdirección de Calidad y Aseguramiento en el diligenciamiento del SAT, para evitar cruce de agendas en el proceso de inspección y vigilancia.
- Favorecer espacios de dialogo con la academia, para que se establezca en su catedra para formación de talento humano en salud, los procesos de planeación en salud, de tal manera que el profesional egresado sea un recurso efectivo al momento de construir, ejecutar y hacer seguimiento al Plan de Salud Territorial.

10.6 CONTROL DE MEDICAMENTOS

La oficina control de medicamentos siendo parte de la dimensión de autoridad sanitaria, se trabaja en pro de su fortalecimiento mediante visitas a establecimientos farmacéuticos, asistencia técnica y articulación intersectorial, todo en marco de la normativa que rige. Desde el año 2020 se proyectan metas ligadas al plan de desarrollo departamental, con el siguiente objetivo estratégico "Fortalecimiento de la gestión segura de medicamentos y dispositivos médicos en el departamento de Nariño".

En esta dependencia se lideran los programas de farmacovigilancia y tecnovigilancia como seguimiento a la ocurrencia de eventos o incidentes adversos asociados al uso de medicamentos y/dispositivos médicos, igualmente se cuenta con el Fondo Rotatorio de Estupefacientes, por medio del cual se realizan los trámites para autorización a los prestadores y establecimientos farmacéuticos en el manejo de medicamentos de control especial, incluyendo a nivel departamental como el único distribuidor de medicamentos monopolio del estado.

Dentro de las acciones también se adelantan las actividades de Inspección, vigilancia y control a establecimientos farmacéuticos en el manejo de medicamentos y dispositivos médicos, adicionalmente se realizan acciones de asistencia técnica y articulación intersectorial con otros actores como el INVIMA, la DIAN, la fiscalía, la Polfa, las alcaldías, policía nacional, entre otros, esto con el fin de contribuir a la legalidad en la comercialización de productos farmacéuticos, apoyando en garantizar la calidad e integridad de los productos farmacéuticos.

Objetivo: Fortalecimiento de la gestión del riesgo en el ciclo de uso de medicamentos y dispositivos médicos para disminuir los eventos adversos por incumplimiento normativo o uso inadecuado de productos farmacéuticos.

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 69 de 279

DESCRIPCIÓN DE LA META DE PRODUCTO: Incrementar el cumplimiento en la normatividad vigente por parte de los establecimientos farmacéuticos autorizados en Nariño.

NOMBRE DEL INDICADOR: Porcentaje de establecimientos farmacéuticos que cumplen con la normatividad vigente

Línea Base a 2020: 80%

Meta Cuatrienio a 2023: 85%

Logro a junio de 2023: 37.04%

LOGRO DE META 2023: Frente a las acciones de Inspección, vigilancia y control se ha logrado dar cumplimiento al 37,04 de establecimientos vigilados.

NOMBRE DEL INDICADOR: Porcentaje de implementación de los programas de fármaco por parte de los prestadores de servicios de salud

Línea Base a 2020: 6%

Meta Cuatrienio a 2023: 30%

Logro a junio de 2023: 24.6%

LOGRO DE META 2023: Frente a la meta establecida del 30% para la implementación de los programas de farmacovigilancia de las IPS para el año 2023, se ha logrado alcanzar un porcentaje de cumplimiento de 24,6 % de la IPS habilitadas con servicio farmacéutico cuentan con el Programa en implementación.

NOMBRE DEL INDICADOR: Porcentaje de implementación de los programas de tecnovigilancia por parte de los prestadores de servicios de salud

Línea Base a 2020: 3%

Meta Cuatrienio a 2023: 20%

Logro a junio de 2023: 16.9%

LOGRO DE META 2023: Con el programa de Tecnovigilancia se estableció para el año 2023 una meta del 20% de cumplimiento en el grado de implementación del programa en las IPS del departamento, frente a este programa se logró que un 16,9% de la IPS habilitadas cuenten con el programa en un nivel alto de implementación.

SECTOR:	META:	ODS AL QUE LE APUNTA EL RESULTADO OBTENIDO
Fortalecimiento de la autoridad sanitaria en establecimientos farmacéuticos	Número de municipios priorizados con implementación de Estrategia de Atención Primaria en Salud	Salud y Bienestar



INFORME DE GESTIÓN 1-2022

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL							
¿Como lo hizo?							
METAS DE PRODUCTO QUE LE APUNTAN AL RESULTADO							
PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE DE PRODUCTO	META DE PRODUCTO	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2020	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2021	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2022	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2023
Incrementado el cumplimiento en la normatividad vigente por parte de los establecimientos farmacéuticos autorizados en Nariño	Porcentaje de establecimientos farmacéuticos que cumplen con la normatividad vigente	80%	85%	81%	82%	84,6%	37,04%
Incrementado el cumplimiento en la normatividad vigente por parte de los establecimientos farmacéuticos autorizados en Nariño	Porcentaje de implementación de los programas de fármaco por parte de los prestadores de servicios de salud	6%	30%	9.5%	18%	24,2%	24,6%
Incrementado el cumplimiento en la normatividad vigente por parte de los establecimientos farmacéuticos autorizados en Nariño	Porcentaje de implementación de los programas de tecno vigilancia por parte de los prestadores de servicios de salud	3%	20%	13,4%	10%	18,5%	16,9%

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL	
¿Como lo hizo?	
METAS DE PRODUCTO QUE LE APUNTAN AL RESULTADO	
¿POR QUÉ?	ENFOQUE DIFERENCIAL ESPECIFIQUE LA POBLACIÓN
Se realizan acciones de Inspección, Vigilancia y control a establecimientos farmacéuticos autorizados en el departamento de Nariño, igualmente se realiza seguimiento a los programas de farmacovigilancia y tecnovigilancia de las IPS, se realiza la distribución de medicamentos monopolio del estado, se desarrollan procesos de capacitación y asesoría a los profesionales que laboran en los establecimientos farmacéuticos.	Las acciones que se adelantan desde la oficina de control de medicamentos benefician a toda la población del departamento de Nariño, esto debido a que se adelantan acciones de IVC a todos los establecimientos farmacéuticos autorizados.



INFORME DE GESTIÓN 1-2022

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL

TOTAL DE RECURSOS FINANCIEROS UTILIZADOS

NOMBRE DEL PROYECTO	VALOR APROPIADO	VALOR EJECUTADO	PORCENTAJE EJECUCIÓN	SGP (\$)	SGR (\$)	RECURSOS PROPIOS (\$)	OTRAS FUENTES DE RECURSOS ESPECIFICAR (\$)
"Fortalecimiento de la gestión segura de medicamentos y dispositivos médicos en el departamento de Nariño.	\$2.453.018.121	\$495.674.162	20.2%	\$755.186.988	0	\$1.797.831.133	0

LOGROS

- ✓ En acompañamiento a la Fiscalía General de la Nación se realizó la incautación de aproximadamente 4 toneladas de productos; acciones que contribuyen a evitar que estos productos en inadecuadas condiciones de calidad lleguen a la comunidad, por lo cual contribuimos con la mitigación de ese riesgo en la salud pública.
- ✓ Articulación efectiva con depósitos e IPS con el fin mitigar la situación de emergencia de desabastecimiento de medicamentos y dispositivos médicos por el cierre de la vía panamericana y brindar apoyo y/o reportar a entidades nacionales, con el objetivo de mejorar la problemática.
- ✓ Unificación de criterios en seguimiento a los establecimientos farmacéuticos, esta actividad ha permitido dar claridad en algunos conceptos importantes para la vigilancia.
- ✓ Frente a la meta establecida del 30% para la implementación de los programas de farmacovigilancia de las IPS para el año 2023, se ha logrado alcanzar un porcentaje de cumplimiento de 24,6 % de la IPS habilitadas con servicio farmacéutico cuentan con el programa en implementación.
- ✓ Con el programa de Tecnovigilancia se estableció para el año 2023 una meta del 20% de cumplimiento en el grado de implementación del programa en las IPS del departamento, frente a este programa se logró que un 16,9% de la IPS habilitadas cuenten con el programa en un nivel alto de implementación.
- ✓ Por medio de las acciones de asistencia técnica se ha logrado el incremento en el reporte de eventos adversos a la plataforma vigiflow.
- ✓ Se ha logrado fortalecer los procesos de asistencia técnica a través de modalidad virtual y telefónica con los usuarios.
- ✓ Se ha logrado realizar gestión del 100% los eventos adversos reportados a vigiflow.
- ✓ Se ha logrado intensificar las visitas de IVC en establecimientos autorizados para el manejo de medicamentos de control especial.
- ✓ En articulación con Fondo Nacional de Estupefacientes se ha logrado iniciar un proceso de investigación con apoyo del Hospital Universitario Departamental de salud de Nariño, Proinsalud y Hospital San Rafael en vigilancia de los medicamentos monopolio del estado, como prueba piloto.
- ✓ Se logró atender todas las solicitudes de compra de medicamentos monopolio del estado.

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 72 de 279

- ✓ Con las medidas sanitarias de decomiso se ha logrado que medicamentos que se encuentran en inadecuadas condiciones de almacenamiento no sean comercializados a los usuarios.
- ✓ Se ha logra mayor control y seguimiento en la prescripción de medicamentos de control especial lo cual evita el desvío de estos medicamentos con fines ilegales.

RETOS

- ✓ Intensificar las acciones de Inspección Vigilancia y Control, esto con el fin de los establecimientos farmacéuticos garanticen la calidad e integridad de los productos farmacéuticos, no obstante, se requiere constante asistencia técnica en temas como medicamentos LASA, recepción y dispensación segura, manejo de antibióticos entre otros temas.
- ✓ Brindar acompañamiento a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en la migración del reporte eventos adversos asociados a medicamentos de la plataforma SIVICOS a la nueva plataforma VIgiFlow.
- ✓ Lograr que todos los establecimientos farmacéuticos de Nariño, cumplan la normatividad vigente, con el fin de garantizar la calidad e integridad de los productos comercializados en el departamento, de tal modo que no se ponga en riesgo la salud de la población dejando un alto porcentaje de establecimientos con concepto favorable.
- ✓ Lograr que los programas de farmacovigilancia y tecnovigilancia estén implementados en los prestadores de servicios de salud de Nariño habilitados, teniendo en cuenta las metas establecidas.
- ✓ Fomentar la cultura del reporte de eventos adversos asociados al uso de medicamentos y dispositivos médicos.
- ✓ Continuar con los procesos de capacitación, asesoría con las IPS y acompañamiento permanente con el fin de realizar fortalecimiento del conocimiento.
- ✓ Apoyar con la política pública de uso adecuado de antibióticos, esto debido a que se estima que para 2050 la resistencia bacteriana será la primera causa de muerte.
- ✓ Realizar mayor difusión de la estrategia de Puntos Azules para que la comunidad lleve a estos contenedores los medicamentos que se almacenan en el hogar y que corresponden a productos vencidos, tratamientos no culminados, productos deteriorados, entre otros, de esta forma se mitiga la falsificación y las intoxicaciones por consumo de medicamentos guardados en las casas. Igualmente apoyo en la difusión de esta estrategia en las pantallas de los semáforos, pasacalles o al respaldo de los recibos de agua y de luz.
- ✓ Continuar con la estrategia de educación a la comunidad mediante el proyecto de Farmacovigilancia comunitaria, dándole a la población herramientas de consulta de alertas sanitarias, adecuadas condiciones de almacenamiento de medicamentos en casa, no a la automedicación, uso adecuado de antibióticos, adherencia a tratamientos, entre otros temas de vigilancia comunitaria relacionados con medicamentos.
- ✓ Fortalecimiento del centro de información de medicamentos (farmarespuesta), donde se brinde a la comunidad la información necesaria frente al perfil de seguridad de los medicamentos, identificación de reacciones adversas y difusión de alertas sanitarias relacionadas con medicamentos, cosméticos y dispositivos médicos.

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 73 de 279

- ✓ Desarrollo de capacidades del personal de la oficina de control de medicamentos en la vigilancia de dispositivos médicos implantables como son los de osteosíntesis, vigilancia en productos magistrales, droga blanca y productos homeopáticos.
- ✓ Realizar seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes farmacodependientes del departamento.
- ✓ Adelantar proceso de articulación con Químicos farmacéuticos del departamento de Nariño
- ✓ Se requiere mantener el abastecimiento de medicamento y dispositivos médicos en el departamento de Nariño mediante el proceso articulado entre los distribuidores, las IPS, el INVIMA, el fondo Nacional de Estupefacientes y Ministerio de Salud.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda adelantar la contratación del personal de apoyo de manera oportuna.
- Es necesario adelantar las actividades del plan de intervenciones colectivas durante los primeros meses del mes y poder ejecutar todas las actividades propuestas de manera oportuna.
- Se recomienda la articulación con la dimensión de salud mental para adelantar actividades de promoción y educación con estudiantes y disminuir el uso inadecuado de medicamentos por parte de esta población.

INFORME DE SEGUIMIENTO A PROCESOS DE LA DEPENDENCIA

PROCESO: IVC, ASISTENCIA TECNICA Y ARTICULACION INTERSECTORIAL		
DEPENDENCIA: CONTROL DE MEDICAMENTOS		
PERIODO: Enero - Junio 2023		
No.	INFORMACIÓN	ANÁLISIS
1	RESULTADOS DE INDICADORES	Se ha dado cumplimiento a las metas establecidas en las acciones de IVC, asistencia técnica y articulación intersectorial
2	RESULTADOS DE AUDITORIAS (DE CALIDAD, DE CONTROL INTERNO, EXTERNAS)	En auditoría recibida con Fondo Nacional de Estupefacientes se obtuvieron buenos resultados, se solicito avanzar con el plan de mejoramiento.
3	PERCEPCIÓN DE GRUPOS DE VALOR (CLIENTE EXTERNO)	Se han obtenido buenas observaciones por parte de los clientes externos, las cuales se describen en los formatos de evaluación de eventos.
4	SEGUIMIENTO A RIESGOS	Se han adelantado las acciones de control para mitigar los riesgos.
5	NO CONFORMIDAD	No se han presentado
6	ACCIONES CORRECTIVAS	No se han presentado



INFORME DE GESTIÓN 1-2022

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 74 de 279

7	ACCIONES DE MEJORA	Se adelantan las acciones de mejoramiento y recomendaciones realizadas en auditoria del FNE
8	CAMBIOS QUE PODRÍAN AFECTAR EL SGC Y EL PROCESO	La implementación del nuevo modelo de IVC de medicamentos de control especial, puede llevar a cambios en los procedimientos ya establecidos
9	RESULTADOS DE LOS COMPROMISOS ADQUIRIDOS	Algunos de los compromisos han permitido fortalecer la articulación con otras entidades como la policía, la fiscalía, la alcaldía de Pasto, ASOCOLDRO, Defensoría del pueblo, universidades, entre otros, lo cual nos permite mejorar los procesos y lograr mayor impacto.
10	COMPROMISOS PARA LA GESTION DURANTE 2023	Es necesario fortalecer las acciones de IVC y contar con todos los profesionales de apoyo para poder alcanzar las metas propuestas para el año 2023

INFORME DE SEGUIMIENTO DE LOS PROCESOS DE SSP

PROCESO: Articulación Intersectorial		
PERIODO: Enero - Junio 2023		
No.	INFORMACIÓN	ANÁLISIS
1	RESULTADOS DE INDICADORES	El indicador de cumplimiento de compromisos de articulación intersectorial cumplido con la meta definida durante el trimestre analizado en un 121,1% y El indicador cumplimiento de programación de reuniones cumplió con la meta definida durante el trimestre analizado en un 124,5%
2	RESULTADOS DE AUDITORIAS (DE CALIDAD, DE CONTROL INTERNO, EXTERNAS)	Durante el primer semestre 2023 no se realizaron Auditorías Internas y Auditorías Externas
3	PERCEPCIÓN DE GRUPOS DE VALOR (CLIENTE EXTERNO)	<p>Quejas, Reclamos y Sugerencias - Subdirección de Salud Pública: Durante el primer semestres de 2023, se evidencian 3 quejas internas, 94 quejas externas y 2 reclamos, ninguna de ellas evidencian relación directa con el proceso de Articulación Intersectorial</p> <p>Resultados Encuesta de Satisfacción - Subdirección de Salud Pública: Durante el primer semestre de 2023 se recomienda a Dirección del IDSN, atender los ítems de evaluación, agilidad y oportunidad, facilidad del trámite, comodidad en las instalaciones, accesibilidad a las áreas visitadas, horarios de atención, oportunidad en la presentación de resultados, metodología de la visita o actividad, objetividad de la actividad o de la visita, tiempo dispuesto para visita o actividad y puntualidad en la actividad o visita</p>

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 75 de 279

4	SEGUIMIENTO A RIESGOS	Se presenta el Seguimiento de Matriz de Riesgos correspondiente al 1Er Semestre 2023 a la oficina de control interno, de acuerdo a los nuevos riesgos identificados para la vigencia 2023; Hasta la fecha no se materializado ninguno de los riesgos.
5	NO CONFORMIDAD	No se evidencia reporte de no conformes en este proceso.
6	ACCIONES CORRECTIVAS	Como no se han desarrollado auditorias, ni se han materializado los riesgos no se han determinado acciones correctivas
7	ACCIONES DE MEJORA	La SSP, implementa como acción de mejora el Seguimiento al Informe de Gestión que se realiza Trimestralmente para determinar que acciones se pueden implementar para mejorar.
8	CAMBIOS QUE PODRÍAN AFECTAR EL SGC Y EL PROCESO	La implementación de la Política de Atención Integral y del Modelo de acción integral territorial - MAITE, Modelo Integral de Planeación y Gestión - MIPG, Normograma 2023
9	RESULTADOS DE LOS COMPROMISOS ADQUIRIDOS	No quedo pendiente ningún compromiso.

PROCESO: Asistencia Técnica		
PERIODO: Enero - Junio 2023		
No.	INFORMACIÓN	ANÁLISIS
1	RESULTADOS DE INDICADORES	El indicador de cobertura de asistencia técnica cumplió con la meta definida durante el trimestre analizado en un 104,3%, el indicador cumplimiento de programación de asistencia técnica cumplió con la meta definida durante el trimestre analizado en un 114,7% y el indicador de resultado de calificación de la capacitación cumple con la meta durante el trimestre analizado en un 97,4%.
2	RESULTADOS DE AUDITORIAS (DE CALIDAD, DE CONTROL INTERNO, EXTERNAS)	Durante el primer semestre 2023 no se realizaron Auditorías Internas y Auditorías Externas
3	PERCEPCIÓN DE GRUPOS DE VALOR (CLIENTE EXTERNO)	<p>Quejas, Reclamos y Sugerencias - Subdirección de Salud Pública: Durante el primer semestres de 2023, se evidencian 3 quejas internas, 94 quejas externas y 2 reclamos, ninguna de ellas evidencian relación directa con el proceso de Asistencia Técnica</p> <p>Resultados Encuesta de Satisfacción - Subdirección de Salud Pública: Durante el primer semestre de 2023 se recomienda a Dirección del IDSN, atender los ítems de evaluación, agilidad y oportunidad, facilidad del trámite, comodidad en las instalaciones, accesibilidad a las áreas visitadas, horarios de atención, oportunidad en la presentación de resultados, metodología de la visita o actividad,</p>



INFORME DE GESTIÓN 1-2022

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

		objetividad de la actividad o de la visita, tiempo dispuesto para visita o actividad y puntualidad en la actividad o visita.
4	SEGUIMIENTO A RIESGOS	Se presenta el Seguimiento de Matriz de Riesgos correspondiente al 1Er Semestre 2023 a la oficina de control interno, de acuerdo a los nuevos riesgos identificados para la vigencia 2023; Hasta la fecha no se materializado ninguno de los riesgos.
5	NO CONFORMIDAD	No se evidencia reporte de no conformes en este proceso.
6	ACCIONES CORRECTIVAS	Como no se han desarrollado auditorias, ni se han materializado los riesgos no se han determinado acciones correctivas
7	ACCIONES DE MEJORA	La SSP, implementa como acción de mejora el Seguimiento al Informe de Gestión que se realiza Trimestralmente para determinar que acciones se pueden implementar para mejorar.
8	CAMBIOS QUE PODRÍAN AFECTAR EL SGC Y EL PROCESO	La implementación de la Política de Atención Integral y del Modelo de acción integral territorial - MAITE, Modelo Integral de Planeación y Gestión - MIPG, Normograma 2023
9	RESULTADOS DE LOS COMPROMISOS ADQUIRIDOS	No quedo pendiente ningún compromiso.

PROCESO: Inspección y vigilancia y asistencia técnica

PERIODO: Enero 2023 - Junio 2023

No.	INFORMACIÓN	ANÁLISIS
1	RESULTADOS DE INDICADORES	El indicador de cumplimiento de programación de inspección y vigilancia en salud publica cumplió con la meta definida durante el trimestre analizado en un 113,1% y el indicador cumplimiento de programación de las actividades de inspección, vigilancia y control cumplió con la meta definida durante el trimestre analizado en un 114,1%.
2	RESULTADOS DE AUDITORIAS (DE CALIDAD, DE CONTROL INTERNO, EXTERNAS)	Durante el primer semestre 2023 no se realizaron Auditorías Internas y Auditorías Externas
3	PERCEPCIÓN DE GRUPOS DE VALOR (CLIENTE EXTERNO)	Quejas, Reclamos y Sugerencias - Subdirección de Salud Pública: Durante el primer semestres de 2023, se evidencian 3 quejas internas, 94 quejas externas y 2 reclamos, ninguna de ellas evidencian relación directa con el proceso de Inspección, Vigilancia y Control. Resultados Encuesta de Satisfacción - Subdirección de Salud Pública: Durante el primer semestre de 2023 se recomienda a Dirección del IDSN, atender los ítems de evaluación, agilidad y oportunidad, facilidad del trámite, comodidad en las instalaciones, accesibilidad a las áreas visitadas, horarios de atención,

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

		oportunidad en la presentación de resultados, metodología de la visita o actividad, objetividad de la actividad o de la visita, tiempo dispuesto para visita o actividad y puntualidad en la actividad o visita.
4	SEGUIMIENTO A RIESGOS	Se presenta el Seguimiento de Matriz de Riesgos correspondiente al 1er Semestre 2023 a la oficina de control interno, de acuerdo a los nuevos riesgos identificados para la vigencia 2023; Hasta la fecha no se materializado ninguno de los riesgos.
5	NO CONFORMIDAD	No se evidencia reporte de no conformes en este proceso.
6	ACCIONES CORRECTIVAS	Como no se han desarrollado auditorias, ni se han materializado los riesgos no se han determinado acciones correctivas
7	ACCIONES DE MEJORA	La SSP, implementa como acción de mejora el Seguimiento al Informe de Gestión que se realiza Trimestralmente para determinar que acciones se pueden implementar para mejorar.
8	CAMBIOS QUE PODRÍAN AFECTAR EL SGC Y EL PROCESO	La implementación de la Política de Atención Integral y del Modelo de acción integral territorial - MAITE, Modelo Integral de Planeación y Gestión - MIPG, Normograma 2023
9	RESULTADOS DE LOS COMPROMISOS ADQUIRIDOS	No quedo pendiente ningún compromiso.

PROCESO: IVC - MANEJO INTEGRADO DE VECTORES DE IMPORTANCIA EN SALUD PÚBLICA Y DE LAS ETV

PERIODO: Enero 2023 - Junio 2023

No.	INFORMACIÓN	ANÁLISIS
1	RESULTADOS DE INDICADORES	Para el segundo trimestre de 2023, se cumplen los indicadores relacionados con malaria, pues con corte a semana epidemiológica 25 (24 de junio de 2023) se mantiene en cero la mortalidad, el IPA para Tumaco es de 2,2 y el IPA para los demás municipios endémicos del departamento de Nariño es de 6,4; con lo cual, el riesgo que tienen los habitantes de enfermar o morir por esta enfermedad ha disminuido considerablemente logrando un resultado superior a la meta propuesta. No ocurre lo mismo con respecto a la meta, Tasa de letalidad por dengue (0), ya que se tiene el reporte de dos muertes probables por dengue, con lo cual la tasa de letalidad de Nariño, supera la media nacional; sin embargo, se viene realizando todas las acciones correspondientes para fortalecer las capacidades de respuesta de los profesionales de la salud de las ESE, IPS y DLS, para mejorar la calidad de la atención de pacientes con dengue.
2	RESULTADOS DE AUDITORIAS (DE CALIDAD, DE CONTROL INTERNO, EXTERNAS)	La auditoría interna de calidad 1, Ciclo 1, de IVC, inicia con el Programa ETV la primera semana de julio de 2023.

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 78 de 279

3	PERCEPCIÓN DE GRUPOS DE VALOR (CLIENTE EXTERNO)	No se han presentado QRSF. Las encuestas de satisfacción correspondiente al primer semestre de 2023, se hizo en 11 municipios donde se cuenta con talento humano desconcentrado. En el momento está en proceso de consolidación.
4	SEGUIMIENTO A RIESGOS	En el mes de marzo, se actualizó la Matriz de riesgos para ETV, se identificaron dos riesgos, uno para IV y otro para AT; se observa cumplimiento en las acciones planteadas para mitigar los riesgos
5	NO CONFORMIDAD	En el segundo trimestre del año, se identificó el No conforme 2: Incumplimiento de visitas de IV programadas; ya se contaba con las comisiones autorizadas (26 al 30 de junio), pero se cancelaron debido al cierre de la vía Tumaco - Pasto por parte de las comunidades indígenas, la dirección canceló la comisión oficial para realizar IV y AT a los ESE, DLS de Ricaurte y Mallama e IPS Unipa.
6	ACCIONES CORRECTIVAS	No se han aplicado acciones correctivas, durante el segundo trimestre de 2023; se considera que, los funcionarios tienen interiorizado el SGC y están comprometidos con el sistema.
7	ACCIONES DE MEJORA	NO se han registrado acciones de mejora
8	CAMBIOS QUE PODRÍAN AFECTAR EL SGC Y EL PROCESO	Las nuevas reformas al sector salud (referente a la normatividad) que se están proponiendo desde el MSPS
9	RESULTADOS DE LOS COMPROMISOS ADQUIRIDOS	Los compromisos pactados por el equipo se cumplen de acuerdo a las condiciones de trabajo.

PROCESO: Gestión del Laboratorio de Salud Pública		
PERIODO: Enero 2023 - Junio 2023		
No.	INFORMACIÓN	ANÁLISIS
1	RESULTADOS DE INDICADORES	<p>Indicador Evaluación Externa del Desempeño del LSP: Para este indicador se obtuvo en el mes de abril se obtuvo el 100%, para el mes de mayo 100% y para el mes de junio se obtuvo el 98% en evaluaciones de desempeño. Los resultados se encuentran por encima de la meta establecida, lo que demuestra la competencia técnica del personal del LSP. Este indicador tiene una medición semestral en SIMU web, obteniendo un 98% durante el primer semestre del año.</p> <p>Indicador Oportunidad en la entrega de resultados: En este indicador se obtuvo para el mes de abril el 81% de cumplimiento, para el mes de mayo el 43% de cumplimiento, y para el mes de junio 90% de cumplimiento, con una meta establecida del 80%, se evidencia que, durante el periodo, para el mes de mayo no se logra el cumplimiento de la meta del indicador, debido a falta de reactivos y de personal de apoyo. Para el mes de junio se completa el personal de apoyo, pero el proceso de adquisición de reactivo se encuentra pendiente de publicación.</p>

		<p>Indicador Porcentaje de muestras analizadas en el LSP: Para este indicador se obtuvo en el mes de abril el 93% de cumplimiento, para el mes de mayo el 52% de cumplimiento, y para el mes de junio 99% de cumplimiento, con una meta establecida del 75%, por tanto, se evidencia el cumplimiento con la meta del indicador para los meses de abril y junio, sin embargo, para el mes de mayo no se logra el cumplimiento de la meta debido a la falta de profesionales de apoyo en dos áreas y por falta de reactivos. Indicador Evaluación externa del Desempeño de la Red Departamental de Laboratorio: Para este indicador se obtuvo en el mes de abril el 97% de cumplimiento, para el mes de mayo el 98% de cumplimiento, y para el mes de junio 98% de cumplimiento, con una meta establecida del 90%, por tanto, se observa que para el primer semestre del año, la meta se cumple, exceptuando el mes de enero; tampoco se llega al 100% en ninguno de los meses. El LSP con estos resultados está priorizando a los laboratorios de la Red Departamental que no alcanzaron resultados satisfactorios para realizar Asistencias Técnicas.</p>
2	RESULTADOS DE AUDITORIAS (DE CALIDAD, DE CONTROL INTERNO, EXTERNAS)	<p>Auditorías pendientes de cierre:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Auditoría INS - Verificación de Estándares de Calidad, los planes de acción fueron enviados al INS, se están trabajando en las observaciones remitidas. Se radican los planes originales a Control interno con el respectivo seguimiento de avances en las actividades programadas dentro de los Planes de Acción. 2. Auditoría Interna bajo la Norma ISO/IEC 17025:2017, se tiene formulados cinco (5) planes de acción de las 10 No Conformidades.
3	PERCEPCIÓN DE GRUPOS DE VALOR (CLIENTE EXTERNO)	No se han presentado quejas, reclamos o sugerencias durante el primer trimestre del año 2023. El seguimiento al buzón de quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones se realiza los días viernes de cada semana para lo cual se deja un acta de apertura del buzón.
4	SEGUIMIENTO A RIESGOS	Se envía reporte de seguimiento al Mapa de Riesgos correspondiente al segundo trimestre, sin materialización de ninguno de los riesgos, con las respectivas evidencias de los controles ejecutados.
5	NO CONFORMIDAD	<p>PENDIENTE según NC</p> <p>En el segundo trimestre se presentaron no conformes según la matriz de NC del proceso y según el análisis de Pareto los más representativos fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> - CÓDIGO 1: Posibilidad de incumplimiento de las acciones de vigilancia en salud pública de competencia del LSP por situaciones que limitan las adquisiciones de bienes y servicios. - CÓDIGO 11: INEXISTENCIA DE INSUMOS PARA PROCESAR MUESTRAS. <p>Igualmente también se presentaron no conformes según matriz de NC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - CÓDIGO 5: USO DE INSUMO QUE NO CUMPLE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS. - CÓDIGO 4: REPORTE DE RESULTADO INCOMPLETO, ERRONEO. - CÓDIGO 2: REGISTROS INCOMPLETOS / INCORRECTOS.
6	ACCIONES CORRECTIVAS	<p>Auditorías pendientes de cierre:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Auditoría INS - Verificación de Estándares de Calidad, los planes de acción fueron enviados al INS, se están trabajando en las observaciones remitidas. Se radican los planes originales a Control interno con el respectivo seguimiento de avances en las actividades programadas dentro de los Planes de Acción. 2. Auditoría Interna bajo la Norma ISO/IEC 17025:2017, se tiene formulados cinco (5) planes de acción de las 10 No Conformidades.

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 80 de 279

7	ACCIONES DE MEJORA	<p>1. Auditoría INS - Verificación de Estándares de Calidad: 22 Observaciones (Debilidades) pendiente por formular plan de mejora.</p> <p>2. Auditoría interna de ISO/IEC 17025: Dos oportunidades de mejora pendientes por ejecutar.</p>
8	CAMBIOS QUE PODRÍAN AFECTAR EL SGC Y EL PROCESO	Cambio del personal clave del LSP, Profesional LEISP-Virología, profesionales contratistas de apoyo ingresan al laboratorio al final del segundo trimestre. Continuación del proyecto de adecuación del LSP que afectaría los resultados de las auditorías durante el año.
9	RESULTADOS DE LOS COMPROMISOS ADQUIRIDOS	Seguimiento al proyecto de adecuación de infraestructura del LSP.

 <p>Instituto Departamental de Salud de Narino</p>	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03- 01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 81 de 279

CALIDAD Y ASEGURAMIENTO

1. ASEGURAMIENTO

COBERTURA DEL ASEGURAMIENTO

Fortalecimiento De La Autoridad Sanitaria Para La Gestión De La Salud – SG.

PROGRAMA: MI NARIÑO SALUDABLE CON FORTALECIMIENTO EN ATENCION PRIMARIA EN SALUD.

SUBPROGRAMA: FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA

OBJETIVO: Fortalecer el desarrollo de la gestión del riesgo individual y colectiva en salud para la mitigación del riesgo por fallas en la atención en los servicios de salud y reducción de la carga de enfermedad en el departamento de Nariño.

**COBERTURA UNIVERSAL ASEGURAMIENTO
Departamento de Nariño
2019 – 2023**

AÑO	Total, Afiliados	Cobertura Aseguramiento
dic-19	1.426.362	77,92%
dic-20	1.449.412	89,06%
dic-21	1.474.256	90,54%
dic-22	1.488.182	91,29%
may-23	1.486.475	91,13%
Crecimiento 2019/2022	60.113	13,21%

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Afiliados a Salud / SFTP ADRES

Línea Base a 2019: 77,92%
Meta Cuatrienio a 2023: 95.00%
Logro a mayo de 2023: 91.13%

LOGRO: Se incrementó en **13,21%** la cobertura en aseguramiento en las vigencias 2019 al 2023, logrando afiliar **60.113** personas al SGSSS.

Dentro del proceso de ASISTENCIA TECNICA, y fortalecimiento de la vigilancia en la OPERACIÓN DEL ASEGURAMIENTO, se han adelantado las siguientes actividades:

- Priorización en el proceso de vigilancia VIGENCIAS 2019 -2023, a Municipios con indicadores inferiores al 90% en el proceso de aseguramiento, estableciendo PLAN DE ACCION, para seguimiento por parte del IDSN.
- Expedición trimestral (2019 a 2023). de Circulares externas con seguimiento pormenorizado de todos los indicadores de aseguramiento.
- Febrero 7 de 2023, Asistencia técnica web, Revisión general, frente al diligenciamiento, cargue de Soportes y evidencias del formulario "REQUERIMIENTO ANUAL"; Explicación cargue de SOPORTES CORRECTOS.



INFORME DE GESTIÓN 1-2022

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 83 de 279

- Marzo 15 de 2023, Articulación Intersectorial (ACNUR), Reunión, socialización y acuerdos sobre la implementación de la iniciativa de fortalecimiento del proceso de aseguramiento de la población refugiada y migrante en los municipios de **Pasto, Ipiales y Tumaco**, esta iniciativa es implementada bajo la articulación del IDSN y la Agencia de Naciones Unidas para los Refugiados ACNUR. El proyecto tiene por objetivo mejorar el acceso efectivo a la salud de la población refugiada, migrante venezolana con estatus migratorio regular y colombianos retornados, a través del apoyo a las Secretarías de Salud Municipales para la gestión del aseguramiento en salud, de orientación y acompañamiento para la resolución de barreras para el acceso efectivo a la atención en salud para personas refugiadas, retornadas, migrantes, comunidad de acogida y solicitantes de asilo.
- Convocatoria, abril 11 de 2023, Invitación oficio SCA-A-20027889-23 Asistencia Técnica en lineamientos para el Aseguramiento en salud de la Población Pobre, Vulnerable de difícil afiliación y Población Migrante Irregular, a desarrollarse el 17/04/2023.
- Circular Externa del IDSN 061-23 del 28/03/2023 - Comunicado Resolución 406 de 2023, Expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social, por la cual "Se establecen parámetros para la depuración de los documentos temporales de Adulto y Menor Sin Identificar (AS Y MS) que se encuentran en la Base Única De Afiliados - BDUA".
- Circular Externa del IDSN 061-23 del 28/03/2023 – Comunicado Resolución 762 de 2023, Expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social, por la cual "Se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de /as bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES".
- Circular Externa del IDSN 096-23 del 13/04/2023 – Comunicado Decreto 439 de 2023, Expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social, por el cual "Se modifica el artículo 6 del Decreto 616 de 2022 en el sentido de ampliar un plazo".
- Como cierre a las actividades del primer trimestre de 2023, los 64 municipios deben dar estricto cumplimiento a la Circular Externa del IDSN 228-22 del 22/08/2022 - Comunicado Oficio Superintendencia Nacional de Salud 20225000001152381 del 18/08/2022, el cual tiene por asunto "Directrices y orientaciones para el ejercicio de las funciones de IV del Aseguramiento y la Prestación de Servicios de competencia de las Entidades Territoriales". Siendo así hasta el 20 de abril de 2023, deberán presentar al IDSN, todas las gestiones realizadas en el primer trimestre del año 2023, a fin de realizar seguimiento, para las acciones de inspección y vigilancia. Es reiterativo informar que los componentes de vigilancia, se relacionan a continuación:

MENSUAL	TRIMESTRAL:
1.-Población Pobre No Asegurada - Circular D-315-20 de 2020.	1.- Estrategia MSPS Víctimas - Oficio SCA-A-1503838-15 del 17/04/2015.
2.- Reporte Listados Censales - Oficio MSPS 202131200163321 ListCens - Res 1838-19.	2.- Estrategia MSPS Más Familias en Acción – DPS – Oficio- SCA.A-1505815-15 del 16/06/2015.
3.- Afiliación de Oficio Personas con PPT	3.- Circular Externa IDSN 228-22 - Comunicado Oficio SNS 120225000001152381 (Directrices IV)
	COBERTURA UNIVERSAL. Promoción del Aseguramiento.



INFORME DE GESTIÓN 1-2022

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

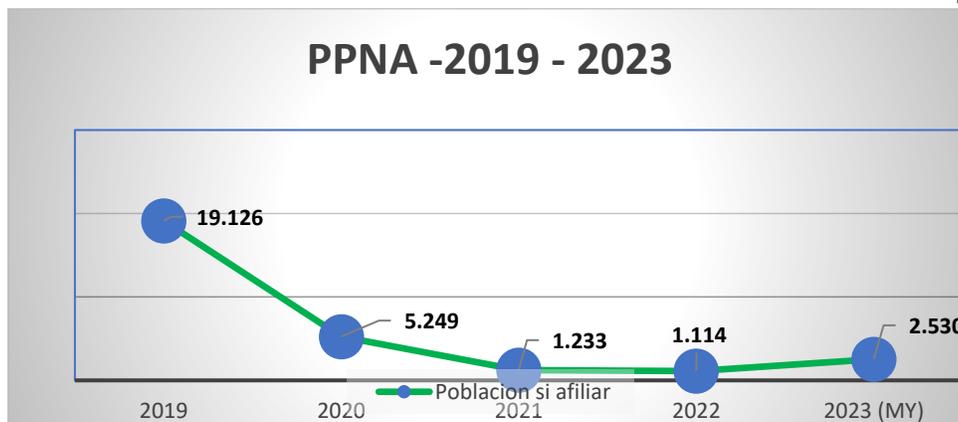
FECHA: 23-08-2013

	<p>Aplicación de la encuesta SISBEN. Generación, consolidación y reporte de listados censales. Implementación del SAT. Afiliación de oficio. Movilidad Portabilidad. Implementación de un sistema de información. Validación de los listados censales de la población indígena y Rrom. Reporte de novedades. Articulación intersectorial. Contribución Solidaria. IV al aseguramiento (SOLO TUMACO). Implementación de la Guía de Auditoría - GAUDI. Asistencia técnica a municipios y a personas de la jurisdicción. Código de Buen Gobierno.</p>
--	---

LOGRO: Actores del Sistema General de Seguridad Social (municipios – IPS / ESE/ EPS), capacitados en la normatividad vigente en aseguramiento, con priorización en vigilancia según indicadores, gestiones indispensables para lograr la cobertura universal en aseguramiento. Siendo así se logró disminuir la población sin afiliar entre los periodos 2019 a 2023 en **16.596 personas.**

AÑO	Población si afiliar
2019	19.126
2020	5.249
2021	1.233
2022	1.114
2023 (MY)	2.530
Variación 2019/2022	(16.596)

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Afiliados a Salud / SFTP ADRES



RETOS:

Lograr al 100% la cobertura universal del aseguramiento en salud, de todas las Persona pobres sin afiliación del DEPARTAMENTO DE NARIÑO

DIFICULTADES:

- Limitación en la plena identificación de las personas potencialmente afiliarse al régimen subsidiado.
- Aplicación y acceso a la información de SISBEN IV.
- Dispersión geográfica accesibilidad costa pacífica para proceso de afiliación.
- Fenómeno Migratorio, sin plena identificación no puede acceder al SGSSS.

FLUJO DE RECURSOS

El IDSN, en articulación con el Ministerio de Salud Protección Social y seguimiento periódico de la Superintendencia Nacional de Salud, durante las vigencias 2019 -2023, ejecuto MESAS DE FLUJO DE RECURSOS Y CIRCULAR 030 DEL 2013, así:

**EJECUCION MESAS DE FLUJO DE RECURSOS Y CIRCULAR 030
RECUPERACION CARTERA POR VENTA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD
2020 – 2023**

AÑO	Mesas flujo de recursos- C/30/IDSN	Total	Valor
		Mesas	Pagado
2022	4	40.852.014.512	35.579.670.997
2023	2	11.433.825.084	2.773.940.639

LOGRO: En el primer semestre de la vigencia 2023, se han convocado y ejecutado por parte del IDSN, un total de **2 mesas s/n Circular 030**, con acuerdos de pagos por valor de **\$ 11.433 Millones, recuperados** efectivamente **\$ 2.773 Millones**, equivalentes al **24%** de recuperación, gestiones que fortalecen la liquidez de la red pública y privada del Departamento de Nariño.

Actividades 2023

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 86 de 279

- El IDSN, adelanto la vigencia 2023, con corte a 30 de junio de 2023, adelanto 02 jornadas de Circular 030/2013, para la recuperación de cartera entre las EPS y la red pública y privada del Departamento de Nariño, obteniendo unos resultados por valor de **\$ 11.433.825.084**
- Se adelantó Jornada de Conciliación y Depuración previa a la Segunda Mesa de Salud con las EPS Habilitadas en el Departamento de Nariño y la red Pública y Privada, resultado de la jornada se logró que de una cartera por valor de **\$ 372.840.110.707**, se obtuvo un CARTERA CONCILIADA, DEPURADA Y LIBRE PARA PAGO por valor de **\$ 228.761.193.320**.
- Entrega a la Superintendencia Nacional de Salud y Procuraduría Regional de Nariño, informes periódicos de las acciones adelantadas por parte del IDSN frente a los presuntos incumplimientos en cuanto a la suscripción de acuerdos de pago sin giro efectivo de recursos.
- De las acciones de Inspección y Vigilancia realizadas por parte del IDSN a la **SUPERSALUD y PROCURADURIA REGIONAL DE NARIÑO**, frente a la problemática e incumplimiento a los acuerdos de pagos, presentada en el departamento de Nariño con la Red Pública y Privada, con la intervención de la **EPS EMSSANAR Y ASMETSALUD**; de este proceso se recibe respuesta por parte de la **SUPERSALUD según NURC 20233100201086771**, donde se expone que se dará traslado a la traslado a la **Delegada de Investigaciones Administrativas de la SUPERSALUD**, con el fin de configure la infracción administrativa.
- Adicional y en atención a las PQR recepcionadas en el IDSN, por prestación de servicios de salud y flujo de recursos, se ha convocado a reuniones con los actores involucrados, de lo cual como resultado se han generado actas y seguimiento a las mismas con el fin de dar cumplimiento a cada uno de los compromisos.

RETOS:

- Continuar con las acciones de inspección y vigilancia en el flujo de recursos, tanto en las mesas Departamentales como de nivel Nacional; acciones que se continuaran remitiendo a la Superintendencia Nacional de Salud con el fin de que se ejerzan las medidas de control, tendientes a la recuperación de recursos y por ende garantizar la calidad en la prestación de servicios de salud en Nariño.

DIFICULTADES:

- Falta de compromiso por parte de algunas EPS – IPS, habilitadas en el Departamento de Nariño, que presentan reiterados incumplimientos en los Acuerdos de pago y gestiones de depuración de cartera, acciones de vigilancia, ya reportadas ante los entes de control para las acciones pertinentes.
- Incertidumbre por medidas especiales por parte de la SUPERSALUD, a las EPS del régimen subsidiado (EMSSANAR – ASMETSALUD)
- Pese a que existen directrices nacionales y normatividad ya establecida, la omisión por parte de las ERP ha sido constante, sin desconocer que el IDSN ha exhortado y ha sido acucioso en generar evidencias ante los entes de control; mismas que no han surtido de manera efectiva y oportuna a las sanciones a que haya lugar, que permitan dar de una solución de fondo a la problemática en Salud en el Departamento de Nariño.

COFINANCIACION DEPARTAMENTAL REGIMEN SUBSIDIADO



INFORME DE GESTIÓN 1-2022

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 87 de 279

LOGROS:

A la fecha el Departamento, cofinancia al 100% los recursos para garantizar la afiliación de 1.163.813 pertenecientes al régimen subsidiado, cofinanciación con recursos propios del departamento (rentas cedidas), que mensualmente se aplican a través del GIRO DIRECTO NACIONAL, a toda la red pública y privada del departamento.

ASIGNACION DE RECURSOS PROPIOS DEPARTAMENTALES PARA LA AFILIACION AL REGIMEN SUBSIDIADO

El Departamento de Nariño, a través del IDSN y en cumplimiento al artículo 44 de la Ley 1438 de 2011, en la vigencia 2023, continua con la cofinanciación del régimen subsidiado en los 64 Municipios del Departamento, asignando un monto inicial para el 2023 de \$ 4 que cofinancia la afiliación al régimen subsidiado de 1.180.443 personas del departamento de Nariño.

GIRO ESFUERZO PROPIO DEPARTAMENTAL - RÉGIMEN SUBSIDIADO 2019 – 2023

AÑO	Cofinanciación R. Subsidiado (\$)	Afiliados Subsidiado	Régimen
2019	21.252.001.985	1.126.997	
2020	48.470.240.810	1.144.959	
2021	44.005.133.809	1.145.307	
2022	53.592.044.857	1.176.725	
2023	47.623.873.672	1.180.443	
Crecimiento 2019 a 2023	26.371.871.687	53.446	

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Afiliados a Salud / SFTP ADRES

RETOS:

Para la vigencia 2023, cofinanciar al 100% los recursos liquidados por ADRES, para continuar con la cofinanciación del régimen subsidiado.

AUDITORIA A LAS EAPB Y SEGUIMIENTO A MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO EN EL PROCESO DE AUDITORIA GAUDI.

En la vigencia 2023, bajo las directrices de la auditoria GAUDI emitida por la Supersalud, se evaluó desde el componente de aseguramiento a las 6 EAPB que hacen presencia en el departamento de Nariño, al igual que la evaluación de los resultados de verificación a 63 Municipios (a excepción de Tumaco, por considerarse distrito), auditados por sus Direcciones Locales de Salud. El periodo de evaluación correspondió al segundo semestre del 2022.

En el marco de lo dispuesto en la Ley 715 articulo 43 y circular 001 del 2020 de la Superintendencia Nacional de Salud y circular externa 202215100000046-5 del 29 de abril de 2022. Se inicio el proceso de Auditoria GAUDI, desde el 01 de febrero del 2023 con el cargue de documentos de auditorías realizadas por las DLS de los 63 municipios; al mismo tiempo se iniciaron las auditorías a las EAPB por parte del IDSN, concluyendo con el cierre

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 88 de 279

del proceso en el aplicativo el 31 de marzo del 2023, para la posterior revisión por parte de la Supersalud; Es de anotar que una vez terminadas las fases de verificación realizadas por el equipo de auditoría del IDSN sobre la información cargada por los municipios y contenida en el aplicativo GAUDI, hay plazos contemplados en la mencionada circular para los diferentes actores del proceso, en los cuales principalmente los municipios podrán realizar los ajustes necesarios sobre las observaciones realizadas por el equipo auditor del IDSN.

Cronograma de actividades IV - EAPB

ID	EAPB	ALCANCE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACION
1	ASMET SALUD	Inspección y vigilancia estándares y criterios de eje de aseguramiento	08 febrero del 2023	10 febrero del 2023
2	MALLAMAS	Inspección y vigilancia estándares y criterios de eje de aseguramiento	13 febrero del 2023	17 febrero del 2023
3	FAMISANAR	Inspección y vigilancia estándares y criterios de eje de aseguramiento	20 febrero del 2023	24 febrero del 2023
4	SANITAS	Inspección y vigilancia estándares y criterios de eje de aseguramiento	27 febrero del 2023	03 marzo del 2023
5	NUEVA EPS RC	Inspección y vigilancia estándares y criterios de eje de aseguramiento	06 marzo del 2023	10 marzo del 2023
6	NUEVA EPS RS	Inspección y vigilancia estándares y criterios de eje de aseguramiento	13 marzo del 2023	17 marzo del 2023
7	EMSSANAR	Inspección y vigilancia estándares y criterios de eje de aseguramiento	21 marzo del 2023	24 marzo del 2023

Plazos para departamentos y distritos excepcional

Período objeto de auditoría	Plazos máximos para cargue de información
Julio 1 de 2022 a diciembre 31 de 2022	31 de marzo del 2023

Plazos para municipios excepcional

Período objeto de auditoría	Plazos para primer cargue de información por los municipios	Plazos para revisión de la información por el departamento	Plazos para ajustes a la información por los municipios	Plazos máximos para cargue de información avalada por Dpto.

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 89 de 279

Julio 1 a diciembre 31 de 2022	Enero 1 a febrero 15 de 2023	Febrero 16 al 28 de 2023	Marzo 1 al 15 de 2023	31 de marzo de 2023
--------------------------------	------------------------------	--------------------------	-----------------------	---------------------

Los resultados a la fecha involucran la evaluación del 100 % DE EAPB REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO.

	ASMETSALUD	MALLAMAS	SANITAS	FAMISANAR	NUEVA EPS RC	NUEVA EPS RS	EMSSANAR
1. CARACTERIZACIÓN POBLACIONAL La EPS cuenta con una caracterización poblacional que contenga el análisis demográfico de su población afiliada.	NO CUMPLE	NO CUMPLE	NO CUMPLE	NO CUMPLE	NO CUMPLE	NO CUMPLE	NO CUMPLE
2. GESTIÓN DEL RIESGO La EPS realizó las acciones de gestión del riesgo individual de sus afiliados y concerto acciones colectivas teniendo en cuenta los resultados de la caracterización.	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
3. RED INTEGRAL RIPSS HABILITADA. La EPS tiene habilitada la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud – RIPS.	CUMPLE	NO APLICA	CUMPLE	NO CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
4. ANÁLISIS INDICADORES DE LA CALIDAD Y ESTRATEGIAS DE MEJORAMIENTO La EPS realizó análisis de los indicadores de monitoreo de la calidad en salud (Res. 256/16) e implementó estrategias de mejoramiento.	23/33 INDICADORES	31/33 INDICADORES	33/33 INDICADORES	23/33 INDICADORES	30/33 INDICADORES	30/33 INDICADORES	33/33 INDICADORES
5. AFILIACIÓN Y NOVEDADES La EPS realiza las verificaciones relacionadas con la afiliación y novedades presentadas a través del Sistema de Afiliación Transaccional – SAT.	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
6. AFILIACIÓN Y NOVEDADES La EPS garantiza a los usuarios en movilidad o portabilidad la continuidad del aseguramiento y la prestación de los servicios que venían recibiendo.	NO CUMPLE	NO CUMPLE	NO CUMPLE	NO CUMPLE	NO CUMPLE	NO CUMPLE	NO CUMPLE
7. INFORMACIÓN: La EPS cumple de manera oportuna y resolutive los requerimientos de información. Ejes Art 37 de la Ley 1122 de 2007	NO CUMPLE	NO CUMPLE	NO CUMPLE	NO CUMPLE	NO CUMPLE	NO CUMPLE	NO CUMPLE

Porcentaje de cumplimiento de las EAPB, en los dos últimos semestres

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 90 de 279

EAPB	I SEM 2022	II SEM 2022	TENDENCIA
ASMET SALUD	54 %	53 %	↓
MALLAMAS	71 %	56 %	↓
SANITAS	57 %	57 %	=
FAMISANAR	22 %	24%	↑
NUEVA EPS RC	43 %	41 %	↓
NUEVA EPS RS	43 %	56%	↑
EMSSANAR	56 %	57 %	↑

Frente a las acciones de los municipios en el marco de la auditoría GAUDI se reportan a la fecha la ejecución y verificación del proceso de auditoría al 100 % de los Municipios del Departamento de Nariño (63), exceptuando Tumaco por tratarse de Distrito.

Los 63 municipios del Departamento, cargaron en la plataforma GAUDI 257 auditorías ejecutadas a las 6 AEPB que hacen presencia en el territorio, las cuales fueron verificadas en su totalidad por el equipo GAUDI – IDSN.

EAPB	AUDITORIAS	ESTADO
Asmet salud	23 auditorias	Finalizadas
Mallamás	24 auditorias	Finalizadas
Famisanar	1 auditoria	Finalizadas
Nueva EPS RC	58 auditorias	Finalizadas
Nueva EPS RS	62 auditorias	Finalizadas
Sanitas	36 auditorias	Finalizadas
Emssanar	53 auditorias	Finalizadas

LOGROS EQUIPO DE AUDITORIA EAPB SCA - SSP

- Se emitieron asistencias técnicas a las 6 EAPB y a los 63 municipios, para el fortalecimiento de factores como el aseguramiento, el cumplimiento de metas, la vigilancia estricta al mejoramiento de la atención a los usuarios, la mitigación de los riesgos en la prestación de los servicios y las condiciones de estabilidad operativa y financiera.

Asistencia técnica	Fecha
Asistencia técnica EAPB – CRITERIO 1	03 de mayo 2023
Asistencia técnica ALCALDES MUNICIPALES, DLS, EQUIPOS AUDITORES PROCESO GAUDI	9 y 10 de mayo 2023
Asistencia técnica EAPB SANITAS	23 de mayo 2023
Asistencia técnica EAPB EMSSANAR	23 de mayo 2023
Asistencia técnica EAPB ASMET SALUD	24 de mayo 2023



INFORME DE GESTIÓN 1-2022

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 91 de 279

Asistencia técnica EAPB MALLAMAS	24 de mayo 2023
Asistencia técnica EAPB FAMISANAR	24 de mayo 2023
Asistencia técnica EAPB NUEVA EPS	24 de mayo 2023

- En el marco de nuestra función misional, desarrollamos acciones de inspección y vigilancia mediante visitas y auditorías integrales, documentales conforme a los lineamientos de la superintendencia nacional de salud, cumpliendo el 100 % tanto en las EAPB como en los 63 municipios del Departamento de Nariño. Sirviendo de base para la toma de decisiones sobre los actores de la cadena de la salud para proteger a todos los segmentos de la sociedad.
- En el primer semestre de la vigencia 2023 se realizó verificación de los planes de mejora cargados por los Municipios, correspondientes a la auditoría GAUDI realizada del periodo del 2021.
- Hemos gestionado peticiones, quejas, reclamos y denuncias (PQRD) que han sido formuladas por todo tipo de motivos, desde la falta de oportunidad en la asignación de citas de medicina especializada hasta la no entrega de medicamentos, pasando por la demora en autorización de tratamientos a patologías de alto riesgo.

AUDITORIA A LA GESTION Y APLICACIÓN DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCION MATERNO PERINATAL – PLAN DE ACELERACION DE LA REDUCCION DE LA MORTALIDAD MATERNA.

Bajo el marco del plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna emitido por el Ministerio de Salud y el artículo 6 de la ley 1751 de 2015, para garantizar el derecho fundamental a la salud en el grupo poblacional de gestantes. Se realiza auditoria de inspección y vigilancia según lo de lo dispuesto en la Ley 715 articulo 43 por parte del IDSN, a las 6 EAPB presentes en el Departamento de Nariño; verificando la garantía y gestión de la operatividad de la ruta integral de atención materno perinatal con la red de prestadores inscritas, contratadas y activas para en los 6 municipios priorizados por el PRMP (Pasto, Tumaco, Ipiales, Barbacoas, Olaya Herrera y El Charco), verificando la integralidad de la prestación de la ruta materno perinatal y los contratos que se encuentran bajo el Decreto 441 del 2022 en los municipios ya descritos, aplicando dos herramientas de auditoría.

Cronograma:

EAPB	FECHA
FAMISANAR	29 y 30 mayo 2023
NUEVA EPS	31 de mayo y 7 junio 2023
EMSSANAR	1 y 2 de junio 2023
SANITAS	4 y 5 de julio 2023
ASMET SALUD	13 y 14 julio 2023
MALLAMAS	17,18 y 19 julio 2023

La ejecución de la auditoria, permite la verificación de la integralidad de la Ruta Materno perinatal, identificando la red de prestadores de las EAPB y estado y caracterización de la contratación para garantizar la atención en los 6 municipios priorizados, donde hacen presencia, se enfatiza en la contratación de IVE, anticonceptivos de larga duración y albergues para población indígena y materna.

INFORME DE GESTION DE RIESGO A LAS EAPB – PQR ENERO A JUNIO DEL 2023

	NO AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O PROCEDIMIENTOS	NO ASIGNACION DE CITAS MEDICAS	INOPORTUNIDAD ENTREGA MEDICAMENTOS	FALLAS EN LA CALIDAD DEL SERVICIO	NO AUTORIZACION TRANSPORTE	OTROS	TOTAL
EPS							
EMSSANAR	12	3	20	1	1	3	40
NUEVA EPS	3	3	5	4	1	0	16
SANITAS	2	6	3	4	0	0	15
ASMET SALUD	3	1	4	1	1	1	11
MALLAMAS	0	0	0	0	2	0	2
FAMISANAR	1	0	0	1	0	0	1
SUBTOTAL	21	13	32	10	5	4	85
PARTICIPACION	24.7%	15.3%	37.6%	11.8%	5.8%	4.7%	100%

En la tabla anterior se puede observar en el periodo analizado que: los usuarios radicaron un total de 85 quejas, de las cuales 40 quejas son de la EPS Emssanar, quien es la EPS a la cual más radican PQRs o sea el 47% de las quejas le corresponden a Emssanar del total de PQR radicadas en el periodo. A la NUEVA EPS y SANITAS, les radicaron 16 y 15 PQRs en este periodo, que representan el 18% y 17%, respectivamente del total de las 85 quejas radicadas entre enero y junio del 2023.

Por otra parte, se puede observar que la CAUSA por la que más quejan los usuarios es por la **INOPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS**, con 32 quejas por esta causa de las 85 radicadas. También es importante tener en cuenta que la segunda causa es por **NO AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O PROCEDIMIENTOS**, con 21 quejas radicadas.

**ESTADO DE LAS QUEJAS POR EAPB
ENERO– JUNIO 2023**

EPS	TOTAL, PQRE	CERRADAS	ABIERTAS
EMSSANAR	40	30	10
NUEVA EPS	16	12	4
SANITAS	15	13	3
ASMET SALUD	11	8	3
MALLAMAS	2	0	2
FAMISANAR	1	1	0
SUBTOTAL	85	64	22
PARTICIPACION	100%	75%	25%

De la anterior tabla, podemos deducir que la gestión de las respuestas a las quejas presentadas por las diferentes EAPB **NO** ha sido aceptable en el periodo referido, teniendo en cuenta que de las 85 PQR radicadas, se han respondido y cerrado efectivamente 64 de ellas, que representa proporcionalmente a un 75%% de efectividad en la respuesta y cierre de las quejas radicadas en el periodo.

Se destaca la gestión de la EPS EMSSANAR, quien es la EPS a la cual le radican la mayoría de quejas, tienen pendiente por cerrar y/o responder 10.

La NUEVA EPS en este periodo de las 16 quejas radicadas, ha cerrado y/o respondido por 12 de ellas y le falta por cerrar/responder 4 de las quejas. A si mismo se observa que SANITAS no ha respondido a 3 de las 13 quejas radicadas.

De forma general se observa una disminución en la gestión de las respuestas y/o cierre, por parte de las EAPB; considerándose una baja gestión en las quejas radicadas, entendiéndose que la mayoría le corresponde a la INOPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS, que las EAPB tiene contratado este servicio con distintos proveedores, a excepción de la EAPB SANITAS, que su causa mayor es por la no gestión en la asignación de las citas médicas.

2. PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

PROGRAMA: MI NARIÑO SALUDABLE CON FORTALECIMIENTO EN ATENCION PRIMARIA EN SALUD.

SUBPROGRAMA: FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA

AVANCE EN LA GESTIÓN DE PROGRAMAS, SUBPROGRAMAS Y/O PROYECTOS

OBJETIVO: Fortalecer el desarrollo de la gestión del riesgo individual y colectiva en salud para la mitigación del riesgo por fallas en la atención en los servicios de salud y reducción de la carga de enfermedad en el departamento de Nariño

Meta de resultado 2023: Mantenido en los municipios priorizados del Departamento el desarrollo de la Estrategia de Atención Primaria en Salud

Meta de producto: Mantener en el cuatrienio al 100% de inspección vigilancia y control a todos los prestadores de servicios de salud del departamento de Nariño.

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

1.- Actividad

- **Seguimiento a la contratación de servicios de salud con recursos subsidio a la oferta de baja, mediana y alta complejidad.**

LOGROS:

- Distribución de Recursos SGP 2023 por un **VALOR INICIAL DE CONTRATOS \$ 7.522.445.397**
- Se gestionó la documentación necesaria y pertinente para la firma de los contratos, con los 21 municipios con los cuales se realizó la dispersión de los recursos del subcomponente del subsidio a la oferta del Sistema general de Participaciones – SGP- 2023, destinados a la financiación de los gastos de operación de las Empresas Sociales del Estado o de la infraestructura pública administrada por terceros para el año 2023.
- Se realizaron reuniones virtuales y vía telefónica con los asesores de las ESES municipales con las cuales se tienen convenios contractuales del subcomponente del subsidio a la oferta del Sistema general de Participaciones – SGP- 2023, reuniones destinadas a la asesoría para la correcta realización de los informes y soportes para pagos parciales y/o finales de los contratos.

DIFICULTADES:

- Entrega inoportuna por parte de las administraciones de las ESE – IPS de baja y mediana complejidad de los soportes requeridos por los supervisores de los contratos para realizar las actas de pago respectivas.
- Inoportuna firma y legalización de los convenios contractuales de los servicios de salud de baja y mediana complejidad por parte de las ESE – IPS.
- Normatividad expedida en el transcurso de la vigencia de la gestión contractual.
- Levantamiento de la reserva presupuestal tardía.
- Notificación de la supervisión de los contratos tardía.

RETOS:

- Realizar de manera oportuna, pagos parciales trimestrales de los contratos de baja complejidad con las ESE de los municipios con los cuales se realizó la dispersión de los recursos del subcomponente del subsidio a la oferta del Sistema general de Participaciones – SGP- 2023, destinados a la financiación de los gastos de operación de las empresas sociales del estado o de la infraestructura pública administrada por terceros para el año 2023. Lo anterior con el concurso y en común unión con los supervisores delegados de los contratos.
- Garantizar la operación y prestación de los servicios de salud con calidad por parte de la ESE o del administrador de infraestructura pública de las sedes que sean monopolio en servicios trazadores

2.- Actividad

- **Ordenes o autorizaciones de servicios para la atención en salud de pacientes de difícil afiliación y/ o pacientes migrantes irregulares ordenados por Fallo de Tutela.**

Con la aplicación exhaustiva de la normatividad vigente relacionada la con la responsabilidad de las de garantizar las autorizaciones por servicios NO UPC, las cuales fueron asignadas a las EAPB y al ADRES y la normatividad referente a la Universalización de la afiliación al sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, Ley 1955 de 2019 y Decreto 064 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección social, se verifica que el volumen de

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 95 de 279

autorizaciones expedidas por el Instituto Departamental de Salud de Nariño – IDSN, cada vez es menor, teniendo en cuenta que la normatividad mencionada le quito las competencias presupuestales al IDSN.

Por otra parte, es importante también consignar que el volumen de solicitudes de autorizaciones para procedimientos posteriores a la atención inicial de Urgencias a pacientes migrantes irregulares o regular no afiliado al SGSSS realizadas al IDSN, ha ido cada día en aumento y sobre todo para atenciones de salud mental.

Este incremento de solicitudes de servicios de salud para la población migrante irregular y la potencial responsabilidad de su autorización por parte del ente territorial departamental, para el caso el Instituto Departamental de salud de Nariño, se hace más compleja, difícil y exigible en el entendido que los estrados judiciales están avalando dicha responsabilidad a través de órdenes judiciales como las tutelas, se debe tener en cuenta que la estrategia desarrollada por el IDSN frente al aseguramiento (Decreto 064) dirigido a las 64 direcciones locales y/o secretarías de salud y a 354 IPS de baja mediana y alta complejidad de los municipios del departamento de Nariño.

PERIODO	AUTORIZACIONES
01 DE ENERO A 30 DE JUNIO DEL 2023	1



INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO

ATENCION A LA POBLACION POBRE Y VULNERABLE

SOLICITUDES POR SERVICIO

PERIODO: 01/01/2023 A 30/06/2023

Tipo de Servicio Solicitado		Cantidad
7	Consulta	1
Total:		1

De acuerdo con esta tabla el número total de solicitudes de servicios de salud realizadas en el periodo comprendido entre el 1 de enero al 30 de junio del 2023, se verifica que las solicitudes por procedimientos corresponden al 1%, que ocupa el primer lugar de todas las solicitudes realizadas en el periodo analizado.

AUTORIZACIONES DE SOLICITUDES POR DIAGNOSTICO

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 96 de 279



INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO
ATENCIÓN A LA POBLACIÓN POBRE Y VULNERABLE

SOLICITUD x DIAGNOSTICOS
PERIODO: 01/01/2023 A 30/06/2023

CIEX	DETALLE	Cantidad
5529	Fractura del antebrazo, parte no especificada	1
Total:		1

Con relación a las solicitudes de servicios de salud, las solicitudes que ocuparon el primer lugar en el periodo analizado enero 1 – a 30 junio del 2023, correspondieron a las solicitudes por fractura de antebrazo no especificada del 1% del total de solicitudes realizadas en el periodo analizado.

LOGROS:

- Expedición de autorizaciones de servicios de salud de manera oportuna, en menos de 24 horas, de las solicitudes allegadas a la oficina de atención al usuario de pacientes de difícil afiliación que efectivamente son responsabilidad del IDSN.
- Expedición de autorizaciones de servicios de salud y/o solución de la solicitud del servicio, del 100% de las solicitudes realizadas por la población pobre no afiliada de difícil afiliación, responsabilidad del Instituto Departamental de salud de Nariño.
- Expedición de autorizaciones de servicios de salud del 100%, de las solicitudes de servicios de salud radicadas por la población migrante irregular a través de vía tutela.

DIFICULTADES:

- Deficiente asignación de recursos por parte del Ministerio de Salud, para el cumplimiento del pago de las atenciones de Urgencias a la red de IPS y E.S.E. de mediana y alta complejidad que atienden a la población migrante irregular.
- Falta de red de la alta complejidad, 4 nivel, tanto dentro como fuera del departamento para la atención de la población PPNA de difícil afiliación y migrante irregular.
- Restricción en la prestación de servicios de salud, por parte de algunos prestadores de servicios de salud a la población migrante irregular, como mecanismo de presión para pagos por parte de las I.P.S.
- Incremento de las Tutelas o Incidentes de desacato en contra del IDSN, como mecanismo para obtener la prestación de un servicio de Salud a la población migrante irregular.

RETOS:

- Acompañamiento al migrante irregular que solicita servicios de salud, para conseguir su regularización en el país (PPT) y así lograr la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Buscar las alternativas necesarias tanto administrativas como financieras para poder cumplir con las solicitudes directas o a través vía tutela de los servicios de salud de la población migrante irregular.
- Disminuir la expedición de autorizaciones de servicios de salud para la Población Pobre No Afiliada (PPNA) al sistema general de seguridad social en salud, mediante la efectiva aplicación del Decreto 064 de 2020 del Ministerio de Salud y la Protección Social, que propende por la afiliación universal.

3.- Actividad



INFORME DE GESTIÓN 1-2022

CÓDIGO: F-PGED03-
01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 97 de 279

- **Recepción, respuesta y resolución oportuna a los derechos de petición relacionados con salud, interpuestos ante el IDSN por la población en general.**

Para la Oficina de Atención al Usuario del IDSN, el ejercicio del derecho de petición no se limita a la posibilidad de elevar peticiones respetuosas, sino es igualmente el derecho a recibir una respuesta a la solicitud realizada.

Esta contestación la hacemos sujeta a los requerimientos establecidos en la ley, es decir, independientemente de que lo resuelto por la entidad sea adverso o no a los intereses del peticionario, la resolución del asunto cuenta con un estudio minucioso de lo pretendido, argumentos claros, coherentes, dando solución a lo que se plantea de manera precisa, suficiente, efectiva y sin evasivas de ninguna clase.

La importancia del Derecho de Petición como derecho fundamental regulado en el artículo 23 de nuestra Carta Magna y regido por el Decreto 1755 de 2015 y demás normas concordantes, el cual en algunas ocasiones es vulnerado por parte de las diferentes Secretarías de Salud, EAPB, ESE e IPS, toda vez que no se le da el tratamiento adecuado por no tener en cuenta los elementos que debe tener la contestación a las peticiones y asumen que con atender parcialmente una solicitud, o en el peor de los casos desviando la respuesta de fondo, están tramitando conforme a derecho la petición impetrada por el administrado, con lo que se está impidiendo que se cumpla la finalidad para la cual fue creado este mecanismo.

Razón por la cual, se considera indispensable describir y analizar los requisitos que debe tener la contestación a un derecho de petición, para que se entienda como una correcta y satisfactoria respuesta de fondo, dando de esta manera una aplicación adecuada a este derecho fundamental.

Derechos de Petición PERIODO ENERO A JUNIO 2023		
PETICION	CANTIDAD	RESPUESTA
Por medicamentos	80	Favorable
Por procedimientos	70	Favorable
Por transporte	55	Parcialmente favorable
Por alojamiento	45	Parcialmente favorable
Por historias clínicas	15	Favorable
Por acompañante	18	Parcialmente favorable
Migrantes	15	Parcialmente favorable
EAPB	32	Parcialmente favorable
IPS	30	Favorable
TOTAL	360	

Hay casos donde la petición se fundamenta por transporte, alojamiento y acompañante a las EAPB, que no prestan el servicio cuando el Municipio de residencia del peticionario no se encuentra dentro de la UPC Diferencial y requieren de orden judicial para hacer el recobro ante la ADRES.

Para la respuesta se tiene en cuenta los siguientes requisitos, Así:

- **Pronta resolución:** Este elemento hace referencia a que las solicitudes deben ser atendidas a tiempo, respetando los plazos razonables señalados para ello, lo cual debe ser lo más breve posible a pesar de los términos concedidos por la norma, por lo tanto, la ausencia de la misma o la respuesta dada por fuera de los términos razonables atentan contra este derecho fundamental.

- **Calidad de la respuesta:** Una respuesta de fondo, congruente, como lo establece la Ley 1755 de 2015. En el caso que el IDSN no sea competente, realizamos su traslado correspondiente, es decir, no es suficiente para nosotros dar una respuesta en la cual se le indique al peticionario que no se es competente, se corre traslado a la autoridad competente o se oficia coadyuvando la petición a la autoridad requerida.
- **La Notificación de la Respuesta:** ponemos en conocimiento del peticionario la respuesta a su requerimiento a través de la dirección física y/o electrónica que nos suministre en su escrito, ya que si no se cumple con este requisito se incurre en una vulneración del derecho constitucional fundamental de petición.

Se presentan dificultades cuando se traslada el contenido del Derecho de Petición a las EAPB y estas demoran en la expedición de autorizaciones que, por lo general, es lo que solicitan los peticionarios y con el fin de no entregar una respuesta que no contenga la solución al requerimiento del usuario llegamos hasta el límite del tiempo establecido en la norma para dar cumplimiento con la respuesta.

Con el fin de dar una solución rápida y efectiva a los usuarios, desde la Oficina de Atención al Usuario, se implementó un formato de SOLICITUD, con el cual se da un acompañamiento a los usuarios de las EAPB y se da una solución a sus solicitudes de forma eficaz en tiempo récord sin que con esto se le restrinja o niegue el acceso a su derecho de presentar la queja ante la SUPERSALUD o demás autoridades que crean conveniente.

Se han incrementado las solicitudes y derechos de petición por cuanto la población migrante requiere acceder a los servicios de salud.

Las EAPB e IPS utilizan este mecanismo también para que el ente de control resuelva sus inquietudes y les de acompañamiento a través de conceptos jurídicos.

4.- Actividad

Recepción y respuesta oportuna a los incidentes de desacato relacionados con salud, interpuestos ante el IDSN por la población en general.

INCIDENTES DE DESACATO Y REQUERIMIENTOS OAU 01 DE ENERO A 30 DE JUNIO 2023		
ACTIVIDAD	CANTIDAD	ENTIDAD
Respuesta a incidentes de desacato	105	Juzgados
Requerimiento cumplimientos de acciones de tutelas	19	EAPB Entes municipales
Derechos de petición de solicitudes	53	IPS Personería Municipal Ministerio del Interior
Informes de acción de tutelas	5	Oficina Asesora jurídica IDSN
Total	182	

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 99 de 279

Se incluyó el cuadro anterior, teniendo en cuenta que son respuestas a acciones de Tutela e incidentes de desacato por incumplimiento a la prestación de servicios de salud y/o el incumplimiento a una orden de Tutela. Actividad que es realizada por la profesional en Derecho de la Oficina de Atención al Usuario.

En el cuadro anterior se puede evidenciar que el 82.5 % corresponde a Respuesta a incidentes de desacato, por incumplimiento por parte de la EAPB, en Garantizar los servicios de salud solicitados, de competencia de estas, según la normatividad vigente. Ley 1955 de 2019.

LOGROS:

- La respuesta que se da desde la Oficina de Atención al Usuario en ocasión a un derecho de petición, incidentes de desacato, es dar una solución efectiva, que conlleve a la solución, o por lo menos al esclarecimiento de lo solicitado en el derecho de petición e incidente de desacato.
- La respuesta a un derecho de petición e incidentes de desacato es puntual, precisa, pertinente; no se da una respuesta evasiva, vaga y que no ofrezca nada al peticionario, se ofrece una solución de fondo.
- Si la oficina no puede ofrecer una solución junto con la respuesta al derecho de petición, se explica o sustentamos el porqué de la imposibilidad de dar una solución de fondo, y obviamente que esa explicación está ajustada a la realidad.
- En este semestre se ven incrementadas las solicitudes y derechos de petición por cuanto la población migrante requiere acceder a los servicios de salud.
- Las EAPB e IPS utilizan este mecanismo también para que el ente de control resuelva sus inquietudes y les de acompañamiento a través de conceptos jurídicos.

DIFICULTADES:

- Se presentan cuando la respuesta requiere que las EAPB o IPS generen una autorización para la entrega de medicamentos o realicen un procedimiento médico.
- En este periodo se ven incrementados las solicitudes y derechos de petición por cuanto la población migrante requiere acceder a los servicios de salud y las EAPB e IPS, utilizan este mecanismo también para que el ente de control resuelva sus inquietudes y les de acompañamiento a través de conceptos jurídicos.

RETOS:

- Dar el trámite a cada una de las solicitudes y Derechos de Petición el tratamiento de atención prioritaria, adoptando medidas de urgencia o conceder tramite preferencial a las peticiones que se nos formulen en especial cuando se trate de reconocimiento de un derecho fundamental y su resolución o respuesta busque evitar un perjuicio irremediable y esté en peligro inminente la vida o integridad del peticionario.

5.- Actividad

- **Auditoría de concurrencia en las IPS del Departamento relacionadas con la prestación de los servicios de salud.**

1. AUDITORIA CONCURRENTE A LA PRESTACION DEL SERVICIO IPS

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 100 de 279

Durante el periodo enero a junio de 2023 se realizó auditoria concurrente a las IPS PERPETUO SOCORRO, para el seguimiento a la prestación del servicio al caso de una usuaria que se encuentra hospitalizada y el esposo de la señora solicita que se realice un seguimiento desde el IDSN, durante el desarrollo de la auditoria se aplicaron los instrumentos para la recolección de la información en aplicación del plan de auditoria aprobado por el Asesor de la Oficina de Atención al usuario y elaborando el informe de auditoría, el informe respectivo se consolidaron y presentaron en forma oportuna al Jefe de la Oficina.

2. SEGUIMIENTO A LOS CASOS QUE LLEGAN AL SERVICIO DE URGENCIAS Y DURANTE SU HOSPITALIZACION.

Se realiza el seguimiento al proceso de hospitalización de los usuarios en los siguientes hospitales como: Hospital Universitario Departamental, Fundación Hospital san Pedro, Hospital Infantil y Clínica Valle de Atriz se hace el análisis de la información reportada por las IPS prestadoras del servicio, se verifica que las IPS cuentan con criterios para ingreso y egreso de pacientes del servicio de urgencias y hospitalización, los que fueron aplicados con el fin de la prestación del servicio de urgencias con oportunidad de acceso y pertinencia en el diagnóstico. El seguimiento permite al Ente territorial conocer la disponibilidad.

Este reporte incluye la descripción de los hallazgos de auditoria concurrente a las EPS y su red de prestadores, y la incidencia de los mismos en el proceso dependiendo de los criterios de internación para la atención en el servicio de urgencias y Hospitalización.

ACTIVIDADES REALIZADAS	RESULTADOS	
<p>Seguimiento diario a la estancia de pacientes hospitalizados en los formatos dispuestos para tal fin IPS que tienen habilitado el servicio de urgencias.</p>	<p>PERIODO ENERO A JUNIO DE 2023</p>	<p>Se recibe diariamente los anexos técnicos número 3 de los diferentes prestadores del Departamento informando los usuarios que se encuentran hospitalizados en el servicio de urgencias y UCI posteriormente se hace seguimiento diario para conocer la evolución de cada paciente de las diferentes Instituciones y revisar la estancia de acuerdo al Dx del paciente. Se evidencia que las IPS aplican los protocolos establecidos para la estancia en el servicio, identificando que desde el inicio del seguimiento los criterios de permanencia son relacionados a la condición clínica del paciente, en este periodo no se reportan estancias asociadas a procesos administrativos.</p> <p>Al realizar el análisis de la información y se verifica que las IPS cuentan con criterios para ingreso y egreso de pacientes del servicio de Urgencias y UCI, los que fueron aplicados con el fin de la prestación del servicio Urgencias con oportunidad de acceso y pertinencia en el diagnóstico.</p> <p>Este reporte incluye la descripción de los hallazgos de auditoria concurrente de cada uno de los hospitales.</p> <p>Se apoya en la elaboración de informe del plan de aceleración de la reducción de la mortalidad materna perinatal en la ejecución de actividades de acuerdo a la matriz donde reportan los siguientes</p>

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 101 de 279

	<p>Municipios El Charco 3, La Llanada 1, Los Andes 2, Nariño 1, Olaya Herrera 2, Pasto 14, Samaniego 11, San Pablo 1, Taminango 3, Tumaco 33, para un total 71, y el seguimiento a las pacientes migrantes embarazadas vía telefónica de acuerdo a la fecha probable de parto para verificar el estado de salud y si continua en el Municipio reportada.</p> <p>Según el reporte que realizan los Municipios en la MATRIZ DE SEGUIMIENTO GESTANTES MIGRANTES los días martes en el primer semestre del año 2023 se reportaron 71 usuarias gestantes de acuerdo al seguimiento vía telefónica con nacido vivo en las diferentes instituciones se tiene un porcentaje del 23.93%, abortos 0%, mortalidad materna 0% usuarias con quien no se puede establecer comunicación 76.06%.</p>
--	--

LOGROS:

- Contar con información directamente de la fuente del dato desde las EPS e IPS, con el fin de que esta sea útil para la toma de decisiones
- Contar con los análisis de la estancia prolongada de los pacientes internados en UCI y Migrantes irregulares internados en otros servicios

RETOS:

- Dentro del proceso de auditoria concurrente se espera lograr el seguimiento a la prestación del servicio a la PPNA en forma oportuna y continua, además apoyar la auditoria concurrente requerida para el seguimiento a prestación de servicios

DIFICULTADES:

- La auditoría concurrente requiere presencialidad en las instituciones en el momento no se cuenta con auditores concurrentes en cada institución
- Falta de articulación interinstitucional con entes como migración Colombia, que no permiten el desarrollo normal del proceso de afiliación por SAT

3. SEGUIMIENTO A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS A LA POBLACION MIGRANTE IRREGULAR

Se realiza mensualmente el análisis de las solicitudes de autorización que radican los prestadores de servicios de salud ante la oficina de atención al usuario del IDSN, vaciando los datos en una matriz donde se analizan las estancias prolongadas, una vez filtrada la información se formula el plan de auditoria el cual se ejecuta, con el fin de identificar la pertinencia de la estancia, se realiza el informe con el fin de que el Jefe de la Oficina de Atención al Usuario articule a las instancias pertinentes para garantizar la regularización de los migrantes que lo requieran con Migración Colombia y posteriormente con las IPS para la afiliación por SAT.

Durante el periodo comprendido entre enero y junio de la vigencia 2023, se efectuaron auditorias concurrentes de este tipo a instituciones como el HUDN, Hospital Perpetuo Socorro y la Clínica Valle de Atriz, realizando el seguimiento y análisis de las estancias prolongadas en el HUDN y en el HILA en forma mensual a identificando que la mayoría de pacientes PPNA corresponden a migrantes venezolanos que en la mayoría de casos son

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

irregulares y no cuentan con una red de apoyo, además se realiza auditoria concurrente al Hospital Perpetuo Socorro en seguimiento a la prestación del servicio en salud

3. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD - HABILITACIÓN IVC

AVANCE EN LA GESTIÓN DE PROGRAMAS, SUBPROGRAMAS Y/O PROYECTOS.

OBJETIVO: Fortalecer el desarrollo de la gestión del riesgo individual y colectivo en salud para la mitigación del riesgo por fallas en la atención en los servicios de salud y reducción de la carga de enfermedad en el departamento de Nariño

Actividad

- Realizar 100% de visitas de IVC en prestación de servicios de salud y seguimiento a prestadores de servicios de salud en cumplimiento de condiciones de habilitación dentro del SOGC

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA ANUAL	LOGRO A 30 JUNIO 2023
Realizar 100% de visitas de IVC en prestación de servicios de salud y seguimiento a prestadores de servicios de salud en cumplimiento de condiciones de habilitación dentro del SOGC	100	50%

El Dato es tomado y analizado con la información disponible en SIMU del indicador porcentaje de los prestadores de Servicios de Salud verificados de los programados.

Actividad

- Desarrollar el 100% de las actividades de verificación y/o de IVC en la prestación de servicios de salud

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA ANUAL	LOGRO A 30 JUNIO 2023.
Desarrollar el 100% de las actividades de verificación y/o de IVC en la prestación de servicios de salud	100	50%

El dato es tomado y analizado del porcentaje proyectado y programado para la vigencia 2023 de las visitas de las PQR interpuestas por Prestación de Servicios.

Actividad

- Realizar 4 talleres regionales de capacitación dentro del SOGC (presenciales y/o virtuales)

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA ANUAL	LOGRO A 30 JUNIO 2023.
-----------	------------------------	------------------------

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 103 de 279

Realizar 4 talleres regionales de capacitación dentro del SOGC (presenciales y/o virtuales)	100	75%
---	-----	-----

3.1 PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO

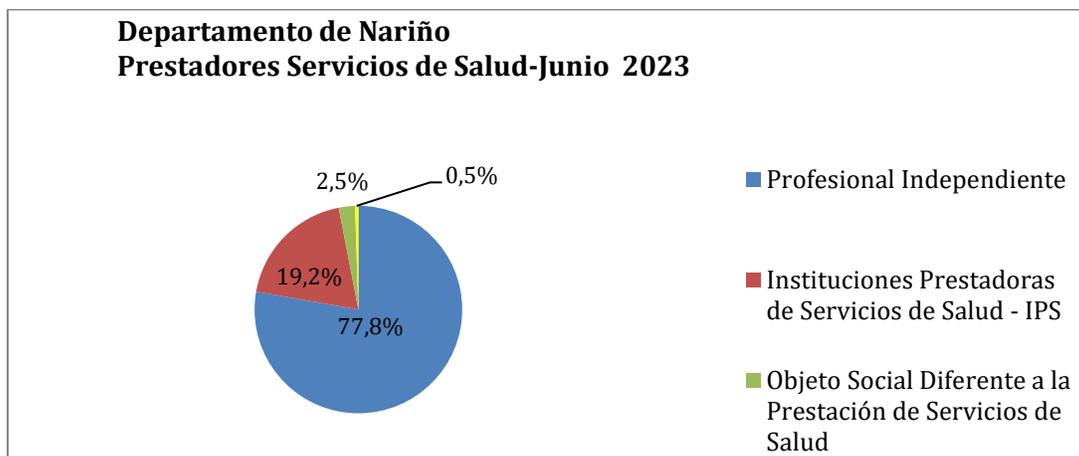
3.1 Mejoramiento de la prestación de servicios de salud, gracias al eficiente seguimiento al cumplimiento de las condiciones de habilitación

En concordancia con lo dispuesto en el Registro Especial de prestadores de Servicios - REPS realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social y con corte a 30 de junio de 2023 se evidencia un total de 1940 prestadores, este dato a expensas del profesional independiente. Se evidencia un crecimiento de prestadores de servicios de salud en un 2,3 %, encontrando por tanto un balance positivo de incremento.

En la vigencia 2023 dentro del sistema de registro especial de prestadores de servicios de salud (RESP) y de manera permanente se realiza depuración de base de datos, frente a novedades que implican cierre de servicios de salud y en ocasiones cierres definitivos de los prestadores de servicios de salud.

PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	N°	%
Profesional Independiente	1509	77,8
Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS	372	19,2
Objeto Social Diferente a la Prestación de Servicios de Salud	49	2,5
Transporte Especial de Pacientes	10	0,5
Total	1940	100

FUENTE: REPS 30-06-2023



En la oferta de servicios de salud que para el Departamento de Nariño predomina la baja complejidad y representa aproximadamente el 87% del total de prestadores de servicios de salud, la media y alta complejidad en

**INFORME DE GESTIÓN 1-2022**

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 104 de 279

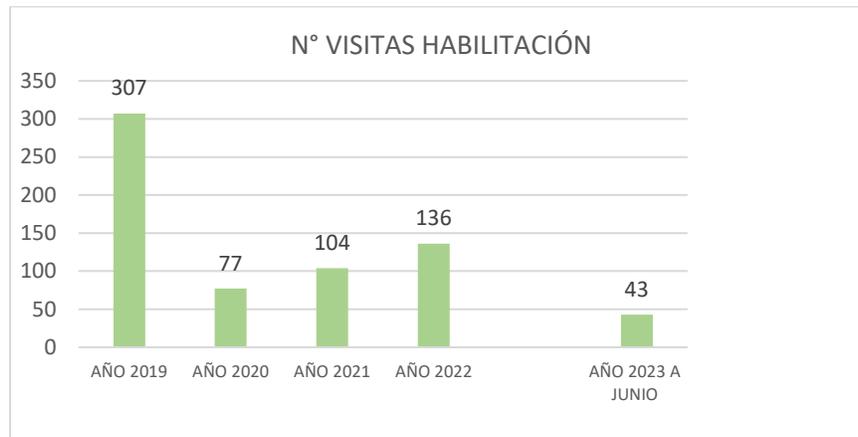
aproximadamente 13%.

Para la presente vigencia y en cumplimiento a lo normado por la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social, se atienden los siguientes cambios normativos: La resolución 1138 "Por la cual se modifican los artículos 17, 21 y 26 de la Resolución 3100 de 2019, en relación con el plan de visitas de verificación, la responsabilidad en validación de la información y las reglas de transitoriedad ante la finalización de la emergencia sanitaria causada por el coronavirus COVID 19", en cumplimiento de la misma se modificó y ajustó el plan de visitas para ejecución en el segundo semestre 2022. Posteriormente se expide la resolución 1719 con la cual se modifica el parágrafo transitorio del artículo 17 de la Resolución 3100 de 2019 modificado por la Resolución 1138 de 2022 donde los planes de visitas registrados en el REPS al 31 de agosto de 2022 quedaron sin efecto a partir de la expedición de la mencionada resolución, no procediendo visita alguna con respecto a dicha programación y define en el Parágrafo transitorio: Las secretarías de salud departamentales o distritales o la entidad que tenga a cargo dichas competencias tendrán hasta el 30 de junio de 2023 para registrar en el REPS el plan de visitas de verificación que será ejecutado en el segundo semestre de 2023 iniciando el 1 de julio.

Según lo establece normativamente el decreto 780 de 2016, Los prestadores de servicios de salud deben tener visita de verificación de condiciones de habilitación por lo menos una vez cada cuatro años, lo que equivale para el Departamento de Nariño realizar aproximadamente la verificación de condiciones de habilitación a un promedio de 485 prestadores por año, lo cual significaría realizar como mínimo 485 visitas anuales, 32 mensuales y 11 semanales, sumado a esto se debe atender los requerimientos de solicitudes de visitas previa, asistencias técnicas y otras solicitudes de los prestadores teniendo en cuenta además los tiempos de desplazamiento, preparación y realización de informes, por lo que se hace necesario incrementar el equipo humano técnico que realiza estas funciones, en razón a la limitación que frente a la capacidad resolutive institucional se tiene en el momento. Es importante manifestar que el Ministerio de Salud y Protección Social a través de lo expuesto en el Artículo 17º de la Resolución 3100 de 2019, establece criterios para la priorización del Plan Anual de Visitas de verificación.

A continuación, se referencia las metas propuestas con relación a la ejecución de las visitas de verificación.

PERIODO	Nº VISITAS HABILITACIÓN	% DE CUMPLIMIENTO
AÑO 2019	307	115%
AÑO 2020	77	19%
AÑO 2021	104	32%
AÑO 2022	136	90.75%
AÑO 2023 A JUNIO	43	50%
TOTAL	1371	77.1



En el mes de junio 2023 se realizó asistencia técnica a los prestadores de servicios de salud referente a la resolución 3100 de 2019.

Registro Especial de Prestadores de Servicios de salud "REPS"

Frente al reporte habitual que los prestadores de servicios de salud realizan a través del registro especial de prestadores de servicios de salud REPS en el Departamento de Nariño encontramos el siguiente cuadro resumen.

REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD "REPS" PRIMER SEMESTRE 2023		
OBJETO	CANTIDAD	OSERVACIONES
INSCRIPCIONES	85	Registro de nuevos prestadores de salud
NOVEDADES	643	Registro de novedades de prestadores de salud
VISITAS A PRESTADORES DE SALUD	34	Registro de visitas a prestadores de salud
	79	Total de servicios verificados
CERTIFICACIONES DE HABILITACION.	364	Atender solicitud de prestadores de salud y entes de control
Autorizar Distintivos de Habilitación a los prestadores de Salud del Departamento de Nariño		
Brindar Asistencia técnica prestadores de servicios de salud en lo referente al proceso de Habilitación		
Circulares enviadas vía correo electrónico a prestadores de salud, entes de control y otros		

FUENTE: REPS-IDSN 10/07/2023

FRENTE AL PROCESO DE HABILITACIÓN PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD:

- El decreto 780 de 2016, establece que los prestadores de servicios de salud deben tener visitas de verificación de condiciones de habilitación por lo menos una vez cada cuatro años; para la vigencia 2023 se afectó la programación por la normatividad expedida; La resolución 1138 y la resolución 1719 de 2022

donde modifica y se establece programación de visitas a partir del segundo semestre 2023, sin embargo se continuó con la realización de visitas previas, visitas por quejas y las que solicitan los prestadores.

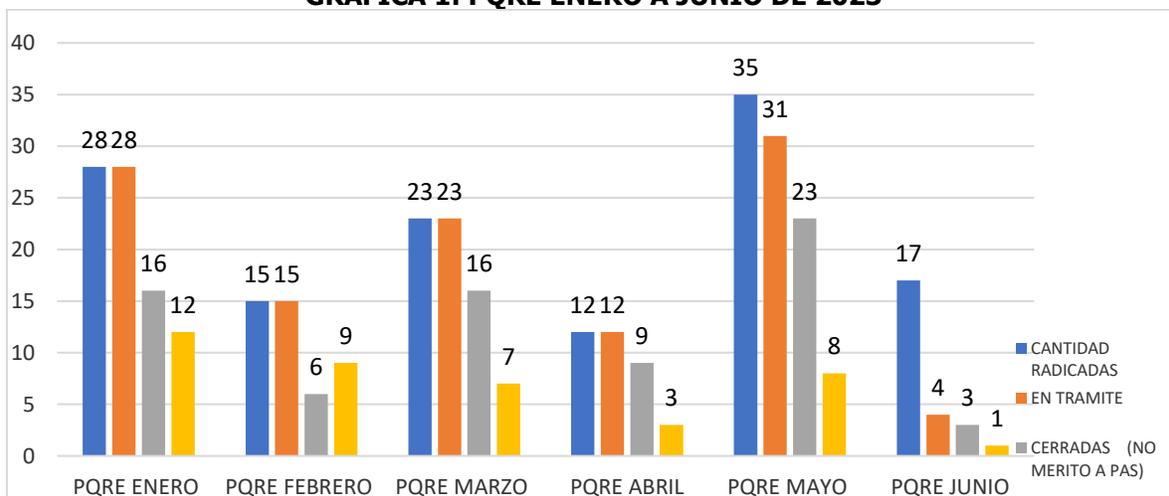
- Según lo establece normativamente el decreto 780 de 2016 y la resolución 3100 de 2019, Los prestadores de servicios de salud deben tener visita de verificación de condiciones de habilitación por lo menos una vez cada cuatro años, para dar cumplimiento se hace necesario incrementar el equipo humano técnico que realiza estas funciones de la Subdirección de Calidad y Aseguramiento, en razón a la limitación que frente a la capacidad resolutoria institucional se tiene en el momento.

3.2 INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL A LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

PQR PRESTACION DE SERVICIOS ENERO A JUNIO 2023							
MES	CANTIDAD RADICADAS	CONDUCTA					
		EN TRAMITE	%	CERRADAS (NO MERITO A PAS)	%	PAS (SI MERITO A PAS)	%
PQRE ENERO	28	0	0%	16	57%	12	43%
PQRE FEBRERO	15	0	0%	6	40%	9	60%
PQRE MARZO	23	0	0%	16	70%	7	30%
PQRE ABRIL	12	0	0%	9	75%	3	25%
PQRE MAYO	35	4	11%	23	66%	8	23%
PQRE JUNIO	17	13	76%	3	18%	1	6%
TOTALES	130	17	13%	73	56%	40	31%

PQRE PRESTACION DE SERVICIOS ENERO A JUNIO DE 2023

GRAFICA 1: PQRE ENERO A JUNIO DE 2023



	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 107 de 279

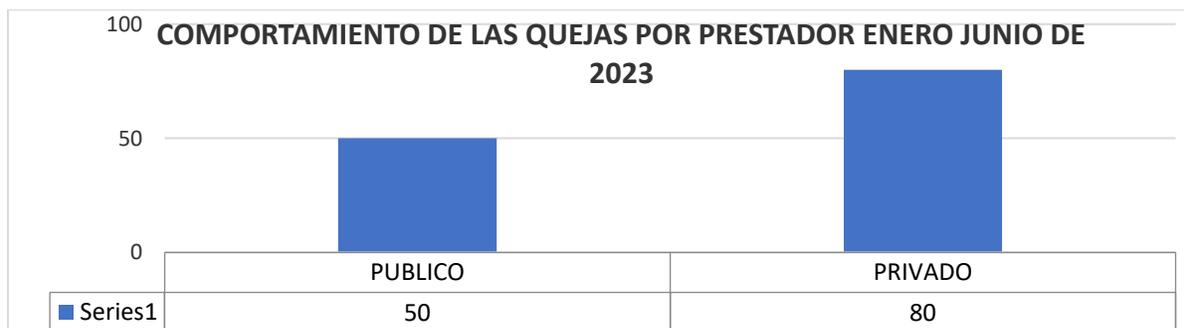
La gráfica 1, muestra las PQRE presentadas de enero a junio de 2023, radicándose 130 quejas de las cuales 113 se tramitaron que corresponden al 86%, de este total de quejas 73 se cerraron que corresponden a un 56% y 40 pasaron a proceso administrativo sancionatorio correspondiente al 31%. Y 17 quejas que serían el 13% aún no se han dado el trámite correspondiente.

Para el mes de enero se radicaron 28 quejas, de las cuales se tramitaron todas 28 para un cumplimiento del 100%, se cerraron 16 quejas que corresponden al 57%, para proceso administrativo sancionatorio 12 quejas que corresponden al 43%, en el mes de febrero el comportamiento de las quejas fue de 15 quejas radicadas, se tramitaron todas 15, para un cumplimiento del 100%, de las cuales se cerraron 6 quejas que corresponde al 40% y 9 se sugirió apertura de proceso administrativo sancionatorio que corresponde al 60%, en el mes de marzo se presentaron 23 quejas todas se tramitaron para un cumplimiento del 100% de las cuales 16 se cerraron que corresponden al 70% y 7 apertura de procesos sancionatorio que correspondería al 30%. En el mes de abril se presentaron 12 quejas de las cuales 12 se tramitaron en su totalidad para un cumplimiento del 100%, se cerraron 9 quejas que corresponden al 75% y sólo 3 fueron para proceso administrativo sancionatorio para un cumplimiento del 25%. En el mes de mayo se presentaron 35 quejas, tramitándose 31 para un cumplimiento del 89% 23 quejas se cerraron que corresponde al 66% y 8 pasaron a proceso administrativo sancionatorio para un cumplimiento del 23%.

En el mes de junio se radicaron 17 quejas de las cuales 4 se han tramitado para un cumplimiento del 24%, de las cuales 3 se cerraron y una se envió a proceso administrativo sancionatorio, quedando 13 en trámite.

En cuanto al número de visitas realizadas durante el período de enero a junio de 2023 se realizó 12 visitas de inspección vigilancia y control.

GRAFICA 2: COMPORTAMIENTO DE LAS QUEJAS POR PRESTADOR ENERO A JUNIO AÑO 2023



La Gráfica 2: indica el total de las PQRE acumuladas con corte enero a junio de 2023 presentadas por prestadores de servicios fueron 130 peticiones quejas y reclamos distribuidas por prestador de salud de los cuales 50 son de carácter público que corresponde (38.5%) y 80 son del sector privado que corresponde el (61,5%). estos están distribuidos en 43 de alta complejidad (33%), 44 de mediana (34%) y 43 de baja complejidad (33%). Los meses de enero, marzo y mayo fueron los que mayor incidencia de peticiones quejas y reclamos, y los meses con menor casuística fueron febrero y abril. Acumuladamente 56% PQRE fueron cerradas sin PAS y 31% ameritaron la apertura de PAS.

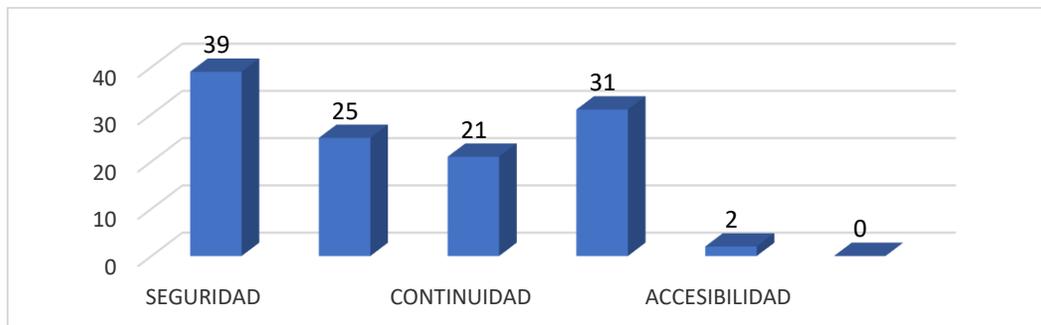
	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 109 de 279

Fundación Hospital San Pedro con un total de 7 quejas para cada uno con un porcentaje del 5.3% para cada una de las prestadoras, seguido se encuentra clínica Nuestra Señora de Fátima con 6 quejas equivalente al 4.6% las demás prestadoras tienen de 5, 3, 2 y 1 queja que no se mencionan, pero se evidencian en el anterior gráfico.

GRAFICA No. 5: INCUMPLIMIENTO ATRIBUTOS DEL SOGCS ENERO A JUNIO AÑO 2023

QUEJAS POR ATRIBUTOS CARACTERÍSTICAS	
SEGURIDAD	39
PERTINENCIA	25
CONTINUIDAD	21
OPORTUNIDAD	31
ACCESIBILIDAD	2
OTROS	0
TOTAL	118



En la gráfica No. 5: indica los incumpliendo que se encuentran estipulados en el capítulo 2. Del Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud. SOGCS, artículo 2. 5.1. 2.1. Características del SOGCS, del decreto 780 de 2016. Incumpliendo en el atributo de seguridad 39 prestadores, en el de oportunidad 31 prestadores, pertinencia 25, continuidad 21 y accesibilidad 2 prestadores, siendo el atributo de seguridad el de mayor incumplimiento seguido por el de oportunidad.

3.3 INFORME DE GESTIÓN PAMEC 2023.

- Se realizó inspección y vigilancia a la formulación y cumplimiento a la ejecución del PAMEC de los prestadores de servicios de salud de nuestra jurisdicción, según lo dispuesto en la circular externa 012 del 4 de agosto de 2016 con el fin de verificar la adopción de este instrumento por parte de cada una de las gerencias de las entidades y su evaluación al proceso de los siguientes componentes:

- Autoevaluación.
- Selección del proceso a mejorar.
- Priorización de procesos.
- Definición de la calidad esperada.

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

- Definición de la calidad observada.
 - Formulación de planes de mejoramiento para alcanzar la calidad esperada.
 - Implementación de planes de mejoramiento para alcanzar la calidad esperada
 - Indicadores de resultado para medir la gestión.
 - Evaluación de la ejecución de los planes de mejoramiento para alcanzar la calidad esperada
 - Aprendizaje organizacional.
- El Instituto Departamental de Salud de Nariño realiza seguimiento a los programas de auditoría y mejoramiento de la calidad (PAMEC) de IPS públicas, privadas y Mixtas a los cuales por medio de la circular número 300 del 22 de noviembre de 2022 insta al "seguimiento sobre ejecución y reporte del PAMEC periodo 2022" y solicita enviar la información que debe contener (documento PAMEC y soportes de la ruta crítica vigencia 2022) al correo electrónico pamecipsidsn@gmail.com el cual debe ser reportado con plazo máximo hasta el 16 de enero de 2023; de acuerdo con la información remitida por los prestadores, para que el IDSN siga realizando la evaluación del programa y realizar el reporte del archivo tipo ST003 de conformidad con la circular 012 del 2016 con plazo máximo hasta el 28 de febrero de 2023.
 - En el mes de febrero y marzo 2023, se realizó seguimiento a la red pública de prestadores de servicios de Salud a la ejecución de PAMEC vigencia 2022 obteniendo los siguientes resultados: de las 68 ESEs reportaron la información 64 que corresponde al 94%. Referente al enfoque, el 58% es acreditación, el 39% seguridad del paciente y el 35% indicadores de Calidad. En la evaluación de criterios generales el criterio con mayor incumplimiento es la divulgación del PAMEC, en la realización de autoevaluación los criterios con mayor incumplimiento son las auditorías internas y la escucha de la voz de cliente. En la implementación del PAMEC los items con mayor incumplimiento son la programación y ejecución de auditorías y el aprendizaje organizacional.
 - En atención a los hallazgos encontrados en el seguimiento, se realizó asistencia técnica a los prestadores de servicios de salud de la red pública por nodos en el mes de mayo y junio 2023, en formulación, ejecución y evaluación de PAMEC.
 - El ente territorial continúa realizando seguimiento y evaluación del PAMEC de las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, desde la subdirección de calidad y aseguramiento dependencia IVC prestación de servicios de salud, en la que adicionalmente se realizan acompañamientos y evaluaciones mediante circulares externas, oficios, correos electrónicos, llamadas telefónicas y mensajes de WhatsApp enviados en diferentes tiempos correspondiente al periodo 2023.
 - Se continuará evaluando el programa con visitas en campo, según cronograma de visitas vigencia 2023 y por medio de documentos a través de la tecnología de la información y comunicación de los soportes enviados al correo institucional pamec.sca@idsn.gov.co para lo cual se modificó la lista de chequeo según indicaciones de la Supersalud, para evaluar el documento y los soportes de los diez pasos de la ruta crítica y poder realizar el reporte del programa.

3.4 SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD EN SALUD 2023.

Se realizó inspección y vigilancia al cumplimiento de la circular 256 de los prestadores de servicios de salud, con el fin de realizar Monitoreo del reporte de información del Sistema de información para la calidad, enmarcado en el contexto normativo vigente.

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 111 de 279

El Instituto Departamental de Salud de Nariño realiza seguimiento de IPS públicas, privadas y Mixtas y Servicios de Transporte Especial de Pacientes, a los cuales por medio de la circular número 60 de marzo de 2023 insta al seguimiento al reporte, calidad del dato, análisis de indicadores, estrategias y planes de mejora de los indicadores de calidad contenidos en la resolución 256 de 2016.

El ente territorial desde la subdirección de calidad y aseguramiento continúa realizando seguimiento al reporte de indicadores del Sistema de Información para la Calidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, y Servicios de Transporte Especial de Pacientes, referente a Monitoreo y reporte de información en plataforma PISIS e implementación de los planes de mejora.

Con el fin de Realizar seguimiento al reporte de los indicadores de calidad en la prestación de servicios de salud por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas, Privadas y Mixtas y las Empresas de Transporte Especial de Pacientes, en lo relacionado con el cumplimiento en el reporte, calidad del dato, análisis de indicadores, estrategias y planes de mejora de acuerdo con lo reglamentado en la Resolución 256 de 2016, Se documentó y de presentó a la oficina de Gestión de Calidad el procedimiento y la lista de chequeo de "seguimiento al reporte, calidad del dato y acciones de mejora resolución 256 de 2016".

Se realizó asistencia técnica a los prestadores de servicios de salud de la red pública por nodos en el mes de mayo y junio 2023, en formulación, ejecución y evaluación de Sistema de Información para la Calidad.

3.5 PROCESOS ADMINISTRATIVOS SANCIONATORIOS

OBJETIVO

Desde la oficina de se establecen los lineamientos dentro de los cuales el IDSN desarrollará los Procesos Sancionatorios Administrativos de su competencia en primera instancia en referencia con las Subdirecciones de Salud Pública y Calidad y Aseguramiento.

ALCANCE

Aplicar en el marco del Macroproceso de IVC los procedimientos adelantados por las Subdirecciones de Salud Pública y Calidad y Aseguramiento, en referencia con los procesos sancionatorios administrativos de competencia del IDSN.

CONDICIONES GENERALES DEL PROCESO

- Realizadas las acciones de IVC e identificada por parte de los verificadores y técnicos de saneamiento la presunta existencia de violación de una norma sanitaria vigente de competencia de las Subdirecciones de Salud Pública y Calidad y Aseguramiento del IDSN, el abogado sustanciador una vez recibido el insumo, procederá a realizar la revisión jurídica para verificar la viabilidad para dar inicio al Proceso Sancionatorio Administrativo.
- Disponer del recurso humano, elementos, insumos e instrumentos para la práctica de las pruebas decretadas dentro de las diligencias preliminares y procesos administrativos sancionatorios, medidas

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 112 de 279

sanitarias de seguridad y/o de medidas que se requieran para la efectividad de las acciones jurídicas requeridas en el proceso.

- El proceso administrativo sancionatorio se regirá por lo dispuesto en la Ley 1437 de 2011 Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso.

AVANCES

Desde la oficina jurídica de la Subdirección de Calidad y Aseguramiento en cumplimiento de las competencias de inspección y control de la entidad territorial en el periodo comprendido de enero a junio de 2023, así:

PROCESOS SANCIONATORIOS-2023		
INFORMES PARA REVISIÓN JURÍDICA	PROCESOS APERTURADO	SANCIONES PARA COBRO COACTIVO
420	308	84

OTRAS ACTIVIDADES:

De forma permanente desde la oficina jurídica de la Subdirección de Calidad y Aseguramiento se realizan trámites de diferentes asuntos como respuestas a derechos de petición, solicitudes, acciones de tutela, requerimientos de las diferentes autoridades administrativas y judiciales, asesoría permanente a la oficina de auditoría de cuentas médicas, asesoría permanente a visitadores y personal de la subdirección, capacitaciones a gerentes de las E.S.E, personal médico que presta sus servicios de S.S.O respecto de temas contractuales, plazas, obligaciones y demás normatividad relacionada con el servicio., así mismo lo relacionado con el archivo y gestión documental ley general de archivo Nro. 594 del 2000 sobre 800 procesos años 2019 al 2023.

LOGROS:

Desde la oficina de procedimientos sancionatorios se vienen desarrollando planes de contingencia que permiten la descongestión de los procesos de vigencias anteriores, dando una efectividad en todos procesos aperturados hasta la fecha., donde se permite demostrar el compromiso del equipo y el desarrollo de las acciones tendientes a que la oficina este al día en todos los informes que llegan por habilitación o por quejas interpuestos por los usuarios, dando así en marco del debido proceso el control que el IDSN que por mandato debe gestionar para cada prestador.

OBSERVACIONES:

Dada la situación de alto número de informes de auditoría radicados en la dependencia y considerando que en la presente fecha existen: 420 informes pendientes de realizar estudio para determinar el inicio y trámite de procesos administrativos sancionatorios y teniendo en cuenta el notable represamiento que generó la suspensión de términos decretada durante once (11) meses y (3) tres días sobre las vigencias anteriores, se solicitó la continuidad en la contratación de personal jurídico, quienes están desarrollando las actividades pertinentes para dar mayor celeridad a los procesos sancionatorios de la subdirección de CALIDAD y ASEGURAMIENTO.

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

4. RIESGO FINANCIERO

OBJETIVO: fortalecer el desarrollo de la gestión del riesgo individual y colectiva en salud para la mitigación del riesgo por fallas en la atención en los servicios de salud y reducción de la carga de enfermedad en el departamento de Nariño

Línea de Base a 2019: 100-%

Meta cuatrenio a 2023: 100%

Logro a junio de 2022: 41.67%

El Instituto Departamental de Salud de Nariño en cumplimiento de sus competencias de inspección y vigilancia obtuvo el logro de dar cumplimiento al Decreto 3003 de 2005 y realizó la evaluación de los 42 municipios certificados y descentralizados del Departamento de Nariño.

1. **EVALUACIÓN A LA CAPACIDAD DE GESTIÓN DE LAS DIRECCIONES LOCALES DE SALUD.**

Para la vigencia 2023 a principios de febrero de 2023 se recibió por parte del Ministerio de Salud y Protección Social la metodología de evaluación de la capacidad de gestión de las direcciones locales de salud, con los indicadores de Direccionamiento, Prestación de Servicios, Aseguramiento, Flujo de Recursos financieros y Salud Pública.

El 23 de febrero de 2023 se realizó el taller virtual con la presencia de los alcaldes, directores Locales de Salud y Tesoreros de los 42 municipios descentralizados y certificados del departamento de Nariño, con el fin de socializar la metodología de evaluación emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, para evaluar la vigencia 2022.

Se inicia con la evaluación de las direcciones locales de salud a finales de febrero de 2023 y en lo corrido hasta el primer semestre de 2023 se han realizado 40 evaluaciones, se realizaron las visitas de Evaluación de la Capacidad de Gestión a cuarenta (40) Direcciones Locales de Salud de los municipios certificados y descentralizados del departamento es decir un 100%, generando un 100% de evaluación.

A partir del mes de julio de 2023 se inicia la consolidación de las metodologías de evaluación y la proyección de decretos para la firmar del señor Gobernador de Nariño.

RETOS:

- Lograr el 100% de vistas en campo, a pesar de las dificultades por factores climáticos en el Departamento de Nariño.

DIFICULTADES:

- Por el invierno presentado en algunos meses, se presentaron dificultades de transporte, por derrumbes y obstáculos en las vías, siendo necesario transbordar o tomar vías alternas en pésimo estado y de trayectorias mucho más largas y peligrosas.
- En varias ocasiones, debido a las marchas cívicas y situación de paros civiles presentados en este periodo, no se pudo cumplir con las visitas, teniendo que reprogramar para otras fechas.

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 114 de 279

RANKING EVALUACION CAPACIDAD DE GESTION DIRECCIONES LOCALES DE SALUD VIGENCIA 2021-22

Se realiza el ranking del puntaje obtenido por los 42 municipios certificados y descentralizados de las vigencias del año 2021, evaluación realizada en la vigencia realizada en la vigencia 2022. Lo correspondiente a la evaluación 2022 se está desarrollando en la presente vigencia 2023.

MUNICIPIO	2021-22 PUNTAJE	RANKING	PUESTO
SAN PEDRO CARTAGO	94,8	MUY BUENO	1o.
LA LLANADA	94,75		
SAN PABLO	94,5		
GUACHUCAL	94,25		
BELEN	93,9	MUY BUENO	2o.
CUMBAL	93,8		
LA CRUZ	93,5		
EL TAMBO	93,25		
ANCUYA	92,25	MUY BUENO	3o.
EL ROSARIO	92		
EL TABLON	91,9	MUY BUENO	4o.
SANDONA	91,55		
LOS ANDES	91,3		
PASTO	90,55		
ALBAN	90,4		
COLON	90,3	BUENO	5o.
YACUANQUER	90,2		
FUNES	90		
LA UNION	90		
POTOSI	90		
PUERRES	90		
LINARES	89,75	BUENO	6o.
PUPIALES	89,5		
ALDANA	89,25		

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

CONTADERO	89,25	BUENO	7o.		
SANTACRUZ	89,25				
CONSACA	89,25				
ILES	89,25				
RICAUARTE	88,9				
LA FLORIDA	88,75				
GUALMATAN	87,5			REGULAR	8o.
GUAITARILLA	87,5				
OSPINA	87,5				
ROBERTO PAYAN	87,5				
TANGUA	86,65				
IPIALES	86,5				
IMUES	85,75	REGULAR	9o.		
CUASPUD	85,5				
PROVIDENCIA	85,2				
BUESACO	84,65				
MALLAMA	83,4				
CHACHAGUI	80,75	REGULAR	11.		

2. AVANCE EN LA GESTIÓN DE PROGRAMAS, SUBPROGRAMAS Y/O PROYECTOS. RIESGO FINANCIERO

OBJETIVO: fortalecer el desarrollo de la gestión del riesgo individual y colectiva en salud para la mitigación del riesgo por fallas en la atención en los servicios de salud y reducción de la carga de enfermedad en el departamento de Nariño

El Instituto Departamental de Salud de Nariño en cumplimiento de sus competencias de inspección y vigilancia obtuvo el logro de realizar el seguimiento en forma trimestral a las 10 ESE con programa de saneamiento viabilizado por Minhacienda.

Actividad.

Realizar el 100% de seguimiento de la información de programas de Saneamiento Fiscal y Financiero al 100% de las ESE que se encuentran en riesgo financiero.

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 116 de 279

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA ANUAL	LOGRO A 30 DE JUNIO DE 2022
Realizar el 100% de seguimiento de la información de programas de Saneamiento Fiscal y Financiero al 100% de las ESE que se encuentran en riesgo financiero.	100%	50%

Las ESE fueron categorizadas con Riesgo Alto y Medio a través de las Resoluciones 2184 de 2016, 1755 de 2017, 2249 de 2018, 1342 de 2019. Los cuales tuvieron que adoptar un programa de saneamiento fiscal y financiero que les permita restablecer la solidez financiera.

En la vigencia 2023 la categorización que ha dado el Ministerio de Salud a las ESE del Departamento de Nariño se realizó la categorización del riesgo financiero a través de la Resolución 851 de 2023.

EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO Y CATEGORÍA DE RIESGO SEGÚN RESOLUCIÓN.

1. RESOLUCION 851 DE 2023 CATEGORIZACION RIESGO FINANCIERO EXPEDIDA POR MINSALUD

1.1 **ANEXO 1:** ESE CON PROGRAMA DE SANEAMIENTO VIABILIZADO POR MINHACIENDA.

En el Departamento de Nariño en el momento hay 11 ESE que tienen Programa viabilizado y siguen con la misma categorización mientras dura el programa de saneamiento

No	MUNICIPIOS	IPS PUBLICAS	Riesgo según Resolución 2184 del 2016	Riesgo según Resolución 1755 del 2017	Riesgo según Resolución 2249 del 2018	Riesgo según Resolución 1342 del 2019	Resolución 851 de 2023
1	Barbacoas	ESE Hospital San Antonio de Barbacoas	Riesgo Alto			Riesgo Alto	Riesgo Alto
2	El Charco	ESE Hospital Sagrado Corazón de Jesús	Riesgo Medio	Riesgo Medio	Riesgo Medio	Riesgo Medio	Riesgo Medio
3	Francisco Pizarro	ESE Señor del Mar	Riesgo Alto			Riesgo Alto	Riesgo Alto
4	Imués	ESE Santiago Apóstol	Riesgo Alto	Riesgo Alto	Riesgo Alto	Riesgo Alto	Riesgo Alto
5	La Tola	ESE C.S. Nuestra Señora del Carmen	Riesgo Alto	Riesgo Alto	Riesgo Alto	Riesgo Alto	Riesgo Alto
6	Magúí Payan	ESE Centro de Salud Saúl Quiñonez	Sin Riesgo	Riesgo Bajo	Riesgo medio	Riesgo medio	Riesgo medio
7	San Bernardo	ESE Centro de Salud San Bernardo	Riesgo Alto	Riesgo Alto	Riesgo Alto	Riesgo Alto	Riesgo Alto
8	Samaniego	ESE Hospital Lorencita Villegas de Santos	Sin Riesgo	Riesgo Alto	Riesgo Alto	Riesgo medio	Riesgo medio
9	Tumaco	ESE Centro Hospital Divino Niño	Riesgo Alto	Riesgo Alto	Riesgo Alto	Riesgo Alto	Riesgo Alto

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 117 de 279

10	Roberto Payan	ESE Centro Hospital Las Mercedes	Riesgo Alto			Riesgo medio	Riesgo medio
11	Santa Bárbara de Iscuandé	ESE Centro de Salud Santa Bárbara	Riesgo Alto			Riesgo Alto	Riesgo Alto

1.2 INFORME DE EVALUACION ANUAL 2022 EXPEDIDO POR MINHACIENDA en el mes de junio de 2023.

Minhacienda notifica en forma oficial al Señor Gobernador de Nariño, informando que DOS (2) Empresas Sociales del Estado ya terminaron satisfactoriamente el Programa de Saneamiento a diciembre 31 de 2022:

No	MUNICIPIOS	IPS PUBLICAS	Riesgo s/ Resolución 2184 del 2016	Riesgo s/ Resolución 1755 del 2017	Riesgo s/ Resolución 2249 del 2018	Riesgo s/ Resolución 1342 del 2019	Resolución 851 de 2023	OBSERVACION
1	Ipiales	ESE IPS Municipal de Ipiales	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Riesgo medio	Riesgo medio	Riesgo medio	Terminan Programa de Saneamiento satisfactoriamente
2	Pasto	ESE Pasto Salud	Riesgo medio	Riesgo medio	Riesgo medio	Riesgo medio	Riesgo medio	

Estas dos instituciones a pesar de que de acuerdo a la Resolución 851 de 2023 les mantiene la categorización ya terminaron el programa de saneamiento en forma satisfactoria.

1.3 Anexo 3. EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO CON INTERVENCION DE LA SUPERSALUD:

No	MUNICIPIOS	IPS PUBLICAS	Riesgo s/ Resolución 2184 del 2016	Riesgo s/ Resolución 1755 del 2017	Riesgo s/ Resolución 2249 del 2018	Riesgo s/ Resolución 1342 del 2019	Resolución 851 de 2023	OBSERVACION
1	San Andrés de Tumaco	Hospital San Andrés	Riesgo Medio	Riesgo Medio	Riesgo Medio	Riesgo Alto	Riesgo Alto	INTERVENCION SUPERSALUD

El Hospital San Andrés de Tumaco continua con la intervención de la Supersalud.

1.4 ANEXO 5. ESE DPTO NARIÑO CATEGORIZADAS CON RIESGO ALTO, MEDIO, BAJO Y SIN RIESGO.

DOS (2) nuevas Empresas Sociales del Estado entran en riesgo financiero con la Resolución 851 de 2023, deben elaborar un programa de saneamiento fiscal y financiero para ser viabilizado por Minhacienda.

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 118 de 279

No	MUNICIPIOS	IPS PUBLICAS	Riesgo s/ Resolución 2184 del 2016	Riesgo s/ Resolución 1755 del 2017	Riesgo s/ Resolución 2249 del 2018	Riesgo s/ Resolución 1342 del 2019	Resolución 851 de 2023	OBSERVACION
1.	Mallama	ESE Centro de Salud Santiago de Mallama	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin riesgo	RIESGO MEDIO	DEBEN ELABORAR PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO
2.	Olaya Herrera	ESE Centro de Salud Camilo Hurtado Cifuentes	Riesgo medio	Riesgo Bajo	Sin Riesgo	Sin riesgo	RIESGO MEDIO	

1.5 EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO CON RIESGO BAJO O SIN RIESGO: 52 ESE se encuentran con RIESGO BAJO O SIN RIESGO

No	MUNICIPIOS	IPS PUBLICAS	Riesgo según Resolución 2184 del 2016	Riesgo según Resolución 1755 del 2017	Riesgo según Resolución 2249 del 2018	Riesgo según Resolución 1342 del 2019	Resolución 851 de 2023
1	Albán	ESE Centro de Salud San José	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin riesgo	Sin Riesgo
2	Aldana	ESE Centro de Salud Nuestra Señora del Pilar	Riesgo bajo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin riesgo	Sin Riesgo
3	Ancuya	ESE Centro de Salud Ancuya	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin riesgo	Sin Riesgo
4	Arboleda	ESE Centro de Salud San Miguel de Berruecos	Sin Riesgo	Riesgo Bajo	Riesgo Bajo	Sin riesgo	Sin Riesgo
5	Belén	ESE Centro de Salud Belén	Sin Riesgo	Riesgo Alto	Riesgo Alto	Riesgo Alto	Sin Riesgo
6	Buesaco	ESE Centro de Salud Virgen de Lourdes	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Riesgo Bajo	Sin riesgo	Sin Riesgo
7	Chachagüí	ESE Centro de Salud Nuestra Señora de Fátima	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin riesgo	Sin Riesgo
8	Colon Génova	ESE Centro de Salud La Buena Esperanza	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin riesgo	Riesgo bajo
9	Consacá	ESE Centro de Salud Consacá	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin riesgo	Sin Riesgo
10	Córdoba	ESE Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba	Riesgo bajo	Riesgo bajo	Riesgo bajo	Sin riesgo	Sin Riesgo

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 119 de 279

11	Cuaspud Carlosama	ESE Centro de Salud Cuaspud Carlosama	Riesgo medio	Riesgo medio	Riesgo medio	Riesgo medio	Riesgo bajo
12	Cumbal	ESE Hospital Cumbal	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin riesgo	Sin Riesgo
13	Cumbitara	ESE San Pedro de Cumbitara	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin riesgo	Sin Riesgo
14	El Contadero	ESE Centro de Salud Sagrado Corazón de Jesús	Riesgo medio			Sin riesgo	Sin Riesgo
15	El Peñol	ESE Centro de Salud San Isidro	Riesgo Alto			Sin riesgo	Sin Riesgo
16	El Rosario	ESE Centro de Salud El Rosario	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin riesgo	Sin Riesgo
17	El Tablón de Gómez	ESE Centro de Salud El Tablón de Gómez	Sin Riesgo	Riesgo Bajo	Sin Riesgo	Riesgo bajo	Sin Riesgo
18	El Tambo	ESE Centro Hospital San Luis	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin riesgo	Sin Riesgo
19	Funes	ESE Centro de Salud Funes	Sin Riesgo	Riesgo Bajo	Sin Riesgo	Sin riesgo	Sin Riesgo
20	Guachucal	ESE Hospital Guachucal	Sin Riesgo	Riesgo Bajo	Sin Riesgo	Sin riesgo	Sin Riesgo
21	Guaitarilla	ESE Centro Hospital Guaitarilla	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin riesgo	Riesgo bajo
22	Gualmatán	ESE C.S. Señor de Los Milagros de Gualmatán	Riesgo bajo	Sin Riesgo	Riesgo Bajo	Sin riesgo	Sin Riesgo
23	Iles	ESE Centro de Salud de Iles	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Riesgo bajo	Sin Riesgo
24	Ipiales	ESE Hospital Civil de Ipiales	Riesgo bajo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin riesgo	Sin Riesgo
25	La Cruz	ESE Hospital El Buen Samaritano	Riesgo bajo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin riesgo	Riesgo bajo
26	La Florida	ESE Centro Hospital de La Florida	Riesgo bajo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin riesgo	Sin Riesgo
27	La Llanada	ESE Centro de Salud San Juan Bosco	Riesgo medio			Sin riesgo	Sin Riesgo
28	La Unión	ESE Hospital Eduardo Santos	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin riesgo	Sin Riesgo
29	La Unión	ESE Centro de Salud Luis Acosta	Riesgo medio	Riesgo medio	Riesgo medio	Riesgo medio	Riesgo bajo
30	Leiva	ESE Centro de Salud San José de Leiva	Riesgo Alto			Sin riesgo	Sin Riesgo
31	Linares	ESE Juan Pablo II de Linares	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Riesgo bajo	Sin Riesgo
32	Los Andes	ESE Centro de Salud de Los Andes	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin riesgo	Sin Riesgo

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 120 de 279

33	Mosquera	ESE Centro de Salud San Francisco	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin riesgo	Sin Riesgo
34	Nariño	ESE Centro de Salud San Sebastián	Sin Riesgo	Riesgo Bajo	Sin Riesgo	Sin riesgo	Sin Riesgo
35	Ospina	ESE Centro de Salud San Miguel Arcángel de Ospina	Sin Riesgo	Riesgo Bajo	Sin Riesgo	Sin riesgo	Sin Riesgo
36	Pasto	ESE Centro de Habilitación del Niño CEHANI	Riesgo bajo	Riesgo bajo	Riesgo bajo	Sin riesgo	Riesgo bajo
37	Pasto	ESE Hospital Universitario Departamental de Nariño	Sin Riesgo	Riesgo bajo	Sin Riesgo	Sin riesgo	Sin Riesgo
38	Policarpa	ESE Centro de Salud Policarpa	Riesgo bajo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin riesgo	Sin Riesgo
39	Potosí	ESE Centro de Salud Luis Antonio Montero	Riesgo bajo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin riesgo	Sin Riesgo
40	Providencia	ESE Centro de Salud de Providencia	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin riesgo	Sin Riesgo
41	Puerres	ESE C.S. de la Divina Misericordia de Puerres	Riesgo bajo	Riesgo bajo	Sin Riesgo	Sin riesgo	Sin Riesgo
42	Pupiales	ESE Centro de Salud San Juan Bautista	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin riesgo	Sin Riesgo
43	Ricaurte	ESE Hospital Ricaurte	Riesgo Alto			Sin riesgo	Sin Riesgo
44	San Lorenzo	ESE Centro de Salud San Lorenzo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin riesgo	Sin Riesgo
45	San Pablo	ESE Hospital San Carlos de San Pablo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Riesgo bajo	Sin riesgo	Sin Riesgo
46	San Pedro de Cartago	ESE Centro de Salud Cartago	Sin Riesgo	Riesgo Bajo	Sin Riesgo	Sin riesgo	Sin Riesgo
47	Sandoná	ESE Hospital Clarita Santos	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin riesgo	Sin Riesgo
48	Santacruz de Guachavés	ESE Centro de Salud Guachavés	Riesgo bajo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Riesgo bajo	Sin Riesgo
49	Sapuyes	ESE Centro de Salud de Sapuyes	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin riesgo	Sin Riesgo
50	Taminango	ESE Centro Hospital San Juan Bautista	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin riesgo	Sin Riesgo
51	Tangua	ESE C.S. Hermes Andrade Mejía	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin riesgo	Riesgo bajo

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 121 de 279

52	Yacuanquer	ESE Centro de Saludya	Sin Riesgo	Riesgo Bajo	Sin Riesgo	Sin riesgo	Sin Riesgo
----	------------	-----------------------	------------	-------------	------------	------------	------------

RESUMEN CATEGORIZACIÓN RIESGO FISCAL Y FINANCIERO

ESE DEPARTAMENTO DE NARIÑO. RES. 851 DE 2023

DETALLE	2023
ESE CON PROGRAMA DE SANEAMIENTO VIABILIZADO	11
ESE TERMINARON PROGRAMA DE SANEAMIENTO SATISFACTORIAMENTE. ESE PASTO SALUD E IPS MUNICIPAL DE IPIALES	2
ESE CATEGORIZADAS CON RESOLUCION 851 DE 2023. OLAYA HERRERA Y MALLAMA (NUEVAS ESE CON RIESGO FINANCIERO)	2
ESE CON INTERVENCION POR LA SUPERSALUD. HOSPITAL SAN ANDRES DE TUMACO	1
ESE SEGÚN RESOLUCION 851 DE 2023 SIN RIESGO	46
ESE SEGÚN RESOLUCION 851 DE 2023 CON RIESGO BAJO	8
TOTAL ESE DPTO NARIÑO.	68

RESUMEN RIESGO ALTO MEDIO, BAJO Y SIN RIESGO

DETALLE	2023
RIESGO ALTO	8
RIESGO MEDIO	6
RIESGO BAJO	8
SIN RIESGO	46
TOTAL	68

ASISTENCIA TECNICA ESE CATEGORIZADAS CON RIESGO FINANCIERO:

1. El IDSN desde la vigencia 2022 y el primer semestre de la vigencia 2023 brindó asistencia técnica y acompañamiento a las cuatro (4) ESE categorizadas con riesgo financiero con la Resolución 1432 de 2019 de las ESE de los municipios de La Tola, Roberto Payán, Francisco Pizarro y Santa Bárbara. Como resultado de este acompañamiento en diciembre de 2022 y el primer semestre de 2023 les fue aprobado el programa de saneamiento por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.
2. El IDSN brindó asistencia técnica y acompañamiento a la Modificación obligatoria de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero de las ESE Hospital Divino Niño del Municipio San Andrés de Tumaco, el cual fue aprobado por Minhacienda en el primer semestre de 2023.
3. El IDSN brindo asistencia técnica a la ESE Hospital San Antonio de Barbaocoas en la revisión de la información de FONPET para pago de pasivos laborales, con la revisión de toda la información de cesantías retroactivas, las cuales se encuentran dentro del programa de saneamiento y ya están par giro de recursos a los fondos de cesantías

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 122 de 279

4. El IDSN realizó acompañamiento a las ESE de los Municipios de Imués y El Charco en la revisión de la información y soportes para el pago de pasivos laborales de nómina y órdenes de prestación de servicios.

5. El IDSN brindó asistencia técnica a las ESE de los Municipios de Roberto Payán, Francisco Pizarro, La Tola, Santa Bárbara de Iscuandé, Hospital Divino Niño de Tumaco, El Charco, Magúí Payán, Barbacoas, La Tola, en la entrega de documentación para el giro de recursos para pago de pasivos laborales en el primer semestre 2023.

RESULTADOS DE LA EJECUCION DEL PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO POR EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CON CORTE A 31 DE DICIEMBRE DE 2022.

Información enviada a Minhacienda por el IDSN en marzo-2023

MUNICIPIO	NOMBRE ESE	CALIFICACION	ALERTA
			ALERTA ALTA
EL CHARCO	ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE EL CHARCO	55.15	ALERTA ALTA
SAN BERNARDO	ESE CENTRO DE SALUD SAN BERNARDO	87.62	ALERTA MEDIA
TUMACO	CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO	47.78	ALERTA ALTA
PASTO	ESE PASTO SALUD	99.75	ALERTA BAJA
IPIALES	IPS MUNICIPAL DE IPIALES ESE	100	ALERTA BAJA
MAGUI PAYAN	ESE CENTRO DE SALUD SAÚL QUIÑONEZ	77.35	ALERTA MEDIA
IMUES	ESE SANTIAGO APOSTOL DE IMUES	81	ALERTA MEDIA
SAMANIEGO	ESE HOSPITAL LORENCITA VILLEGAS	91	ALERTA MEDIA
SANTA BARBARA	ESE CENTRO DE SALUD SANTA BARBARA DE ISCUANDE	51	ALERTA ALTA
BARBACOAS	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE BARBACOAS	63	ALERTA ALTA

Según el resultado obtenido en la ejecución de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero con corte a 31 de diciembre de 2022, por las empresas sociales del estado del departamento de Nariño se puede observar que cuatro (4) ESE presentan alerta Alta de incumplimiento, cuatro (4) ESE presentan alerta Media y dos (2) ESE presentan alerta Baja de incumplimiento, lo cual significa que van cumpliendo con lo propuesto en el PSFF. El promedio de cumplimiento del departamento se ubica en 75.36%.

LOGROS

- Realización del 100% de asistencias técnicas a los equipos de las 10 ESE categorizadas en riesgo financiero medio o alto por el Ministerio de Salud. Para elaboración del informe de seguimiento a los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero de acuerdo a la Resolución 1342 de 2019 y 100% de asistencia técnica brindada a dos (3) ESE para realización de la modificación de los PSFF.
- A 31 de diciembre de 2022, cumplen con el periodo de ejecución del PSFF, la IPS Municipal de Ipiiales ESE y la ESE Pasto Salud, con una calificación de alerta Baja de cumplimiento.
- Generación de fuentes de financiación para los programas de saneamiento de Roberto Payán, Santa Bárbara de Iscuandé, Francisco Pizarro, La Tola, con fuentes de financiación de la Alcaldía Municipal,

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 123 de 279

FONSAET, FONPET LOTTO EN LINEA, recursos de la Gobernación de Nariño, requisito para ser aprobados los cuatro (4) programas de saneamiento de las ESE de los Municipios de Francisco Pizarro, Roberto Payán, Olaya Herrera y Santa Bárbara de Iscuandé y las tres (3) modificaciones obligatorias de las ESE de los Municipios de El Charco, Imués y Hospital Divino Niño del municipio de Tumaco.

FUENTES DE FINANCIACION PARA LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO.

A través de reunión efectuada con la presencia de la Gobernación de Nariño – Instituto Departamental de Salud de Nariño con la Supersalud, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Salud y Protección Social, alcaldes municipales, directores locales de salud y Gerentes de las ESE se logró obtener recursos para la financiación de los programas de saneamiento de las fuentes de FONPET Lotto en Línea, FONSAET, y Alcaldías municipales. Se logró obtener:

- Para la ESE San Antonio de Barbacoas se realizó de los recursos de FONSAET se han realizado giro de recursos por valor de \$1.470.193.295 para pago de pasivos laborales, es decir del 100% se han ejecutado el 82%. Del total de los recursos de \$600 millones de la fuente de financiación de FONPET, la ESE de Barbacoas ha entregado toda la documentación relacionada con cesantías retroactivas para el giro de recursos correspondiente.
- Trámite de giro de recursos de FONSAET para la ESE Santiago Apóstol del municipio de Imués por valor de \$33 millones en primer semestre de 2023.
- Se encuentra en revisión los documentos para pago de pasivos laborales de la ESE Sagrado Corazón de Jesús de El Charco, Nr, Con el Ministerio de Salud y Protección Social de esta ESE se han realizado dos (2) reuniones para la revisión documental del pago de pasivos laborales y este Ministerio ha informado las correcciones que debe cumplir la ESE, para última revisión.

FUENTES DE FINANCIACION PAR LOS PROGRAMAS DE SANEAMIENTO

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 124 de 279

No.	MUNICIPIO	NOMBRE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	FONSAET	FONPET LOTTO EN LINEA	ALCALDIAS MUNICIPALES	ESE	TOTAL FUENTES
1	BARBACOAS	ESE SAN ANTONIO DE BARBACOAS	1.790.000	600.000	220.185		2.610.185
2	EL CHARCO	HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS ESE DEL CHARCO	600.000	150.000	750.000		1.500.000
3	FRANCISCO PIZARRO	CENTRO DE SALUD SEÑOR DEL MAR	-	386.000	572.080		958.080
4	IMUES	CENTRO DE SALUD SANTIAGO APOSTOL-IMUES	271.164	-	150.000		421.164
5	LA TOLA	CENTRO DE SALUD NTRA SEÑORA DEL CARMEN - LA TOLA	400.000	537.000	300.000		1.237.000
6	MAGUI PAYAN	CENTRO DE SALUD SAUL QUIÑONES -MAGUI	-	275.000	-		275.000
7	ROBERTO PAYAN	CENTRO HOSPITAL LAS MERCEDES	275.000	175.000	700.000		1.150.000
8	SAN BERNARDO	CENTRO DE SALUD SAN BERNARDO	-	85.000	100.000		185.000
9	SANTA BARBARA DE ISCUANDE	CENTRO DE SALUD SANTA BARBARA DE ISCUANDE	300.000	300.000	300.000		900.000
10	TUMACO	CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO -SAN ANDRES DE TUMACO	382.483	3.976.902	2.500.000	3.000.000	9.859.385
TOTAL			4.018.647	6.484.902	5.592.265	3.000.000	19.095.815

RETOS

- Que las ESE de los municipios de La Tola, El Charco, Francisco Pizarro, Roberto Payán, Santa Bárbara de Icuandé, Maguí Payán y Hospital Divino Niño de Tumaco, realicen la entrega de documentos al Instituto Departamental de Salud de Nariño para revisión y trámite de giro para el pago de los pasivos establecidos en el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero. De esta forma efectuar la ejecución de los recursos de las fuentes de financiación y realizar el saneamiento las instituciones.

DIFICULTADES

- A pesar de las constantes recomendaciones realizadas por el IDSN a las ESE que reportan los informes de monitoreo, se siguen presentando dificultades en la calidad de la información financiera y de producción de los informes de monitoreo presentados por los prestadores públicos de servicios de salud.
- Falta de apropiación de las metodologías de los Programas de saneamiento en algunas ESE por parte del equipo directivo, lo anterior por cuanto, entregan en manos de asesores externos la responsabilidad de la elaboración y reporte de monitoreo de los programas
- Falta de compromiso por parte de los alcaldes, representantes de las juntas directivas, Gerentes de las ESE para la ejecución de los recursos de las fuentes de financiación de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero.
- Alto grado de endeudamiento de las ESE, falta de planificación en el compromiso de gastos de las ESE categorizadas con riesgo financiero
- Incumplimiento a las medidas estratégicas propuestas en el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para restablecer la solidez de las ESE.

5.2. RECURSOS FONSAET DEPARTAMENTO DE NARIÑO

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 125 de 279

En lo referente a la ejecución de recursos de FONSAET, las acciones realizadas se presentan a continuación:

- 1.2.1. Resolución 5929 de diciembre de 2014 por valor \$1.192.658.000
- 1.2.2. Resolución 4885 de noviembre 7 de 2018 por valor \$3.986.003.000

RECURSOS DE FONSAET – EJECUCION

El Gobernador de Nariño decidió asignar de los recursos de FONSAET para financiar programas de saneamiento fiscal y financiero a las siguientes ESE:

MUNICIPIO	NOMBRE ESE	VALOR	EJECUCION ANTE MINSALUD
LA TOLA	ESE NUESTRA SEÑORA DEL C ARMEN	400.000.000	Programa de Saneamiento viabilizado por Minhacienda. Pendiente entrega documentación para el giro de recursos financieros que apalancan a la ESE
SANTA BÁRBARA DE ISCUANDE	ESE CENTRO DE SALUD SANTA BARBARA	300.000.000	
IMUES	CENTRO DE SALUD SANTIAGO APOSTOL	271.000.000	Se ha realizado el giro de recursos de \$163 millones
SAN ANDRES DE TUMACO	HOSPITAL DIVINO NIÑO	382.000.000	Se ejecutaron recursos por valor de \$152.257.987 Pendiente la ejecución de los demás recursos.
BARBACOAS	ESE SAN ANTONIO DE BARBACOAS	1.790.000.000	Se realizó el giro de recursos de FONSAET por valor de \$1.470 millones
EL CHARCO	ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS	275.000.000	Se encuentra en revisión en el IDSN el valor de \$519 millones con recursos de FONSAET y FONPET
SAMANIEGO	HOSPITAL LORENCITA VILLEGAS DE SANTOS	60.000.000	Debe presentar documentación de pasivos laborales pendientes de pago incluidos en el Programa de Saneamiento
TOTAL		3.478.000.000	

RECURSOS DE FONPET LOTTO EN LINEA

MUNICIPIO	NOMBRE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	GOBERNACION LOTTO EN LINEA -FONPED	EJECUCION
BARBACOAS	ESE SAN ANTONIO DE BARBACOAS	600.000.000	En revisión documentos para giro de cesantías retroactivas por valor de \$337 millones de 14 funcionarios

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 126 de 279

EL CHARCO	HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS ESE DEL CHARCO	150.000.000	En revisión documentación para el pago de pasivos laborales
FRANCISCO PIZARRO	CS SEÑOR DEL MAR	386.000.000	Pendiente entrega de la información para trámite de giro
LA TOLA	C.S. NTRA SEÑORA DEL CARMEN - LA TOLA	537.000.000	
MAGUI PAYAN	C, S, SAUL QUIÑONES -MAGUI	275.000.000	
ROBERTO PAYAN	CENTRO HOSPITAL LAS MERCEDES	175.000.000	
SAN BERNARDO	CENTRO DE SALUD SAN BERNARDO	85.000.000	
SANTA BARBARA DE ISCUANDE	C.S. SANTA BARBARA DE ISCUANDE	300.000.000	Se realizó la primera revisión documental y se establecieron correcciones a la ESE
SAN ANDRES DE TUMACO	HOSPITAL DIVINO NIÑO	3.976.902.000	
TOTAL		6.484.000.000	

En el momento se ha efectuado el desahorro de los recursos de FONPET LOTTO EN LINEA de las ESE de Los municipios de Barbacoas \$600 millones, Magúí Payán por valor de \$275 millones.

DIFICULTADES:

- Las dificultades se han generado porque para poder girar los recursos de los programas de saneamiento para el pago de pasivos, estos pasivos laborales y ordenes de prestación de servicios deben estar incluidos en el programa de saneamiento fiscal y financiero. Algunas ESE no incluyeron todos los pasivos en el programa.
- Existe demora por parte de las ESE en la entrega de los documentos soporte para acceder a recursos FONSAET y FONPET LOTTO EN LINEA, requisitos indispensables para dar el trámite de giro a los terceros finales.
- Para poder pagar los pasivos por Ordenes de prestación de servicios, el beneficiario debe haber cotizado a seguridad social con un IBC del 40% del valor del contrato. Requisito legal que en la mayoría de las ESE no presentan el pago a seguridad social y esto impide el trámite de giro y la ejecución de las fuentes de financiación.
- Y hay varios acreedores que se rehúsan a realizar ajustes al pago de seguridad social.

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

GESTIÓN DEL DESARROLLO TERRITORIAL Y DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL – AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS

OBJETIVO: Fortalecer el desarrollo de la gestión del riesgo individual y colectivo en salud para la mitigación del riesgo por fallas en la atención en los servicios de salud y reducción de la carga de enfermedad en el departamento de Nariño

SANEAMIENTO DE CARTERA POR PRESTACION DE SERVICIOS A POBLACION MIGRANTE

- El Instituto Departamental de Salud de Nariño ha adelantado el proceso de saneamiento de cartera por la prestación de servicios de salud a la población migrante con la red pública y privada del departamento de Nariño
- A 31 de diciembre certificó y pago la deuda de prestación de servicios a la población migrante la cual asciende a la suma de \$9.067.260.157. De este pago se beneficiaron 13 prestadores a nivel departamental y nacional.
- Con corte a 31 de julio de 2022, el Instituto Departamental de Salud de Nariño logró certificar la deuda por migrantes por valor de \$1.675.955.332, los cuales fueron cofinanciados y pagados por el Ministerio de Salud. Los pagos fueron recibidos por los prestadores en el mes de agosto de 2022. Con este pago se beneficiaron 8 IPS del departamento de Nariño

CONCEPTO	VALOR AUDITADO Y CONCILIADO	VALOR PAGADO DE LAS CUENTAS AUDITADAS, CONCILIADAS Y RECONOCIDAS	No IPS BENEFICIARIAS DEL PAGO
RESOLUCION 1897 DE 2021	10.770.548.135	9.067.260.157	13
RESOLUCION 2343 DE 2022	1.742.980.870	1.675.955.332	8

- A 30 de junio de 2023, el departamento de Nariño tiene una deuda por concepto de atención a migrantes irregulares por valor de \$16.660.804.430.
- El Instituto Departamental de Salud de Nariño ha realizado las gestiones y ha enviado las certificaciones de deuda al Ministerio de Salud para lograr la cofinanciación de recursos.

PRESTADOR	VALOR RADICADO	VALOR PAGO REALIZADO	PENDIENTE DE PAGO
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO	\$ 13.592.122.377	4.628.381.18	7.661.684.88
HOSPITAL CIVIL DE IPIALES	\$ 8.090.078.388	2.841.846.80	4.856.564.36
HOSPITAL SAN ANDRES DE TUMACO	\$ 4.131.922.820	1.400.257.01	2.312.877.89
HOSPITAL EDUARDO SANTOS DE LA UNION	\$ 935.008.953	\$ 469.279.971	362.871.45
COOEMSSANAR - MEDICRON	\$ 654.087.005	\$ 270.027.659	307.096.80

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES	\$ 2.732.670.429	\$ 1.258.404.569	759.840.97
HOSPITAL SAN PEDRO	\$ 701.550.649	\$ 330.405.342	187.666.48
HOSPITAL SAN RAFAEL PASTO	\$ 73.718.242	\$ 2.707.185	\$ 55.168.735
HOSPITAL PERPETUO SOCORRO	\$ 152.054.614	\$ -	152.054.61
CLINICA LAS LAJAS	\$ 23.288.913	\$ 17.855.292	\$ 4.978.224
TOTAL	31.086.502.390	11.219.165.021	16.660.804.43

DEPURACION Y SANEAMIENTO DE CARTERA

- Hasta octubre 31 de 2022 se logró el cruce y depuración de cartera con doscientos veinte (220) prestadores de servicios de salud y EPS con el fin conocer el valor real de cada una de las cuentas por pagar.
- Participación del IDSN en las mesas de conciliación con la Supersalud para acuerdos de pago y depuración de cartera.

DEPURACION Y CONCILIACION DE CARTERA	ENERO-DICIEMBRE 2021	ENERO-JUNIO DE 2023
No DE PROCESOS DE DEPURACION DE CARTERA	314	81
No DE PROCESOS DE CONCILIACION SUPERSALUD	44	15

- A 30 de junio de 2023 se han cancelado un total de \$336.786.707 de acuerdo a los procesos de Conciliación extrajudicial en derecho con la Supersalud y población de difícil afiliación:

NOMBRE DEL PRESTADOR	VALOR PAGADO
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E	92.488.38
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E	78.871.14
HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ	545.54
HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE	6.152.48
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE	33.757.72
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E	6.969.28
HOSPITAL FRANCISCO DE PAULA SANTANDER ESE	1.277.40
CLINICA CRISTO REY CALI S. A. S.	12.197.97

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA	14.751.15
CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO LTDA	89.775.62
TOTAL	336.786.707

- Así mismo se encuentran en trámite de pago un total de \$39.369.322 por concepto de pago de población de difícil afiliación:

NOMBRE DEL PRESTADOR	VALOR PENDIENTE DE PAGO
HOSPITAL SAN ANDRES E.S.E	30.775.322
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E	8.594.000
TOTAL	39.369.322

DIFICULTADES

- Deficiente proceso de depuración de deudas por parte de las entidades, lo cual implica que sigan vigentes obligaciones que ya han sido canceladas.
- No existen fuentes de financiación para la deuda de prestación de servicios de salud con los migrantes no regularizados y la deuda con los hospitales e IPS son cada vez más altos.
- La nación no ha definido la ruta y competencias para el pago de los servicios de salud de migrantes no regularizados.

Actividad

- Desarrollar el 100% de las actividades de la Oficina de Atención al Usuario y Auditoría de cuentas medicas

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA ANUAL	LOGRO A DICIEMBRE DE 2021	LOGRO A DICIEMBRE DE 2022	LOGRO A JUNIO DE 2023
Desarrollar el 100% de las actividades de la Oficina de Atención al Usuario y Auditoría de cuentas medicas	100	100%	100%	50%

Las actividades realizadas por las oficinas de atención al usuario y auditoria de cuentas medicas son coordinadas para el logro de los objetivos de mejoramiento de la prestación y el flujo de recursos del SGSSS.

LOGROS

- El proceso de auditoría se ha convertido en un mecanismo esencial para la medición orientada a la calidad y los servicios prestados, el IDSN cuenta con un talento humano capacitado técnicamente para llevar a cabo los procesos de auditoría y conciliación con los prestadores de servicios y con las EPS.

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

ACTIVIDADES REALIZADAS	No DE TRAMITES/SERVICIOS A 31 DICIEMBRE DE 2021	No DE TRAMITES/SERVICIOS A 31 DICIEMBRE DE 2022	No DE TRAMITES/SERVICIOS A 30 DE JUNIO DE 2023
RADICACION DE CUENTAS	407 CUENTAS RADICADAS POR VALOR DE \$ 10.975.767.940	418 CUENTAS RADICADAS POR VALOR DE \$ 10.070.593.886	263 CUENTAS RADICADAS POR VALOR DE \$ 4.166.907.429
CAUSACION DE CUENTAS POR PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	304 CUENTAS POR VALOR DE \$ 9.038.169.572	385 CUENTAS POR VALOR DE \$ 8.836.685.452	219 CUENTAS POR VALOR DE \$ 3.371.082.923
% CUENTAS AUDITADAS	SE AUDITO EL 100% DE LAS CUENTAS RADICADAS.	SE AUDITO EL 100% DE LAS CUENTAS RADICADAS.	SE AUDITADO EL 100% DE LAS CUENTAS RADICADAS A 15 DE JUNIO CORRESPONDIENTE A 126 CUENTAS DE COBRO
% DE CUENTAS AUDITADAS Y CONCILIADAS			95% DE CUENTAS AUDITADAS CONCILIADAS

DIFICULTADES

- No existencia de un sistema de información unificado que permita obtener resultados precisos, por lo tanto, la información se obtiene de aplicativo de auditoría, tablas Excel de trazabilidad de auditoría y software financiero para cruce de datos.
- Existen limitaciones de espacio físico por el volumen de información entregada que es necesario analizar en forma física.
- La Conciliación de cuentas es del 90%, presentando algunas diferencias en conceptos de auditores, correspondientes a valores facturados, sin contar con referentes en mercado y estancias sociales.

CONCLUSION

El Instituto Departamental de Salud de Nariño continua dando cumplimiento a sus competencias en lo correspondiente a radicación, auditoría, conciliación y reconocimiento de facturación por prestación de servicios de población vulnerable de difícil afiliación y migrantes irregulares, así como el trámite de pago de las prestaciones de su competencia y la gestión ante el ministerio de recursos para las atenciones de población migrante irregular y continuará en el proceso de depuración de las deudas por concepto de prestación de servicios de salud de las cuentas radicadas ante el IDSN.

1. RECOMENDACIONES

- Gestionar las fuentes de financiación para la deuda de prestación de servicios de salud con los migrantes no regularizados y la deuda con los hospitales e IPS son cada vez más altos.
- Buscar la unificación de un software de auditoría y financiero con el fin de obtener los resultados precisos para determinar las deudas pendientes y pagadas por parte del ente territorial.

2. RETOS

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

- Avanzar en la depuración de todas las cuentas por prestación de servicios de salud por todos los conceptos: No PBS, población pobre no afiliada y migrantes de tal manera que se puedan ver reflejados en los estados financieros de la entidad territorial.
- Avanzar en la gestión con la Supersalud para las mesas de conciliación extrajudicial en derecho y pagar las deudas de PPNA y recobros de vigencias anteriores

7. CRUE

OBJETIVO: Coordinar y regular las solicitudes que se generen en el departamento de Nariño para el acceso a los servicios de urgencias de la población afectada en situaciones de emergencia o desastres.

Durante el periodo de enero a junio del 2023 el Centro regulador de urgencias y emergencias ha desarrollado acciones encaminadas a fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes de urgencias vitales y emergencias referidas desde todos los territorios del departamento de Nariño.

Teniendo en cuenta que el CRUE es una unidad de carácter operativo no asistencial, responsable de coordinar y regular en el territorio de su jurisdicción, el acceso a los servicios de urgencias y atención en salud a la población afectada en situación de emergencia y / o desastre.

El Centro regulador de urgencias y emergencias de Nariño cuenta con personal idóneo con experiencia en servicios de urgencias y en Radio-comunicaciones

MEDICOS: 4 Médicos Generales con experiencia en el manejo de Urgencias.
 RADIO-OPERADORES: 4 funcionarios con experiencia en radio-comunicaciones
 COORDINACION: 1 Medico Profesional Universitario
 PROFESIONAL PARA DISPONIBILIDAD Y REPORTE DE OCUPACION CAMAS: 1 Enfermera

El CRUE opera las 24 horas del día los 7 días de la semana en turnos de 6 horas cada turno con un médico en cada turno y un radio-operador.

El CRUE cuenta con 3 líneas telefónicas 1 fijas y 2 líneas celulares, y tres correos electrónicos.

LÍNEA TELEFONICAS	CORREOS ELECTRONICOS
7210998	cruenarino@idsn.gov.co misionmedicanar@gmail.com;
3178543554	disponibilidadcruenarino@idsn.gov.co
3185720135	Recepción referencias urgencia vital
3160267382	Plan corporativo MINSALUD Coordinador
Dos radios Base Análogo Digital	Comunicación con Municipios, ambulancias, Bomberos, Defensa Civil y DAGRED

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

A continuación, se relaciona el consolidado de referencias que han sido coordinadas por el CRUE desde el 1º de enero al 30 junio 2023 en articulación con todas las instituciones de salud del Departamento de Nariño (Públicas y Privadas):

M E S	REFERENCIAS
Enero	642 reportadas y coordinadas
Febrero	591 reportadas y coordinadas
Marzo	635 reportadas y coordinadas

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Abril	617 reportadas y coordinadas
Mayo	609 reportadas y coordinadas
Junio	600 reportadas y coordinadas

A continuación, relacionamos el Total de Ambulancias en el Departamento de Instituciones Públicas y Privadas:

Ambulancias	Publicas	Privadas	Total
TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	163	34	197
TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO	8	27	35
Total	171	61	232

MISION MEDICA

Emblematización enero a junio 2023

- Vehículos: 12
- Instituciones de salud: 6
- Talento Humano: 1.069

COORDINACION DE EVENTOS DE EMERGENCIA

MES	CANTIDAD
ENERO	29 eventos Coordinados y Reportados
FEBRERO	28 eventos Coordinados y Reportados
MARZO	56 eventos Coordinados y Reportados
ABRIL	56 eventos Coordinados y Reportados
MAYO	34 eventos Coordinados y Reportados
JUNIO	23 eventos Coordinados y Reportados

LOGROS:

1. Se ha logrado la coordinación efectiva de pacientes que han sido afectados por eventos por minas antipersonas, accidentes de tránsito, urgencias vitales, con un total de 3.964 remisiones
2. Se programaron Capacitaciones durante el periodo, para sensibilización de las normas relacionadas con la señalización y divulgación del emblema protector de Misión médica; de acuerdo a la Resolución No 4481 del 2012, esencialmente para los colaboradores de la red de prestadores de servicios de salud, con corte a junio de 2023 se alcanzado un 65% de ejecución de sensibilizaciones
3. Se apoyó desde el CRUE en emergencia por Ola Invernal y por desplazamientos forzados; con la articulación del MSPS y cooperantes presentes en el departamento se logró la donación de Botiquines con insumos, medicamentos de primera necesidad en la baja complejidad para la atención de la población afectada los cuales fueron entregados a Municipios como: Ricaurte, Cumbal y Francisco Pizarro.
4. Se construyó articuladamente con salud pública la Circular 97, Lineamientos para la formulación o actualización del PROTOCOLO de REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA de gestantes en emergencia obstétrica por parte de las PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD y EAPB presentes en el departamento de Nariño

DIFICULTADES:

	INFORME DE GESTIÓN 1-2022		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

- No contamos aun con cobertura de red de radio VHF comunicaciones habilitada para los 64 municipios del Departamento de Nariño.
- Hay grandes limitaciones en la recepción de pacientes migrantes para la atención de urgencias en las IPS públicas del Departamento cuando requieren atención de alta y medica complejidad.
- La presencia de situaciones de orden social tales como los desplazamientos en los municipios de Ricaurte, triangulo del Telembi, además de los bloqueos de las vías por manifestaciones, genera dificultades en la atención efectiva y oportuna de pacientes

RETOS:

1. Continuar con el proceso de AVAL de ambulancias para cubrir el 70% del total al mes de diciembre del 2023; lo que permite contar con un transporte básico y medicalizado supervisado respecto a sus requisitos de funcionamiento
2. Contar en los 5 nodos de atención con personal formado y certificado en Misión Medica, lo que fortalecerá acciones de protección y respeto a la Misión Medica y al uso adecuado del emblema.

SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO Y GESTIÓN DE REGISTRO PROFESIONAL ENERO AL 30 DE JUNIO DE 2023

El Departamento de Nariño en cumplimiento de la Ley 1164 de 2007, Decreto 1875 de 1994 y la Resoluciones 774 DE 2022 del MSPS.

RESULTADOS

El cumplimiento de trámites a profesionales del área de la salud, que acuden al IDSN para Registro de títulos y Certificaciones de cumplimiento del SSO, es del 100% con corte a fecha: 30 de junio de 2023.

ÁREA	CERTIFICACIONES CUMPLIMIENTO SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO- AÑO 2022
BACTERIOLOGIA	9
ENFERMERIA	8
MEDICINA	79
ODONTOLOGIA	4
TOTAL	100

Las plazas que se asignaron en el primer semestre 2023.

BACTERIOLOGIA: 11, ENFERMERIA: 12, MEDICINA: 67, ODONTOLOGIA: 2, **Total: 92**

Actividades realizadas:

- Se crearon: 14 plazas, bacteriología 3, enfermería 4 y medicina 7 para ESE
- Por el apoyo administrativo y financiero dado a las E.S.E e IPS por parte de la Gobernación de Nariño y el IDSN crearon: 25 plazas para servicio social obligatorio, bacteriología 3, enfermería 8 y medicina 14
- Se realizan 13 comités técnicos de Servicio Social Obligatorio con el fin de dar solución a las solicitudes de los gerentes de las E.S.E e IPS y a los profesionales que prestan SSO
- En cumplimiento de la resolución 774 de 2022, se realiza 2 curso de inducción a los profesionales que prestan el servicio social Obligatorio en el Departamento de Nariño

LOGROS.

1.- Establecer comunicación directa con el MSPS. se recibe capacitación y lineamientos del proceso de asignación de plazas de SSO.

2.- La entrega del certificado del cumplimiento del servicio social obligatorio al profesional en Medicina, Bacteriología, Enfermería y Odontología se da en 10 días y no como está estipulado en el proceso de calidad del IDSN que se debe entregar en un mes.

RETOS:

1.- Incentivar a las direcciones Locales de Salud y Personeros para que contribuyan en inspección y vigilancia en la prestación de servicios de salud por parte de los profesionales que prestan el Servicio Social Obligatorio.

DIFICULTADES

1.- Algunos Gerentes de ESE no cumplen con los lineamientos normativos y directrices del Ministerio de salud y Protección Social en cuanto a cancelación de salarios, compensatorios y horarios laborales de los profesionales de las áreas de medicina, odontología, enfermería y bacteriología.

2.- Los profesionales que deben cumplir con el servicio social no tienen la mejor disposición para prestar el SSO, por falta de incentivos que los motiven.

REGISTROS ENERO AL 30 DE JUNIO DE 2023

Resolución 3030 de 2014, en su Artículo 1. Objeto, La presente resolución tiene por objeto establecer la estructura, características, variables, plataforma para el envío y demás aspectos atinentes al reporte de la información para el desarrollo del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS), aspectos contenidos en los anexos técnicos 1 y 2 que forman parte integral de este acto administrativo.

Por lo anterior se presentan estos indicadores de registros para el primer semestre 2023:

PROFESION	2022
PSICOLOGOS	175
TECNICO EN REGENCIA DE FARMACIA	49
TECNOLOGO EN RADIODIAGNOSTICO Y RADIOTERAPIA	14
AUX. EN SERVICIOS FARMACEUTICOS	183
TEC: AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SALUD	40
AUXILIAR EN SALUD ORAL	49
AUXILIAR EN SALUD PUBLICA	2
AUXILIAR EN ENFERMERIA	1009
TOTALES	1521

DIFICULTADES:

1.- Dificultad en los pagos por parte de los usuarios por cuanto no cuentan con sucursales del Banco de Occidente en los diferentes Municipios del Departamento.

2.- El cambio de personal de contrato en la oficina de planeación encargada de reportar y cargar las bases de registro de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud para el registro en RETHUS, ocasionando que los profesionales, técnicos y auxiliares en sus lugares de trabajo les pongan problemas para su contratación por que el registro en RETHUS no se realiza a tiempo.

LOGROS.

1.- Se mejoro el tiempo de oportunidad en la entrega de registro de 30 días a 10 días.

2.- Se mejoro el reporte en RETHUS a quienes no se encuentran registrados en esta plataforma de un mes a una semana esto con el apoyo de la oficina de Sistemas de planeación.

9. INIMPUTABLES POR TRASTORNO MENTAL.

OBJETIVO:

Prestación de los servicios de asistencia social y atención integral psiquiátrica a las personas que sean declaradas jurídicamente inimputables por trastorno mental o inmadurez psicológica por autoridad judicial o de la fiscalía competente de acuerdo con las autorizaciones de ingresos que expida el Comité Interinstitucional de Evaluación de Inimputables a través del representante del Ministerio de Salud y Protección Social con toda su capacidad instalada, sus recursos humanos y físico hospitalarios.

LOGROS.

24 inimputables atendidos ininterrumpidamente hasta junio 30 del 2023.

CONTRATACION.

Dos Hospitales Psiquiátricos.

- Hospital Psiquiátrico San Rafael de Pasto. Con la atención de 22 inimputables de sexo masculino.
- Hospital Psiquiátrico Perpetuo Socorro de Las Humanas Hospitalarias. Con 2 inimputables de sexo femenino

COSTOS DE LA ATENCION EN EL 1 SEMESTRE 2023

PERPETUO SOCORRO	SAN RAFAEL	TOTAL
\$ 49.770.084	\$ 544.255.717	\$ 594.025.801

10. GESTION DEL PROYECTO SUBDIRECCION DE CALIDAD Y ASEGURAMIENTO

SECTOR:	META:	ODS AL QUE LE APUNTA EL RESULTADO OBTENIDO
MI NARIÑO SEGURO	95%	Disminuir los riesgos de morbilidad y mortalidad en la población del Departamento de Nariño, a través de la mejora en la gestión integral de servicios de salud, permitiendo garantizar su cobertura y calidad

PLAN ESTRATEGICO-PLAN TERRITORIAL DE SALUD (PTS)



INFORME DE GESTIÓN 1-2022

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

¿QUÉ QUEDÓ EN EL PTS?				¿QUÉ SE LOGRÓ?			
RESULTADO	INDICADOR DE RESULTADO	LÍNEA DE BASE	META DE RESULTADO CUATRIENIO	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2020	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2021	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2022	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO AL CORTE MAYO DE 2023
Cobertura de aseguramiento en salud en el departamento de Nariño	Cobertura de aseguramiento en salud	77,92%	95%	89,06%	90,59%	91,29%	90,13%



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL

¿Como lo hizo?

METAS DE PRODUCTO QUE LE APUNTAN AL RESULTADO

PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE DE PRODUCTO	META DE PRODUCTO	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2020	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2021	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2022	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL CORTE PRIMER SEMESTRE 2023
Operando las mesas de salud para acuerdos de pago y compromisos de depuración de cartera entre aseguradores y la red prestación de servicios de salud del Departamento de Nariño	Porcentaje de cumplimiento de mesas de salud	100	100	100	100	100	50
Mejorado el cumplimiento de los programas de saneamiento de recursos fiscales y financieros en las ESE con riesgo financiero	Porcentaje de ejecución los programas de saneamiento de recursos fiscales y financieros en las ESE con riesgo financiero	85	90	90	90	90	45
Realizada inspección, vigilancia y control a todos los prestadores de servicios de salud del Departamento de Nariño	Porcentaje de cumplimiento en el cuatrienio de inspección vigilancia y control a todos los prestadores de servicios de salud del Departamento de Nariño	100	100	100	100	100	50
Realizada la vigilancia de las ESE del Departamento de Nariño en sus indicadores reportado en el Sistema de Información Hospitalaria —SIHO—	Porcentaje de seguimiento a ESE del Departamento de Nariño en sus indicadores reportados en el Sistema de Información Hospitalaria SIHO	100	100	100	100	100	50



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Realizada asistencia técnica a las entidades territoriales de salud en proceso de gestión de aseguramiento	Porcentaje de asistencia técnica en proceso de gestión de aseguramiento a los municipios del Departamento de Nariño	100	100	100	100	100	50
Mantenido la cofinanciación del régimen subsidiado en el Departamento de Nariño	Porcentaje de cofinanciación del régimen subsidiado a cargo del Departamento de Nariño	100	100	100	100	100	50
Realizada inspección, vigilancia a las EAPB y entidades territoriales de salud presentes en el Departamento de Nariño en las competencias del aseguramiento en salud	Porcentaje inspección, vigilancia a las EAPB y entidades territoriales de salud presentes en el Departamento de Nariño	100	100	100	100	100	100
Realizada inspección, vigilancia a las EAPB y entidades territoriales de salud presentes en el Departamento de Nariño en las competencias del aseguramiento en salud	Porcentaje inspección, vigilancia a las EAPB y entidades territoriales de salud presentes en el Departamento de Nariño	100	100	100	100	100	100
Realizada inspección y vigilancia a las entidades territoriales de salud de los municipios certificados y descentralizados en cumplimiento de sus competencias	Porcentaje de inspección y vigilancia a las entidades territoriales de salud de los municipios certificados y descentralizados	100	100	100	100	100	92

11. SEGUIMIENTO FINANCIERO PROYECTO SUBDIRECCION DE CALIDAD Y ASEGURAMIENTO

TOTAL DE RECURSOS FINANCIEROS UTILIZADOS CORTE PRIMER SEMESTRE 2023



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

NOMBRE DEL PROYECTO	VALOR APROPIADO \$	VALOR EJECUTADO \$	PORCENTAJE EJECUCIÓN	SGP (\$)	SGR (\$)	RECURSOS PROPIOS (\$)	OTRAS FUENTES DE RECURSOS ESPECIFICAR *(\$)
Mejoramiento de la cobertura de aseguramiento de la garantía en la prestación de servicios de salud en el departamento de Nariño	105.356.061.43	40.648.578.05	38,58%	7.522.445.39	0	25.852.415.945	7.273.716.709

*TRANSFERENCIAS NACIONALES PARA INIMPUTABLES Y COFINANCIACION REGIMEN SUBSIDIADO SSF

12. INFORME DE SEGUIMIENTO A PROCESOS DE LA DEPENDENCIA

PROCESO: INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL		
DEPENDENCIA: SUBDIRECCION DE CALIDAD Y ASEGURAMIENTO		
PERIODO: Enero - Junio 2023		
No.	INFORMACIÓN	ANÁLISIS
1	RESULTADOS DE INDICADORES	Ver análisis de indicadores SIMU WEB.
2	RESULTADOS DE AUDITORIAS (DE CALIDAD, DE CONTROL INTERNO, EXTERNAS)	Hasta esta fecha no se han realizado auditorías internas.
3	PERCEPCIÓN DE GRUPOS DE VALOR (CLIENTE EXTERNO)	No se conocen Informes de Percepción de grupos de valor
4	SEGUIMIENTO A RIESGOS	Los procedimientos de Evaluación a DLS, Habilitación, Aseguramiento y Servicio Social Obligatorio, mantienen controlados los riesgos.
5	NO CONFORMIDAD	Los procedimientos de Evaluación a DLS, Habilitación, Aseguramiento y Servicio Social Obligatorio, no presentan no conformidades en este trimestre.
6	ACCIONES CORRECTIVAS	Los procedimientos de Evaluación a DLS, Habilitación, Aseguramiento y Servicio Social Obligatorio, no presentan acciones correctivas en este trimestre.
7	ACCIONES DE MEJORA	En los procedimientos de Evaluación a DLS, Habilitación, Aseguramiento y SSO, no han presentado acciones de mejoramiento en este periodo.

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

8	CAMBIOS QUE PODRÍAN AFECTAR EL SGC Y EL PROCESO	En los procedimientos de Evaluación a DLS, Habilitación, Aseguramiento y Servicio Social Obligatorio, los cambios en la normatividad pueden ocasionar cambios que afecten el SGC.
9	RESULTADOS DE LOS COMPROMISOS ADQUIRIDOS	Por parte de los procedimientos de IVC de la SCA, no quedo pendiente ningún compromiso.

PROCESO: GESTION RED DE SERVICIOS

DEPENDENCIA: SUBDIRECCION DE CALIDAD Y ASEGURAMIENTO

PERIODO: Enero - Junio 2023

No.	INFORMACIÓN	ANÁLISIS
1	RESULTADOS DE INDICADORES	Ver análisis de indicadores SIMU WEB.
2	RESULTADOS DE AUDITORIAS (DE CALIDAD, DE CONTROL INTERNO, EXTERNAS)	Durante este periodo no se realizaron auditorias de calidad, de control Interno de Gestión y/o externas al IDSN. En el CIGD, realizado en el mes de abril de 2023, se aprueba el programa de auditorías internas de calidad y se presenta el cronograma el cual se aprueba para iniciar en el mes de julio.
3	PERCEPCIÓN DE GRUPOS DE VALOR (CLIENTE EXTERNO)	El resultado de las encuestas virtuales aplicadas en el segundo trimestre de 2023 da como resultado una satisfacción del usuario del 98 %. En el análisis de las encuestas se dan unas recomendaciones para dirección en cuanto al formato de aplicación de encuestas.
4	SEGUIMIENTO A RIESGOS	En los procedimientos de administración de red de servicios, referencia y contrarreferencia, procedimientos que hacen parte del Centro de Regulador de urgencias y emergencia y los procedimientos de la Oficina de atención al Usuario con corte a 30 de junio del 2023, no se ha materializado ninguno de los riesgos del proceso de Gestión de Red de Servicios.
5	NO CONFORMIDAD	Dentro de los procedimientos de administración de red de servicios, procedimiento de referencia y contrarreferencia y los procedimientos de la Oficina de Atención al Usuario, no se presentaron No Conformidades en este periodo.
6	ACCIONES CORRECTIVAS	En revisión de grupo, en este periodo, no se ha determinado alguna situación que amerite acciones de tipo preventivo y correctivo.
7	ACCIONES DE MEJORA	Durante el segundo trimestre de 2023, se realiza una acción de mejora, consistente en la actualización del procedimiento de auditoría de concurrencia. También se realizó la revisión de procedimiento de auditoría de cuentas médicas, el cual se actualizará con la radicación de todos los documentos en la oficina de calidad de planeación del IDSN.

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

8	CAMBIOS QUE PODRÍAN AFECTAR EL SGC Y EL PROCESO	El concurso territorial Nariño 2022, realizado por la CNSC, el cual al momento aún se encuentra en proceso de desarrollo, puede afectar el proceso teniendo en cuenta que se pueden presentar cambios en el Talento Humano, lo cual puede producir reprocesos, al momento se encuentra en desarrollo el proceso de reorganización institucional, en donde la oficina de atención al Usuario pasaría a formar parte de la ventanilla única.
9	RESULTADOS DE LOS COMPROMISOS ADQUIRIDOS	Para este periodo, dentro del proceso de Gestión de Red de Servicios, no se tenían compromisos pendientes en los procedimientos de administración de red de servicios, referencia y contrarreferencia y oficina de atención al Usuario.

PROCESO: ASISTENCIA TECNICA		
DEPENDENCIA: SUBDIRECCION DE CALIDAD Y ASEGURAMIENTO		
PERIODO: Enero - Junio 2023		
No.	INFORMACIÓN	ANÁLISIS
1	RESULTADOS DE INDICADORES	Ver análisis de indicadores SIMU WEB.
2	RESULTADOS DE AUDITORIAS (DE CALIDAD, DE CONTROL INTERNO, EXTERNAS)	Hasta esta fecha no se han realizado auditorías internas.
3	PERCEPCIÓN DE GRUPOS DE VALOR (CLIENTE EXTERNO)	No se conocen Informes de Percepción de grupos de valor
4	SEGUIMIENTO A RIESGOS	El riesgo del proceso de Asistencia Técnica está controlado
5	NO CONFORMIDAD	El proceso de Asistencia Técnica no presenta no conformidades en este trimestre.
6	ACCIONES CORRECTIVAS	El proceso de Asistencia Técnica no presenta acciones correctivas en este trimestre.
7	ACCIONES DE MEJORA	El proceso de Asistencia Técnica no se han presentado acciones de mejoramiento en este trimestre.
8	CAMBIOS QUE PODRÍAN AFECTAR EL SGC Y EL PROCESO	El proceso de Asistencia Técnica, los cambios en la normatividad pueden ocasionar cambios que afecten el SGC.

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

9	RESULTADOS DE LOS COMPROMISOS ADQUIRIDOS	Por parte del proceso de Asistencia Técnica de la SCA, no quedo pendiente ningún compromiso.
---	---	--



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

2. PROGRAMA

Fortalecimiento De La Autoridad Sanitaria

3. SUBPROGRAMA

Fortalecimiento De La Autoridad Sanitaria - Oficina Asesora de Planeación.

4. OBJETIVO

Fortalecer el desarrollo de la gestión del riesgo individual y colectiva en salud para la mitigación del riesgo por fallas en la atención en los servicios de salud y reducción de la carga de enfermedad en el Departamento de Nariño.

5. LÍNEA DE BASE - Meta de Resultado: Promedio de cumplimiento operativo de la ejecución de los Planes Territoriales de Salud (82.5)

6. META CUATRIENIO A 2023: Promedio de cumplimiento operativo de la ejecución de los Planes Territoriales de Salud – 82.5

7. LOGRO DE META DE 2023: Promedio de cumplimiento operativo de la ejecución de los Planes Territoriales de Salud – 82.5

8. EXPLICACIÓN DEL LOGRO CON RESPECTO AL 2019: Mantenido el 82.5% el promedio de cumplimiento operativo de la ejecución de los Planes de Acción en Salud de los municipios

GESTIÓN DEL DESARROLLO TERRITORIAL Y DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

LOGRO METAS DE META DE PRODUCTO 162

- **Línea Base a 2019:** 1 Mantenedida Certificación de Calidad
- **Meta Cuatrienio a 2023:** 1 Mantener Certificación de Calidad
- **Logro a junio de 2023:** 1 Mantenedida la Certificación de Calidad (mediante continuidad de la certificación renovada en 2022)

- **Explicación del Logro con respecto al 2019:** Se ha logrado al corte junio de 2023, mantener durante los años 2020, 2021, 2022 y lo transcurrido de la vigencia 2023, la certificación del Sistema de Gestión de Calidad del IDSN bajo la norma ISO 9001:2015, como resultado de conformidad en el desempeño de los procesos institucionales, lo anterior alcanzado mediante la vinculación de talento humano de apoyo idóneo para soporte a la verificación de los procesos y principalmente, mediante el desarrollo del procedimiento de auditoría externa anual por parte del ente certificador ICONTEC, logrando así la renovación de la certificación y ampliación de alcance, el mes de noviembre de 2022, con 0 (cero) no conformidades. A la fecha se ha adelantado la planificación de la Auditoria de seguimiento a la certificación del Sistema de Gestión de Calidad para todos los procesos del IDSN a ejecutarse en el último trimestre de 2023 y la vinculación de un profesional de apoyo por un valor total de \$35.547.883.

RECOMENDACIONES

- Sistema de Gestión de Calidad: Fortalecer la cultura organizacional, frente al Sistema de Gestión de Calidad y sus requisitos, intensificando las acciones de gestión del conocimiento para los nuevos funcionarios que ingresen al IDSN durante la vigencia, así como en la aplicación de requisitos del modelo integrado de gestión como parte integral del Sistema de Gestión de Calidad institucional

RETOS



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

- Sistema de Gestión de Calidad: Superar satisfactoriamente el procedimiento de auditoría de seguimiento a la certificación del Sistema de Gestión de Calidad institucional bajo la norma ISO 9001:2015, a realizarse a la totalidad de los procesos institucionales en el último trimestre de 2023, manteniendo el alcance logrado en la pasada vigencia.

LOGRO METAS DE META DE PRODUCTO 163

Mantenidos los servicios de información en salud implementados y/o actualizados

- **Línea Base a 2019:** Mantenidos los 30 servicios de información en Salud
- **Meta Cuatrienio a 2023:** Mantener los 30 servicios de información en Salud
- **Logro a junio de 2023:** Mantenidos los 30 servicios de información en Salud

Sistemas de Información – Actualización y mantenimiento de Software: La Oficina de TIC del IDSN se realizó acciones de mejora y transformación de tecnología llevando a cabo el mantenimiento de los servicios de información en salud con corte junio de 2023, como apoyo a la gestión misional de la entidad (Salud Pública); lo anterior alcanzado mediante la vinculación de talento humano de apoyo idóneo para soporte, mantenimiento y actualización de dichos servicios de información en salud, realizando inversiones en tecnología, mejorando los procesos y procedimientos de TICs además de hacer uso de las nuevas tecnologías a través del correo electrónico y otros sistemas de información tales como SYSMAN el cual es provee el soporte al sistema contable, financiero, tesoral, contractual y de almacén de la Entidad entre otros brindando estabilidad y seguridad a las fuentes de datos de dichas áreas. Lo anterior le ha permitido a la Entidad dar cumplimiento con la entrega de reportes de información a los diferentes Entes de control propendiendo por la transparencia del IDSN. A la fecha se han intervenido 18 aplicativos, con el fin de garantizar el correcto funcionamiento y disponibilidad para los usuarios externos e internos del IDSN, el restante de los aplicativos se encuentra programados para el segundo semestre 2023.

Se continúa realizando la actualización de las herramientas informáticas acorde a la normativa vigente y se ha propuesto alternativas de solución a procesos internos con el apoyo de las Tics.

LOGRO METAS DE META DE PRODUCTO 164

Implementado el Plan Estratégico de Tecnología de la Información PETI en el IDSN:

- **Línea Base a 2019:** Implementar Plan Estratégico de Tecnología de la Información
- **Meta Cuatrienio a 2023:** Implementar Plan Estratégico de Tecnología de la Información
- **Logro a junio de 2023:** Plan Estratégico de Tecnología de la Información implementado

Sistemas de Información – Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones – PETI: La formulación del PETI 2021 – 2023 del Instituto Departamental de Salud de Nariño se basó en la revisión de los siguientes documentos:

- a. Ley 1955 de 2019: Plan Nacional de Desarrollo, eje Equidad – Salud, eje Transformación Digital
- b. Plan Estratégico Sectorial
- c. Plataforma Estratégica 2018 – 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social
- d. Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021
- e. Decreto 1008 de 2018: Lineamientos Generales de la Política de Gobierno Digital
- f. Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones – PETI 2019 – 2020 del IDSN
- g.

A su vez, se tuvo en cuenta los documentos e información facilitados por el IDSN:

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

- a. Plan de Desarrollo Departamental de Nariño “Mi Nariño, en defensa de lo nuestro 2020 – 2023”, línea estratégica “Mi Nariño Seguro”.
- b. Plan territorial de salud
- c. Sistema de gestión de calidad IDSN
- d. Información puntual suministrada por el Grupo de Trabajo TIC del IDSN

Estrategia del Plan

De acuerdo con lo definido para el sector salud en el Plan de Desarrollo Departamental de Nariño, se contempla principalmente la actualización del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información – PETI que contiene la estrategia en materia de las TIC para la entidad y contempla los resúmenes a alto nivel del análisis de la situación actual, la arquitectura actual de gestión de TI, la descripción de los procesos, la caracterización de los servicios TI con las oportunidades de mejora desde el análisis de brechas, las capacidades TI de la institución; todo esto en el marco de un contexto normativo; y, establece, además, el portafolio de proyectos y su hoja de ruta para su implementación.

Adicional a lo anterior, es pertinente avanzar en la implementación de la Política de Gobierno Digital desde los elementos que la componen y que permiten englobar y evidenciar resultados que las entidades públicas deben incorporar para garantizar la calidad de vida de los ciudadanos y generar valor público, que se describen a continuación.

Lo anterior desde los 2 componentes de Gobierno Digital que se describen a continuación:

Componentes	Descripción
TIC para el estado	Pretende el mejoramiento del funcionamiento de las entidades públicas y su relación con otras entidades públicas, a través del uso de las TIC y que busca fortalecer las competencias T.I. de los servidores públicos, como parte fundamental de la capacidad institucional
TIC para la sociedad	Comprende el fortalecimiento de la sociedad y su relación con el Estado en un entorno confiable que permita la apertura y el aprovechamiento de los datos públicos, la colaboración en el desarrollo de productos y servicios de valor público, el diseño conjunto de servicios, políticas y normas, y la identificación de soluciones a problemáticas de interés común

De igual manera, Gobierno Digital incluye los siguientes tres habilitadores transversales:

Habilitadores	Descripción
Arquitectura	Fortalecer las capacidades de gestión de T.I. de las entidades públicas, a través de la definición de lineamientos, estándares y mejores prácticas contenidos en el Marco de Referencia de Arquitectura Empresarial del Estado
Seguridad y privacidad	Preservar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de los activos de información de las entidades del Estado, garantizando su buen uso y la privacidad de los datos, a través de un Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información
Servicios Ciudadanos Digitales	Procura facilitar y brindar un adecuado acceso a los servicios de la administración pública haciendo uso de medios digitales, para lograr la autenticación electrónica, interoperabilidad y carpeta ciudadana

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Gobierno Digital contempla los siguientes 5 propósitos:

Propósitos	Descripción
Servicios Digitales de Confianza y Calidad	Transformar los servicios del Distrito en versión digital de manera que estos servicios sean ágiles, sencillos y útiles para los ciudadanos
Procesos seguros y eficientes	Brindar seguridad y generar confianza a los ciudadanos sobre los servicios digitales del Distrito
Toma de decisiones basadas en datos	Mejorar la toma de decisiones por parte del Distrito, de los ciudadanos, los usuarios y los grupos de interés a partir del uso y aprovechamiento de datos que incorporan estándares de calidad y seguridad
Empoderamiento de los ciudadanos mediante un Estado abierto	Lograr una sociedad participativa impulsando la gobernanza en la gestión pública, a través del uso y aprovechamiento de las tecnologías digitales.
Impulso en el desarrollo de territorios y ciudades inteligentes	Promover la implementación de iniciativas de tipo social, ambiental, político y económico para el mejoramiento de la calidad de vida de los ciudadanos e impulsar el desarrollo sostenible.

DESCRIPCION DE LOS PROCESOS TIC

Los procesos del Grupo de Trabajo TIC del IDSN se encuentran dentro del proceso misional denominado "Planificación y Desarrollo" y dispone de los siguientes recursos y roles para su funcionamiento:

Nombre del proceso	Recursos	Roles
Planificación y Desarrollo	Micrositio del Grupo de Trabajo TIC en la página web del IDSN Micrositio Sistemas de Información dentro de la Intranet del IDSN Licencias de software para gestión y desarrollo de software Contratistas para apoyo y gestión del Grupo de Trabajo TIC Ambientes de desarrollo, pruebas y producción de software Equipos de cómputo y disposición, acceso y administración de servidores Sistema de información: - Soporte y asistencias técnicas – SAT - RIPS - Resolución 4505 - RETUS	Oficina de Planeación - Grupo de Trabajo TIC

De la revisión de la caracterización de los procesos del Sistema de Gestión de Calidad del IDSN, se encuentra que los procesos del Grupo de Trabajo TIC del IDSN se enmarcan en el proceso misional denominado "Planificación y Desarrollo", se caracterizan de la siguiente manera:

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Id	Clasificación	Nombre del producto o servicio	Documento Fuente	Descripción del servicio	Áreas que participan	Canales de atención
1	Producto	Desarrollo, actualización y mantenimiento de software	Oferta institucional	Atender las necesidades de desarrollo, actualización y mantenimiento de software	Grupo de Trabajo TIC y dependencias del IDSN	Presencial
2	Otro proceso administrativo	Consolidación, validación y reporte de información de las distintas bases de datos del sector salud	Oferta institucional	Se realiza la consolidación de información proveniente de entidades externas, se hace la validación y el reporte a los aplicativos del MinSalud	Grupo de Trabajo TIC con entidades externas	Virtual
3	Asistencia técnica	Fortalecimiento, actualización, mantenimiento y atención de requerimientos de la infraestructura TI	Oferta institucional	Atender las necesidades, incidentes y problemáticas que sobre infraestructura TI presentan los usuarios	Grupo de Trabajo TIC con dependencias del IDSN	Presencial
4	Servicio	Administración, mantenimiento y publicación de información en la página web del IDSN	Oferta institucional	Realizar la administración, mantenimiento y publicación de información en la página web del IDSN	Grupo de Trabajo TIC con dependencias del IDSN	Presencial y virtual

A continuación, se presenta la ficha de cada uno de los servicios del Grupo de Trabajo TIC:

Ficha del servicio			
ID	1		
Nombre del servicio	Desarrollo, actualización y mantenimiento de software (Gestión de soluciones de software)		
Descripción del servicio	Atender las necesidades de desarrollo, actualización y mantenimiento de software que presenten las dependencias del IDSN		
Áreas que participan	Grupo de Trabajo TIC y dependencias del IDSN		
Tipo de usuario	Usuarios internos		
Canales	Presencial		
Variables			
Servicio en línea	No	Nivel de criticidad	Alto



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Nivel de complejidad actual	Medio	Nivel de valor al ciudadano	Alto
Mejoras			
Elemento		Acción	
Metodologías ágiles		Implementar metodologías ágiles	
Metodología de desarrollo de software		Definir una metodología de desarrollo de software	
Interoperabilidad		Incluir características de interoperabilidad	

Ficha del servicio			
ID	2		
Nombre del servicio	Consolidación, validación y reporte de información de las distintas bases de datos del sector salud		
Descripción del servicio	Se realiza la consolidación de información proveniente de entidades externas, se hace la validación y el reporte a los aplicativos del MinSalud y entidades de control		
Áreas que participan	Grupo de Trabajo TIC, prestadores de servicios		
Tipo de usuario	Usuarios externos		
Canales	Virtual		
Variables			
Servicio en línea	Si	Nivel de criticidad	Alto
Nivel de complejidad actual	Medio	Nivel de valor al ciudadano	Alto
Mejoras			
Elemento		Acción	
Actualización normativa		Actualización de aplicativos del IDSN	

Ficha del servicio			
ID	3		
Nombre del servicio	Fortalecimiento, actualización, mantenimiento y atención de requerimientos de la infraestructura TI		
Descripción del servicio	Atender las necesidades, incidentes y problemáticas que sobre infraestructura TI presentan los usuarios		
Áreas que participan	Grupo de Trabajo TIC y dependencias del IDSN		
Tipo de usuario	Usuarios internos		
Canales	Presencial		
Variables			
Servicio en línea	No	Nivel de criticidad	Alto
Nivel de complejidad actual	Medio	Nivel de valor al ciudadano	Alto
Mejoras			
Elemento		Acción	
Computación en la nube		Implementación de más servicios de computación en la nube	
Protocolo IPv6		Implementación del Protocolo IPv6	

Ficha del servicio	
ID	4
Nombre del servicio	Administración, mantenimiento y publicación de información en la página web del IDSN

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Descripción del servicio	Realizar la administración, mantenimiento y publicación de información en la página web del IDSN		
Áreas que participan	Grupo de Trabajo TIC y dependencias del IDSN		
Tipo de usuario	Usuarios internos		
Canales	Presencial		
Variables			
Servicio en línea	No	Nivel de criticidad	Alto
Nivel de complejidad actual	Medio	Nivel de valor al ciudadano	Alto
Mejoras			
Elemento		Acción	
Incorporación de normatividad vigente		Actualizar página web de conformidad con los últimos lineamientos de la Política de Gobierno Digital, en lo relacionado con la Resolución 1519 de 2020, Ley 2080 de 2021, Ley 2052 de 2020, Resolución 2893 de 2020 y estándares de publicación	

6.7.4 Cadena de valor TIC

La cadena de valor TIC del Grupo de Trabajo TIC del IDSN incluye 4 procedimientos que se encuentran asociados con los servicios descritos en la caracterización del proceso misional "Planeación y Desarrollo"

Id	Nombre del producto o servicio	Descripción del servicio
1	Desarrollo, actualización y mantenimiento de software (Gestión de soluciones de software)	Atender las necesidades de desarrollo, actualización y mantenimiento de software sobre los distintos sistemas de información que soportan los procesos misionales, estratégicos y de apoyo. Incluye acciones preventivas, correctivas y mejoras.
2	Consolidación, validación y reporte de información de las distintas bases de datos del sector salud	Se realiza la consolidación de información proveniente de entidades externas, se hace la validación y el reporte a los aplicativos del MinSalud y de entidades de control y seguimiento como la Supersalud, Contralorías, entre otras
3	Fortalecimiento, actualización, mantenimiento y atención de requerimientos de la infraestructura TI	Atender las necesidades, incidentes y problemáticas que sobre infraestructura TI presentan los usuarios, es decir, desde este procedimiento se atiende lo referente a la gestión de incidentes y requerimientos TIC.
4	Administración, mantenimiento y publicación de información en la página web del IDSN	Realizar la administración, mantenimiento y publicación de información en la página web del IDSN

TENDENCIAS TECNOLÓGICAS

Tendencias tecnológicas que tienen impacto en el sector salud y que pueden fortalecer las capacidades del IDSN.

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Nombre	Descripción
Aplicaciones móviles	Prevención e investigación médica
Uso de nube	Software, plataforma e infraestructura como servicio
Inteligencia artificial (Software para análisis de datos predictivo)	Implementación de algoritmos de inteligencia artificial en aplicativos que permitan realizar predicciones sobre comportamiento, reacciones y tendencias en datos almacenados y clasificados
Blockchain	Transferencia de datos digitales, trazabilidad y/o verificación de medicamentos, investigación médica, reportes, telemedicina
Gestión y análisis de datos no estructurados (documentos, audios, videos) con Big Data	Manejo de altos volúmenes de información y velocidad de los datos o rapidez en la que son creados.
Herramientas de gestión de calidad de datos	Aplicación de métodos tecnológicos o estadísticos manuales que permiten estudiar de forma concreta los posibles problemas que pueden presentarse en la gestión de datos
Plataforma colaborativa	Espacio digital común en una organización para la generación colaborativa de documentos, contenido y conocimiento digital en general.
Metodologías ágiles	Selección y aplicación de metodologías ágiles para el desarrollo de software y gestión de proyectos TI
Devops	Conjunto de prácticas que agrupan el desarrollo de software y las operaciones de TI. Su objetivo es hacer más rápido el ciclo de vida del desarrollo de software y proporcionar una entrega continua de alta calidad
Datos abiertos	Aportar distintos beneficios al gobierno, las empresas, la academia y las personas hacia el mejoramiento de los servicios
Analítica y minería de datos	Perfección de datos para extraer el máximo valor
Chatbot y respuestas rápidas	Ofrecer a los usuarios con rapidez y eficacia respuestas y servicios a requerimientos de mayor frecuencia
Telemedicina	Prestación de servicios médicos a distancia. Para su implantación se emplean tecnologías de la información y las comunicaciones

En relación con los procesos del Grupo de Trabajo TIC y las tendencias tecnológicas se presenta a continuación, el resultado del análisis de cómo estas pueden ser aprovechadas para mejorar los servicios que se prestan actualmente.

Id.	Servicio	Inteligencia artificial	BigData	Plataforma colaborativa	Metodologías ágiles	Datos abiertos	Analítica
1	Desarrollo, actualización y mantenimiento de software (Gestión de soluciones de software)	X	X	X	X	X	X



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

2	Consolidación, validación y reporte de información de las distintas bases de datos del sector salud						X
3	Fortalecimiento, actualización, mantenimiento y atención de requerimientos de la infraestructura TI			X			
4	Administración, mantenimiento y publicación de información en la página web del IDSN	X	X	X	X	X	X

Es necesario e importante realizar la caracterización de todos los trámites y servicios del IDSN y aplicar el análisis del aprovechamiento de las tendencias tecnológicas que permitan apalancar su prestación.

LIENZO ESTRATEGICO MODELO DE TI

El lienzo estratégico de TI visualiza los aspectos más importantes de la gestión de las tecnologías del IDSN:

SOCIOS CLAVE	ACTIVIDADES CLAVE TI	PROPUESTA DE VALOR	RELACIONES CON EL CLIENTE	SEGMENTOS
Estratégicos: - Nación - Gobernación de Nariño - Direcciones locales de salud – DLS - MinSalud - Superintendencia de Salud - Cuenta de alto costo Interno: - Dirección del IDSN - Planeación Secretaría - General - Control interno - Salud Pública - Calidad y Aseguramiento Externo: - Organización Panamericana de la Salud - Instituto Nacional de Salud - MinTic - EPS - IPS - Proveedores de comunicaciones - Proveedores de sistemas de información	Gestión de recursos tecnológicos - Hardware - Comunicaciones - Licenciamiento - Soporte técnico Gestión de servicios tecnológicos - Solicitud de servicios por intranet Gestión de los sistemas de información - Sistemas misionales - Sistema estratégico - Sistemas de apoyo Gestión de proyectos TI - No se cuenta con proceso definido Gestión de desarrollo de software - No se cuenta con proceso definido	- Disponibilidad de los recursos tecnológicos: plataformas o aplicaciones, comunicaciones, personal de soporte, personal de desarrollo - Catálogo de servicios que prestan a clientes internos y externos	- Atención de requerimientos de TI - Apoyo en formulación de proyectos - Generación de reportes para entidades externas y de control - Facilitar conjuntos de datos a entidades y grupos de interés - Desarrollar aplicaciones in house - Acompañamiento institucional en asuntos TI - Transformación digital de procesos	Internos - Áreas estratégicas - Gestión de calidad - Gestión estratégica - Gestión del riesgo y control interno - Áreas misionales: - Inspección, vigilancia y control - Gestión de red de servicios - Asistencia técnica - Gestión del laboratorio de salud pública - Articulación intersectorial - Planificación y desarrollo del sistema territorial de salud - Áreas de apoyo - Gestión jurídica - Gestión del talento humano - Gestión de recursos Externos - Usuarios: pacientes - Usuarios SISBEN - IPS, EPS - Universidades - Otras entidades estatales - Direcciones locales de salud
	RECURSOS CLAVE TI - Dispositivos de hardware - Equipos de comunicaciones - Equipos y sistemas de seguridad - Licencias de software - Aplicaciones in house - Personal especializado		CANALES - Telefónico - Sede física - Correo electrónico - Redes sociales	
ESTRUCTURA DE COSTOS - Costos fijos - Licenciamiento, mantenimiento, correo electrónico - Servicios (Comunicaciones, nube, internet) - Mantenimiento de aplicaciones		FUENTES DE INGRESOS - Presupuesto de funcionamiento - Presupuesto para inversión - Presupuesto de regalías - Rentas por estampilla de licores		



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

- o Contratistas
- Costos variables
- o Adquisiciones de infraestructura TI
- o Proyectos de inversión

Servicios TI

A continuación se presenta la relación de los Servicios TI que ofrece la Oficina TIC del IDSN tanto a los usuarios internos como externos que son aprovechados por los distintos procesos y servicios que ofrece el instituto.

ID	
Nombre	Acceso a internet
Descripción	Acceso a la red de colaboradores del IDSN de manera inalámbrica y cableada a través de dispositivos móviles y computadores portátiles y de escritorio. La velocidad de 250 MB de bajada, 250 MB de subida y soporta máximo 200 usuarios conectados concurrentemente
Categoría	Conectividad
Usuario objetivo	Todos los funcionarios y contratistas del IDSN
Horario de prestación del servicio	24 horas, 7 días a la semana
Canal de soporte	<ul style="list-style-type: none"> • Correo electrónico • Software de mesa de servicio • Formulario en papel • Verbal
Acuerdo de nivel de servicio	99%
Hallazgos u oportunidades de mejora	Ampliación del canal por limitación de servicios como videoconferencias

ID	
Nombre	Acceso a la red (intranet) y servicios TI del IDSN
Descripción	Acceso a la red protegida del IDSN para el uso de los recursos tecnológicos (sistemas de información, comunicaciones, telefonía, etc)
Categoría	Conectividad
Usuario objetivo	Funcionarios y contratistas de la entidad
Horario de prestación del servicio	24 horas, 7 días a la semana
Canal de soporte	<ul style="list-style-type: none"> • Correo electrónico • Software de mesa de servicio • Formulario en papel • Verbal
Acuerdo de nivel de servicio	99%
Hallazgos u oportunidades de mejora	Ninguna



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

ID	
Nombre	Correo electrónico junto con las herramientas colaborativas
Descripción	Basado en G-Suite Gmail de Google con un buzón de almacenamiento de 50GB, almacenamiento en drive y acceso a aplicaciones de ofimática de Google
Categoría	Comunicación
Usuario objetivo	Funcionarios y contratistas de la entidad
Horario de prestación del servicio	24 horas, 7 días a la semana
Canal de soporte	<ul style="list-style-type: none"> • Correo electrónico • Software de mesa de servicio • Formulario en papel • Verbal
Acuerdo de nivel de servicio	99%
Hallazgos u oportunidades de mejora	Desarrollo de capacidades digitales de las herramientas de ofimática desde la G-Suite para los funcionarios y contratistas Mejorar el uso e implementación de la plataforma colaborativa

ID	
Nombre	Servicio de entrenamiento y capacitación en uso de las soluciones de TI
Descripción	Servicio que suministra capacitación y entrenamiento sobre las funciones de los sistemas de información que maneja la entidad.
Categoría	Gestión recursos
Usuario objetivo	Dirigido a funcionarios y contratistas
Horario de prestación del servicio	Por demanda y organización de temáticas
Canal de soporte	<ul style="list-style-type: none"> • Correo electrónico • Software de mesa de servicio • Formulario en papel • Verbal
Acuerdo de nivel de servicio	De acuerdo con estimación
Hallazgos u oportunidades de mejora	Implementación de la escuela virtual en salud

ID	
Nombre	Telefonía IP
Descripción	Servicio de comunicaciones telefónicas entre usuarios internos de la institución.
Categoría	Comunicación
Usuario objetivo	Funcionarios y contratistas de la entidad
Horario de prestación del servicio	24 horas, 7 días a la semana
Canal de soporte	<ul style="list-style-type: none"> • Correo electrónico • Software de mesa de servicio • Formulario en papel



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

	<ul style="list-style-type: none"> Verbal
Acuerdo de nivel de servicio	99%
Hallazgos u oportunidades de mejora	Ampliación del servicio para comunicaciones telefónicas externas

ID	
Nombre	Atención de incidentes y problemas de TI
Descripción	Proceso para el registro, consulta y respuesta de asistencia técnica
Categoría	Aplicación
Usuario objetivo	<ul style="list-style-type: none"> Funcionarios y contratistas de soporte, Funcionarios y contratistas que generan PQR
Horario de prestación del servicio	24 horas, 7 días a la semana
Canal de soporte	<ul style="list-style-type: none"> Correo electrónico Software de mesa de servicio Formulario en papel Verbal
Acuerdo de nivel de servicio	99%
Hallazgos u oportunidades de mejora	Actualizar la aplicación y el proceso hacia mesa de servicios

ID	
Nombre	Antivirus
Descripción	Software que detecta y elimina virus y otras amenazas informáticas en la red, sistemas de información, PC y portátiles.
Categoría	Seguridad
Usuario objetivo	Entidad
Horario de prestación del servicio	24 horas, 7 días a la semana
Canal de soporte	<ul style="list-style-type: none"> Correo electrónico Software de mesa de servicio Formulario en papel Verbal
Acuerdo de nivel de servicio	99%
Hallazgos u oportunidades de mejora	Ninguna

ID	
Nombre	Gestión de equipos de cómputo
Descripción	Adquisición, instalación, configuración y mantenimientos preventivos y correctivos de hardware y software de los equipos asignados a los funcionarios y contratistas del IDSN
Categoría	Gestión de recursos

**INFORME DE GESTIÓN**

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Usuario objetivo	Funcionarios y contratistas de la entidad
Horario de prestación del servicio	8 horas, 5 días a la semana
Canal de soporte	<ul style="list-style-type: none">• Correo electrónico• Software de mesa de servicio• Formulario en papel• Verbal
Acuerdo de nivel de servicio	2 días hábiles
Hallazgos u oportunidades de mejora	Ninguna

ID	
Nombre	Instalación de software en Equipos de computo
Descripción	Instalación de software por demanda en los equipos de computo de los funcionarios o contratistas
Categoría	Gestión de recursos
Usuario objetivo	Funcionarios y contratistas de la entidad
Horario de prestación del servicio	8 horas, 5 días a la semana
Canal de soporte	<ul style="list-style-type: none">• Correo electrónico• Software de mesa de servicio• Formulario en papel• Verbal
Acuerdo de nivel de servicio	16 horas hábiles
Hallazgos u oportunidades de mejora	Ninguna

ID	
Nombre	Videollamadas
Descripción	Acceso de servicio de video llamada a través de la Suite de Google
Categoría	Comunicación
Usuario objetivo	Funcionarios y contratistas de la entidad
Horario de prestación del servicio	24 horas, 7 días a la semana
Canal de soporte	<ul style="list-style-type: none">• Correo electrónico• Software de mesa de servicio• Formulario en papel• Verbal
Acuerdo de nivel de servicio	99%
Hallazgos u oportunidades de mejora	Ninguna

ID	
-----------	--



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Nombre	Página web institucional
Descripción	Sitio web institucional disponible a los ciudadanos que integra información sobre servicios institucionales, trámites, noticias, eventos de interés, políticas y normatividad.
Categoría	Comunicación
Usuario objetivo	Ciudadanos
Horario de prestación del servicio	24 horas, 7 días a la semana
Canal de soporte	<ul style="list-style-type: none"> • Correo electrónico • Software de mesa de servicio • Formulario en papel • Verbal
Acuerdo de nivel de servicio	99%
Hallazgos u oportunidades de mejora	Actualizar página web de conformidad con los últimos lineamientos de la Política de Gobierno Digital, en lo relacionado con la Resolución 1519 de 2020, Ley 2080 de 2021, Ley 2052 de 2020, Resolución 2893 de 2020 y estándares de publicación

ID	
Nombre	Sitio Intranet
Descripción	Sitio web institucional que integra información sobre servicios internos, trámites, noticias, eventos de interés, políticas, normatividad.
Categoría	Comunicación
Usuario objetivo	Funcionarios y contratistas de la entidad
Horario de prestación del servicio	24 horas, 7 días a la semana
Canal de soporte	<ul style="list-style-type: none"> • Correo electrónico • Software de mesa de servicio • Formulario en papel • Verbal
Acuerdo de nivel de servicio	99%
Hallazgos u oportunidades de mejora	Realizar un proceso de reingeniería para ofrecer mejores servicios como herramientas, información y trámites internos

ID	
Nombre	Soporte aplicaciones
Descripción	Gestión de incidentes y/o problemas presentados en las aplicaciones
Categoría	Gestión recursos
Usuario objetivo	Funcionarios y contratistas de la entidad
Horario de prestación del servicio	8 horas, 5 días a la semana
Canal de soporte	<ul style="list-style-type: none"> • Correo electrónico • Software de mesa de servicio • Formulario en papel • Verbal



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Acuerdo de nivel de servicio	99%
Hallazgos u oportunidades de mejora	Generar la documentación técnica y funcional de las aplicaciones al 100%

ID	
Nombre	Configuración de ambientes de desarrollo, pruebas, capacitación y preproducción
Descripción	Preparación y configuración de ambientes para desarrollos, procesos de aseguramiento de calidad y capacitaciones en los diferentes sistemas de información
Categoría	Gestión recursos
Usuario objetivo	Funcionarios y contratistas del área de TI
Horario de prestación del servicio	8 horas, 5 días a la semana
Canal de soporte	<ul style="list-style-type: none"> • Correo electrónico • Software de mesa de servicio • Formulario en papel • Verbal
Acuerdo de nivel de servicio	99%
Hallazgos u oportunidades de mejora	Ninguna

ID	
Nombre	Despliegue de software en producción
Descripción	Preparación, configuración y despliegue de las soluciones generadas por el área de TI.
Categoría	Gestión recursos
Usuario objetivo	Usuarios de los sistemas de información
Horario de prestación del servicio	2 días al mes
Canal de soporte	<ul style="list-style-type: none"> • Correo electrónico • Software de mesa de servicio • Formulario en papel • Verbal
Acuerdo de nivel de servicio	2 días al mes
Hallazgos u oportunidades de mejora	Ninguna

ID	
Nombre	Gestión de infraestructura de TI
Descripción	Administración y monitoreo de servidores, servidores de aplicaciones, servidores web, sistemas de información, herramientas de software, soluciones en la nube y demás elementos de infraestructura de TI

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Categoría	Gestión recursos
Usuario objetivo	Área de TI
Horario de prestación del servicio	8 horas, 5 días a la semana
Canal de soporte	<ul style="list-style-type: none"> • Correo electrónico • Software de mesa de servicio • Formulario en papel • Verbal
Acuerdo de nivel de servicio	24 horas máximo de atención a solicitudes de cambio
Hallazgos u oportunidades de mejora	Obsolescencia en el cableado de la red y equipos de redes Renovación y ampliación de la red LAN

ID	
Nombre	Adquisición de licencias de software
Descripción	Servicio de adquisición de licencias de software requeridas para usar en los diferentes procesos de la organización
Categoría	Gestión recursos
Usuario objetivo	Área de TI
Horario de prestación del servicio	8 horas, 5 días a la semana
Canal de soporte	<ul style="list-style-type: none"> • Correo electrónico • Software de mesa de servicio • Formulario en papel • Verbal
Acuerdo de nivel de servicio	60 días calendario
Hallazgos u oportunidades de mejora	Ninguna

ID	
Nombre	Mantenimiento de aplicaciones
Descripción	Servicio que se encarga de realizar cambios en los sistemas de información para: <ul style="list-style-type: none"> • Corregir errores recurrentes • Actualizar software base • Aumentar la capacidad funcional de la aplicación
Categoría	Gestión recursos
Usuario objetivo	Usuarios de los sistemas de información
Horario de prestación del servicio	8 horas, 5 días a la semana
Canal de soporte	<ul style="list-style-type: none"> • Correo electrónico • Software de mesa de servicio • Formulario en papel • Verbal
Acuerdo de nivel de servicio	3 días de atención de mantenimientos correctivos



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Hallazgos u oportunidades de mejora	Definición e implementación de metodologías ágiles Definir la arquitectura de referencia (Guía que permita orientar todas las decisiones de diseño de aplicaciones TI)
--	---

ID	
Nombre	Administración de bases de datos
Descripción	Servicio que se encarga de la administración de las bases de datos que maneja la entidad
Categoría	Gestión recursos
Usuario objetivo	Área de TI
Horario de prestación del servicio	8 horas, 5 días a la semana
Canal de soporte	<ul style="list-style-type: none"> • Correo electrónico • Software de mesa de servicio • Formulario en papel • Verbal
Acuerdo de nivel de servicio	De acuerdo a estimación
Hallazgos u oportunidades de mejora	Generación de los diccionarios de datos Estudiar la viabilidad para mejorar las versiones de los motores de bases de datos

ID	
Nombre	Gestión de backup
Descripción	Servicio que se encarga de generar respaldo de datos de los sistemas de información
Categoría	Gestión recursos
Usuario objetivo	Área de TI
Horario de prestación del servicio	8 horas, 5 días a la semana
Canal de soporte	<ul style="list-style-type: none"> • Correo electrónico • Software de mesa de servicio • Formulario en papel • Verbal
Acuerdo de nivel de servicio	No aplica
Hallazgos u oportunidades de mejora	Mejorar el procedimiento y automatizarlo

ID	
Nombre	Gestión de proyectos de TI
Descripción	Servicio que permite planear, ejecutar y realizar seguimiento a proyectos que afectan los procesos o elementos de la arquitectura de TI
Categoría	Gestión recursos
Usuario objetivo	Todas las áreas de la entidad



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Horario de prestación del servicio	8 horas, 5 días a la semana
Canal de soporte	<ul style="list-style-type: none"> • Correo electrónico • Software de mesa de servicio • Formulario en papel • Verbal
Acuerdo de nivel de servicio	De acuerdo a estimación
Hallazgos u oportunidades de mejora	Definir e implementar el manual de gestión de proyectos TI que incorpore las directrices de la Política de Gobierno Digital

ID	
Nombre	Gestión de identidades
Descripción	Servicio que permite asignar recursos organizacionales a los funcionarios y contratistas de la entidad, así mismo, provee los mecanismos de autenticación y autorización para el acceso a estos recursos
Categoría	Gestión recursos
Usuario objetivo	Todas las áreas de la entidad
Horario de prestación del servicio	24 horas, 7 días a la semana
Canal de soporte	<ul style="list-style-type: none"> • Correo electrónico • Software de mesa de servicio • Formulario en papel • Verbal
Acuerdo de nivel de servicio	4 horas hábiles
Hallazgos u oportunidades de mejora	Actualizar el procedimiento

ID	
Nombre	DNS
Descripción	Servicio que permite asignar nombre de dominio a los diferentes elementos que hacen parte de la red.
Categoría	Gestión recursos
Usuario objetivo	Todas las áreas de la entidad
Horario de prestación del servicio	24 horas, 7 días a la semana
Canal de soporte	<ul style="list-style-type: none"> • Correo electrónico • Software de mesa de servicio • Formulario en papel • Verbal
Acuerdo de nivel de servicio	8 horas hábiles
Hallazgos u oportunidades de mejora	Ninguna



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

ID	
Nombre	Servicio de Virtualización de servidores
Descripción	Servicio que permite virtualizar servidores físicos en varias máquinas virtuales, las cuales pueden proveer a su vez servicios de hosting a las diferentes soluciones de software.
Categoría	Gestión recursos
Usuario objetivo	Todas las áreas de la entidad
Horario de prestación del servicio	24 horas, 7 días a la semana
Canal de soporte	<ul style="list-style-type: none"> • Correo electrónico • Software de mesa de servicio • Formulario en papel • Verbal
Acuerdo de nivel de servicio	2 días hábiles
Hallazgos u oportunidades de mejora	Ninguna

ID	
Nombre	Servicio de supervisión de proveedores de TI
Descripción	Servicio que permite asegurar que los proveedores cumplan con las obligaciones contractuales.
Categoría	Gestión recursos
Usuario objetivo	Área de TI
Horario de prestación del servicio	8 horas, 5 días a la semana
Canal de soporte	<ul style="list-style-type: none"> • Correo electrónico • Software de mesa de servicio • Formulario en papel • Verbal
Acuerdo de nivel de servicio	De acuerdo con estimación
Hallazgos u oportunidades de mejora	Ninguna

ID	
Nombre	Desarrollo de software
Descripción	Servicio que permite atender las solicitudes de nuevos desarrollos de productos software para soportar procesos del IDSN
Categoría	Aplicación
Usuario objetivo	Dependencias
Horario de prestación del servicio	8 horas, 5 días a la semana
Canal de soporte	<ul style="list-style-type: none"> • Correo electrónico • Software de mesa de servicio • Formulario en papel • Verbal



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Acuerdo de nivel de servicio	99%
Hallazgos u oportunidades de mejora	Definición e implementación de metodologías ágiles Definir la arquitectura de referencia (Guía que permita orientar todas las decisiones de diseño de aplicaciones TI)

ID	
Nombre	Generación de anexos y reportes por normas
Descripción	Servicio de consolidación, validación, generación de información y reporte de anexos y reportes a entidades de nivel superior
Categoría	Reportes
Usuario objetivo	Dependencias
Horario de prestación del servicio	8 horas, 5 días a la semana
Canal de soporte	<ul style="list-style-type: none"> • Correo electrónico • Software de mesa de servicio • Formulario en papel • Verbal
Acuerdo de nivel de servicio	99%
Hallazgos u oportunidades de mejora	Definición e implementación de metodologías ágiles Definir la arquitectura de referencia (Guía que permita orientar todas las decisiones de diseño de aplicaciones TI)

ID	
Nombre	Producción de conocimiento
Descripción	Servicio que permite analizar y visualizar información de interés para el sector Salud del Departamento de Nariño
Categoría	Conocimiento
Usuario objetivo	Dependencias
Horario de prestación del servicio	8 horas, 5 días a la semana
Canal de soporte	<ul style="list-style-type: none"> • Correo electrónico • Software de mesa de servicio • Formulario en papel • Verbal
Acuerdo de nivel de servicio	99%
Hallazgos u oportunidades de mejora	Definir e implementar una estrategia de apropiación del conocimiento

RECOMENDACIONES

Fortalecer la transformación digital alineada con los objetivos y metas, con la finalidad de brindar el apalancamiento necesario para alcanzar las metas de estrategia misional en el corto, mediano y largo Plazo.

RETOS

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Fortalecer implementación de la tecnología para el sector salud con el propósito de mejorar la calidad de los servicios que se prestan hacia la generación de valor público y la satisfacción de los usuarios

LOGRO METAS DE META DE PRODUCTO 177

Unidades móviles para la atención médica adquiridas y dotadas para la Red Pública:

- **Línea Base a 2019:** 0
- **Meta Cuatrienio a 2023:** 12 Unidades Móviles
- **Logro a junio de 2023:** 6 Unidades Móviles entregadas

Explicación del Logro con respecto al 2019: Para el periodo de Gobierno 2020-2023, se propuso como meta la dotación de doce (12) unidades móviles extramurales para adelantar acciones de promoción y prevención, en igual número de municipios; con corte de este informe, se han entregado seis (6) unidades, para los municipios de: San Bernardo, Córdoba, Olaya Herrera, La Tola, Mosquera y Francisco Pizarro. El logro alcanzado es de un 50%. Es importante resaltar que se encuentra en gestión, ante Minsalud y ante la Agencia de Renovación del Territorio -ART-, tres (3) proyectos, para la dotación de once (11) unidades móviles, para igual número de municipios PDET, de la Costa Pacífica y Subregión Cordillera. Es posible cumplir todavía la meta, si se gestionan y definen compromisos de financiamiento por parte del Departamento, IDSN, y Minsalud.

LOGRO METAS DE META DE PRODUCTO 178

Servicio de apoyo para la dotación hospitalaria:

- **Línea Base a 2019:** SD
- **Meta Cuatrienio a 2023:** 5000
- **Logro a junio de 2023:** 5172

Explicación del Logro con respecto al 2019: En lo corrido del periodo de gobierno, se han entregado: 1.334 equipos entregados por convocatoria Minsalud por COVID a 46 ESE. 2,196 equipos con recursos de SGR, para fortalecer 4 hospitales como nodos de atención en hospitalización y UCI por Covid. 262 equipos con apoyos de prosperidad social para 8 ESE. 120 equipos ESE Divino Niño. 1260 equipos para 16 ESE con apoyo de Cancillería. Total 5,172 equipos entregados. Meta cumplida y puede crecer en esta vigencia.

LOGRO METAS DE META DE PRODUCTO 179

Servicio de aprobación de planes bienales de inversiones públicas en los municipios de la jurisdicción:

- **Línea Base a 2019:** 2
- **Meta Cuatrienio a 2023:** 2
- **Logro a junio de 2023:** 2

Explicación del Logro con respecto al 2019: En lo corrido del periodo de Gobierno, se ha adelantado la formulación del Plan bienal de Inversiones de los periodos 2020-2021 y 2022-2023. Se han gestionado y aprobado por Minsalud siete (7) ajustes para el periodo de gobierno. Para la vigencia 2023, se gestiona la aprobación de otro ajuste.

Para el Plan Bienal 2020-2021, se registró y aprobó un total de 135 proyectos de infraestructura, por valor aproximadamente de 381 mil millones. De conformidad al reporte de seguimiento con corte a 31 de diciembre de 2021, se evidencia que 84 no iniciaron ejecución, 4 en proceso de ejecución, 1 proyecto

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

terminado y 96 proyecto sin seguimiento.

Para el plan Bienal 2022-2023, se registró y aprobó un total de 129 proyectos de infraestructura, por valor aproximadamente de 347 mil millones. Muchos de estos proyectos vienen del periodo anterior, y según el reporte de seguimiento con corte a 30 de junio de 2023, se evidencia que 28 no iniciaron ejecución, 4 en proceso de ejecución, 1 proyecto terminado, y 96 sin seguimiento.

LOGRO METAS DE META DE PRODUCTO 180

Servicio de apoyo a la prestación del servicio de transporte de pacientes:

- **Línea Base a 2019:** 20
- **Meta Cuatrienio a 2023:** 25 nuevas
- **Logro a junio de 2023:** 49

Explicación del Logro con respecto al 2019: En lo corrido del periodo de gobierno se han entregado 49 ambulancias terrestres y fluviales para la red pública hospitalaria.

LOGRO METAS DE META DE PRODUCTO 181

Infraestructura hospitalaria de nivel 1 construida y dotada:

- **Línea Base a 2019:** 0
- **Meta Cuatrienio a 2023:** 10
- **Logro a junio de 2023:** 7

Explicación del Logro con respecto al 2019: En lo corrido del periodo de gobierno, se cumple con: Construcción Hospital la Cruz, Construcción hospital Santa Mónica Pasto, Construcción del puesto de salud de Santa Fe en Buesaco, Construcción puesto de Salud Cuatis en Gualmatan, construcción puesto salud Santa Cruz, Policarpa, construcción primera fase Guachucal. Total seis (6). Se encuentra en proceso tres (3) proyectos: En construcción Centro de Salud Lorenzo - Pasto, fase 2 Guachucal, Puesto salud Santa Maria Buesaco.

LOGRO METAS DE META DE PRODUCTO 182

Infraestructura hospitalaria de nivel 1 ampliada:

- **Línea Base a 2019:** 0
- **Meta Cuatrienio a 2023:** 5
- **Logro a junio de 2023:** 1

Explicación del Logro con respecto al 2019: En lo corrido del periodo: La adecuación ESE Yacuanquer. Se requiere mayor esfuerzo para cumplimiento de la meta.

LOGRO METAS DE META DE PRODUCTO 183

Unidades móviles para la atención médica adquiridas y dotadas para la Red Pública:

- **Línea Base a 2019:** 0
- **Meta Cuatrienio a 2023:** 1
- **Logro a junio de 2023:** 1

Explicación del Logro con respecto al 2019: Construcción Unidad de cuidados intensivos hospital san Andrés de Tumaco (sin funcionar. Falta terminados para realizar etapa 2). En proceso de ejecución ampliación CEHANI.



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

LOGRO METAS DE META DE PRODUCTO 184

Infraestructura hospitalaria de nivel 2 ampliada

- **Línea Base a 2019:** 0
- **Meta Cuatrienio a 2023:** 2
- **Logro a junio de 2023:** 0

Explicación del Logro con respecto al 2019: En proceso de ejecución ampliación CEHANI.

LOGRO METAS DE META DE PRODUCTO 185

Infraestructura hospitalaria de nivel 3 con reforzamiento estructural:

- **Línea Base a 2019:** 0
- **Meta Cuatrienio a 2023:** 1
- **Logro a junio de 2023:** 0

Explicación del Logro con respecto al 2019: En lo corrido del periodo de gobierno, no hay avances en cumplimiento de la meta. Se encuentra en revisión el proyecto de reforzamiento estructural de la IPS municipal de Ipiales.

LOGRO METAS DE META DE PRODUCTO 186

Actualizado y operando el programa de reorganización territorial de rediseño y modernización de redes de empresas sociales del estado:

- **Línea Base a 2019:** 1
- **Meta Cuatrienio a 2023:** 1
- **Logro a junio de 2023:** 1 Bidual

Explicación del Logro con respecto al 2019: Esta aprobado versión 2019 con el que se vienen aprobando los proyectos en julio del 2022 envió actualización 2022 el cual aún no se viabiliza por MinSalud, se requirió dos veces a los asesores y por sistema Orfeo sin respuesta, el documento red 2023 MinSalud de dispuso una nueva metodología de modelación de la prestación de servicios de salud primarios, ofertada por hospitales públicos en Colombia 2022 la cual define nuevas tipologías bajo el concepto del actual gobierno de hospital público lo cual implica que los cambios al documento red deban desarrollarse bajo la nueva metodología.

LOGRO METAS DE META DE PRODUCTO 187

Operando el sistema de referencia y contra referencia del Departamento de Nariño según normatividad vigente:

- **Línea Base a 2019:** 90
- **Meta Cuatrienio a 2023:** 90
- **Logro a junio de 2023:** 90

Explicación del Logro con respecto al 2019: Se evalúa el seguimiento al informe de referencia y contra referencia del primer trimestre de los 64 municipios cuyo plazo de entrega está a 30 de abril a la actual corte van 34 municipios que deben reportar al plazo máximo

LOGRO METAS DE META DE PRODUCTO 188

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Servicios de información actualizados:

- **Línea Base a 2019:** 100
- **Meta Cuatrienio a 2023:** 100
- **Logro a junio de 2023:** 25

Explicación del Logro con respecto al 2019: Debido a las condiciones de salud y en el marco de la pandemia, las acciones de IVC se reflejan en las visitas realizadas en cumplimiento de la normatividad covid: Resoluciones 538, 521, 536 de 2020; efectuando el control a todos los prestadores de servicios de salud del depto. Tomado de reporte realizado para la vigencia 2020 por el responsable del reporte. En análisis del indicador se verifica cumplimiento de la meta, presenta comportamiento estable comparado con la vigencia 2022, sin embargo, cabe aclarar que solo se realiza visitas solicitadas por los prestadores ya que en la vigencia evaluada por disposición normativa están suspendidas las visitas de seguimiento y certificación de habilitación.

PROCESO: GESTION DE RED DE SERVICIOS

OBJETIVO: Identificar, planificar, dirigir, coordinar y contratar la Red de prestadores de servicios de Salud departamental y nacional para mejorar la accesibilidad, oportunidad, continuidad en la prestación de los servicios de salud a la población de competencia del IDSN

ACTIVIDADES:

- Formular y recolectar información para gestionar aprobación del programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de las empresas sociales del estado del Departamento de Nariño 2023.
- Ajustar lineamientos del sistema de referencia y contrareferencia a la luz del marco normativo
- Ajustar la propuesta de documento red 2023
- Definir y ejecutar cronograma de socialización del PTRRM y manual de referencia y contra referencia
- Realizar seguimiento a la red de prestadores de servicios en sus estudios de capacidad instalada.
- Realizar seguimiento a indicadores del sistema de referencia y contrareferencia
- Reportar a Entidades de Control solicitantes, información sobre el desempeño del PTRRM y ajustar el documento según necesidades
- Reportar a Entidades de Control solicitantes, información sobre el desempeño del sistema de referencia y contrareferencia departamental

Nro Meta	Descripción Metas de Producto	Producto	Indicador Producto	Línea Base	Meta Cuatrienio
186	Actualizado y operando el programa de reorganización territorial de rediseño y modernización de redes de empresas sociales del estado	Servicio de gestión de redes de empresas sociales del estado en el programa territorial de reorganización	Programa de reorganización territorial de rediseño y modernización de redes de empresas sociales del estado aprobado	1	1
187	Operando el sistema de referencia y contra referencia del Departamento de Nariño según normatividad vigente	Servicios de información actualizados	Porcentaje de cumplimiento de informes de referencia y contra referencia del	90	90

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

			Departamento de Nariño		
--	--	--	------------------------	--	--

Seguimiento y análisis año 2020

Indicador Producto	Meta 2021	Ejecución	Fuente	Analisis
Programa de reorganización territorial de rediseño y modernización de redes de empresas sociales del estado aprobado	1	1	Según concepto minsalud 201923100749411 que En virtud de las competencias otorgadas al Ministerio de Salud y Protección Social, en el artículo 156 de la Ley 1450 de 2011, la propuesta de ajuste al Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de la Red de Empresas Sociales del estado del departamento de Nariño se considera técnicamente VIABLE	Dentro de la planificación de los procesos de organización de los prestadores de servicios de salud públicos de Nariño el plan territorial para la reorganización de empresas sociales del estado ha sido un elemento clave dentro de la lógica de la gestión de la prestación de los servicios de salud a nivel territorial; en este sentido, es un instrumento de planeación de la prestación de servicios a nivel territorial, orientado a direccionar la gestión de la misma para mejorar las condiciones de acceso, atención y resultados de salud de la población, mediante la adecuación de la oferta pública de servicios a los requerimientos en salud de la población. parte de la caracterización de la población, sus condiciones y necesidades, así como de la disponibilidad y suficiencia de la oferta de servicios de salud en el territorio para atender de forma adecuada las demandas en salud de la población, mediante una atención en salud con acceso, integralidad, continuidad y calidad, con resultados positivos de salud su elaboración es cada dos años el actual vigente corresponde a aprobación del 2019.
Porcentaje de cumplimiento de informes de referencia y contra referencia del Departamento de Nariño	90	90	Actas de seguimiento e informes consolidados trimestrales de referencia y contra referencias 2020	El Instituto Departamental de Salud de Nariño para el año 2020, acorde a la normatividad actual vigente diseña el presente manual de referencia y contra referencia donde se definen los lineamientos necesarios para garantizar la atención integral de los Usuarios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el mejor aprovechamiento de los recursos humanos, tecnológicos y materiales disponibles en las instituciones que lo conforman para beneficio de la población; a través de la implementación del sistema, se pretende tener unificación en el reporte y flujo oportuno de la información, permitiendo verificar su Operativización en la red de Nariño.

Seguimiento y análisis año 2021

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Indicador Producto	Meta 2021	Ejecución	Fuente	Analisis
Programa de reorganización territorial de rediseño y modernización de redes de empresas sociales del estado aprobado	1	1	Según concepto minsalud 201923100749411 que En virtud de las competencias otorgadas al Ministerio de Salud y Protección Social, en el artículo 156 de la Ley 1450 de 2011, la propuesta de ajuste al Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de la Red de Empresas Sociales del estado del departamento de Nariño se considera técnicamente VIABLE	Teniendo en cuenta la atención primaria en salud y las redes integrales e integradas de servicios de salud, se establecen las estrategias y acciones para el fortalecimiento de la prestación pública de servicios de salud, en términos de la disponibilidad de la oferta de servicios, modalidades y demás para la atención en salud de la población, así como el mejoramiento de la gestión asistencial, administrativa y financiera de las Empresas Sociales del Estado (ESE), para su operación en condiciones óptimas de calidad, pertinencia, eficacia, cobertura, eficiencia y sostenibilidad continua vigente el documento red 2019
Porcentaje de cumplimiento de informes de referencia y contra referencia del Departamento de Nariño	90	90	Actas de seguimiento e informes consolidados trimestrales de referencia y contra referencias 2021	Los Lineamientos para la Referencia y Contra referencia diseñados en el 2020 entran en operación en el 2021 y han permitido propender con su aplicación un acceso oportuno a los servicios de salud, disminuyendo las barreras de acceso y las complicaciones en los pacientes. Por tal razón es responsabilidad de las entidades del estado ejercer acciones de inspección, vigilancia y control, sobre el Sistema de Referencia y Contrarreferencia, de acuerdo a las competencias establecidas para cada actor del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Estos deberán conocer y aplicar la normatividad vigente permitiendo la organización y la operatividad del sistema.

Seguimiento y análisis año 2022

Indicador Producto	Meta 2022	Ejecución	Fuente	Analisis
Programa de reorganización territorial de rediseño y modernización de redes de empresas	1	1	Carta remisoría OAP – 20020761-22 San Juan de Pasto, 14 de julio de 2022	Con un procesos de organización de la información y análisis se envía a la Subdirectora de Prestación de servicios del MSPS la Entrega Documento Red de Servicios Departamento de Nariño 2022 y con la mejor disposición para implementar el desarrollo y la aplicación de la normatividad

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

sociales del estado aprobado				vigente teniendo en cuenta Política PAIS, MAITE y RIAS
Porcentaje de cumplimiento de informes de referencia y contra referencia del Departamento de Nariño	90	90	Actas de seguimiento e informes consolidados trimestrales de referencia y contra referencias 2022	Se logra Implementar mecanismos y estrategias que permitan la centralización de la información a nivel departamental, mejorando el acceso a los servicios de salud y la atención permanente, continua, oportuna e integral a los usuarios mediante el desarrollo técnico administrativo del sistema de referencia y contrarreferencia, como componente de Red de servicios.

Seguimiento 2023

Indicador Producto	Meta 2023	PRIMER TRIMESTRE			SEGUNDO TRIMESTRE		
		Ejecución	Fuente	Análisis	Ejecución	Fuente	Análisis
Programa de reorganización territorial de rediseño y modernización de redes de empresas sociales del estado aprobado	1	1	Programa territorial	Continua aprobado versión 2019 con el que se vienen aprobando los proyectos en julio del 2022 envió actualización 2022 el cual aun no se viabiliza por minsalud, se requirió dos veces a los asesores y por sistema orfeo sin respuesta, el documento red 2023 minsalud de dispuso una nueva metodología de modelación de la prestación de servicios de salud primarios, ofertada por hospitales públicos en Colombia 2022 la cual define nuevas tipologías bajo el concepto del actual gobierno de hospital público lo cual implica que los cambios al documento red deban desarrollarse bajo la nueva metodología.	1	presentación Propuesta de red de servicios	se desarrolló la propuesta de PROPUESTA DEL MODELO CON OPERATIVIZACIÓN DE LA RED DE SERVICIOS DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO Teniendo en cuenta que el Ministerio de Salud y protección Social mediante Resolución 2626 del 17 de febrero de 2016 adopta la Política de Atención Integral en Salud, define componentes que permitirán mejorar el acceso a los servicios de salud a la población que hace parte de SGSSS, fortalece la prestación de servicios con estrategias como la APS con enfoque fundamentado en el principio de la diversidad étnica y cultural garantizando real y efectivamente el acceso a la pob



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

<p>Porcentaje de cumplimiento de informes de referencia y contra referencia del Departamento de Nariño</p>	<p>75</p>	<p>20</p>	<p>informes trimestrales</p>	<p>se evalúa el seguimiento a los informe de referencia y contra referencia del primer trimestre de los 64 municipios cuyo plazo de entrega esta a 30 de abril a la actual corte van 34 municipios que deben reportar al plazo máximo</p>	<p>90</p>	<p>informes trimestrales</p>	<p>Se realizó por parte de esta dependencia continuas asesorías y reuniones para asistencias técnicas adicionales a las programadas en el primer trimestre 2023 por Nodo occidente, donde se observó la participación y compromiso de los municipios del departamento DLS, ESE, EAPB y otras IPS. Se desarrollaron capacitaciones a todos los municipios y entidades de salud, en cuanto a la Operatividad del Sistema de referencia y Contrarreferencia,</p>
--	-----------	-----------	------------------------------	---	-----------	------------------------------	---

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

SECTOR:	META:	ODS AL QUE LE APUNTA EL RESULTADO OBTENIDO
Mi Nariño Líder en Salud	MI NARIÑO Líder en salud pública. Apoyo y fortalecimiento de los entes territoriales para mejorar los resultados en Salud Pública.	1. Salud y bienestar

PLAN ESTRATEGICO-PLAN TERRITORIAL DE SALUD (PTS)							
¿QUÉ QUEDÓ EN EL PTS?				¿QUÉ SE LOGRÓ?			
RESULTADO	INDICADOR DE RESULTADO	LÍNEA DE BASE	META DE RESULTADO O CUATRIENIO	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2020	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2021	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2022	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO AL CORTE 2023
54. Cumplimiento operativo de la ejecución de los Planes Territoriales de Salud.	1. Promedio de cumplimiento operativo de la ejecución de los Planes de Acción en Salud de los municipios	82.5	82.5	Pegar dato de informe de Subdirección de salud Pública	Pegar dato de informe de Subdirección de salud Pública	Pegar dato de informe de Subdirección de salud Pública	Pegar dato de informe de Subdirección de salud Pública

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL							
¿Como lo hizo?							
METAS DE PRODUCTO QUE LE APUNTA AL RESULTADO							
PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE DE PRODUCTO	META DE PRODUCTO	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2020	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2021	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2022	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2023
Mantenida la certificación del Sistema de Gestión de Calidad del IDSN	162. Certificación anual del Sistema Gestión de Calidad	1 certificación en ISO 9001: 2015 (vigencia-2019)	1 certificación en ISO 9001: 2015 mantenida	1 certificación en ISO 9001: 2015 mantenida	1 certificación en ISO 9001: 2015 mantenida	1 certificación en ISO 9001: 2015 renovada con ampliación	Pendiente 1 certificación en ISO 9001: 2015 otorgada en 2022

	del IDSN bajo la norma ISO 9001:201 5					n de alcance	vigente hasta el nuevo proceso auditor
Mantenidos los servicios de información en salud implementados y/o actualizados	163	30	30	30	30	30	30
Implementado el Plan Estratégico de Tecnología de la Información PETI en el IDSN	164	0	1	1	1	1	1
Unidades móviles para la atención médica adquiridas y dotadas para la Red Pública	177	0	12	0	3	3	0
Servicio de apoyo para la dotación hospitalaria	178	SD	5.000	471	4.001	700	0
Servicio de aprobación de planes bienales de inversiones públicas en los municipios de la jurisdicción	179	2	2	1	0	1	0
Servicio de apoyo a la prestación del servicio de transporte de pacientes	180	20	25	4	40	2	3
Infraestructura hospitalaria de nivel 1 construida y dotada	181	0	10	0	2	2	3
Infraestructura hospitalaria de nivel 1 ampliada	182	0	5	0	0	1	0

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Número de infraestructuras hospitalarias de nivel 2 construidas y dotadas	183	0	1	0	0	1	0
Infraestructura hospitalaria de nivel 2 ampliada	184	0	2	0	0	0	0
Infraestructura hospitalaria de nivel 3 con reforzamiento estructural	185	0	1	0	0	0	0
Servicio de gestión de redes de empresas sociales del estado en el programa territorial de reorganización	186	1	1	0	1	0	0
Servicios de información actualizados	187	90	90	90	90	90	90

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL	
¿Cómo lo hizo?	
METAS DE PRODUCTO QUE LE APUNTAN AL RESULTADO	
¿POR QUÉ?	ENFOQUE DIFERENCIAL ESPECIFIQUE LA POBLACIÓN
Meta de producto 162: El sistema de gestión de calidad de IDSN implementado y certificado desde 2010, requiere fortalecerse en el ciclo PHVA para la mejora continua de los procesos anualmente y el desarrollo institucional con la implementación de los requisitos de MIPG de manera progresiva para mejoramiento del desempeño.	Trabajadores del Instituto Departamental de Salud de Nariño



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL

TOTAL DE RECURSOS FINANCIEROS UTILIZADOS

NOMBRE DEL PROYECTO	VALOR APROPIADO	VALOR EJECUTADO	PORCENTAJE EJECUCIÓN	SG P (\$)	SG R (\$)	RECURSOS PROPIOS (\$)	OTRAS FUENTES DE RECURSOS ESPECIFICAR (\$)
1. FORTALECIMIENTO DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL EN PLANIFICACIÓN Y SISTEMA DE GESTIÓN PARA EL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO (Metas de Producto: 162 Mantenido la certificación del Sistema de Gestión de Calidad del IDSN, 177-185 Mejoras las condiciones de infraestructura y dotación de la red pública hospitalaria del departamento de Nariño, 163 Mantenido los servicios de información en salud implementados y/o actualizados, 164 Implementado el Plan Estratégico de Tecnología de la Información PETI en el IDSN)	19.761.359.173	\$128.440.172	1%	0	0	19.761.359.174	0
Mejoramiento de la infraestructura de los edificios sedes del Instituto departamental de Salud de Nariño	3.728.473.233	0	0	0	0	3.728.473.233	0
FORTALECIMIENTO DEL	1.784.072.277	\$65.643.278	0	0	0	1.784.072.277	0

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

DESARROLLO INSTITUCIONAL PARA LA GESTIÓN DE TICS EN EL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO							
---	--	--	--	--	--	--	--

9. INFORME DE GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES

PROCESO: Gestión de Calidad		
DEPENDENCIA: Oficina Asesora de Planeación		
PERIODO: Enero 2020 - junio 2023		
No.	INFORMACIÓN	ANÁLISIS
1	RESULTADOS DE INDICADORES	Gestión de los 3 indicadores del Sistema de Gestión de calidad a corte del mes de Junio, reportado un cumplimiento del 70% de lo programado al corte en promedio anual, con establecimiento de acciones correctivas para asegurar el reporte de información por parte de los equipos de trabajo del IDSN según procesos.
2	RESULTADOS DE AUDITORIAS (DE CALIDAD, DE CONTROL INTERNO, EXTERNAS)	Ejecutado el 100% del programa de auditorías de 2020, 2021 y 2022. Se brindan nuevos lineamientos por parte de la coordinadora de auditorías sobre la ejecución de las mismas con cierre para las auditorias de proceso, A la fecha se han planificado de 13 auditorías a procesos en CIGD de abril 2023, con inicio de ejecución en el mes de julio de 2023.
3	PERCEPCIÓN DE GRUPOS DE VALOR (CLIENTE EXTERNO)	No se han presentado quejas ni reclamos al para el proceso de Gestión de Calidad durante este periodo. Las quejas y reclamos frente al servicio del IDSN se encuentran en 5 solicitudes al corte para la vigencia, se gestionan otras sugerencias en cuanto a mejoramiento del servicio. Se lleva a cabo conforme a los plazos establecidos la aplicación de las encuestas de percepción de satisfacción del primer trimestre 2023 con resultados de mediciones anteriores entre el 95 y 98% , mediante formatos virtuales de manera exclusiva para validar una estrategia de acercamiento en la realización de encuestas. Se recomendó a la dirección atender los ítems de evaluación agilidad y oportunidad, facilidad del trámite, comodidad instalaciones, accesibilidad área visitada, horarios atención, oportunidad presentación de resultados, metodología de la visita o actividad, objetividad de la visita o actividad, tiempo dispuesto para visita o actividad y puntualidad de la visita o actividad.
4	SEGUIMIENTO A RIESGOS	Se llevo a cabo la revisión y actualización al mapa de riesgos de gestión de calidad y se apoyó la implementación para los demás procesos del IDSN, registrando una matriz por proceso con un total de 43 riesgos identificados para

		el periodo 2023, dando continuidad al reporte de actividades. A la fecha no se han materializado los riesgos para el SCG, sin embargo, por desarrollo del concurso de la CNSC se identifica una debilidad en el Desarrollo del Modelo de Gestión de la Entidad y el SGC, asociado a la gestión del talento humano.
5	NO CONFORMIDAD	Se ha presentado 6 no conformidades al corte de 2023, y en anteriores vigencias 1 no conformidad en promedio por año para un total de 12 anuales, relacionadas con el Incumplimiento de las acciones establecidas para mejoramiento de los procesos, el monitoreo y la gestión documental de los procesos para la cual se han expedido: Circular Int. 10. Actualización Mapa De Riesgos IDSN; Circular Int 11.- Programación CIGD IDSN 2023; Circular Interna No. 28 Control Información Documentada Y Actividades De Monitoreo Del Sgc-MIPG; Circular Interna No. 38 Actualización Equipos Temáticos MIPG; Circular Interna No. 39 Condiciones Para Informe De Gestión, RDC Y Empalme De 2023.
6	ACCIONES CORRECTIVAS	Se lleva registro de planes de tratamiento de riesgo referente a la gestión institucional y se establecieron nuevas estrategias para 2023 en la implementación de la metodología DAFP en los procesos del IDSN.
7	ACCIONES DE MEJORA	No se identificaron recomendaciones para GC en auditoria anterior de ICONTEC. Se revisan condiciones para la ejecución de la auditoría de ICONTEC para la vigencia 2023 como recomendaciones de la mejora conforme a priorización organizacional.
8	CAMBIOS QUE PODRÍAN AFECTAR EL SGC Y EL PROCESO	Cambios en la operación de equipos de trabajo en la gestión administrativa y misional por continuidad de acciones frente a COVID 19 de manera general. Desarrollo independiente del procedimiento de inducción y reducción relevante del SGC y MIPG que, para una cobertura del 100%. Se han vinculado profesionales de apoyo mediante contrato, para gestión del cumplimiento de nuevos lineamientos y requerimientos para la certificación institucional, MIPG, DAFP y FURAG. Se ha solicitado apoyo al DAFP para las políticas priorizadas con gestión en el Departamento de Desarrollo organizacional. Se advierte igualmente cambios en los requisitos para implementación, diagnóstico y evaluación del MIPG V2. según los resultados de la evaluación hecha en FURAG. Se identifica potencial riesgo para el SGC por el desarrollo del concurso de méritos en la vigencia 2023, que requerirá mayor apoyo para el equipo de trabajo del SGC y proyecto de rediseño institucional.
9	RESULTADOS DE LOS COMPROMISOS ADQUIRIDOS	Realizada la contratación de los profesionales de apoyo para el SGC. En ejecución la actualización y parametrización del Proyecto SIMU web para manejo integral de elementos del SGC con verificación. Realizadas mesas de trabajo para FURAG 2021, 2022, 2023 y revisión de nuevas herramientas y autodiagnósticos MIPG, contando con los referentes del año anterior. realizados las reuniones de CIGD programadas con cumplimiento de requisitos de ISO 9001 y MIPG. Consolidados y presentados los planes del decreto 612 vigencias 2020, 2021, 2022 y 2023. Ejecutada la preparación y desarrollo informe de gestión IDSN cierre vigencias 2020, 2021, 2022 y preparando los de la vigencia 2023. Ejecutado seguimiento de elementos de monitoreo del SGC con los líderes del proceso y con integración a requisitos del SGC al SIMUWEB con requerimiento a incumplimientos. expedición de circulares internas durante cada vigencia. Por ley de garantías se cuenta ejecución de las adquisiciones prioritarias contratadas.

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

10	COMPROMISOS PARA LA GESTION DURANTE 2023	<p>Alistamiento preparación y diseño de Audiencia Pública de Rendición de Cuentas para 2023. Contratación del servicio de auditoría de ICONTEC para la vigencia para cumplimiento de la meta de producto 162 del PTS. Gestión de Desarrollo organizacional con asesoras del Departamento Administrativo de la Función Pública para fortalecimiento de MIPG Aprobación y desarrollo de las auditorías internas del SGC para 2023. Fortalecimiento de las acciones de Inducción del SGC en el Talento humano del IDSN</p>

PROCESO: PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO		
PERIODO: 2do TRIMESTRE DE 2023		
No.	INFORMACIÓN	ANÁLISIS
1	RESULTADOS DE INDICADORES	Registro de indicadores en SIMU web con su respectivo análisis con corte a Junio del año 2023, remitirse a matriz para evidencia en información diligenciada.
2	RESULTADOS DE AUDITORIAS (DE CALIDAD, DE CONTROL INTERNO, EXTERNAS)	Se reprogramo auditoria interna de sistema de gestión de calidad a solicitud del equipo auditor, queda aplazada al mes de Agosto
3	PERCEPCIÓN DE GRUPOS DE VALOR (CLIENTE EXTERNO)	No se presentó ninguna queja al proceso y la medición de la satisfacción es del 90%
4	SEGUIMIENTO A RIESGOS	Se realizo el seguimiento a riesgos 2 trimestre 2023 con entrega del mismo a Planeación, según nuevo mapa de riesgos

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

		Se mitiga los riesgos de pérdidas de información a través de acciones que ayudan a contralarlos, tales como las actualizaciones de sistemas, revisión por antivirus, configuración de servidores y aplicación de parches de seguridad.
5	NO CONFORMIDAD	<p>Se presentan los siguientes no conformes en el trimestre para planeación:</p> <p>Demora en la entrega de información para la gestión y seguimiento de POA, PST y Plan Decenal.</p> <p>Información de uso público, no disponible para los usuarios.</p> <p>Se presentan los siguientes no conformes en el trimestre para comunicaciones:</p> <p>Demora en la entrega de la información para diseño de material impresos institucional</p> <p>Demora en la entrega de la información para diseño y divulgación interna y externa de productos comunicativos institucionales</p>
6	ACCIONES CORRECTIVAS	<p>Se entrego planes de acción a control interno</p> <p>Verificación y seguimiento a cumplimiento de proyectos de inversión</p> <p>Ajuste a viabilidad de proyectos en la parte presupuestal</p> <p>Actualización de documentación para el TICs</p>
7	ACCIONES DE MEJORA	Se presento planes decreto 612 on seguimiento para el mes de Septiembre
8	CAMBIOS QUE PODRÍAN AFECTAR EL SGC Y EL PROCESO	<p>Cambios en el personal de Planta por concurso de meritos, que afectarían a los procesos y desarrollo de actividades</p> <p>Para el caso de tecnologia se prevee el cambio o salida de un funcionario de tecnologia el cual apoya la Secretaria General del IDSN y la llegada de uno nuevo como apoyo a Salud Publica en el cargo de desarrollo de software; sin embargo los dos anteriores forman parte del grupo TIC.</p>

9	RESULTADOS DE LOS COMPROMISOS DE LA REUNIÓN ANTERIOR	<p>Se dio el seguimiento al PAS y PTS, a pesar de los retrasos en el reporte se logro dar el cumplimiento y actualización de proyectos.</p> <p>Se presento el proyecto para fortalecimiento de TICs, en espera de cofinanciación</p>
---	--	--

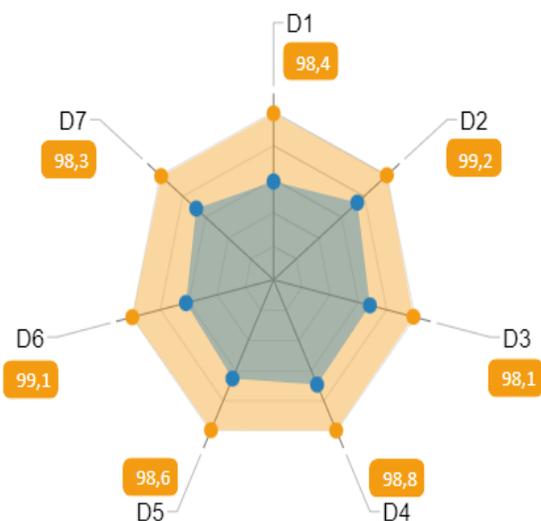
10. POLÍTICAS DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO “PLANEACIÓN Y CONTROL INTERNO SEGÚN RESULTADOS FURAG 2021”

Con relación a esta sección, se podrá encontrar la información sobre el proceso de Medición del Desempeño Institucional (MDI) vigencia 2021 y el reporte anual de información a través del Formulario Único de Reporte y Avance de Gestión FURAG. Considerando que el objetivo del MDI es medir anualmente la gestión y el desempeño de las entidades públicas del orden nacional y territorial en el marco de los criterios y estructura temática, tanto de MIPG como de MECI, a la fecha del presente informe, la evaluación en FURAG para la vigencia 2022 se encuentra en trámite, se esperan los resultados para agosto de 2023, y a partir de ellos, la entidad priorizará las acciones de mejora correspondientes para fortalecer el desarrollo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

A continuación, se presentan los resultados vigentes para el IDSN de la evaluación 2021.



● Valor máximo de referencia ● Puntaje consultado



Dimensión	Puntaje consultado	Valor máximo de referencia
D1: Talento Humano	58,2	98,4
D2: Direccionamiento y Planeación	73,3	99,2
D3: Gestión para Resultados	67,6	98,1
D4: Evaluación de Resultados	68,7	98,8
D5: Información y Comunicación	64,7	98,6
D6: Gestión del conocimiento	61,4	99,1
D7: Control Interno	67,6	98,3

NO.	ÍNDICES DE LAS POLÍTICA DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO APLICABLES AL IDSN	PUNTUACIÓN
1	Planeación Institucional	73,3
2	Seguridad Digital	70,7
3	Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	68,7
4	Participación Ciudadana en la Gestión Pública	68,4
5	Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos	68,3
6	Gobierno Digital	67,8
7	Control Interno	67,6
8	Racionalización de Trámites	67,4
9	Transparencia, Acceso a la Información y Lucha contra la corrupción	64,5
10	Gestión Documental	62,2
11	Gestión del Conocimiento y la Innovación	61,4
12	Integridad	61
13	Servicio al Ciudadano	57,9
14	Gestión Estratégica de Talento Humano	56
15	Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público	No Aplica
16	Defensa Jurídica	No Aplica
17	Mejora Normativa	No Aplica
18	Gestión información Estadística	No Aplica
19	Compras y contratación Pública	No Aplica



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: F-PGED03-01

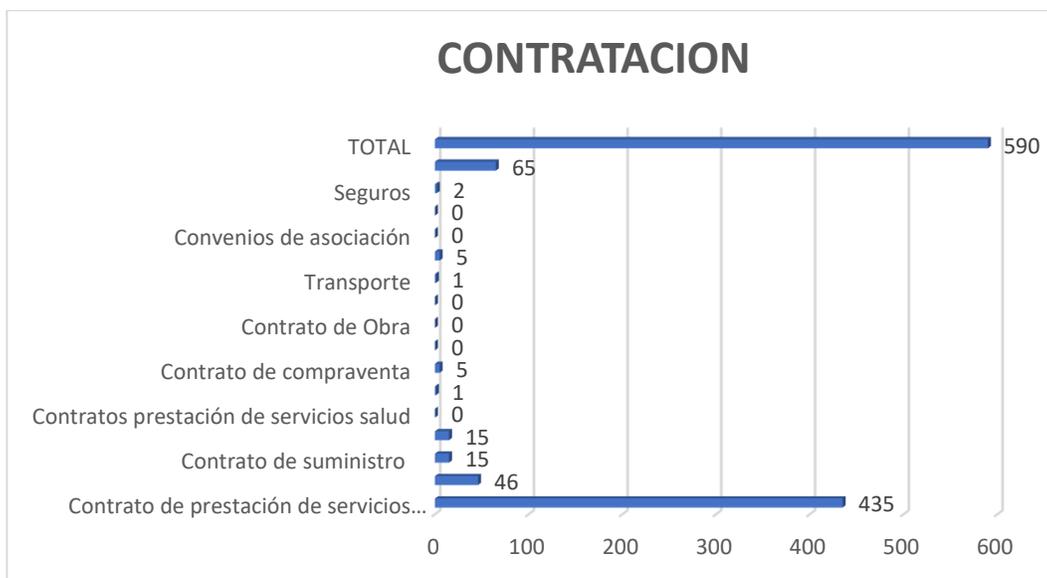
VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

OFICINA ASESORA JURÍDICA

1.- CONTRATACION

PERIODO 1 DE ENERO DE 2023 A 30 JUNIO DE 2023



TIPO DE CONTRATO	NUMERO DE CONTRATOS
Contrato de prestación de servicios profesionales y/o apoyo a la gestión	435
Convenios interadministrativos	46
Contrato de suministro	15
Contrato de Prestación de Servicios	15
Contratos prestación de servicios salud	0
Contrato de arrendamiento	1
Contrato de compraventa	5
Contrato de interventoría	0
Contrato de Obra	0
Encargo fiduciario	0
Transporte	1
Comodato	5
Convenios de asociación	0
Convenio especial de cooperación	0
Seguros	2
Cesión a Título Gratuito	65
TOTAL	590

2. INFORME PROCESOS DE CONTRATACIÓN VIGENCIA 1 DE ENERO 30 DE JUNIO DE 2023

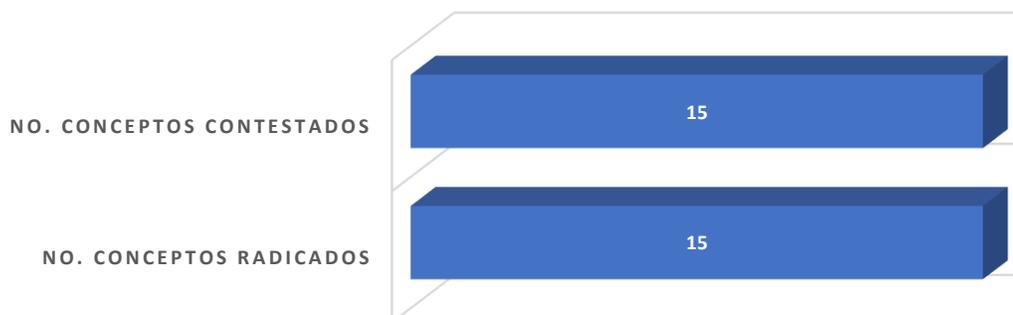
PROCESOS DE CONTRATACIÓN AÑO 2023	
MODALIDAD DE CONTRATACIÓN	NO. PROCESOS
MÍNIMA CUANTÍA	17
SELECCIÓN ABREVIADA	4
LICITACIÓN PÚBLICA	2
CONCURSO DE MÉRITOS	0
TOTAL, PROCESOS	20



3. CONCEPTOS JURIDICOS 1 DE ENERO 30 DE JUNIO DE 2023

NO. CONCEPTOS RADICADOS	15
NO. CONCEPTOS CONTESTADOS	15

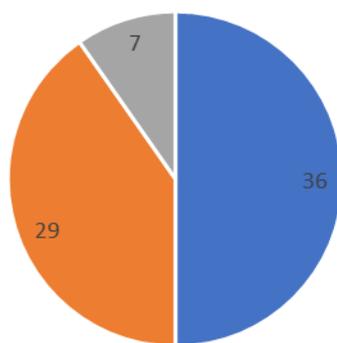
CONCEPTOS JURIDICOS 1 DE ENERO 30 DE JUNIO DE 2023



4. PROCESOS SANCIONATORIOS SEGUNDA INSTANCIA

No. Procesos sancionatorios radicados a junio 30 2023	36
No. Procesos sancionatorios sustanciados a junio 30 de 2023	29
No. Procesos sancionatorios pendientes por sustanciar	7

INFORME DE GESTION PROCESOS ADMINISTRATIVOS SANCIONATORIOS CON CORTE A 30 DE JUNIO DE 2023

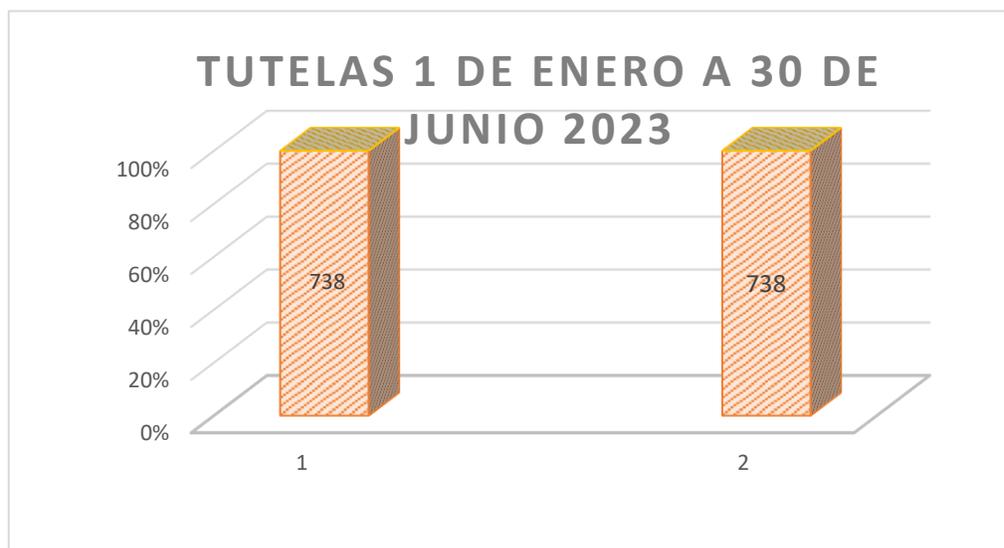


- No. Procesos sancionatorios radicados a junio 30 de 2023
- No. Proceso sancionatorios sustanciados a junio 30 de 2023
- No. Procesos sancionatorios pendientes por sustanciar

5. TUTELAS

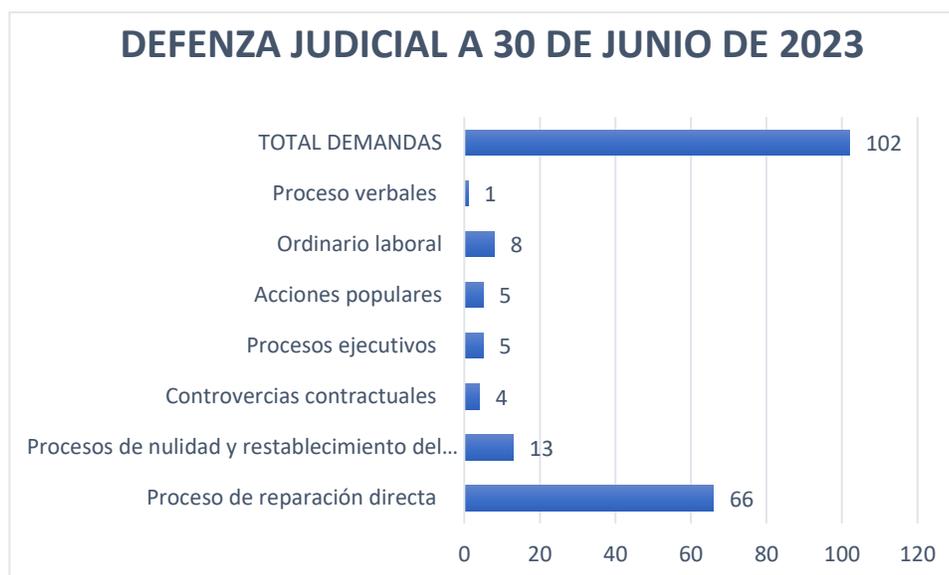
708 TUTELAS RADICADAS 1 DE ENERO A CORTE 30 DE JUNIO DE 2023

708 TUTELAS CONTESTADAS 1 DE ENERO A CORTE 30 DE JUNIO DE 2023



EL 100% DE LAS TUTELAS RADICADAS FUERON CONTESTAS.

6. DEFENSA JUDICIAL 1 DE ENERO 30 DE JUNIO DE 2023



Proceso de reparación directa	66
Procesos de nulidad y restablecimiento del derecho	13

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Controversias contractuales	4
Procesos ejecutivos	5
Acciones populares	5
Ordinario laboral	8
Procesos verbales	1
TOTAL, DEMANDAS	102

7. COBRO COACTIVO 2023

1 DE ENERO A CORTE 30 DE JUNIO 2023

PROCESOS DE COBROS COACTIVOS AÑO 2023		
Estado	No. Procesos	Valor
Procesos de cobro coactivo Archivados por pago de vigencia anteriores al 2023	28	\$ 55.864.342
Procesos de cobro coactivo en Acuerdos de Pago Aprobados y en Seguimiento vigencia anteriores al 2023	13	\$ 201.796.083
Procesos de cobro coactivo Archivados por pago de vigencia 2023	7	\$ 18.105.606
Procesos de cobro coactivo en Acuerdos de Pago Aprobados y en Seguimiento vigencia 2023	6	\$ 17.411.846
Procesos de cobro coactivo En trámite vigencia 2023	38	\$ 103.605.860
Total, Iniciados vigencia 2023	52	\$ 139.123.329

Procesos de cobro coactivo iniciados vigencia de 2023 a corte 30 de junio de 2023: se han iniciado un total de 52 procesos de cobro coactivo, cuantía equivalente a **CIENTO TREINTA Y NUEVE MILLONES SIEN TO VEINTITRÉS MIL TRECIENTOS VEINTE UN MIL PESOS M/CTE. (\$139.123.321.)**, de los cuales siete (7) procesos han sido cancelados en su totalidad y archivados por un valor de **DIECIOCHO MILLONES CIENTO CINCO MIL SEISCIENTOS SEIS PESOS M/CTE (18.105.606)**, seis (06) realizaron acuerdo de pago por valor de **DIECISIETE MILLONES CUATROCIENTOS ONCE MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS M/CTE (17.411.846)** y treinta y ocho (38) están en trámite por valor de **CIENTO TRES MILLONES SEISCIENTOS CINCO MIL OCHOCIENTOS SESENTA PESOS M/CTE. (\$103.605.860.)**.

Procesos de Cobro Coactiva a Recaudo en la vigencia a corte 30 de junio de 2023: En lo corrido de la presente anualidad se ha recaudado, un valor total equivalente a **SETENTA Y tres MILLONES NOVECIENTOS SETENTA MIL TRES PESOS M/CTE. (\$73.970.003)**., por lo que se archivó treinta y seis (36) procesos de cobro coactivo.

Procesos de cobro Coactivo Acuerdos de Pago y seguimiento corte 30 de junio 2023: en el presente año se han aprobado seis (06) acuerdos de pago por valor de **DIECISIETE MILLONES CUATROCIENTOS ONCE MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS M/CTE (17.411.846)**, y en los trece (13) acuerdos de pago activos de las vigencias anteriores en su

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

seguimiento se reportan pagos por valor de **SIENTO TREINTA Y OCHO MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y UN MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE (138.761.655)**, discriminado así:

Designación Proceso: PCC-026-2023

Deudor: DROGUERIA SURTIDROGAS DE NARIÑO

Valor sanción: \$ 1.656.422

Acuerdo de pago: diecisiete (17) cuotas, cada una equivalente a \$ 100.000 pesos M.C.

Abonos: dos (10) cuotas, total pagado \$ 200.000.

Designación Proceso: PCC-046-2023

Deudor: DROGAS MEJOR SALUD

Valor sanción: \$ 828.116

Acuerdo de pago: cinco (05) cuotas, cada una equivalente a \$ 165.623 pesos M.C.

Abonos: una (01) cuotas, total pagado \$ 165.623

Designación Proceso: PCC-100-2016, PCC-027-2017, PCC-030-2021, PCC-004-2023

Deudor: IPS MUNICIPAL DE IPIALES

Valor sanción: \$ 38.303.555

Acuerdo de pago: seis (06) cuotas, la primera cuota equivalente a \$ 8.303.555 pesos M.C., la cinco (05) cuotas restantes equivalentes a \$ 6.000.000 pesos M.C.

Abonos: dos (02) cuotas, total pagado \$ 14.30.555.

Designación Proceso: PCC-026-2023, PCC-030-2023, PCC-031-2023.

Deudor: UNIDAD ESPECIALIZADA CLINILASER SAS

Valor sanción: \$4.875.328

Acuerdo de pago: cuatro (04) cuotas, cada una equivalente a \$ 1.218.328 pesos M.C.

Abonos: una (01) cuota, total pagado \$ 1.218.328

Designación Proceso: PCC-004-2016, PCC-050-2019, PCC-056-2019, PCC-081-2019, PCC-093-2019, PCC-019-2020, PCC-046-2021, PCC-063-2022, PCC-095-2022, PCC101-2022.

Deudor: ESE CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO

Valor sanción: \$34.086.730

Acuerdo de pago: siete (07) cuotas, cada una equivalente a \$ 4.869.533 pesos M.C.

Abonos: cero (0) cuota, total pagado \$

Designación Proceso: PCC-033-2021

Deudor: CLINICA ODONTOLOGICA LUMIDENTS IPS SAS

Valor sanción: \$ 4.991.580

Acuerdo de pago: treinta (30) cuotas, cada una equivalente a \$ 166.386 pesos M.C.

Abonos: tres (03) cuotas, total pagado \$ 499.158

Designación Proceso: PCC-072-2021

Deudor: DROGUERIA A Y E

Valor sanción: \$ 899.913

Acuerdo de pago: once (11) cuotas, cada una equivalente a \$ 81.810 pesos M.C.

Abonos: tres (03) cuotas, total pagado \$ 327.240

Designación Proceso: PCC-014-2022

Deudor: CENTRO HOSPITAL GUATARILLA E.S.E

Valor sanción: \$ 3.058.571

**INFORME DE GESTIÓN**

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Acuerdo de pago: doce (12) cuotas, cada una equivalente a \$ 254.881 pesos M.C.

Abonos: nueve (09) cuotas, total pagado \$ 2.039.048

Designación Proceso: PCC-024-2022

Deudor: OCTAVIO ENRIQUE MIRANDA ROSERO

Valor sanción: \$ 1.499.999

Acuerdo de pago: quince (15) cuotas, cada una equivalente a \$ 100.000 pesos M.C.

Abonos: diez (10) cuotas, total pagado \$ 1.000.000.

Designación Proceso: PCC-042-2022

Deudor: CENTRO HOSPITAL GUATARILLA E.S.E

Valor sanción: \$ 2.623.284

Acuerdo de pago: doce (12) cuotas, cada una equivalente a \$ 218.607 pesos M.C.

Abonos: ocho (08) cuotas, total pagado \$ 1.793.938.

Designación Proceso: PCC-051-2021

Deudor: CLINICA DE ORTOPEDIA Y FRACTURAS TRAUMEDICAL

Valor sanción: \$4.648.714

Acuerdo de pago: veinticuatro (24) cuotas, cada una equivalente a \$193.696 pesos M.C.

Abonos: nueve (09) cuotas, total pagado \$ 1.743.277.

Designación Proceso: PCC-053-2022

Deudor: CLINICA DE ORTOPEDIA Y FRACTURAS TRAUMEDICAL

Valor sanción: \$8.614.872

Acuerdo de pago: veinticuatro (24) cuotas, cada una equivalente a \$358.953 pesos M.C.

Abonos: nueve (09) cuotas, total pagado \$ 3.230.577.

Designación Proceso: PCC-054-2022

Deudor: CLINICA DE ORTOPEDIA Y FRACTURAS TRAUMEDICAL

Valor sanción: \$6.082.144

Acuerdo de pago: veinticuatro (24) cuotas, cada una equivalente a \$253.422 pesos M.C.

Abonos: nueve (09) cuotas, total pagado \$ 2.230.577.

Designación Proceso: PCC-082-2022

Deudor: DROGUERIA DIOS SANA

Valor sanción: \$ 781.242

Acuerdo de pago: doce (12) cuotas, cada una equivalente a \$ 65.200 pesos M.C.

Abonos: dos (02) cuotas, total pagado \$ 130.400.

Designación Proceso: PCC-085-2022

Deudor: MEDICLAB YOMAIRA ALCIRA DIAZ PANTOJA

Valor sanción: \$ 3.929.074

Acuerdo de pago: cuatro (04) cuotas, cada una equivalente a \$ 982.269 pesos M.C.

Abonos: una (01) cuotas, total pagado \$ 982.269.

Designación Proceso: PCC-089-2022

Deudor: VITALMED DE COLOMBIA SAS

Valor sanción: \$ 3.688.585

Acuerdo de pago: tres (03) cuotas, cada una equivalente a \$ 1.229.528 pesos M.C.

Abonos: tres (03) cuotas, total pagado \$ 3.688.585

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Designación Proceso: PCC-127-2022

Deudor: DROGUERIA MEGAFARMA LA PAZ

Valor sanción: \$ 1.562.484.

Acuerdo de pago: seis (06) cuotas, cada una equivalente a \$ 260.414 pesos M.C.

Abonos: un (01) cuota, total pagado \$ 1.300.000.

Designación Proceso: PCC-133-2022

Deudor: JOSE MAURICIO PORTILLA

Valor sanción: \$ 1.562.460

Acuerdo de pago: seis (06) cuotas, cada una equivalente a \$ 260.410 pesos M.C.

Abonos: cuatro (04) cuotas, total pagado \$ 1.041.640

Designación Proceso: PCC-011-2019

Deudor: GLOBALPHARMA EN RED DEPOSITOS Y DROGUERIAS SAS

Valor sanción: \$122.950.000

Acuerdo de pago: cincuenta (50) cuotas, cada una equivalente a \$2.826.303 pesos M.C.

Abonos: seguimiento a cumplimiento de acuerdo de pago – cuarenta y tres (43) cuotas registradas para un total pagado hasta el mes de junio de 2023 \$ 118.704.726.

. 8. COMITÉ DE CONCILIACIÓN

8.1 SESIONES DEL COMITÉ

De conformidad con el Decreto 1069 de 2015, el comité de Conciliación debe reunirse mínimo dos veces al mes (*que reglamenta que, una vez presentada la petición de conciliación ante la entidad, el Comité de Conciliación cuenta con quince (15) días a partir de su recibo para tomar la correspondiente decisión, la cual comunicará en el curso de la audiencia de conciliación*), de tal forma que entre los meses de Enero y junio del año 2023, obedeciendo a las solicitudes radicadas el Comité de Conciliación de IDSN, sesionó hasta la fecha en nueve (10) ocasiones, de las cuales 7 fueron ordinarias y 3 Extraordinarias.

SESIONES	ORDINARIAS	EXTRAORDINARIAS
ENERO	1 (26)	1 (11)
FEBERERO	1 (09)	-
MARZO	1 (09)	-
ABRIL	2 (13 - 27)	-
MAYO	1 (11)	1 (05)
JUNIO	1 (22)	1 (13)
TOTAL	7	3

De este modo se levantaron diez (10) actas, las cuales se encuentran impresas y debidamente firmadas dando cumplimiento al numeral 1 artículo 20 Decreto 1716 de 2009, dichas actas tienen como anexos: memorando de citación y los documentos soporte de las decisiones, en total el archivo de gestión está compuesto por 1 AZ

8.2 GESTIÓN MENSUAL DEL COMITÉ POR TIPOS DE FICHAS TÉCNICAS

En total se estudió por el Comité: diez (10) solicitudes de conciliación prejudicial y judicial, las cuales se discriminan mensualmente así:

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

CONCILIACIONES EXTRAJUDICIALES		CONCILIACIONES JUDICIALES	ACCIÓN DE REPETICIÓN	TOTAL
ENERO	2	-	-	2
FEBRERO	1	-	-	1
MARZO	1	-	-	1
ABRIL	2	-	-	2
MAYO	2	-	-	2
JUNIO	2	-	-	2
TOTAL	10	0	0	10

8.3 DECISIONES DEL COMITÉ

Las decisiones adoptadas por el comité de Conciliación del IDSN respecto a la ficha técnica sometida a su estudio y decisión del año 2022 del primer semestre, se discriminan de la siguiente forma atendiendo el tipo de solicitud:

3.1 Se recomendó conciliar: Según la ficha técnica presentada con fundamento en el informe de auditoría de cuentas médicas y previo análisis de los hechos, fundamentos técnicos, jurídicos, se recomendó conciliar en los siguientes asuntos:

En vía pre- Judicial, solicitudes presentadas ante la SUPERSALUD:

- Conciliar con la **ESE HOSPITAL DEL VALLE EVARISTO GARCIA**, por la suma de \$ 14.751.150
- Conciliar con la **ESE HOSPITAL FRANCISCO DE PAULA SANTANDER** por la suma de \$1.277.402
- Conciliar con la **ESE HOSPITAL SAN JOSE DE POPAYAN** por la suma de \$6.969.280
- Conciliar con **FABI SALUD IPS SAS** por la suma de \$12.197.972

8.4 INFORME A LA AGENCIA NACIONAL DE DEFENSA JURIDICA DEL ESTADO

De conformidad con el numeral 3 del artículo 20 del Decreto 1716 de 2009, la Secretaria del Comité procedió socializar el Informe de Gestión del semestre A de 2023 y mediante, correo electrónico estadisticas@defensajuridica.gov.co, se envió el informe a la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado del Ministerio del Interior, diligenciado el formato FUGCC No. 7, reporta Conciliaciones Prejudiciales, Acciones de Repetición y Llamamientos en Garantía.

8.5 .- POLÍTICAS DE PREVENCIÓN DEL DAÑO ANTIJURÍDICO

Mediante RESOLUCIÓN No. 302 del 26 de enero de 2023, el IDSN adoptó las políticas de prevención del daño antijurídico del Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN) 2023.

Lo anterior, con la finalidad de disminuir el riesgo de demandas en contra del IDSN y la disminución en los pagos realizados por concepto de sentencias y conciliaciones, lo que redundará en el

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

fortalecimiento de la defensa jurídica del Estado en sus diversos componentes, incluida la política de prevención del daño antijurídico.

En virtud de la obligación del comité de *Estudiar y evaluar los procesos que cursen o hayan cursado en contra del ente, para determinar las causas generadoras de los conflictos; el índice de condenas; los tipos de daño por los cuales resulta demandado o condenado; y las deficiencias en las actuaciones administrativas de las entidades, así como las deficiencias de las actuaciones procesales por parte de los apoderados, con el objeto de proponer correctivos.* Se procedió a Clasificar las causas de las posibles demandas, así:

Daño de acuerdo a la clasificación del árbol de causas	Resumen de los hechos	Riesgo
Nulidad y restablecimiento del derecho	. 13 - Reliquidación pensional solicitada ante la UGPP, . 3 actos administrativos . 4 laboral . 1% contratos	Remoto Media Alta Media
Acción de Grupo	0	
Acción Popular	3	Bajo
Controversia contractual	4 - Inconformidad con la liquidación del contrato	Bajo
Declarativo	1 - Fallas del servicio médico asistencial prestado a las afiliadas	Bajo
Ejecutivo singular	5 - Ejecutivo contractual, / OBLIGACIÓN DE HACER/ cartera	Medio
Ordinario Laboral	6 - reclamación laboral/ pago servicios salud	Medio - remoto
Reparación Directa	95% falla en el servicio médico hospitalario por negligencia e incapacidad en la atención 3% pago de facturación sin contrato 01% Accidente de tránsito 1% otros	Bajo – remoto

Formular medidas para corregir las causas

Identificadas las causas primarias generadoras del daño, se precede a establecer algunos mecanismos que conlleven a reducir la litigiosidad generada por los hechos identificados.

Con el fin de prevenir la afectación del patrimonio, el IDSN, incluyó como estrategia institucional la vigilancia y control de las políticas y acciones que están obligadas a desplegar para el fortalecimiento del sistema de gestión de Calidad, con lo cual se logrará tanto la prevención del daño antijurídico como la eficaz y eficiente defensa de los intereses patrimoniales y judiciales de la entidad. Teniendo en cuenta que el **Sistema de Gestión de la Calidad (SGC)**, es una herramienta administrativa que obra como carta de presentación de la organización, toda vez que le permite identificarse, normalizar sus procesos, promover una cultura organizacional, orientar sus esfuerzos hacia el logro de objetivos, originar valor para la organización e incrementar la satisfacción de sus clientes y generar confianza en los procesos.

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

El SGC permite establecer y gestionar procesos con un objetivo claro, que interactúan entre sí para su complementariedad y fortaleza de la organización, así como los recursos necesarios para proporcionar valor y lograr los resultados esperados por las partes interesadas. Un Sistema de Gestión de Calidad permite identificar y establecer acciones para abordar consecuencias previstas y no previstas en el suministro de productos o servicios. Teniendo en cuenta que nuestro sistema de gestión de calidad es integrado bajo las normas NTC GP 1000 e ISO 9001, es importante tener en cuenta que esta figura bajo la norma ISO 9001:2015 y se encuentra certificado bajo las mismas.

Del análisis anterior, se estableció el plan de acción para prevenir el daño antijurídico, del cual se ha realizado seguimiento:

CAUSAS PRIMARIAS	MEDIDA ¿Qué HACER?	MECANISMO PARA CONTRARRESTAR	CUMPLIMIENTO
Desconocimiento del ejercicio de supervisión de contratos	Prevenir la inaplicación en materia contractual del manual de supervisión e interventoría	Capacitación y aplicación en materia contractual del manual de supervisión e interventoría	EJECUTADO
Falta de unidad de criterio en la aplicación de sanciones y/o del procedimiento administrativo sancionatorio	Hacer revisión y ajuste al manual de procedimiento administrativo sancionatorio	Ajuste al procedimiento administrativo sancionatorio, para su estandarización en la aplicabilidad	EJECUTADO
Desconocimiento de la normatividad administrativa, frente a la emitir acto administrativo que resuelve terminar nombramientos	Prevenir la terminación de nombramiento, por fuera de la normatividad	Revisión y actualización de base de datos que identifique posibles funcionarios provisionales que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad en la Entidad: tales como pre-pensionables, entre otros	EN EJECUCION
Falla administrativa por omisión en el deber de inspección, vigilancia y control sobre la actividad desarrollada por las vigiladas	Hacer seguimiento a las quejas instauradas, sobre las irregularidades cometidas al interior de las EPS, IPS, ETC.	Realizar revisión y presentar ante el Comité IVC informe con los datos estadísticos las quejas e irregularidades reiteradas	EN EJECUCION
Configuración de contrato realidad	Prácticas que pueden generar relación laboral	Revisión de Necesidades, identificación de actividades misionales y de apoyo según Sentencia 614-09, Revisión de estudios previos	EN EJECUCION

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Seguimiento al Plan de Trabajo 2023:

FUNCIÓN	Actividad	Estado	CUMPLIMIENTO
Conformación y funcionamiento del comité de conciliación	Se encuentra conformado mediante resolución desde el año 2009 y ajustado mediante resolución No. 3237 de 2014	Continuar las actividades del comité según los asuntos radicados	Permanente según cronograma de reuniones
Funciones del comité de conciliación en materia de gestión del conocimiento	Existe los procedimientos denominados: <ul style="list-style-type: none"> • GUÍA PARA LA ORGANIZACIÓN DE LOS ARCHIVOS DE GESTIÓN Y TRANSFERENCIAS • CONTROL DE DOCUMENTOS SGC 	Capacitar al personal de la entidad en actividades de gestión de archivo – Actividad de archivo	Según plan de trabajo de la dependencia.
Funciones del comité de conciliación en materia de gestión del conocimiento	Estudiar y evaluar los procesos que cursen en la entidad para determinar causas generadoras del conflicto, índices, tipo de daño,	Presenta informe de procesos Analizar el informe	Seguimiento procesos: Apoderado externo y supervisor del contrato jefe de OAJ – vigencia 2023
Funciones del comité de conciliación en materia de prevención del daño antijurídico	Formular y ejecutar las políticas de prevención del daño antijurídico	Se establecen las políticas de prevención del daño antijurídico, mediante acto administrativo.	Resolución 302/ 2023.
Funciones del comité de conciliación en materia de conciliación y mecanismos alternativos de solución de conflictos (MASC)	Fijar directrices en materia de conciliación. Aplicar principios de moralidad administrativa Adoptar los indicadores de eficiencia	<ul style="list-style-type: none"> • Se encuentran adoptadas • Se aplican • Se siguen los indicadores 	Seguimiento
Funciones del comité de conciliación en materia de defensa judicial	Diseñar políticas generales que orienten a la defensa de los intereses de la entidad Definir los criterios de selección de los abogados externos que garanticen su idoneidad para la defensa de los intereses públicos y seguimiento a los procesos	<ul style="list-style-type: none"> • Existe un procedimiento denominado defensa judicial • Existe un procedimiento de selección de personal y la circular que define el perfil de los asesores externos 	Ejecutar según procedimiento del SGC



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Funciones del comité de conciliación en materia de cumplimiento y pago de sentencias y conciliaciones	Aplicar los principios de la función administrativa en el pago de sentencias, aludo arbitrales y conciliaciones	<ul style="list-style-type: none">• Priorizar el pago de sentencias y conciliaciones	Permanente según tramite de pago - Secretaria General
Funciones del comité de conciliación en materia de acción de repetición y recuperación de recursos públicos	Evaluar los procesos que hayan sido fallados en contra de la entidad a fin de determinar la procedencia o no de la acción de repetición.	<ul style="list-style-type: none">• Diligenciar la ficha de acción de repetición	Se presentó ante el Comité de Conciliación una vez terminada la vigencia 2022, los posibles casos de Acciones de Repetición, la cual la decisión del comité fue: No es procedente iniciar acción de repetición al no cumplirse los presupuestos facticos La cual se encuentra en el Acta No. 2 del 09/02/23



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

SECRETARIA GENERAL

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

11. PROGRAMA

Fortalecimiento De La Autoridad Sanitaria

12. SUBPROGRAMA

Fortalecimiento De La Autoridad Sanitaria - Oficina Asesora de Planeación.

13. OBJETIVO

Fortalecer el desarrollo de la gestión del riesgo individual y colectiva en salud para la mitigación del riesgo por fallas en la atención en los servicios de salud y reducción de la carga de enfermedad en el Departamento de Nariño.

14. LÍNEA DE BASE - Meta de Resultado: Promedio de cumplimiento operativo de la ejecución de los Planes Territoriales de Salud (82.5)

15. META CUATRIENIO A 2023: Promedio de cumplimiento operativo de la ejecución de los Planes Territoriales de Salud – 82.5

16. LOGRO DE META DE 2023: 82,5

17. EXPLICACIÓN DEL LOGRO CON RESPECTO AL 2019:

GESTIÓN DEL DESARROLLO TERRITORIAL Y DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

18. LOGRO META PRODUCTO 168

- **Línea Base a 2019:** 50
- **Meta Cuatrienio a 2023:** 70
- **Logro a junio de 2023: 58.2** CALICACION IDI FORMULADO E IMPLEMENTADO EL PLAN ESTRATEGICO DE TALENTO HUMANO EN EL IDSN (DECRETO 612 /2018)

✓ **Explicación del Logro con respecto al 2019:** Se ha logrado al corte junio de 2023, mantener durante los años 2020, 2021, 2022 lo estipulado en el decreto 612 de 2018 así como los diferentes procesos con responsabilidad de la Oficina de Gestión de Talento Humano, se viene realizando desde la vigencia 2021 el reporte, seguimiento y vinculación con respecto de los 203 cargos reportados a SIMO de la CNSC dentro de los niveles profesional, técnico y asistencial. Hasta el mes de junio del 2023 se ha venido realizando la vinculación de los funcionarios del nivel profesional y técnico de vacancia definitiva pertenecientes al sistema general de carrera administrativa de la planta de personal del IDSN para un total de 64 cargos, de los cuales 12 cargos son de modalidad de ascenso y a la fecha se encuentran nombrados y posesionados; 45 cargos en modalidad abierto, de los cuales 41 se encuentran nombrados y posesionados, 1 pendiente por nombrar y 3 que renunciaron al periodo de prueba y 7 exclusiones en los términos del literal c) del numeral 2 del artículo 16 de la Ley 909 de 2004 que se encuentran pendientes definición por la CNSC. En cuanto al pasivo pensional desde el año 2018 se inició con el proyecto WEB PASIVOCOL, pero fue desde el año 2021 que se empezó a depurar los errores y de esta manera en los años 2021, 2022 y 2023 los informes ya no se encuentran objetados y se continúa trabajando consistentemente para obtener cálculo actuarial. De igual manera se logró acceder al desahorro de los recursos de Lotto en Línea para financiar Hospitales que se encuentran en riesgo financiero medio y alto, hasta la fecha se continua con el seguimiento para la viabilidad de otros hospitales.

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

RECOMENDACIONES

Gestión de Talento Humano: Fortalecimiento a los planes estratégicos del decreto 612 del 2018, intensificando las acciones de gestión dentro de la ejecución de los diferentes programas que maneja la oficina de Talento Humano, de igual manera fortalecer el plan Institucional de Capacitación, plan de bienestar social, realizando de manera adecuada el seguimiento financiero y contable de los mismos.

RETOS

Gestión de Talento Humano: Superar satisfactoriamente el procedimiento de nombramiento respecto al reporte de lista de elegibles niveles asistenciales de 131 cargos con la debida organización y previsión Del caso. Definir la fecha de creación del IDSN para depurar pasivo pensional del extinto servicio seccional de salud de Nariño y obtener calculo actuarial.

19. **LOGRO META PRODUCTO 169:** Ejecutado el plan institucional de archivo PINAR del IDSN (decreto 612/2018)

- **Línea Base a 2019:** 0
- **Meta Cuatrienio a 2023:** 80%

Logro a junio de 2023: 70% Ejecutado el plan institucional de archivo PINAR del IDSN (decreto 612/2018)

20. **Explicación del Logro con respecto al 2019:** En el año 2019 y 2020 se dejó estructurado el PINAR, para ser ejecutado a partir del año 2021 al 2023, teniendo en cuentas las actividades planteadas en el mismo y ejecutadas durante lo corrido del 2023, las siguientes actividades: Elaboración del diagnóstico integral del archivo del IDSN, elaboración del Sistema Integrado de Conservación (SIC), Cuadro de clasificación documental (CCD), Actualización de las tablas de retención documental (TRD), Elaboración de PGD, diagnóstico del fondo documental. Se han adelantado acciones para el aseguramiento documental, continuidad y sostenibilidad documental, archivo digital y el proyecto para la construcción del archivo central, para llegar a 30 de junio con un porcentaje del 70%

21. **RECOMENDACIONES:** Para dar cumplimiento del 100% del plan institucional de archivo PINAR, es necesario contar con el apoyo del recurso humano, financiero, tecnológico y de infraestructura por lo tanto mi recomendación es dar continuidad al proceso que se está adelantando y lograr el fortalecimiento institucional de la gestión de archivos del instituto teniendo en cuenta el marco normativo de modernización de la gestión.

22. **RETOS:** Digitalización de la documentación vital, por medio de la adquisición de equipos para la realización del proyecto establecido.

1. EJECUCIÓN FINANCIERA

Por parte de la Secretaria General del IDSN se presenta el comportamiento de la ejecución financiera con corte al mes de junio 2023, tanto para la ejecución presupuestal, así como para sus estados financieros, de la siguiente manera:

1.1 EJECUCION PRESUPUESTAL

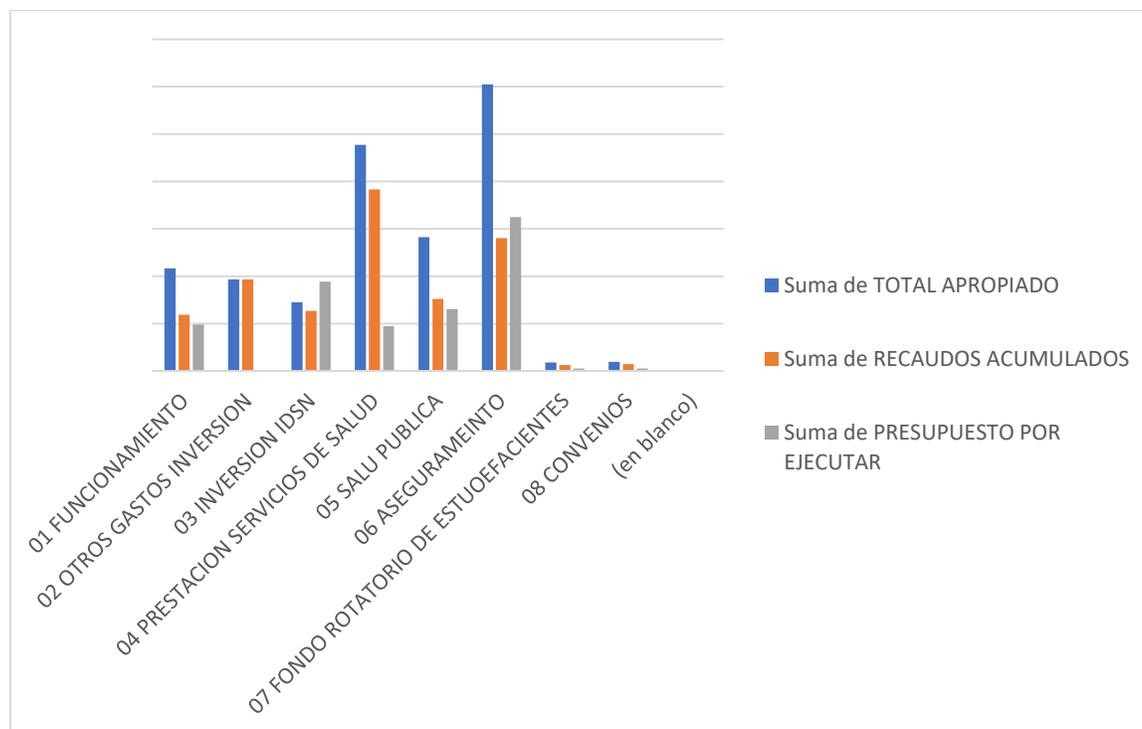
La Ejecución presupuestal corresponde al comportamiento que presentan los ingresos y los gastos con corte al mes de junio 2023, con la siguiente información, así:

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

8.1.1. EJECUCION PRESUPUESTAL DE INGRESOS

DETALLE CUENTAS	TOTAL APROPIADO	RECAUDOS ACUMULADOS	PRESUPUESTO POR EJECUTAR	% RECAUDOS
01 FUNCIONAMIENTO	21.641.091.471,48	11.866.956.830,17	9.774.134.641,31	54.84
02 OTROS GASTOS INVERSION	19.326.756.248	19.315.537.378,61	11.218.869,39	99.94
03 INVERSION IDSN	14.505.548.804,81	12.671.347.877,15	18.834.200.927,66	87.36
04 PRESTACION SERVICIOS DE SALUD	47.752.858.945	38.290171.087,60	9.462.687.857,40	80.18
05 SALU PUBLICA	28.224.902.592	15.183.499.307,06	13.041.403.284,94	53.79
06 ASEGURAMEINTO	60.505.040.339	28.010.638.382,91	32.494.401.956,09	46.29
07 FONDO ROTATORIO DE ESTUOEFAECIENTES	1.797.831.133	1.260.706.592,01	537.124.540,99	70.12
08 CONVENIOS	1.948.067.877	1.448.067.877	500.000.000	74.33
TOTAL GENERAL	195.702.097.410,29	129.272.045.959,29	66.430.051.4519	66.06

Fuente: Informe de Ejecución Presupuestal del IDSN a junio 30 de 2023



El Presupuesto de ingresos del IDSN con corte al mes de Junio 2023 presenta un comportamiento favorable, dado que el nivel de recaudo asciende al 66.06% del total

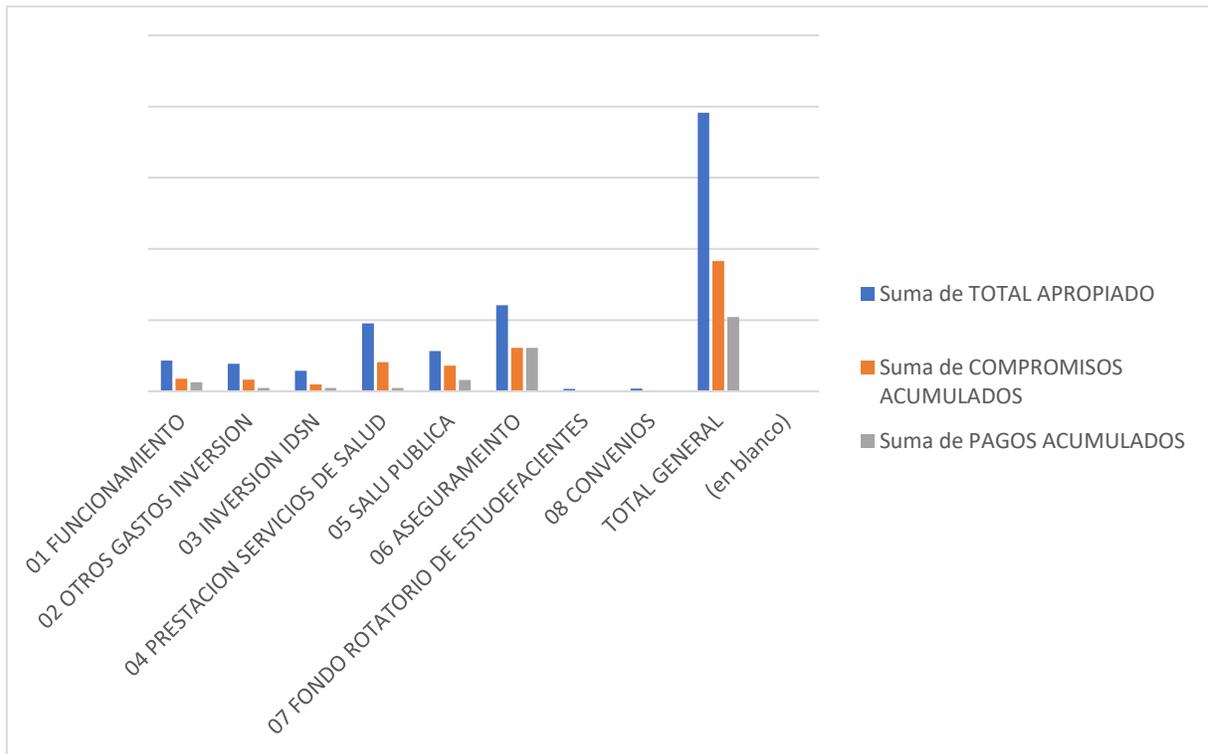
	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

programado, es decir, se han recaudado \$129.272 millones de los \$195.702 millones programados, lo cual que muestra un recaudo por encima de lo programado al corte del periodo. Este comportamiento ha permitido que al corte de junio de 2023 se alcanzara la meta programada de recaudo. Al interior de las cuentas se observa un comportamiento muy positivo si se considera que todas las cuentas superaron el 50% en la meta de recaudo, excepto en la cuenta de Aseguramiento en la cual se logró un recaudo del 46.29%. En lo referente a los recaudos de recursos propios para las cuentas de funcionamiento e inversión se cumplió la meta superando los pronósticos iniciales, dado que el los mayores recaudos de las rentas se dan especialmente en impuestos al consumo de licores, cerveza y loterías; este escenario permite garantizar un comportamiento muy favorable en el proceso de compromisos y pagos de estos recursos desde el punto de vista de flujo de efectivo.

8.1.2 PRESUPUESTO DE GASTOS

DETALLE CUENTAS	TOTAL APROPIADO	COMPROMISOS ACUMULADOS	% COMPROMISOS	PAGOS ACUMULADOS	% PAGOS
01 FUNCIONAMIENTO	21.641.091.471,48	8.818.674.327,23	40.75	6.351.918.336,59	72.03
02 OTROS GASTOS INVERSION	19.326.756.248	8.129.349.974	42.06	2.472.218.886,50	30.41
03 INVERSION IDSN	14.505.548.804,81	4.866.593.347,03	33.55	2.422.610.287,88	49.78
04 PRESTACION SERVICIOS DE SALUD	47.752.858.945	20.435.410.604	42.79	2.262.772.218	11.07
05 SALU PUBLICA	28.224.902.592	18.098.075545,56	64.12	8.033.408.100,56	44.39
06 ASEGURAMEINTO	60.505.040.339	30.559.101.747,67	50.51	30.487.409.548,27	99.77
07 FONDO ROTATORIO DE ESTUOEFAICIENTES	1.797.831.133	323.756.069	18.01	216.224.799	66.79
08 CONVENIOS	1.948.067.877	277.362.000	14.24	0	0
TOTAL GENERAL	195.702.097.410,29	91.508.323.614,49	46.76	52.246.562.176,8	57.09

Fuente: Informe de Ejecución Presupuestal del IDSN a junio 30 de 2023



Respecto a la ejecución de gastos se presenta una ejecución de compromisos del 46.76%, lo cual indica un monto comprometido de \$91.508 millones y de los cuales se pagó \$52.246 millones, es decir el 57.09% del monto comprometido. Al interior de cada una de las cuentas se observa que en la cuenta de Salud Pública se comprometió el 64.12% de los recursos, de los cuales se pagó el 44.39% de ellos. Por su parte, en la cuenta de Aseguramiento se comprometió el 50.51% de los recursos con un porcentaje de pagos ejecutados del 99.77%; cabe indicar en este ítem que los recursos asignados y ejecutados por este concepto dependen de las LMA generada desde ADRES y que el IDSN viene dando cumplimiento en su totalidad a los recursos programados en las LMA por parte de ADRES y girados por esta cuenta. En lo referente a la cuenta de Prestación de Servicios de Salud se observa que la ejecución asciende al 42.79%, es decir, \$20.435 millones, los cuales se pagaron en el 11.07%, sin embargo, en este ítem es necesario tener presente que los recursos no comprometidos se mantienen con destinación específica y desde el MSPS se deben generar los lineamientos para ejecutar los recursos excedentes que desde la vigencia 2021, se ejecutaron dentro del proceso de Ley de Punto final y una vez culminado este proceso para la vigencia 2022 los recursos se ejecutaron de acuerdo al lineamiento que fija el MSPS y la Ley.

1.2 ESTADOS FINANCIEROS

1.2.1 ESTADO DE SITUACION FINANCIERA

Código	Nombre	JUNIO/2022	JUNIO/2023	Variación Neta	Var. %
1	ACTIVO	\$134,266,688,350.37	\$ 174,495,312,779.63	\$ 40,228,624,429.26	29.96
11	Efectivo Y Equivalentes Al Efectivo	\$ 67,395,883,889.68	\$ 94,230,131,249.75	\$ 26,834,247,360.07	39.82
13	Cuentas Por Cobrar	\$ 8,697,553,011.13	\$ 34,108,473,797.27	\$ 25,410,920,786.14	292.16
15	Inventarios	\$ 4,487,917,077.81	\$ 4,886,493,532.62	\$ 398,576,454.81	8.88

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

16	Propiedades, Planta Y Equipo	\$ 20,854,513,648.67	\$ 22,838,367,788.61	\$ 1,983,854,139.94	9.51
19	Otros Activos	\$ 32,830,820,723.08	\$ 18,431,846,411.38	\$ (14,398,974,311.70)	-43.86
2	PASIVO	\$ 57,366,528,677.06	\$ 53,801,862,146.19	\$ (3,564,666,530.87)	-6.21
24	Cuentas Por Pagar	\$ 48,018,401,499.62	\$ 42,279,449,555.62	\$ (5,738,951,944.00)	-11.95
25	Beneficios A Los Empleados	\$ 4,184,185,340.44	\$ 4,078,386,072.44	\$ (105,799,268.00)	-2.53
27	PASIVOS ESTIMADOS	\$ 5,163,941,837.00	\$ 565,488,000.00	\$ (4,598,453,837.00)	-89.05
29	OTROS PASIVOS	\$ -	\$ 6,878,538,518.13	\$ 6,878,538,518.13	0.00
3	Patrimonio	\$ 75,596,032,335.91	\$ 97,614,311,348.82	\$ 22,018,279,012.91	29.13
31	Patrimonio De Las Entidades De Gobierno	\$ 75,596,032,335.91	\$ 97,614,311,348.82	\$ 22,018,279,012.91	29.13

En el Estado de Situación Financiera de la Entidad con corte junio de 2023, en comparación a la vigencia anterior se presenta un incremento del 39.82% en las cuentas equivalentes al efectivo debido al mayor recaudo por concepto de venta de servicios y transferencias nacionales.

Las Cuentas por cobrar se incrementaron por la causación contable de los recursos asignados por el Ministerio de Salud por concepto de Sistema General de Participaciones.

En las Cuentas por pagar se evidencia una Disminución del 11.95% por concepto de prestación de servicios de salud durante la vigencia; frente a la vigencia anterior, debido al proceso de depuración contable que se viene adelantando.

El Patrimonio se incrementó en un 29.13% debido al Excedente generado durante la vigencia.

1.2.2 ESTADO DE RESULTADOS

Código	Nombre	JUNIO/2022	JUNIO/2023	Variación Neta	Var. %
4	Ingresos	\$ 79,609,855,983.14	\$ 94,498,847,882.77	\$ 14,888,991,899.63	18.70
41	Ingresos Fiscales	\$ 39,685,921,183.51	\$ 39,550,761,324.88	\$ (135,159,858.63)	-0.34
43	Venta De Servicios	\$ 210,178,385.00	\$ 233,779,284.91	\$ 23,600,899.91	11.23
44	Transferencias Y Subvenciones	\$ 37,862,859,526.28	\$ 42,170,334,125.54	\$ 4,307,474,599.26	11.38
48	Otros Ingresos	\$ 1,850,896,888.35	\$ 12,543,973,147.44	\$ 10,693,076,259.09	577.72
5	Gastos	\$ 78,305,728,645.74	\$ 71,419,708,598.15	\$ (6,886,020,047.59)	-8.79
51	De Administración Y Operación	\$ 6,428,998,530.02	\$ 7,516,613,989.03	\$ 1,087,615,459.01	16.92
53	DETERIORO, DEPRECIACIONES, AMORTIZACIONES Y PROVISIONES	\$ 5,956,903,963.91	\$ 503,227,530.40	\$ (5,453,676,433.51)	-91.55
54	Transferencias Y Subvenciones	\$ 47,075,106,715.45	\$ 44,563,429,184.10	\$ (2,511,677,531.35)	-5.34
55	Gasto Público Social	\$ 18,841,662,306.36	\$ 18,705,185,406.64	\$ (136,476,899.72)	-0.72
58	Otros Gastos	\$ 3,057,130.00	\$ 131,252,487.98	\$ 128,195,357.98	4193.32

En el Estado de resultados del IDSN con corte junio de 2023 en comparación a la vigencia anterior, se refleja un incremento en los ingresos del 18.70% debido al mayor recaudo por concepto de venta de servicios y transferencias nacionales.

En relación a la Venta de Servicios del Fondo Rotatorio de Estupefacientes el incremento fue del 11.23% en relación a la vigencia anterior.

En transferencias y subvenciones se incrementó en un 11.38% debido a la causación contable de la transferencia del sistema general de participaciones de Salud Pública y Prestación de Servicios.

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

En otros ingresos el incremento fue del 577.72% por el mejoramiento en las tasas de interés se incrementaron los ingresos por concepto de rendimientos financieros, así mismo por el proceso de depuración contable que se viene adelantado en la vigencia se realizaron ajustes en la cuenta de prestación de servicios producto de las glosas medicas conciliadas.

En relación a los Gastos el IDSN en la vigencia con corté junio 2023 presenta un incremento en los Gastos de Administración y Operación del 16.92% donde se incluyen gastos de nómina, honorarios, gastos generales, impuestos, entre otros. Los Gastos por Transferencias y subvenciones disminuyeron en un 5.34%, En otros Gastos se presenta un incremento del 4.193% por cuanto se incrementaron los Gastos Bancarios y se vienen realizando ajustes contables producto del proceso de depuración de cuentas.

GESTION DE TALENTO HUMANO:

Mediante la Gestión de la Oficina de Talento humano dentro del MIPG, el compromiso del equipo es el fortalecimiento y creación de valor público. Para ello se establecieron estrategias que mejoren y contribuyen con el impacto a los servidores públicos para alcanzar las metas en la entidad.

Teniendo en cuenta el Plan Estratégico de Talento Humano de la Vigencia 2023, se adelantaron las siguientes Estrategias:

Para la entidad, la vinculación, el retiro, la inducción y reinducción, así como la transferencia del conocimiento es de vital importancia, con lo cual se adelantaron procedimientos y circulares que sirvieron como estrategia de prevención y protección a la entidad; se publicó circular interna del 8 de junio de 2023 para dar trámite a las acciones afirmativas dentro del proceso de selección No. 1524 de 2020 territorial Nariño nivel asistencial, lo cual se tenía previsto según el desarrollo del concurso de méritos en el IDSN por medio de la CNSC.

Teniendo en cuenta lo establecido por la DAFP en la GUIA DE BIENESTAR SOCIAL, donde se establece elementos para elaborar planes, programas y proyectos de Bienestar Social Laboral en las entidades del Estado, de acuerdo con lo que establece el Decreto 1567 de 1998, dirigida a los servidores que dentro de sus responsabilidades tienen las funciones de gerenciar el bienestar integral de las personas vinculadas a la administración pública.

En lo que concierne al Programa de Bienestar Social para la vigencia 2023, se informa que el valor establecido inicialmente para este rubro según el Plan Anual de Adquisiciones fue de \$757.682.205, el cual se ajustó con una adición por valor de \$65.000.000 para un total de \$822.682.205 de acuerdo a la adición contemplada en la Resolución N° 1006 del 7 de marzo del presente año desde la Dirección del IDSN.

A través de resolución N° 391 del 1 de febrero de 2023 se estableció la conformación del comité de Bienestar Social vigencia 2023, de igual forma a través de la circular interna N° 24 se estableció el reintegro de programas educativos, recreativos y vacacionales del rubro de bienestar social por valor de \$433.500.000 según CDP N° 2023000711 quedando un saldo existente disponible para la contratación de las actividades de bienestar social 2023 por valor de \$389.182.205.

Por otro lado, para la implementación y ejecución del programa de bienestar social se estableció la aprobación del cronograma de actividades "Comité de Bienestar Social 2023" según Resolución

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

de adopción del Comité de Bienestar Social y acta de reunión de 6 de marzo de 2023, aprobando para la presente vigencia las siguientes actividades del Programa de Bienestar Social:

- 1.) Reintegro por gastos vacacionales, educativos y recreativos por valor de \$1.500.000 para cada funcionario del IDSN.
- 2.) Actividad conmemorativa día de la mujer y del hombre
- 3.) Actividad de integración por día del trabajador
- 4.) Convenio gimnasio para los funcionarios
- 5.) Campeonato interdependencias
- 6.) Programas pres pensionados
- 7.) Actividades de integración por el día del funcionario público
- 8.) Actividades de integración hijos de los funcionarios
- 9.) Actividad de integración por dependencias
- 10.) Ciclo paseo
- 11.) Novenas Pasto - Tumaco
- 12.) Actividad de integración fin de año Para el desarrollo y ejecución de las anteriores actividades se hizo necesario adelantar el proceso de contratación respectivo, según las necesidades expuestas en el Plan de Adquisiciones para la vigencia 2022, de conformidad a lo establecido en el artículo 15 del Decreto 1510 de 2013.

En seguimiento al Plan de Bienestar Social vigencia 2023, se verifico que día 16 de junio se llevó a cabo la actividad de integración por el día del trabajador, de acuerdo a lo programado según lo establecido por bienestar social.

DOCUMENTOS GENERADOS:

Resolución No. 1064 del 10 marzo de 2023 por el cual se adopta el Plan de Bienestar Social Institucional 2023.

Resolución N° 385 de fecha 01 de febrero de 2023 se adopta el programa de estímulos e incentivos para los empleados del Instituto Departamental de Salud de Nariño

Circular No. 24 del 6 de marzo del 2023 reintegro de programas de protección y servicios sociales, recreativos y educativos.

Resolución 391 de fecha 01 de febrero de 2023 por la cual se conforma el Comité de Bienestar social vigencia 2023

Resolución No. 123 del 16 de enero de 2023, mediante la cual se establecen espacios correspondientes a dos días libres al año, uno, cada semestre, para los funcionarios del IDSN, los cuales serán dedicados al acompañamiento de su grupo familiar

Plan Institucional de Capacitación: Dando continuidad con el PIC del IDSN, el 16 de enero de 2023 se levantó el acta No. 01 revisión proyectos de aprendizaje vigencia 2023 y la resolución No. 122 por medio de la cual se adopta el PIC.

El acta No. 02 del 9 de febrero de 2023 mediante la cual se hace revisión de las solicitudes "Proyectos de aprendizaje", de igual forma se han realizado 10 actas siguientes para la revisión de proyectos

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Administración de Nomina: Se actualizaron y estandarizaron los procedimientos de Nomina, Auxilio de cesantías y Liquidación de nómina, con el fin de mejorar y reducir tiempos en el procedimiento, "el deber hacer".

Respecto a las liquidaciones de prestaciones sociales definitivas y cesantías definitivas, estas se cancelan de acuerdo a los términos de ley y dentro de la liquidación de nómina mensual.

Gestión de la Información: Se cumple con la divulgación de la información proferida en el área de Talento Humano, respecto a Previsión de Empleos, Actos administrativos y demás situaciones administrativas laborales, se genera reportes de actividades y se realizaron los seguimientos correspondientes a los informes presentados por el área, información que se consolida en hojas de cálculo mensualmente como insumo de reporte a las diferentes áreas y entidades, lo cual permite generar una respuesta oportuna y real para la toma de decisiones.

Situaciones Administrativas: se cuenta con hojas de cálculo dinámicas, en la cual se reportan las diferentes situaciones administrativas, optimizando y previniendo la afectación del servicio.

Es importante manifestar que El Instituto Departamental de Salud de Nariño continua reportando a través de aplicativo SIMO de acuerdo con los términos señalados por la Comisión Nacional del Servicio Civil, los empleos que se encontraban como empleos vacantes en forma definitiva, dicho reporte contiene el código del empleo, grado, asignación salarial, manual de funciones adjunto a cada OPEC y marcación como pre pensionable cuando el cargo estaba ocupado por una persona nombrada mediante provisionalidad y cumplía dichos requisitos al momento del reporte.

A partir de ese momento, las fases del concurso público de méritos se adelantan bajo responsabilidad de la CNSC y la Universidad Libre de Colombia, en cumplimiento de las disposiciones constitucionales y legales, estableciendo las reglas del Proceso de Selección, en las modalidades de Ascenso y Abierto para proveer los empleos Profesionales y Técnicos de vacancia definitiva de 64 Cargos.

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

SECTOR:	META:	ODS AL QUE LE APUNTA EL RESULTADO OBTENIDO
Mi Nariño Líder en Salud	MI NARIÑO Líder en salud pública. Apoyo y fortalecimiento de los entes territoriales para mejorar los resultados en Salud Pública.	Salud y bienestar

PLAN ESTRATEGICO-PLAN TERRITORIAL DE SALUD (PTS)

¿QUÉ QUEDÓ EN EL PTS?				¿QUÉ SE LOGRÓ?			
RESULTADO	INDICADOR DE RESULTADO	LÍNEA DE BASE	META DE RESULTADO CUATRIENIO	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2020	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2021	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2022	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO AL CORTE JUNIO 2023
54. Cumplimiento operativo de la ejecución de los Planes Territoriales de Salud.	1.Promedio de cumplimiento operativo de la ejecución de los Planes de Acción en Salud de los municipios	82.5	82.5	-	-	-	-



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL

¿Como lo hizo?

METAS DE PRODUCTO QUE LE APUNTAN AL RESULTADO

PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE DE PRODUCTO	META DE PRODUCTO	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2020	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2021	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2022	EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2023
Formulado e implementado el plan estratégico de talento humano en IDSN (Decreto 612-2018)	168. Índice sistémico de desempeño institucional del sistema, políticas de gestión del talento humano e integridad	50	70	55.4	58.2	58.2%	Pendiente (A la fecha se encuentra en evaluación de FURAG 2022) se esperan resultados a agosto 2023 una vez lo reporte función pública
Ejecutado el plan institucional de archivo del PINAR del IDSN	169. porcentaje de cumplimiento del plan institucional de archivo pinar del idsn	0%	70%	0%	20%	33%	70%

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL	
¿Cómo lo hizo?	
METAS DE PRODUCTO QUE LE APUNTAN AL RESULTADO	
¿POR QUÉ?	ENFOQUE DIFERENCIAL ESPECIFIQUE LA POBLACIÓN
<p>Meta de producto 168: Formulada e implementada el plan estratégico de talento humano en IDSN (Decreto 612-2018), En los últimos tres años se ha venido mejorando los indicadores por consecuencia del seguimiento constante a los programas que se encuentran dentro del decreto 612, donde en ítems como la eficiencia y la eficacia de la selección meritocrática del talento humano se tiene un indicador del 64,7 cifra dada desde la página de MIPG, así mismo contamos con otro factor importante del 55,3 que corresponde al Desarrollo y bienestar del talento humano en la entidad, componente en el cual se ha venido cumpliendo con la ejecución completa de las diferentes actividades programadas.</p>	<p>Trabajadores del Instituto Departamental de Salud de Nariño</p>
<p>Meta de producto: 169 Fortalecimiento de la Gestión Documental para el mejoramiento de la prestación de servicios a los usuarios internos y externos, conservación de la memoria institucional y mejorar la función archivística de la entidad de acuerdo a las necesidades, debilidades, riesgos y oportunidades.</p>	<p>Trabajadores del Instituto Departamental de Salud de Nariño</p>



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

PLAN ESTRATEGICO-PTS ACTUAL

TOTAL DE RECURSOS FINANCIEROS UTILIZADOS

NOMBRE DEL PROYECTO	VALOR APROPIADO	VALOR EJECUTADO	PORCENTAJE EJECUCIÓN	SGP (\$)	SGR (\$)	RECURSOS PROPIOS (\$)	OTRAS FUENTES DE RECURSOS ESPECIFICAR (\$)
Fortalecimiento a la gestión de talento humano del IDSN Recursos para la gestión de las metas de producto 168 y 169.	1.142.532.205	602.324.270	52.72%	0	0	1.142.532.205	0
Fortalecimiento del proceso de saneamiento financiero para el instituto departamental de salud de Nariño	139.169.057	25.255.087	18.5%	0	0	139.169.057	0

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

23. INFORME DE GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES

PROCESO: Gestión de Talento Humano		
DEPENDENCIA: SECRETARIA GENERAL-TALENTO HUMANO Y SGSST		
PERIODO: enero 2020 - junio 2023		
No.	INFORMACIÓN	ANÁLISIS
1	RESULTADOS DE INDICADORES	<p>Frente a los 4 indicadores que registra la Oficina de Gestión de Talento Humano en SIMU se ha realizado el seguimiento respectivo obteniendo el siguiente reporte: 1. Respecto de PIC para vigencia 2023 se tiene programadas 44 actividades de las cuales se se han realizado con corte a 30 de junio 8 actividades con un cumplimiento del 27%, se solicitó verificación de las capacitaciones reportadas por cada una de las dependencias para que se determine si se continúa con las necesidades de dichas actividades o se desiste de ellas para el segundo semestre. 2. Bienestar social, se tienen programadas 15 actividades de las cuales se han dado cumplimiento 6 a cote 30 de junio con un porcentaje del 40%. 3. Clima Organizacional y evaluación de acuerdos de gestión hasta la fecha se mantiene el porcentaje del año 2022 por cuanto no se ha realizado reporte debido a que se realiza en mes de octubre.</p> <p>Para la vigencia 2022 1. Respecto de PIC se programaron 29 actividades de las, con un cumplimiento del 87%, 2. Bienestar social, se programaron 8 actividades con un cumplimiento del 96%. 3. Clima Organizacional se cumplió con el 84% y evaluación de acuerdos de gestión se cumplió con el 92.8%.</p> <p>Para la vigencia 2021 1. Respecto de PIC se programaron 14 actividades de las, con un cumplimiento del 93%, 2. Bienestar social, se programaron 11 actividades con un cumplimiento del 99%. 3. Clima Organizacional se cumplió con el 80.33% y evaluación de acuerdos de gestión se cumplió con el 92%.</p> <p>Se dio reporte hasta el mes de junio de 2023, según evidencia SIMU WEB</p>
2	RESULTADOS DE AUDITORIAS (DE CALIDAD, DE CONTROL INTERNO, EXTERNAS)	<p>Durante la vigencia 2021 producto de la auditoria interna del IDSN se dio apertura a 4 observaciones, respecto de las cuales la oficina de Talento Humano realizo un plan de acción frente a cada observación y ala fecha se encuentra en estado CERRADO.</p> <p>Para la vigencia 2022 producto de la auditoría interna del IDSN se dio apertura a 3 observaciones respecto de las cuales la oficina de Talento Humano realizo un plan de acción frente a cada observación y a la fecha se encuentra en estado CERRADO.</p> <p>Para la vigencia 2023 a la presente fecha no se han realizado auditorias por lo tanto no se encuentran observaciones. Programada para el mes de agosto de 2023</p> <p>Para SGSST se tienen los siguientes resultados: Año 2020: 1. No se cuenta con documento De roles y responsabilidades específicas en SST, no se encuentran documentadas para todos los niveles de la organización ni comunicadas. Accione de Mejora: Se elaboro documento de responsabilidades SGSST acto administrativo Resolución 1909 de 2021 las cuales se dieron a conocer a los trabajadores de la entidad.</p> <p>2.No se encuentra asignada una persona responsable del SST de nómina, no se</p>

evidencia con acta de nombramiento o asignación ni nombramiento de acuerdo a perfil del profesional según número de trabajadores y nivel de riesgo. Acciones de Mejora: Se solicita al Secretario General del IDSN, la necesidad de creación de cargo del responsable del SGSST.

3. En la matriz legal no se tiene diligenciado el estado de cumplimiento de la resolución No se tiene identificada la ley 1822 de 2017, No se tiene la Ley 1857 de tiempo con la familia, Se tiene la resolución 2646 NO se tiene diligenciado el estado de cumplimiento, No se encontró Circular 064 de 2020 Gestión Psicosocial y Prevención de la salud Mental, No se encontró Circular 064 de 2020 Gestión Psicosocial y Prevención de la salud Mental, no se encuentra actualizada la matriz legal desde el 2018, incumpliendo el artículo 2.2.4.6.8.del Decreto 1072 de 2015 Acciones de Mejora: Se actualiza la matriz legal con los requisitos mencionados en la no conformidad.

4. En cuanto a la verificación del cumplimiento de las responsabilidades de los trabajadores no se cuenta con un registro de las condiciones de salud de los trabajadores diario, como requisito al cumplimiento del protocolo de bioseguridad incumpliendo el artículo 2.2.4.6.10.del Decreto 1072 de 2015. Acciones de Mejora De acuerdo al protocolo de bioseguridad del IDSN se tienen los registros de condiciones de salud así como la herramienta de colmena seguros para registro de condiciones de salud por COVID 19

5. No se cuenta con un programa de capacitación estructurado para el 2020, por ende, incumpliendo su ejecución y seguimiento según artículo 2.2.4.6.11.del Decreto 1072 de 2015 Acciones de Mejora: Para el año 2021 se plantea estructurar el programa de capacitación en SGSST

6. No se ha estructurado un proceso de inducción, reinducción y capacitación que incluya los requisitos del Decreto 1072 para realizar esta actividad, incluyendo una estrategia para lograr la apropiación de los conocimientos, además una herramienta para evaluar la eficacia de la inducción. Acciones de Mejora: Dentro de la planificación para el año 2021 se programó la jornada de inducción y reinducción en articulación con la oficina asesora de talento Humano del IDSN.

7. No se evidencia la priorización de los peligros por cada sede y no se evidencia una priorización de los riesgos para que a partir de allí se realicen los controles necesarios, incumpliendo el artículo 2.2.4.6.23.del Decreto 1072 de 2015. Acciones de Mejora: Se ejecutó la priorización de los peligros por cada sede y socializadas a los trabajadores del IDSN en los meses de junio y julio de 2021.

8. Se cuenta con procedimiento y formato para la gestión del cambio, sin embargo, no se registró actividades como el cambio de oficina del CRUE a una nueva sede, incumpliendo el artículo 2.2.4.6.26.del Decreto 1072 de 2015. Acciones de Mejora: Se actualizó el procedimiento de gestión del cambio y se emitió la circular No 23 sobre la implementación del mismo con las indicaciones para su ejecución, documentos socializados a los trabajadores del IDSN en el mes de agosto del año 2021.

9. En las sedes no se evidencian la disposición de un sitio especial para químicos, algunos productos químicos no tienen rombo NFPA, no se tiene las fichas de seguridad en sitio de disposición ni en oficina SST, incumpliendo el Decreto 1496 de 2018. Acciones de Mejora: En el año 2021 se procedió a realizar la rotulación y señalización y declaratoria de los productos químicos. La entidad cuenta con el PGIRS en el cual se define la disposición final específica para químicos.

10. No se ha realizado revisión por parte de la alta dirección en todo lo dispuesto a SST incumpliendo el artículo 2.2.4.6.31.del Decreto 1072 de 2015. Acciones de Mejora: En el año 2021 se realizó la primera revisión por la alta dirección al SGSST

11. No se tiene evidencia de la planeación, participación y evaluación de los simulacros para ninguna de las sedes incumpliendo con el artículo 2.2.4.6.25 del decreto 1072 de 2015. Acciones de Mejora: En el año 2021 se ejecutó el simulacro

por sismo con participación de los trabajadores de las diferentes sedes del IDSN.

Año 2021

1. De acuerdo al número de trabajadores y nivel de riesgo de la entidad Profesional de seguridad y salud en el trabajo debe encontrarse vinculado a la nómina y cumplir con los requisitos establecidos en el Decreto 1072 de 2011 Artículo. 2.2.4.6.8 numerales 2 y 10 y Resolución 0312 de 2019 Artículos 16 y 17. Acciones de Mejora Desde la oficina de gestión del talento humano se realiza el estudio técnico para la creación del cargo para el responsable del SGSST.

2. Las Actas de reunión del COPASST del año 2021 no se encuentran firmadas Resolución 652/2012 Arts. 1, 2, 6, 7 y 8. Resolución 1356/2012 Artículo 1º, 2º y 3º Acciones de Mejora: El COPASST procede a gestionar las firmas de las actas las cuales quedan completas con sus respectivos registros.

3. La Entidad no cumple con la Ley 1562/2012 Artículo 9º, Decreto 1072/2011 Artículo 2.2.4.6.15., parágrafo 2º y Decreto 2090 de 2003, por tal razón se debe iniciar con el proceso de revisión del caso de la trabajadora expuesta a sustancias químicas potencialmente cancerígenas en cuanto a la cotización de pensión especial de vejez y acatar e implementar las recomendaciones consignadas en los dos informes de evaluación del manejo seguro de sustancias químicas. Por otra parte se debe corregir en las evaluaciones de estándares mínimos del SGSST que el ítem por cuanto NO se cumple. Acciones de Mejora: El SGSST y la oficina de gestión de talento humano inicia las gestiones para cotización de pensión especial por exposición a sustancias cancerígenas. Se procede a reevaluar este ítem en la evaluación de los estándares mínimos del SGSST.

4. No se hace el manejo de aguas residuales de tipo industrial generadas en la Sede del Laboratorio de Salud Pública, se recomienda caracterizar el vertimiento e implementar las medidas necesarias para dar cumplimiento a la Normatividad aplicable. Resolución 0631 de 2015 artículo 15, Decreto 1076 de 2015. Acciones de Mejora: Actualmente el Laboratorio de Salud Pública del IDSN no genera aguas residuales industriales, todos los productos químicos utilizados en su funcionamiento son manejados como un residuo y no como un vertimiento, por lo tanto, no existe vertimiento industrial. Las aguas residuales de tipo doméstico son entregadas a la red pública administrada por EMPOPASTO S.A E.S.P. Por lo tanto, el IDSN no tiene la obligatoriedad de presentar caracterización fisicoquímica de aguas residuales.

5. En la sede ETV Tumaco no se hace el manejo de aguas residuales de tipo industrial generadas, se recomienda caracterizar el vertimiento e implementar las medidas necesarias para dar cumplimiento a la Normatividad aplicable. En las sedes ETV Tumaco y El Charco se realiza el vertimiento de aguas residuales directamente al mar, se debe caracterizar vertimientos e implementar un sistema para el tratamiento de aguas residuales. Resolución 0631 de 2015 artículo 15, Decreto 1076 de 2015. Resolución 883 de 2018 y demás normas aplicables. Acciones de Mejora Las sedes ETV y Charco no generan aguas residuales de tipo industrial, únicamente aguas residuales domésticas. Este tipo de aguas deben ser recolectadas transportadas por la empresa prestadora de servicio de alcantarillado, ante lo cual los municipios de Tumaco y Charco no cuentan con un sistema óptimo de alcantarillado. una vez se cuenta con alcantarillado se adecuará las conexiones pertinentes.

Año 2022

1. De acuerdo al número de trabajadores y nivel de riesgo de la entidad Profesional de seguridad y salud en el trabajo debe encontrarse vinculado a la nómina y cumplir con los requisitos establecidos en el Decreto 1072 de 2011 Artículo. 2.2.4.6.8 numerales 2 y 10 y Resolución 0312 de 2019 Artículos 16 y 17. Acciones de Mejora: Por parte de la oficina de gestión del talento humano se elabora el estudio de cargas y movimientos y se continúa recibiendo asesorías del DAFI para realizar la creación del cargo del responsable del SGSST.

2. Pese a las gestiones adelantadas en la vigencia 2022 aún no se establece e



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

		<p>manejo de las aguas residuales generadas en las sedes de la entidad como ETV Tumaco (aguas residuales de tipo industrial y domesticas) y El Charco (agua residuales domesticas) y el LSP. Una vez se cuente con los resultados de la caracterizaciones de las diferentes sedes se debe establecer un plan de acción con el cual se documente y gestione el manejo de las aguas residuales según aplique en cada sede. Se debe dar cumplimiento a la Normatividad aplicable. En las sedes ETV Tumaco y El Charco se realiza el vertimiento de aguas residuales en fuentes hídricas, se debe implementar un sistema para el tratamiento de aguas residuales Resolución 0631 de 2015 artículo 15, Decreto 1076 de 2015. Resolución 883 de 2018 y demás normas aplicables. Acciones de Mejora: Para el año 2023 se tiene contemplado la caracterización fisicoquímica sede Bomboná, ETV y LSP, la gestión de recursos y la generación del documento técnico para la toma de decisiones para el manejo de los vertimientos de las sedes del IDSN.</p> <p>3. No se tiene contemplado el Riesgo de condiciones de seguridad – trabajo en alturas en todas las sedes que tienen el riesgo, pese a que se está adelantando un diagnóstico este aún no concluye, este riesgo debe ser incluido en todas las matrices de las diferentes sedes según corresponda. Todo el Personal expuesto al riesgo debe ser capacitado y certificado en Trabajo Seguro en Alturas. Tampoco se ha actualizado la matriz IPERV con el riesgo de inmersión en las sedes de ETV Tumaco y El Charco. No se gestiona el Riesgo de condiciones de seguridad – riesgo de inmersión por transporte en lancha. Implementar y ejecutar los procedimientos para tareas de alto riesgo. Acciones de Mejora: Para el año 2023 se está elaborando el programa de prevención contra caídas, así como las visitas a los diferentes municipios donde laboran los técnicos de salud ambiental con el fin de definir el diagnóstico para trabajo en alturas. De igual manera, se tiene elaborado el documento de riesgo de inmersión por transporte en lancha.</p> <p>4. La Entidad no cumple con la Ley 1562/2012 Artículo 9º, Decreto 1072/2011 Artículo 2.2.4.6.15., parágrafo 2º y Decreto 2090 de 2003, por tal razón se debe iniciar con el proceso de revisión del caso de la trabajadora expuesta a sustancias químicas potencialmente cancerígenas en cuanto a la cotización de pensión especial de vejez, acatar y continuar con la implementación de las recomendaciones consignadas en los dos informes de evaluación del manejo seguro de sustancias químicas. Acciones de Mejora: La oficina de Gestión del Talento Humano con el SGSST solicitó a Colpensiones el concepto técnico para proceder al cambio de régimen de pensión especial para la trabajadora expuesta a los agentes químicos cancerígenos, así como la gestión para la compra de la cabina extractora por parte del LSP.</p> <p>Con corte a junio de 2023 con respecto a las auditorías de control interno no hay planes de acción abiertos, con respecto a entes externos a la fecha está en ejecución con la Contraloría Departamental el PLAN DE MEJORAMIENTO AUDITORÍA MODALIDAD ESPECIAL AL BALANCE INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO VIGENCIA 2021</p>
3	<p>PERCEPCIÓN DE GRUPOS DE VALOR (CLIENTE EXTERNO)</p>	<p>No se ha presentado queja ni reclamos por parte de los funcionarios durante el desarrollo de los diferentes programas que maneja la Oficina de gestión de Talento Humano.</p> <p>No se han presentado quejas ni reclamos para el Proceso de Gestión de Recursos- Tesorería durante este periodo</p>
4	<p>SEGUIMIENTO A RIESGOS</p>	<p>Se ha llevado a cabo el seguimiento y actualización de los 3 riesgos registrados en el mapa respectivo para la oficina de Talento Humano. Enviado a Control Interno con cumplimiento de actividades programadas para 2023.</p>

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

		Se llevo a cabo la revisión y actualización al mapa de riesgos de gestión de Recursos – Tesorería, registrando en total 3 riesgos identificados para la vigencia 2023, hasta la fecha no se han materializado los riesgos
5	NO CONFORMIDAD	<p>Durante la vigencia 2021 producto de la auditoría interna del IDSN se dio apertura a 8 No conformidades respecto de las cuales la oficina de Talento Humano realizo un plan de acción frente a cada observación y a la fecha se encuentra en estado CERRADO.</p> <p>Para la vigencia 2022 producto de la auditoría interna del IDSN se dio apertura a 1 no conformidad, respecto de las cuales la oficina de Talento Humano realizo un plan de acción frente a cada observación y a la fecha se encuentra en estado CERRADO.</p> <p>Para la vigencia 2023 a la presente fecha no se han realizado auditorias por lo tanto no se encuentran no conformidades.</p> <p>Para 2023 No hay</p> <p>Se han presentado 3 no conformidades al corte de 2023, relacionadas con la devolución de cuentas.</p>
6	ACCIONES CORRECTIVAS	<p>Se lleva el registro y seguimiento al mapa de riesgos realizando mejoras continuas al mismo. Se establecieron nuevas estrategias y el fortalecimiento de los programas para el cumplimiento de metas para la vigencia 2023, respecto de los años 2021 y 2022 se han acatado las diferentes acciones correctivas presentadas.</p> <p>Para 2023 no hay</p> <p>Se lleva a cabo y se acogen los planes de acción y planes de tratamiento tendientes a disminuir los riesgos institucionales</p>
7	ACCIONES DE MEJORA	<p>No se reportaron recomendaciones para gestión de Talento Humano en la última auditoria vigencia 2022 y frente a las presentadas en las vigencias 2021 y 2022 ya se encuentran cerrados por cumplimiento de las mismas.</p> <p>Se reactivó el Comité de Archivo para ejecución de actividades del PINAR.</p> <p>No se identificaron recomendaciones para el proceso de GESTION DE RECURSOS en la última auditoria de ICONTEC</p>
8	CAMBIOS QUE PODRÍAN AFECTAR EL SGC Y EL PROCESO	<p>La rotación del personal de apoyo en el grupo de trabajo, la inadecuada transferencia de conocimiento de los funcionarios salientes que por uno u otra manera se desvinculan de la Institución. La vinculación de profesionales de apoyo para gestión de cumplimiento de metas en la vigencia 2023.</p> <p>Convalidación de las Tablas de Retención Documental, nuevos instrumentos archivísticos que deben ser controlados desde el SGC y mejoramiento de formatos de archivo.</p> <p>Que la entidad no cuente con los recursos suficientes para atender sus obligaciones de corto y mediano plazo, la rotación y el cambio de personal puede afectar el cumplimiento de los procesos y procedimientos de la entidad, el cambio de la normatividad puede afectar las apropiaciones de destinación específica.</p>
9	RESULTADOS DE LOS COMPROMISOS ADQUIRIDOS	Realizada la contratación de los profesionales de apoyo para oficina de Gestión de Talento Humano se han venido adelantando el proceso de vinculación de funcionarios que superaron el proceso de selección por parte de la CNSC No. 1524 de 2020 Territorial Nariño. En ejecución la actualización y reporte en la plataforma SIMU web sobre los indicadores que corresponden a talento Humano. Se vienen

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

		<p>realizando proceso de saneamiento de pasivo pensional tendientes a encontrar el cálculo actuarial. Se viene realizando el desahorro de recursos de FONPET para financiar ESE son riesgo financiero a partir del a vigencia 2021 a 2023.</p> <p>Ejecución del 70% de las actividades del PINAR</p> <p>Dentro de los compromisos adquiridos en los comités primarios realizados por la SECRETARIA GENERAL en la oficina de Tesorería, se realiza mensualmente el proceso de dispersión de rentas cedidas licores cervezas, y cigarrillos.</p> <p>Se está avanzando en realizar las transferencias de archivo al archivo general</p>
10	COMPROMISOS PARA LA GESTION DURANTE 2023	<p>Alistamiento preparación y diseño de Audiencia Pública de Rendición de Cuentas y empalme para 2023. Articula pasivo pensional con la Gobernación de Nariño.</p> <p>Avances y cumplimiento de las metas de cuatrienio.</p> <p>Para la vigencia 2023 se proyectó realizar la depuración contable y bancaria del área de Tesorería con la cual se pretenden adelantar gestiones administrativas necesarias para sanear la información contable arrojando que los estados financieros de la entidad revelen fidedignamente la realidad económica, financiera y patrimonial de la misma.</p>

PROCESO: Gestión de recursos		
DEPENDENCIA: SECRETARIA GENERAL- TESORERIA-CONTABILIDAD-PRESUPUESTO-APOYO LOGISTICO		
PERIODO: enero- junio 2023		
No.	INFORMACIÓN	ANÁLISIS
1	RESULTADOS DE INDICADORES	<p>TESORERIA La oficina de tesorería cuenta con un solo indicador el cual con corte a junio se ha reportado un cumplimiento del 91% de lo programado</p> <p>PRESUPUESTO: N/A</p> <p>CONTABILIDAD: Arqueo de caja menor ejecutado al 100% Tiempo para pago de cuentas ejecutado al 100% Devolución de cuentas: ejecutado al 100%</p> <p>APOYO LOGISTICO: La oficina de apoyo logístico- Almacén cuenta con un indicador, el cual a corte junio se encuentra reportado en un cumplimiento del 100% según lo programado.</p>
2	RESULTADOS DE AUDITORIAS (DE CALIDAD, DE CONTROL INTERNO, EXTERNAS)	<p>TESORERIA: Con corte a junio de 2023 con respecto a las auditorías de control interno no hay planes de acción abiertos, con respecto a entes externos a la fecha está en ejecución con la Contraloría Departamental e PLAN DE MEJORAMIENTO AUDITORÍA MODALIDAD ESPECIAL AL BALANCE INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO VIGENCIA 2021</p>

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

		<p>PRESUPUESTO: A la fecha la dependencia de Presupuesto no tienes planes de acción abiertos para Auditoria realizadas por Control Interno y Entes externos</p> <p>CONTABILIDAD: A corte junio 2023 los planes de acción abiertos para mejora de la contraloría departamental se esta realizando las acciones establecidas para cumplimiento del requerimiento</p> <p>APOYO LOGISTICO A corte junio de 2023, con respecto a auditorías externas no hay hallazgos o planes de acción por ejecutar. En cuanto a auditorías internas se tiene un 1 plan de mejora de los cuales se encuentra en ejecución</p>
3	PERCEPCIÓN DE GRUPOS DE VALOR (CLIENTE EXTERNO)	<p>TESORERIA: No se han presentado quejas ni reclamos para el Proceso de Gestión de Recursos- Tesorería durante este periodo</p> <p>PRESUPUESTO: A la fecha la dependencia de Presupuesto no ha recibido peticiones, quejas o reclamos</p> <p>CONTABILIDAD: no se han presentado a la fecha ningún requerimiento de peticiones queja y reclamos</p> <p>APOYO LOGISTICO: A la fecha no se han recibido quejas ni reclamos para el proceso de gestión de recursos- apoyo logístico ni externos ni internos.</p>
4	SEGUIMIENTO A RIESGOS	<p>TESORERIA: Se llevo a cabo la revisión y actualización al mapa de riesgos de gestión de Recursos – Tesorería, registrando en total 3 riesgos identificados para la vigencia 2023, hasta la fecha no se han materializado los riesgos</p> <p>PRESUPUESTO Se llevo a cabo la revisión y actualización al mapa de riesgos de Gestión de Recursos – Presupuesto y se apoyó la implementación para los demás procesos del IDSN, registrando 3 riesgos identificados para el periodo 2023, dando continuidad al reporte de actividades. A la fecha no se han materializado los riesgos.</p> <p>CONTABILIDAD: Se llevo a cabo la revisión y actualización al mapa de riesgos de Gestión de Recursos – contabilidad esta realizando de manera permanente, continua y personalizada a los supervisores que lo requieran una vez exista espacio y tiempo se realizara de manera general a todos</p> <p>APOYO LOGISTICO: Se adelanto la actualización del mapa de riesgos 2023 para apoyo logístico, identificando 4 riesgos para la presente vigencia. A la fecha ningún riesgo se ha materializado.</p>
5	NO CONFORMIDAD	<p>TESORERIA: Se han presentado 3 no conformidades al corte de 2023, relacionadas con la devolución de cuentas.</p> <p>PRESUPUESTO: A la fecha no se han presentado no conformes para la dependencia de Presupuesto</p>

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

		<p>CONTABILIDAD: desde la oficina de contabilidad se llevó un registro sobre la no conformidad que genera las cuantas devueltas</p> <p>APOYO LOGISTICO: A la fecha no se han presentado no conformidades en la oficina de apoyo logístico.</p>
6	ACCIONES CORRECTIVAS	<p>TESORERIA: Se lleva a cabo y se acogen los planes de acción y planes de tratamiento tendientes a disminuir los riesgos institucionales</p> <p>PRESUPUESTO: N/A</p> <p>CONTABILIDAD: Se realiza una nota devolutiva a cada uno de los supervisores responsables</p> <p>APOYO LOGISTICO: A la fecha se lleva al día la ejecución de acciones correctivas, planes de mejora tendientes a disminuir los riesgos institucionales.</p>
7	ACCIONES DE MEJORA	<p>TESORERIA: No se identificaron recomendaciones para el proceso de GESTION DE RECURSOS en la última auditoria de ICONTEC</p> <p>PRESUPUESTO: No se identificaron recomendaciones para GR - Presupuesto en auditoria anterior de ICONTEC.</p> <p>CONTABILIDAD: explicación detallada a cada contratista de la novedad encontrada.</p> <p>APOYO LOGISTICO: Durante la última auditoria ICONTEC, no se recibieron observaciones o hallazgos para la oficina de apoyo Logístico.</p>
8	CAMBIOS QUE PODRÍAN AFECTAR EL SGC Y EL PROCESO	<p>TESORERIA: Que la entidad no cuente con los recursos suficientes para atender sus obligaciones de corto y mediano plazo, la rotación y el cambio de personal puede afectar el cumplimiento de los procesos y procedimientos de la entidad, el cambio de la normatividad puede afectar las apropiaciones de destinación específica.</p> <p>PRESUPUESTO: Gestión de Recursos – presupuesto, se puede ver afectado en la disminución de recaudos para llevar a cabo la ejecución de presupuesto apropiado inicialmente.</p> <p>CONTABILIDAD: para el área de contabilidad el no cumplimiento de la circular interna la que establece fechas para el trámite de pago de cuentas podría afectar el normal registro para la elaboración de informes.</p> <p>APOYO LOGISTICO: -La planificación de recursos suficientes para garantizar las acciones de apoyo institucional. - La rotación de personal puede generar retrasos y/o pérdida de información histórica institucional.</p>

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

		-Cambios específicos en la norma podrías generar cambios sobre lo planificado en el SGC institucional.
9	RESULTADOS DE LOS COMPROMISOS ADQUIRIDOS	<p>TESORERIA: Dentro de los compromisos adquiridos en los comités primarios realizados por la SECRETARIA GENERAL en la oficina de Tesorería, se realiza mensualmente el proceso de dispersión de rentas cedidas licores, cervezas, y cigarrillos. Se está avanzando en realizar las transferencias de archivo al archivo general</p> <p>PRESUPUESTO: Realizada la contratación de apoyo a la gestión en la dependencia de Presupuesto se adelanta la expedición de CDP y RP dentro de los tiempos establecidos, cumpliendo con oportunidad del procedimiento.</p> <p>CONTABILIDAD: dentro de los compromisos adquiridos con la finalidad de obtener estados financieros fidedignos se realizó la contratación para actualizar el manual de políticas contables y el apoyo profesional para la depuración de saldos contables del balance</p> <p>APOYO LOGISTICO: Dentro de los compromisos adquiridos en los diferentes comités institucionales y principalmente en el comité primario liderado por secretaria general se tiene: la ejecución del plan de adquisiciones de apoyo logístico, realizar a tiempo los principales procesos que garantizan el adecuado funcionamiento del IDSN, dar respuesta oportuna a las necesidades de la institución.</p>
10	COMPROMISOS PARA LA GESTION DURANTE 2023	<p>TESORERIA: Para la vigencia 2023 se proyectó realizar la depuración contable y bancaria del área de Tesorería con la cual se pretenden adelantar gestiones administrativas necesarias para sanear la información contable arrojando que los estados financieros de la entidad revelen fidedignamente la realidad económica, financiera y patrimonial de la misma.</p> <p>PRESUPUESTO: Adelantar la proyección del presupuesto 2024, cumpliendo con los lineamientos y normatividad vigente, atendiendo las necesidades propias del IDSN</p> <p>CONTABILIDAD: Para la vigencia 2023 se proyectó realizar la depuración contable y bancaria del área de Tesorería con la cual se pretenden adelantar gestiones administrativas necesarias para sanear la información contable arrojando que los estados financieros de la entidad revelen fidedignamente la realidad económica, financiera y patrimonial de la misma.</p> <p>APOYO LOGISTICO: Para la vigencia 2023 se proyectó, el apoyo para la entrega de donaciones 2023 la cual se culminó exitosamente. El apoyo Logístico de vehículos institucionales nuevos (motocicletas), realizado. Realizar el proceso de</p>

	INFORME DE GESTIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

		bajas institucional. Garantizar los servicios para el dechado funcionamiento del IDSN.
--	--	--