



PLAN DE SALUD TERRITORIAL

CÓDIGO: F-PDD03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 11-02-10

Página 1 de 31

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO



PLAN DE SALUD TERRITORIAL- SALUD PARA EL BUEN VIVIR Diagnóstico de la Situación de Salud 2012-2015



PLAN DE SALUD TERRITORIAL

CÓDIGO: F-PDD03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 11-02-10

Página 2 de 31

INTRODUCCION

El Plan de Desarrollo Departamental “Nariño Mejor” 2012 – 2015 es la carta de navegación para el Departamento conteniendo en él las orientaciones estratégicas para todos los sectores que integran el gobierno Departamental, incluyendo el sector salud el cual está enmarcado en el Eje Estratégico “*Nariño solidario, incluyente y gestor de capacidades para el buen vivir*” en el programa “*Salud para el buen vivir*”.

Secundando la convicción gubernamental de que el desarrollo del departamento parte de una sumatoria coherente de esfuerzos intersectoriales frente a las necesidades sentidas de la población Nariñense, el Instituto Departamental de Salud de Nariño, formula el Plan de Salud Territorial ligado por entero a la formulación del Plan de Desarrollo Departamental y siguiendo su espíritu integrador e incluyente.

En este sentido, el Plan de Salud Territorial adopta y adapta los principios y premisas del Plan de Desarrollo, principalmente en el reconocimiento de la diversidad cultural, geográfica, étnica y natural del Departamento, así como su visión subregional, como una oportunidad de avanzar hacia un mejor porvenir, superando los problemas que históricamente han venido afectando la realidad social, económica y ambiental de la región.

Cabe anotar que la inminente construcción de un Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, fundamentado en la Ley 1438 del 2011, determinará posibles ajustes al Plan Departamental de Salud, sin embargo, las orientaciones estratégicas se mantendrán atendiendo al diagnóstico de las necesidades regionales.

Con la seguridad de que “**UN NARIÑO MEJOR ES POSIBLE. HAY CON QUE, TENEMOS CON QUE. PODEMOS Y DEBEMOS LOGRARLO**” el Instituto se propone aportar a esta construcción colectiva y vislumbra su accionar apuntando a los logros de los Objetivos del Milenio relacionados con Salud y aportando al mejoramiento de las condiciones de vida de los y las Nariñenses.

ELIZABETH TRUJILLO DE CISNEROS
Directora
Instituto Departamental de Salud de Nariño

Mayo del 2012

I. MARCO DE REFERENCIA

El marco normativo que rige la formulación de este Plan de Salud Territorial para la vigencia 2012 – 2015 se encuentra enmarcado en la normativa vigente expresado en la Ley 1122 del 2007, a través de la cual se hicieron algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre ellas la definición del Plan Nacional de Salud Pública para el cuatrienio 2007 – 2010, buscando integrar políticas a favor de la salud de la población tanto a nivel individual como colectivo, cuyos resultados se constituyan en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del País; se enmarca además en el Decreto 3039 a través del cual se adoptó el Plan Nacional de Salud Pública constituyéndose su formulación, ejecución y evaluación en obligatorio cumplimiento tanto a nivel Nacional, departamental como municipal, el Plan recoge los compromisos que la Nación adquirió a favor de la salud pública particularmente en la iniciativa de Salud de la Américas, la agenda de acuerdos entre los Ministros de Salud del Área Andina, los objetivos de desarrollo del Milenio y el reglamento sanitario internacional. Este Plan es el resultado de la planificación para el logro de objetivos y de los procesos técnicos y metodológicos para la evaluación por metas de resultado. Sigue además vigente la Resolución 425 del 2008 a través de la cual se definió la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, esta resolución propuso adoptar el sistema de evaluación por resultados, modificando sustancialmente la normativa anterior a través de la cual el resultado se medía por el cumplimiento de actividades mas no por el logro de las metas y el impacto de las mismas en la salud de la población.

Por otra parte y como un gran compromiso de País con la salud de la población, la declaración del milenio 1990- 2015 considerada la promesa más importante que se haya realizado a los seres humanos que viven en el mundo en condiciones de vulnerabilidad, propuesta por los dirigentes mundiales en el marco de la Cumbre de la reunión de las naciones unidas, propuso los Objetivos de Desarrollo del Milenio, de manera especial contribuir en la reducción de la mortalidad de los niños menores de 5 años a través de la lucha contra la neumonía, la diarrea y la desnutrición, además de enfatizar las acciones para el control del sarampión; promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer promoviendo mediante la articulación intersectorial la educación, la generación de empleo remunerado y con protección, la equidad en la asignación de los puestos de trabajo y los ingresos; mejorar la salud materna, la meta es reducir un 75% la tasa de mortalidad materna, para lo cual se requiere contar con servicios de salud sexual y reproductiva de alta calidad y con intervenciones articuladas que brinden un camino seguro hacia la maternidad; combatir el VIH-SIDA el paludismo y otras enfermedades el reto se encuentra en mejorar los canales de comunicación en especial dentro de la población joven para garantizar su protección contra el VIH/SIDA, prevenir la violencia de género, enfatizar las medidas de prevención entre la población más pobre para la protección contra la malaria. En Colombia los ODM las metas para alcanzarlos se encuentran reglamentadas a través del CONPES SOCIAL 140 de 2010.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL

CÓDIGO: F-PDD03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 11-02-10

Página 4 de 31

Para garantizar el cumplimiento del Plan Nacional de Salud se requiere que éste se encuentre vinculado al Plan de Desarrollo 2010 – 2014 “prosperidad para todos” propuesto por la Ley 1450 del 2011, el camino hacia la prosperidad implica la reducción de las inequidades regionales, la prosperidad debe llegar a cada una de las personas, a cada departamento, a cada municipio y a cada región. El artículo 6 de esta Ley plantea “De acuerdo con la meta del PND de alcanzar plenamente los objetivos del milenio, las entidades territoriales informarán a los ministerios, entidades competentes y el Departamento Nacional de Planeación, de la inclusión en sus Planes de Desarrollo de objetivos, metas y estrategias concretas dirigidas a la consecución de las Metas del Milenio, a las que se ha comprometido internacionalmente la Nación. El CONPES hará seguimiento al avance de las metas referidas en el presente artículo”.

El Plan de Salud Territorial para el departamento de Nariño, se fundamenta además 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 esta 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, pretende lograr el posicionamiento de la Salud Pública como una responsabilidad de todos.

El programa de gobierno propuesto por el Dr. Raúl Delgado, gobernador del departamento de Nariño para el periodo 2012 – 2015 no es ajeno a la realidad del País y a la necesidad del departamento por ello su compromiso con la salud se fundamenta en el objetivo definido como Nariño Solidario e Incluyente, en donde se considere las necesidades en salud bajo el enfoque diferencial y por subregiones, donde se fortalezca la cohesión interna, se respete la diversidad, se promueva la participación entre otros aspectos. El compromiso con los grupos poblacionales específicos, la mujer, los adolescentes, los adultos mayores, población con discapacidad y en situación de desplazamiento.

III.OBJETIVO

Contribuir al mejoramiento de la salud y calidad de vida de las y los nariñenses, bajo los principios de intersectorialidad y complementariedad; respetando la diferencia, la identidad cultural, la equidad de género y promoviendo los entornos saludables.

IV.ENFOQUES

A continuación se presentan los enfoques a través de los cuales se construye el Plan de Salud Territorial para el departamento de Nariño, vigencia 2012- 2015,

interviniendo factores de riesgo que sean modificables para optar por una nueva cultura de la salud que integre al individuo, la familia, la comunidad y la sociedad en su conjunto; además la normativa vigente y el programa de gobierno.

1. Enfoque poblacional-subregional: Por la inmensa diversidad que posee el departamento de Nariño es necesario tener en cuenta su variedad étnica, cultural, geográfica, región de frontera, predominantemente rural, variedad que se enmarca en 13 subregiones: Sanquianga, Pacífico Sur, Telembí, Pie de monte Costero, Ex provincia de Obando, Sabana, Guambuyaco, Abades, Occidente, Cordillera, Centro, Juanambú y Río Mayo.
2. Enfoque de derechos: El objetivo de este enfoque es integrar en las prácticas del desarrollo, los principios éticos y legales inherentes a los derechos humanos.
3. Enfoque diferencial: es reconocer la existencia de poblaciones con características propias en razón de su ciclo vital (edad), género, raza, pertenencia étnica, sus capacidades diferenciales y otras condiciones que generen diferenciales de individuos y grupos.
4. Enfoque de Determinantes Sociales en Salud: es el conjunto completo de condiciones sociales en las que las personas viven y trabajan, es decir “las características sociales dentro de las cuales vivir toma lugar, trascendiendo con ello la identificación de una lista de factores de riesgo o protección relacionados con la aparición de efectos negativos en la salud. Los principales determinantes a intervenir son Educación, saneamiento básico con entornos saludables y calidad del agua.

V. PRINCIPIOS

1. Universalidad: Garantizar el derecho fundamental a la salud con calidad, para todas las personas en cualquier etapa del ciclo vital.
2. Solidaridad: Practica de mutuo apoyo para garantizar el acceso y sostenibilidad a los servicios de seguridad social en salud, entre las personas.
3. Igualdad: Garantizar el acceso a la Seguridad Social en Salud a todas las personas del territorio nariñense, sin discriminación de cultura, raza, edad, orientación sexual, religión, capacidad económica.
4. Obligatoriedad: La afiliación de toda la población nariñense es de carácter obligatorio.
5. Calidad: Es la provisión de servicios individuales y colectivos de salud de manera integral, segura y oportuna.
6. Eficiencia: Es la relación óptima que existe entre los recursos disponibles y los resultados alcanzados a favor de la salud y calidad de vida de la población.

7. Intersectorialidad: Considerada como la interrelación y articulación de los distintos actores intra y extra sectoriales con el fin de lograr resultados en salud de manera, eficaz, eficiente y sostenible, dirigidos a alcanzar las metas comunes en salud.
8. Transparencia: Las condiciones de prestación de servicios, la relación entre los distintos actores del sistema General de seguridad Social en Salud y la definición de políticas en materia de salud, deben ser públicas, claras y visibles, garantizando la rendición pública de cuentas de manera periódica.
9. Corresponsabilidad: todo individuo debe propender por su auto cuidado, el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, además debe velar por el uso racional y adecuado de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

VI. DIMENSIONES PRIORITARIAS

La construcción del Plan Departamental de Salud “SALUD PARA UN BUEN VIVIR” propone un nuevo modelo de salud, en el que se considere a ésta como un derecho fundamental donde prime el bienestar y se impacte positivamente, y de la manera más amplia, posible en la comunidad. Para considerar las dimensiones en salud se tuvo en cuenta la activa participación del gobierno departamental, de la sociedad nariñense, de la institucionalidad pública y privada, de las organizaciones y gremios asociados a la salud.

Las dimensiones prioritarias son:

1. La Infancia “ LO PRIMERO”
2. Salud ambiental y entornos saludables “PARA IMPACTAR SOBRE DETERMINANTES”
3. Salud mental y convivencia, “PARA PROMOVER LA PAZ”
4. Seguridad alimentaria y nutricional, “PARA AVANZAR HACIA LA EQUIDAD “
5. Salud sexual y reproductiva, “PARA CONOCER Y EJERCER LOS DERECHOS”
6. Vida saludable sin condiciones crónicas, “PARA VIVIR Y ENVEJECER MEJOR”

VII. ORIENTACIONES ESTRATEGICAS

Para lograr alcanzar las metas que el Plan propone a continuación se plantean las siguientes estrategias operativas cuyo propósito es el de equiparar las oportunidades entre los distintos grupos poblacionales empoderando al individuo, la familia y la comunidad.

1. Modelo de Gestión Subregional: Es un proceso de gestión en Salud Pública a nivel subregional y local generando dinámicas de organización, participación social, intersectorialidad, e integrando el componente de prestación de servicios en el marco de la normatividad vigente.
2. Atención Primaria en Salud: Es una estrategia de atención integral integrada de los servicios de salud, de los sectores y de la comunidad con el fin de garantizar mayor nivel de bienestar a través de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación en todos los niveles de complejidad.
3. Participación y control social: Es la intervención activa y motivada de la comunidad en la organización, control, gestión y evaluación de las instituciones y del Sistema General de Seguridad Social en Salud generando Movilización social.
4. Las Acciones Intersectoriales: Acción conjunta y coordinada de los diferentes sectores y organizaciones que de manera directa o indirecta, en forma integrada o continua, afectan los determinantes y el estado de salud de la población, con la articulación de redes sociales para la promoción de la salud y actuar sobre los determinantes sociales priorizados en el departamento como son Educación, saneamiento básico con entornos saludables y calidad del agua.
5. Redes integradas de servicios: Son una red de instituciones de Prestadoras de servicios de salud que se organizan territorialmente para prestar servicios de salud equitativos, con calidad, seguridad, suficiencia e integralidad a una población definida reduciendo complicaciones, optimizar los recursos y lograr resultados clínicos eficaces y costo – efectivo.

VIII. SITUACION DE SALUD

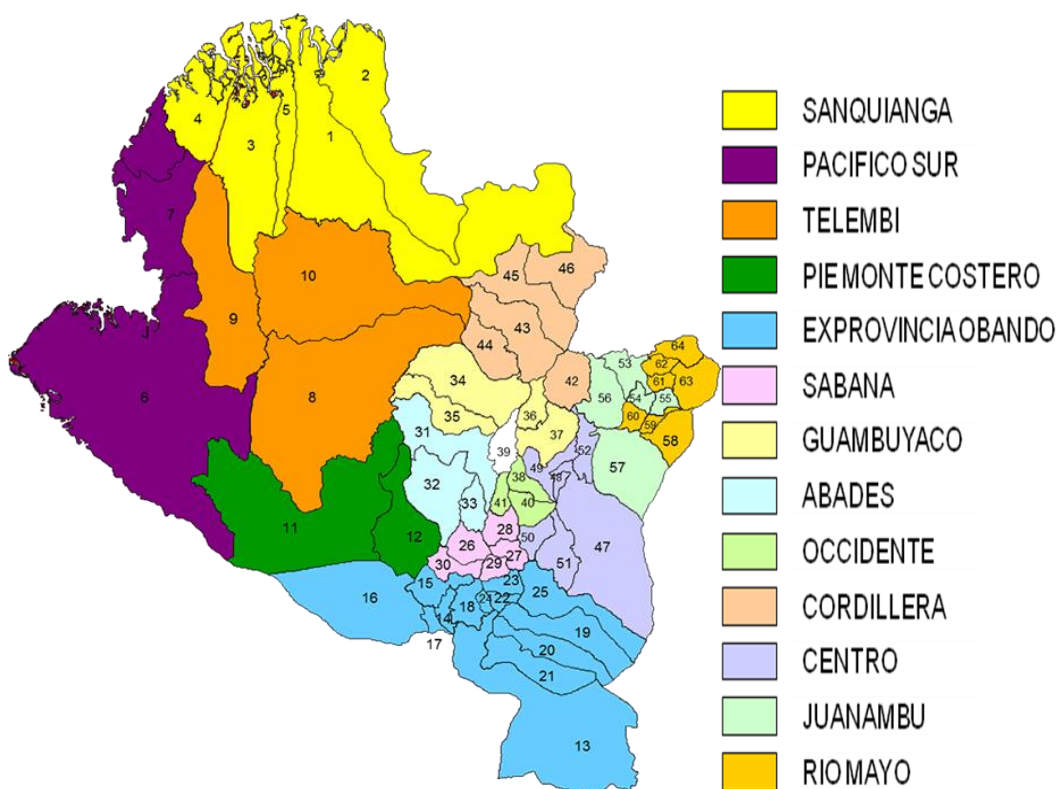
El Plan de Desarrollo Departamental 2012 – 2015 resalta de manera considerable que el departamento de Nariño posee una amplia diversidad territorial, étnica y política por ende se hace necesario la construcción de un Plan de Salud Territorial con enfoque subregional, en donde se visualice la situación actual por cada una de las subregiones, en donde además se planteen metas de resultado y de producto que logren impactar las diferencias de cada región, de tal manera que se prolongue la calidad de vida, se promuevan condiciones y estilos de vida saludables, se prevenga y supere los riesgos para la salud y se recupere o minimice el daño.

En consideración con lo anterior el departamento se divide en 13 subregiones de la siguiente manera:

1. Sanquianga conformada por los municipios de: El Charco, Santa Bárbara, Olaya Herrera, Mosquera y La Tola.
2. Pacífico Sur: Tumaco, Francisco Pizarro.
3. Telembi: Barbacoas, Magui Payan y Roberto Payan.
4. Pie de monte costero: Ricaurte y Mallama.
5. Exprovincia de Obando: Ipiales, Aldana, Guachucal, Cumbal, Cuaspud, Pupiales, Pueres, Córdoba, Potosí, Contadero, Iles, Funes y Gualmatán.

6. Sabana: tuquerres, Imues, Guaitarilla, Ospina y sapuyes.
7. Abades: Samaniego, Santacruz de Guachavez y Providencia.
8. Guambuyaco: Los Andes, La Llanada, el Tambo y el Peñol.
9. Occidente: Sandona, Linares, Consaca y Ancuya.
10. Cordillera: Taminago, Policarpa, Cumbitara , Leiva y el Rosario.
11. Centro: Pasto, Nariño, La Florida, Yacuanquer, Tangua y Chachagui.
12. Juanambu: La Unión, San Pedro de Cartago, San Lorenzo, Arboleda y Buesaco.
13. Rio Mayo: Tablón de Gómez, Alban, San Bernardo, Belén, Colon-Génova, La Cruz y San Pablo.

GRAFICO 1. División subregional del Departamento de Nariño



A continuación se presenta una síntesis de la situación de salud, primero a nivel general en el Departamento para cada eje programático o subprograma, y luego en cada una de las subregiones. En estas últimas, se incluye los aspectos sociodemográficos como determinantes sociales y se realiza una breve descripción de los componentes prioritarios a desarrollar en cada subregión. Cabe resaltar que el hecho de plantear una priorización de algunas actividades en ciertas subregiones no excluye la responsabilidad institucional y legal de ejecutar la totalidad de las acciones en cada uno de las regiones y municipios.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL

CÓDIGO: F-PDD03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 11-02-10

Página 9 de 31

SINTESIS DE LA SITUACION DEL DEPARTAMENTO

1. Aseguramiento

Con corte al año 2011, el Departamento de Nariño presenta una cobertura del 89,77% en afiliación de la población elegible al régimen subsidiado, siendo la meta el logro de la cobertura universal de esta población de acuerdo con la normatividad vigente. La población indígena está afiliada en un 90.36%, y el 52.06% de la población desplazada se encuentra afiliada al sistema. Un logro importante del departamento ha sido mantener la Base de datos única de afiliados BDUA con una validación del 94.23% lo que garantiza transparencia y veracidad en la información del sistema.

Se realiza acciones de asistencia técnica a las 64 Direcciones locales, de las cuales 42 son de municipios descentralizados y el resto son descentralizados o no descentralizados. Las acciones de vigilancia sobre estas entidades permite fortalecer la operación del Régimen Subsidiado en los municipios para que cumplan con las competencias de vigilancia y control sobre el manejo de los recursos, las acciones de Promoción y Prevención a cargo de las aseguradoras, verificar una contratación de la red de servicios eficiente y que permita acceso, oportunidad y una mejor resolución en los mismos, y garantizará la vigilancia sobre el cumplimiento del derecho a la salud de los nariñenses.

2. Prestación de Servicios

La población pobre y vulnerable cuenta con la contratación de la red pública en los 64 municipios, para la prestación de servicios de baja, mediana y alta complejidad; de esta manera se tiene garantizado el 100% de cubrimiento a esta población así como para los eventos No POS del Régimen Subsidiado, en el departamento, con una oportunidad del 80%, pero se debe gestionar la contratación de toda la red privada departamental y nacional necesaria para cubrir la totalidad de los eventos. En el momento es una gran oportunidad la equiparación de los planes de beneficios POS subsidiado y contributivo en la población menor de 18 años y mayor de 60, lo que brinda equidad, pero se mantienen exclusiones que deben ser cubiertas con recursos por el departamento.

Los servicios de salud que habilitaron los mismos hasta el 2011 han sido visitados en su totalidad y el 60% de los 2200 IPS del departamento tienen algún servicio con verificación.

Para cumplir con los propósitos del plan departamental de desarrollo se hace necesario una reorganización de la red de servicios del departamento de acuerdo a la nueva subregionalización y según el modelo de Atención Primaria en Salud para mejorar la infraestructura hospitalaria del departamento bajo en concepto de apertura al nuevo milenio con dignidad y garantía de los derechos. Por ello se hace necesario aumentar las IPS certificadas en IAMI y acreditadas, evaluar la gestión de las ESE a través de análisis de 2193 y 710, así como el seguimiento a eventos adversos graves e indicadores trazadores, para clasificar el riesgo de las mismas, la sostenibilidad del sistema de prestación de servicios y el aporte a la atención diferencial y preferente de niños, niñas, mujeres, adultos, etnias y población con discapacidad

3. Salud Pública

Nariño en su trabajo a favor de la infancia, durante el último quinquenio muestra un patrón similar en la mortalidad en los niños y niñas menores de cinco años siendo las enfermedades del período perinatal, las malformaciones congénitas, y las infecciones respiratorias agudas los eventos que más generan mortalidad. Sin embargo se ha logrado avances importantes tales como la reducción en la tasa de mortalidad por neumonía que pasó de 109.28 x 100.000 en 2006 a 13.46 en el 2011 o la reducción de la tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años que es de 3,66 x 100.000 en el 2011. Esto gracias a la implementación de estrategias que favorecen la salud de la Infancia como AIEPI, IAMI, la introducción de vacunas contra haemophilus influenza, rotavirus y neumococo en el esquema de menores de 1 año, el mantenimiento de coberturas éticas a través de los Monitoreos rápidos, el incremento de coberturas de afiliación al sistema, la implementación de proyectos en poblaciones con altas vulnerabilidades como los AWA y afros, con apoyo de UNICEF y OPS y el mejoramiento de la calidad de prestación de servicios en salud, se consideran factores determinantes para alcanzar este logro. Sin embargo el reto principal se mantiene en la reducción de la tasa de mortalidad infantil la cual supera a la del país en casi el doble (40,56 x 1.000 nacidos Vivos en Nariño Vs. 20,13 x 1.000 en el país) y para lo cual se requiere fortalecer el trabajo en las estrategias mencionadas con énfasis en las subregiones más afectadas por este problema como son las de la costa pacífica y el piedemonte costero, y generando estrategias que permitan acceso a zonas donde el conflicto armado es una barrera para el trabajo en salud.

La salud materna se refleja en la atención que el estado brinde y garantice a las mujeres y se mide con la razón de mortalidad materna (MM) que durante los años 2006 a 2008, se mantuvo entre 100 y 110 x 100.000, sin embargo en el año 2009, se presentaron 27 casos, lo cual elevó la razón de mortalidad materna a 132,65 x 100.000 nacidos vivos, lo que se podría relacionar con la pandemia de AH1N1, en la cual las gestantes presentaron una gran susceptibilidad a este virus y ocasionó la muerte a 3 gestantes en ese año. En el año 2010, disminuyeron en forma importante los casos de mortalidad materna, registrándose un total de 13 casos, con la consecuente disminución de la razón de mortalidad a 65.3 x 100.000 nacidos vivos. En el 2011 se presentaron 22 casos de muerte materna para una razón de 112.5 x 100.000 nacidos vivos, relacionado a factores como la baja cobertura del control de embarazo y parto institucional, el alto porcentaje de embarazo en adolescentes (3 de los 13 casos de mortalidad materna del año 2010, igual en el 2011). Las principales causas de mortalidad materna en el año 2011 siguieron siendo los trastornos hipertensivos y los hemorrágicos, pero aparecieron además 8 casos por causas indirectas como insuficiencia suprarrenal, linfoma de Burkitt, infección por VIH/SIDA, síndrome de Guillan Barre y cáncer de páncreas.

La implementación de la estrategia de la Vigilancia de Morbilidad Materna Extrema en las instituciones prestadoras de servicios de salud de mediana y alta complejidad ha permitido desarrollar planes de mejoramiento de atención a las gestantes. Esto se puede evidenciar en la ESE Hospital San Andrés de Tumaco, donde se generó un equipo de reacción inmediata de atención a las gestantes, permitiendo oportunidad y eficacia en los servicios de salud. También se debe resaltar la implementación de otras estrategias como la de Instituciones Amigas de la Mujer y de la infancia - IAMI, en ESEs e IPS de



PLAN DE SALUD TERRITORIAL

CÓDIGO: F-PDD03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 11-02-10

Página 11 de 31

baja, mediana y alta complejidad que se certificaron en este cuatrenio. Igualmente el fortalecimiento del Sistema Informático Perinatal, en las IPS de los municipios, permitió identificar y realizar un seguimiento estricto a los riesgos de las gestantes.

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2010, en el Departamento de Nariño sólo el 41.5% de los embarazos y nacimientos ocurridos en los últimos cinco años han sido deseados, un 31% lo quería más tarde y un 27.5% francamente no fue deseado. Este fenómeno se remarca en el caso del embarazo en adolescentes que asciende a un 21,8% de embarazos presentados por debajo de los 20 años en el 2011.

La Encuesta de Demografía y Salud (ENDS) 2.005 establecía que la tasa de fecundidad global en el Departamento de Nariño era de 2.67 (hijos x mujer) la cual no ha presentado mayores variaciones en el último quinquenio lo cual sigue planteando el reto de insistir en el tema de la Planificación Familiar, principalmente entre las edades extremas de la fertilidad: menores de 20 años y mayores de 35 años. Así mismo, se requiere fortalecer la estrategia de Servicios Amigables para Jóvenes que ya funciona en el 80% de los municipios de Nariño en el año 2011.

También existe una disminución de la tasa de la mortalidad de mujeres por cáncer de cuello uterino llegando a 9,86 x 100.000 mujeres de 10 a 54 años en el 2011, esto como respuesta de la promoción de la citología vaginal en cobertura y calidad de la toma y lectura debido al fortalecimiento de las acciones de inspección, vigilancia y control en el programa, fortaleciendo la adherencia a guías de atención en el manejo de lesiones pre-neoplásicas del cuello uterino. Sin embargo, el reto está en alcanzar, al menos la referencia nacional que se encuentra en 8,5 x 100.000.

La Estrategia para la Reducción de la Transmisión Perinatal del VIH implementada en el Departamento ha incrementado la cobertura al 99% en el año 2.010, del tamizaje para VIH en gestantes captadas en control prenatal. Con las intervenciones establecidas en los protocolos de la Estrategia, el porcentaje de recién nacidos con infección perinatal del VIH en el Departamento de Nariño fue de 3.2% en el periodo 2006 a 2.010, representado por infección por VIH en dos (2) recién nacidos, de 61 gestantes diagnosticadas con VIH en el periodo, considerando que sin ninguna intervención, el riesgo de transmisión hubiese sido del 40%. A nivel nacional la tasa de transmisión materno infantil del VIH es de 5.9%. La cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con diagnóstico de VIH/SIDA, con criterios de inicio de tratamiento es del 89% y la prevalencia para VIH de 0.1%, cumpliéndose la meta propuesta en el Plan Territorial de Salud 2.008 – 2.011.

Mediante Ordenanza No 024 del 2007 el departamento de Nariño formulo la Política Publica de Salud Mental y logro en el 2011 que el 100% de los municipios implementara el modelo de atención primaria salud menta de base comunitaria, que formo alrededor de 4000 agentes de salud mental como primer respondiente y de apoyo a las comunidad para mejorar habilidades sociales e identificar problemas mentales y psicosociales, además logro habilitar y financiar los servicios de psicología en baja complejidad en los 64 municipios, esto permitirá implementar de mejor manera la garantía al derecho de la salud mental con la unificación de los planes de beneficios y la inclusión de la salud mental en los mismos.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL

CÓDIGO: F-PDD03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 11-02-10

Página 12 de 31

Los programas contra las enfermedades transmisibles como la tuberculosis y la lepra son exitosos y tienen un reconocimiento nacional e internacional por haber logrado el aumento de la captación de sintomático respiratorio mayor al 85%, el tratamiento bajo la estrategia DOTS y la investigación de la coinfección con el VIH, así como la intervención en poblaciones indígenas y la participación de la comunidad como eje fundamental en la prevención de estas enfermedades.

Otro logro es la dramática reducción de los casos de malaria que en el 2011 solo se presentaron 3.612 casos, siendo una de las menores cifras en los últimos 20 años, esto gracias a la acción intersectorial implementada desde el 2006 con la introducción de intervenciones educativas coordinadas con el sector educativo, la investigación y el tratamiento con nuevos medicamentos como el coarten y el manteniendo del control físico. El IPA (Índice de parasitemia anual calculado únicamente en los municipios a riesgo de la costa pacífica) muestra como se ha disminuido el riesgo de enfermar por malaria en el departamento pasando de 10.78 por mil habitantes en el 2010 a 4,5 en el 2011. La mortalidad por malaria (considerada como una responsabilidad directa del sector salud) ha venido disminuyendo sustancialmente en el departamento, es así como durante 2009 se presentó 1 solo caso, en el 2010 no se registraron muertes por este evento y en el 2011 falleció una persona de 19 años por plasmodium vivax debido a un brote que se presentó en una localidad en área urbana de Tumaco.

Al realizar un análisis de los indicadores de mortalidad por eventos asociados a Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) , se observa una disminución de sus tasas de Infarto agudo del miocardio pasando de 34,5 en el año 2007 a una tasa de 30,4 casos por 100.000 hb en el año 2010; Insuficiencia Cardíaca Congestiva con una tasa de 8.9 en el año 2007 a 6.7 casos por 100.000 hb en el año 2010; Accidente Cerebro Vascular con una tasa de 26.5 en el año 2007 a 15.6 casos por 100.000 hb en el año 2010, Insuficiencia Renal Crónica con una tasa de 3,8 casos por 100.000 hb en el año 2009 a 2,6 casos por 100.000 hb en el 2010, Diabetes Méllitus 10.4 casos por 100.000 hb en el año 2007 a 6.3 casos por 100.000 hb en el año 2010 (fuente VSP 2011). Pero siguen siendo las enfermedades crónicas las de mayor prevalencia por ello se ha creado un modelo de atención para las enfermedades crónicas que pretende disminuir estos indicadores a través de acciones intersectoriales que privilegian los estilos de vida saludable como son la actividad física, la dieta saludable y el desestímulo al uso del tabaco sobre todo en poblaciones jóvenes, pero sin olvidar la importancia que tiene la adherencia a guías basadas en evidencia para el tratamiento de patologías como HTA, diabetes, dislipidemias y obesidad para la consecución de metas y disminuir las complicaciones que causan discapacidad y muerte prematura.

En cuanto a los indicadores de desnutrición, todos superan los promedios nacionales. La Desnutrición Crónica , es del 16%, cuando el promedio nacional es de 12%, mayor en los municipios cercanos a la cordillera. Este tipo de desnutrición se caracteriza principalmente por la falta de consumo de alimentos fuentes de PROTEINA ya sean de origen animal o vegetal las cuales intervienen en el crecimiento, por lo tanto afecta la estatura o TALLA y la edad crece en el tiempo. Los hábitos alimentarios que se encuentran en estos municipios tienen como base los carbohidratos, (papa, agua de panela sin leche), igualmente puede afectar el factor económico a la canasta básica familiar. La Desnutrición AGUDA, es de 5%, el indicador nacional es de 1, 3%, se encuentra más frecuente en los municipios de la Costa Pacífica, superando ampliamente el promedio



PLAN DE SALUD TERRITORIAL

CÓDIGO: F-PDD03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 11-02-10

Página 13 de 31

nacional, las patologías que afectan el estado nutricional y someten a alto riesgo de mortalidad asociada a la Desnutrición son Enfermedad Diarreica Aguda, Infección respiratoria Aguda, Paludismo y Enfermedades infectocontagiosas. En este tipo de desnutrición hay ausencia de consumo de alimentos por factores socioeconómicos y las patologías asociadas ocasionan una baja considerable de peso por deshidratación, fiebre que advierten alto riesgo de muerte. La desnutrición global es de 10%, el indicador nacional de 7%.

En saneamiento ambiental la vigilancia a la calidad del agua, en el año 2011 se incremento en el 99.6% de los sistemas de acueductos. La cobertura de acueducto urbano es del 94% y la cobertura de acueducto rural del 74%. La cobertura de calidad de agua para el departamento fue del 65% en la zona urbana y del 2,6% en el área rural, el 51% de sistemas de acueducto tiene implementado algún sistema de tratamiento, esto es el reflejo del plan de aguas implementado en el departamento, lo que garantiza que se pueda aumentar la cobertura y la calidad de agua segura para los ciudadanos en los diferentes municipios.

La vigilancia a las zoonosis nos permite confirmar que se mantiene en cero la incidencia de casos de Encefalitis Equina Venezolana en humanos en el departamento de Nariño. Se redujo el número de exposiciones rabicas de 1.011 en el año 2009, 983 en el 2010 y 428 exposiciones presentadas a septiembre de 2011.

La vigilancia de la salud pública se desarrolla a través del seguimiento sistemático y continuo de los eventos de interés de salud pública que permite identificar tendencias y prever la presencia de brotes o epidemias que se pueden prevenir o detener con adecuados mecanismos de seguimiento, notificación, diagnóstico y tratamiento. El departamento cuenta con UPGDs en los 64 municipios que notifican alrededor de 80 eventos y que con el apoyo de SIVIGILA y el laboratorio de salud pública considerado entre los 5 mejores del país se garantiza la salud colectiva de los nariñenses.

4. Riesgos Profesionales

A través de las acciones en el eje de riesgos profesionales, se logró **mitigar** los riesgos laborales de los trabajadores formales e informales del Departamento mediante la gestión, prevención, vigilancia, control del riesgo, gestión y articulación intersectorial.

5. Promoción Social

Mediante las acciones de Promoción social se logró la atención en salud de poblaciones especiales del Departamento, al fortalecer los programas de salud y restitución de derechos de los indígenas, afro descendientes, desplazados y personas con discapacidad, tratando de lograr el goce efectivo de derechos a esta población, a través de la asistencia técnica, vigilancia, y el incremento de la cobertura de afiliación para estas poblaciones. Se logró fortalecer la participación comunitaria en Salud y el Control Social del Sector al promover la participación comunitaria en la formulación y control Social en los Planes Territoriales de Salud, de los diferentes municipios y actores del sistema de seguridad social en salud.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL

CÓDIGO: F-PDD03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 11-02-10

Página 14 de 31

6. Gestión del Riesgo

A través del Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres, CRUE, el IDSN coordina y regula en el territorio de su jurisdicción, el acceso a los servicios de urgencias y la atención en salud de la población afectada en situaciones de emergencia o desastre, sin perjuicio de las funciones que sobre estos asuntos están asignadas a las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Administradoras de Riesgos Profesionales, las entidades que administran regímenes de salud especiales y de excepción y, a los Prestadores de Servicios de Salud.

Con el ánimo de mejorar la oportunidad y optimizar la disponibilidad de servicios, estructura como coordinador desde el nivel departamental el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE, que funciona las 24 horas, con la permanencia de médico regulador (desde el año 2005 1 médico por turno, total 4) y radiooperador (1 por turno, total 4), quienes a través de medios de comunicación por radio y telefónicos, coordinan las referencias de urgencias y emergencias desde los primeros niveles a los superiores, utilizando las redes de servicios de baja, mediana y alta complejidad, conservando los criterios médicos de prioridad en la clasificación de la atención. Todo el funcionamiento del CRUE está bajo la responsabilidad del Instituto Departamental de Salud de Nariño, el cual asume los costos de personal, adquisición y mantenimiento de equipos y todos los servicios que se derivan del funcionamiento de esta área, así como también el pago de los costos que genera el uso del espectro de radiocomunicaciones.

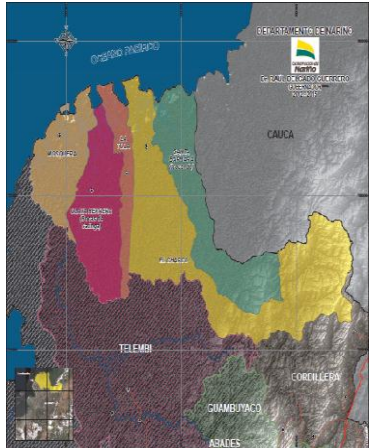
En los reportes que se reciben en el CRUE tres veces al día por parte de las IPS, encontramos que el porcentaje ocupacional de los servicios de UCI adultos, pediátricos y neonatos, urgencias y ginecología corresponde al 98% y hasta el 100%.

Para eventos de contingencia y emergencia, el CRUE activa alertas zonales y/o departamentales dependiendo del evento y la afectación generada; coordina las redes de apoyo de acuerdo con las subregiones establecidas en lo correspondiente a red de transporte y recurso humano. Desde el IDSN se coordina la referencia y el apoyo necesario de acuerdo con el evento y, previa evaluación de la afectación, se realiza la reposición de botiquines a los lugares que lo requieran.


En la Implementación del sistema de referencia y contrarreferencia se han encontrado grandes dificultades en el cumplimiento de las competencias por parte de los actores, siendo más relevante en la aplicación del sistema de contrarreferencia desde los niveles de mediana hacia los de baja complejidad que afecta la utilización oportuna de los servicios y recursos, así como la continuidad de los tratamientos de patologías crónicas, contribuyendo a generar incremento en el reingreso hospitalario por las complicaciones desencadenadas.

A continuación se presenta la situación de salud en cada una de las subregiones del departamento.

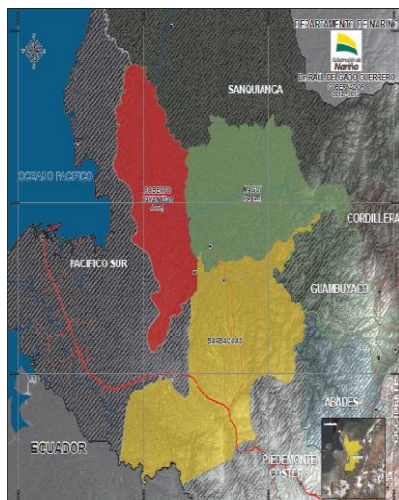
1. SUBREGIÓN DEL SANQUIANGA

 <p>ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS</p> <p>MUNICIPIOS: El Charco, La Tola, Mosquera, Olaya Herrera y Santa Bárbara.</p> <p>EXTENSIÓN: 5.844 Km².</p> <p>POBLACION: 101.713 habitantes; 67,3% rural y 32,7% urbana; 52% hombres y 48% mujeres. 1.778 indígenas y 67.165 afrocolombianos.</p> <p>ACTIVIDADES ECONÓMICAS: sector agropecuario (cultivo de plátano, coco, cacao, caña de azúcar y frutas tropicales; ganado bovino y especies menores); pesca artesanal y minería.</p> <p>EDUCACION: cobertura neta en el nivel preescolar de 24%, en primaria 76%, en secundaria 20% y en media 5%. El porcentaje de analfabetismo es de 14.34%.</p> <p>SERVICIOS PÚBLICOS: la cobertura de acueducto en el sector rural es de 4.9% y en el urbano de 55% y de alcantarillado en el sector rural es de 0.4% y en el urbano de 8%.</p> <p>NBI: 81% ICV: 46%</p>	<p>PROPÓSITO</p> <p>“La Subregión de Sanquianga será un territorio con una red de servicio actualizada y fortalecida con base en una infraestructura renovada y un modelo de atención integral con enfoque hacia la población dispersa, que reconoce la diversidad étnica y cultural, priorizando la salud materna e infantil y las acciones de prevención ante enfermedades transmitidas por vectores”.</p> <p>SITUACION DE SALUD</p> <p>La cobertura de aseguramiento en Régimen Subsidiado de Salud es de 76%, la más baja del departamento debido a la alta dispersión geográfica y a la alta migración de sus habitantes. La razón de mortalidad materna por cien mil nacidos vivos es de 85.52, la tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos para el año 2011 es de 65 mientras que la del Departamento es de 40.56, y el porcentaje de embarazos en adolescentes es de 28%, todas estas situaciones relacionadas con una baja cobertura en educación y las barreras geográficas para el acceso a los servicios de salud. Además la Desnutrición Global en menores de 5 años alcanza el 11%.</p> <p>Se espera lograr un 100% de cobertura en aseguramiento al SGSSS de población elegible, y priorizar las intervenciones sobre la salud infantil y la salud sexual y reproductiva de la región, sin dejar de realizar las acciones de control de vectores para contener la incidencia y la mortalidad por Malaria. El modelo de atención implementado para estas intervenciones estará apoyado en una red de prestadores de servicios renovada mediante los recursos del Fondo de Adaptación al Cambio Climático, buscará también fortalecer el Hospital de El Charco como nodo de referencia para la subregión y un modelo de atención a poblaciones dispersas que garantice acceso a servicios y promueva la equidad subregional.</p>
---	--

2. SUBREGIÓN DEL PACIFICO SUR

	<p style="text-align: center;">PROPOSITO</p> <p>“La subregión Pacífico Sur será un territorio con una red de servicio actualizada y fortalecida con el nuevo Hospital San Andrés, dotado con los insumos y personal necesario para la atención y como centro de referenciade mediana y alta complejidad para todos los municipios de la costa. Habrá un énfasis en las atención y la promoción de la salud materna e infantil y las acciones sobre las Infecciones de Transmisión Sexual, principalmente el VIH /SIDA, promoviendo el modelo de atención de APS con apoyo de la organización Panamericana de la Salud”</p>
<p style="text-align: center;">ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS</p> <p>MUNICIPIO: Tumaco – Francisco Pizarro EXTENSION: 4.734 Km2 POBLACION: 196.316 habitantes; 54.4% urbano y 45.6 rural; 50% hombres, 50% mujeres, 7.461 indígenas y 139.496 afrocolombianos. ACTIVIDAD ECONOMICA: sector agropecuario y pesquero, (plátano, palma africana, coco, cacao, banano, arroz, maíz y frutas tropicales), cría de camarones, los enlatados y la extracción de palma africana, minería, ganado bovino. EDUCACION: cobertura neta en el nivel preescolar de 22%, en primaria 50%, en secundaria 16% y en media 5%. El porcentaje de analfabetismo es de 20.69%. SERVICIOS DE SALUD: La cobertura de acueducto en el sector rural es de 7% y en el urbano de 60% y de alcantarillado en el sector rural es de 16% y en el urbano de 14%. NBI es de 50% ICV es de 58%</p>	<p style="text-align: center;">SITUACION DE SALUD</p> <p>La cobertura de aseguramiento en Régimen Subsidiado de Salud es de 80%; la razón de mortalidad materna por cien mil nacidos vivos es de 114.42, y el porcentaje de embarazos en adolescentes es de 27%. La sífilis congénita tiene tasa de 15.42 por cada 1.000 nacidos vivos, la prevalencia de VIH/SIDA en la población de 15 a 49 años con una tasa de 0.184. Estas situaciones relacionadas con la baja cobertura en educación, las barreras geográficas de acceso a los servicios de salud, y las condiciones socioculturales de la región que determinan un alto riesgo para todos los eventos relacionados con la salud sexual y reproductiva sobre todo de los y las adolescentes. La tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos para el año 2011 es de 54%, siendo superior a la del Departamento, y la Desnutrición global en menores de 5 años alcanza el 11%, existen barreras para acceso a servicios y el bajo nivel de ingresos en las familias y las condiciones del entorno social en la subregión aumenta la vulnerabilidad de la Infancia.</p> <p>Se espera lograr un 100% de cobertura en aseguramiento al SGSSS de población elegible, y priorizar las intervenciones sobre la salud infantil y la salud sexual y reproductiva de la región, sin dejar de realizar las acciones de control de vectores para contener la incidencia y la mortalidad por Malaria. El modelo de atención implementado para estas intervenciones estará apoyado por un modelo de atención de base comunitaria APS y salud familiar y una red de prestadores de servicios renovada mediante los recursos del Fondo de Adaptación al Cambio Climático, que fortalecerá la baja complejidad y permitirá que el nuevo Hospital San Andrés de Tumaco sea nodo de referencia para lassubregiones de la costa. La estrategia de “Entornos Saludables” se promoverá como puntal para mejorar las condiciones de saneamiento básico en comunidades rurales dispersas. Se mantendrá el trabajo de Control de Vectores en zonas urbanas y rurales.</p>

3. SUBREGIÓN DELTELEMBI



ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS

MUNICIPIOS: Barbacoas, Roberto Payan y Magüi Payan

EXTENSION: 6.206 Km²

POBLACION 74.581 habitantes 19.497, 26.1% urbano, 73.9% rural; 52% hombres, 48% mujeres. Etnográficamente está compuesto por 5.200 indígenas y 48.156 afrocolombianos.

ACTIVIDAD ECONOMICA: minería y en el sector agropecuario, (arroz, cacao, plátano y frutales). También cabe resaltar la explotación de ganado bovino y especies menores.

EDUCACION: cobertura neta en el nivel preescolar de 35%, en primaria 84%, en secundaria 25% y en media 6%. El porcentaje de analfabetismo es de 25.92%.

SERVICIOS PUBLICOS: acueducto en el sector rural es de 10% y en el urbano de 85% y de alcantarillado en el sector rural es de 3% y en el urbano de 32%.

NBI: 76%

ICV: 49%.

PROPOSITO

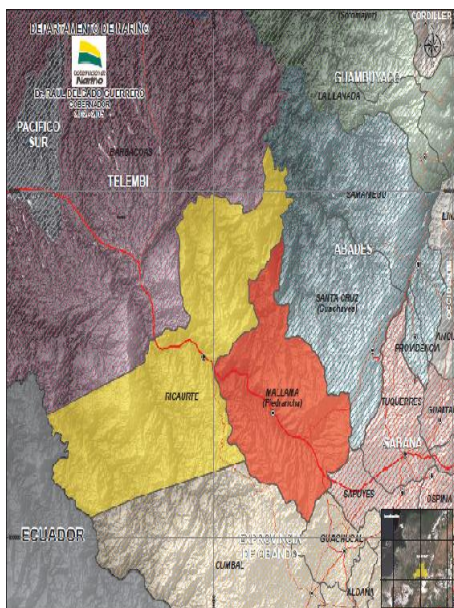
“La subregión del Telembí será un territorio con una red de servicios fortalecida con una infraestructura renovada y un modelo de atención integral con enfoque hacia la población dispersa, reconociendo la diversidad étnica y cultural, priorizando la salud materna e infantil y las acciones de prevención ante infecciones de transmisión sexual y las ETV”

SITUACION DE SALUD

La cobertura de aseguramiento en Régimen Subsidiado de salud es de 76%, la más baja del departamento. La razón de mortalidad materna por cien mil nacidos vivos es de 395.89, la tasa de sífilis congénita es de 2,96 casos por 1.000 nacidos vivos y el porcentaje de embarazos en adolescentes es del 28%, la tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos para el año 2011 fue de 64%, superando a la del departamento, y la desnutrición global en menores de 5 años alcanza el porcentaje más alto del departamento: 17%. Todas estas situaciones se relacionan con la dispersión geográfica de su población, las deficientes condiciones de saneamiento básico y las brechas culturales y de educación que determinan un mayor riesgo para la salud, principalmente de la primera infancia y el binomio madre hijo.

Se espera el aseguramiento universal de la población elegible al régimen subsidiado. Las principales metas serán la reducción de la mortalidad materna, la mortalidad infantil y la incidencia de las infecciones de transmisión sexual, así como la reducción de la Desnutrición Global, todo ello con un enfoque diferencial con énfasis en los diferenciales étnicos (indígenas, AWA y afros) y culturales propios de la subregión. Se fortalecerá la red de prestadores de servicios con base en los proyectos ligados al Fondo de Adaptación del Cambio Climático, con el nodo de referencia del Hospital San Antonio de Barbacoas y el fortalecimiento del modelo de atención complementario a la baja complejidad de los municipios de Magüi y Roberto Payan. Se mantendrá el trabajo de Control de Vectores en zonas urbanas y rurales.

4. SUBREGIÓN DEL PIE DE MONTE COSTERO



ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS

MUNICIPIOS: Ricaurte y Mallama.

EXTENSION: 2953 Km².

Su población es de 25.428 habitantes, 14,3% urbano, 85,7% rural; 52% hombres 48% mujeres. Etnográficamente está compuesto por 17.668 indígenas y 171 afro colombianos.

ACTIVIDAD ECONOMICA: sector agropecuario (maíz, plátano, caña panelera y otros secundarios como la yuca, café, frijol, papa en las partes más altas y frutas) ganado bovino y especies menores, actividad artesanal y minera.

EDUCACION: cobertura neta en el nivel preescolar de 42%, en primaria 74%, en secundaria 36% y en media 18%. El porcentaje de analfabetismo es de 22.13%.

SERVICIOS PUBLICOS: acueducto en el sector rural es de 36% y en el urbano de 96% y de alcantarillado en el sector rural es de 8% y en el urbano de 79%.

NBI: 59%

ICV:53%.

PROPÓSITO

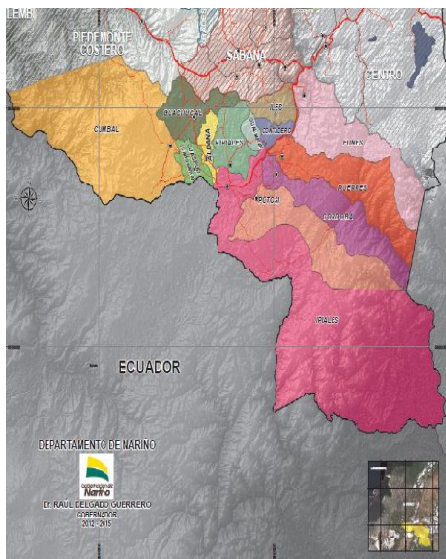
En el año 2015 el Pie de Monte Costero contará con un modelo de atención integral en salud con enfoque hacia la población dispersa y que reconoce la diversidad étnica y cultural, priorizando la salud materna e infantil y la gestión del riesgo por eventos naturales y antrópicos”

SITUACIÓN DE SALUD

La cobertura de aseguramiento en Régimen Subsidiado de Salud es de 93%; no se presentaron casos de mortalidad materna en el 2011 pero hay registro histórico de al menos 1 caso en cada uno, los últimos 3 años; la tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos para el año 2011 es de 71 mientras que la del departamento es de 40.5 y el porcentaje de embarazos en adolescentes es de 24%. Las condiciones de dispersión geográfica de la población y las diferenciales étnicas son los principales determinantes de las condiciones de salud en esta subregión.

Se espera el aseguramiento universal de la población elegible al régimen subsidiado. Las principales metas serán la reducción de la mortalidad infantil y de la Desnutrición Global en menores de edad, todo ello con un enfoque diferencial con énfasis en los diferenciales étnicos y culturales así como de los determinantes como la educación, la nutrición y los entornos saludables, a través de la coordinación intersectorial y el fortalecimiento de la UNIPA. Se hará énfasis en la gestión del riesgo frente a emergencias y desastres de origen natural y antrópico que afectan recurrentemente la subregión y se garantizarán las acciones para cumplir los autos de protección a víctimas y población Awa.

5. SUBREGIÓN DE LA EXPROVINCIA DE OBANDO



ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS

MUNICIPIOS: Ipiales, Aldana, Guachucal, Cumbal, Cuaspud, Pupiales, Puerres, Cordoba, Potosí, El Contadero, Iles, Gualmatán y Funes.

EXTENSION: 4.894 Km²

POBLACION: 273.776 habitantes, 45,5% urbano, 54,5% rural. 50% hombres, 50% mujeres. Etnográficamente está compuesto por 92.059 indígenas y 268 afrocolombianos.

ACTIVIDAD ECONOMICA: sector agropecuario (papa, maíz, trigo, cebada, frijol, alverja) ganado bovino, porcino, caballo y especies menores, actividad comercial y artesanal.

EDUCACION: cobertura neta en el nivel preescolar de 58%, en primaria 91%, en secundaria 70% y en media 43%. El porcentaje de analfabetismo es de 8.97%.

SERVICIOS PUBLICOS: cobertura de acueducto en el sector rural es de 65% y en el urbano de 97% y de alcantarillado en el sector rural es de 26% y en el urbano de 96%.

NBI: 40%
ICV: 67%.

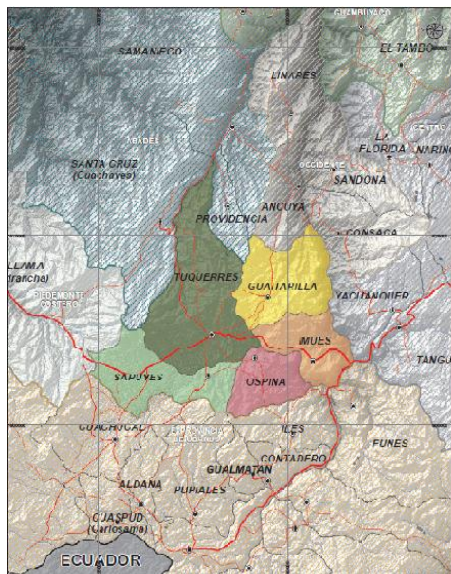
PROPÓSITO

“La Exprovincia de Obando es un territorio que cuenta con una red de servicios integrada y operando en torno al mejoramiento de la calidad de los servicios y una respuesta idónea ante las emergencias y desastres, reconociendo la diversidad étnica y cultural de sus poblaciones, quienes promueve una maternidad segura, los estilos de vida saludables para prevenir las enfermedades crónicas, aprovechando la situación fronteriza y las acciones binacionales , asegurando la frontera sur ante los riesgos, con la implementación del Reglamento Sanitario Internacional ”

La cobertura de aseguramiento en Régimen Subsidiado de Salud es de 96%. La razón de mortalidad materna por cien mil nacidos vivos es de 108.87 que supera la tasa departamental y nacional, el porcentaje de embarazos en adolescentes es de 22% y la prevalencia de VIH-SIDA es elevada (0,083 por cada 100 habitantes) a expensas principalmente de los casos registrados en Ipiales. La tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos para el año 2011 fue de 37%. En la región existe una alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y de los factores de riesgo que las determinan, y se relacionan con la diversidad étnica cultural y los estilos de vida tales como los hábitos alimenticios y la actividad física regular los cuales empeoran esta problemática.

Se espera el aseguramiento universal de la población elegible al régimen subsidiado. Las principales metas serán la reducción de la mortalidad materna y de la fecundidad global, así como en la promoción de los estilos de vida saludables mediante la implementación del modelo de atención para prevención de enfermedades crónicas y la articulación de acciones con EPS para el seguimiento estricto a las metas de pacientes con hipertensión, diabetes y obesidad y que además tenga en cuenta los diferenciales étnicos y culturales propios de la subregión y reconociendo su condición fronteriza. Se hará énfasis en la gestión del riesgo frente a emergencias y desastres y se promoverá la garantía de la calidad de los servicios de salud liderado desde el Hospital Civil de Ipiales Entidad Acreditada que apoyara a mejorar la capacidad resolutoria de las IPS de baja complejidad

6. SUBREGIÓN DE LA SABANA



ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS

MUNICIPIOS: Tuguerres, Imués, Guaitarilla, Ospina y Sapuyes

EXTENSION: 643 Km².

POBLACION: 75.692 habitantes , 34% urbano y 66%. El 50% son hombres y el 50% mujeres. Etnográficamente está compuesto por 15.358 indígenas y 3.404 afrocolombianos.

ACTIVIDAD ECONOMICA: agropecuario (papa, trigo, cebada, maíz, arveja, hortalizas y pastos mejorados) ganado bovino, porcino, caballar, actividad comercial y artesanal.

EDUCACION: cobertura neta en el nivel preescolar de 51%, en primaria 87%, en secundaria 65% y en media 37%. El porcentaje de analfabetismo es de 6.27%.

SERVICIOS PUBLICOS: la cobertura de acueducto en el sector rural es de 78% y en el urbano de 99% y de alcantarillado en el sector rural es de 10% y en el urbano de 92%.

NBI: 46%

ICV: 65%.

PROPÓSITO

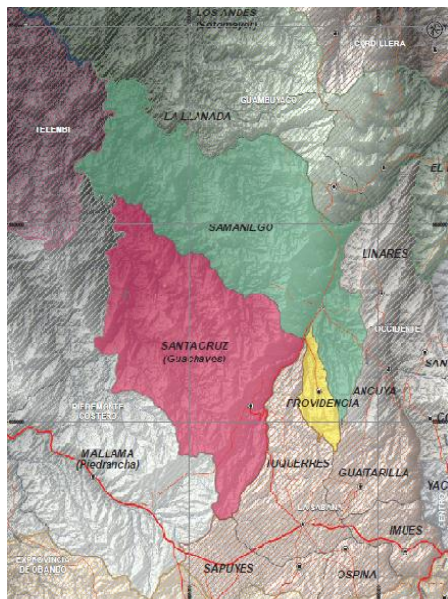
“La Subregión de la Sabana es un territorio que cuenta con una red de servicios integrada y operando en torno al mejoramiento de la calidad de los servicios, reconociendo la diversidad étnica y cultural de sus poblaciones entre quienes promueve estilos de vida saludables y potencia las acciones positivas sobre la salud materno infantil”

SITUACIÓN DE SALUD

La cobertura de aseguramiento en Régimen Subsidiado de Salud es de 95%; la razón de mortalidad materna por cien mil nacidos vivos es de 256.71 y el porcentaje de embarazos en adolescentes de 24%. La tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos para el año 2011 es de 35, hay un 10% de niños con bajo peso al nacer y un 13,2% de Desnutrición Global en menores de 5 años. Las principales determinantes de estas condiciones son los aspectos socioculturales y los relacionados con la prestación de los servicios de salud. Las enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo tienen altas prevalencias en los municipios de la subregión, en relación con estilos de vida inadecuados que empeoran estos eventos.

Se espera el aseguramiento universal de la población elegible al régimen subsidiado. Las principales metas serán la reducción de la mortalidad materno infantil en su conjunto a través de un modelo de atención que promueva de la salud de las mujeres en edad fértil, así como en la promoción de los estilos de vida saludables mediante la implementación del modelo de atención para prevención de enfermedades crónicas y la articulación de acciones con EPS para el seguimiento estricto a las metas de pacientes con hipertensión, diabetes y obesidad y que además tenga en cuenta los diferenciales étnicos y culturales propios de la subregión. Se propondrá un proceso de Inspección, Vigilancia y Control a la calidad de los servicios de salud disponibles en la subregión.

7. SUBREGIÓN DE LOS ABADES



ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS

MUNICIPIOS: Samaniego, Santacruz y Providencia.

EXTENSION: 1.362 Km²

POBLACION: 87.436 habitantes, 33,6 urbano, 66,4l. El 51% hombres, 49% mujeres. Etnográficamente está compuesto por 10.119 indígenas y 2,313 afrocolombianos.

ACTIVIDAD ECONOMICAr agropecuario (cultivo de caña de azúcar, café, maíz, frijol, cebolla cabezona, plátano, cítricos y frutales) explotación de ganado bovino. Actividad minera y artesanal.

EDUCACION: cobertura neta en el nivel preescolar de 18%, en primaria 36%, en secundaria 22% y en media 12%. El porcentaje de analfabetismo es de 5.36%.

SERVICIOS PUBLICOS: cobertura de acueducto en el sector rural es de 55% y en el urbano de 95% y de alcantarillado en el sector rural es de 6% y en el urbano de 97%.

NBI: 61

ICV: 56%.

PROPÓSITO

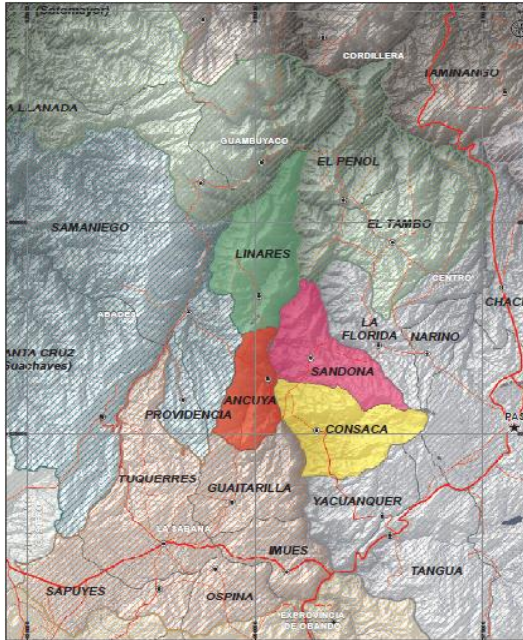
“La subregión de Abades contará con un modelo de atención integral en salud con enfoque hacia la población dispersa y que reconoce la diversidad étnica, cultural y social de la población, dando prioridad a la salud materna, la salud mental y la promoción social frente a las consecuencias del conflicto armado”

SITUACIÓN DE SALUD

La cobertura de aseguramiento en Régimen Subsidiado de Salud es de 94%. La razón de mortalidad materna por cien mil nacidos vivos es de 197.13 y el porcentaje de embarazos en adolescentes es de 23%, eventos que se relacionan con los determinantes del sector educativo y con la alta dispersión geográfica de la población. La tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos es de 37,9 y la Desnutrición global en menores de 5 años alcanza el 9.3%. Los eventos en salud ocasionados por la violencia hacen que la salud mental de la población se deteriore y convierta en un punto crítico por intervenir.

Se espera el aseguramiento universal de la población elegible al régimen subsidiado. Las principales metas en la subregión serán la reducción de la mortalidad materna y la contención del impacto en salud del conflicto armado basado en el fortalecimiento de la salud mental y las practicas cotidianas de convivencia sobre todo con énfasis en los diferenciales étnicos y geográficos particulares. Se caracterizará las condiciones laborales de la población con énfasis sobre la actividad minera, para proponer intervenciones que mitiguen los riesgos identificados y de manera intersectorial. Dado que hay zonas geográficas con riesgo para brotes de enfermedades transmitidas por vectores, se mantendrá acciones de control para estos eventos en la subregión.

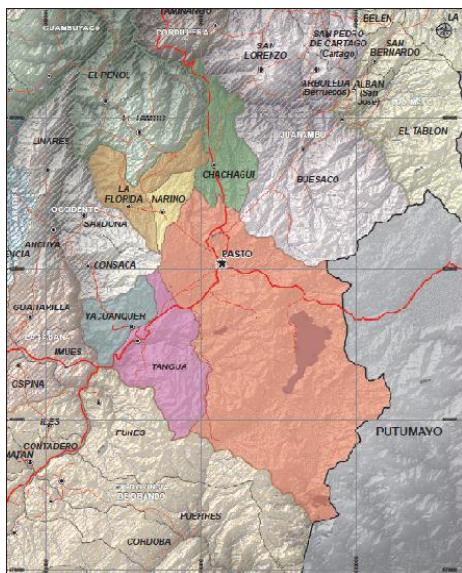
8. SUBREGION DE OCCIDENTE

	<p style="text-align: center;">VISIÓN</p> <p>“La Subregión Occidente contará con un modelo de atención integral en salud que reconoce los determinantes sociales de la salud, promoviendo principalmente la salud sexual y reproductiva y los estilos de vida saludables con enfoque de ciclos vitales ”</p>
<p>ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS MUNICIPIOS:Sandoná, Linares, Consacá y Ancuya. EXTENCION: 452 Km2 POBLACION: 53.837 habitantes, 32.1 urbano, 67.9 rural, 52% hombres, 48% mujeres. Etnográficamente está compuesto por 14 indígenas y 106 afro colombianos. ACTIVIDAD ECONOMICA: agropecuario (café, plátano, maíz, yuca, fique, caña de azúcar y frutales); ganado bovino, porcino Y actividad artesanal y comercial. EDUCACION: cobertura neta en el nivel preescolar de 53%, en primaria 87%, en secundaria 48% y en media 36%. El porcentaje de analfabetismo es de 13.61%. NB: 48% ICV: 63%.</p>	<p style="text-align: center;">SITUACIÓN DE SALUD</p> <p>La cobertura de aseguramiento en Régimen Subsidiado de Salud es de 94%. No se han presentado casos de Mortalidad materna en los últimos años y el porcentaje de embarazos en adolescentes es de 23%. La tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos es de 36 y la Desnutrición Global en niños menores de 5 años es del 8%. Todos los municipios han registrado casos de VIH-SIDA.</p> <p>Se espera lograr el 100% de afiliación de la población elegible al régimen subsidiado. Si bien los indicadores presentados se encuentran dentro o cerca de las metas planteadas para el departamento para el cuatrienio, se hará énfasis sobre el funcionamiento de un modelo de salud que permita reconocer las necesidades y los aspectos diferenciales de cada una de las poblaciones, haciendo énfasis en el componente de Salud Sexual y Reproductiva dada la amenaza del VIH-SIDA y el embarazo en adolescentes, y en estilos de vida saludables para contener las posibles consecuencias a mediano plazo de las enfermedades crónicas, trabajando en forma preferencial con población joven.</p>

10. SUBREGIÓN DE LA CORDILLERA

 <p>ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS MUNICIPIOS:Taminango, Policarpa, Cumbitara, El Rosario y Leiva. EXTENSION: 1.959 Km2. POBLACION: 72.025, 22.3% urbano y 77,7 rural, 52% hombres y 48.% mujeres. Etnográficamente está compuesto por 66 indígenas y 1.236 afro colombianos. ACTIVIDAD ECONOMICA: agropecuario (caña de azúcar, café, plátano, maíz, maní y frutales) ganado bovino, porcino, actividad minera. EDUCACION: cobertura neta en el nivel preescolar de 46%, en primaria 71%, en secundaria 38% y en media 16%. El porcentaje de analfabetismo es de 12.152%. NBI : 67% ICV: 59%.</p>	<p style="text-align: center;">PROPÓSITO</p> <p>“La subregión Cordillera estará apoyada en una red de prestación de servicios de referencia ubicado en El Remolino y contará con un modelo de atención integral en salud con enfoque hacia la población dispersa y que reconoce la diversidad cultural y social de la población, dando prioridad a la salud materno infantil y a la salud mental de la población”</p> <p style="text-align: center;">SITUACIÓN DE SALUD</p> <p>La cobertura de aseguramiento en Régimen Subsidiado de Salud es de 92%. No se han reportado casos de Mortalidad Materna en el último año pero sí en años anteriores, el porcentaje de embarazos en adolescentes es de 28,98% y hay una alta prevalencia de VIH-SIDA, principalmente a expensas de los casos del municipio de Policarpa, y de Sífilis Congénita (2,53 por cada 1000 nacidos vivos). la tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos es de 45, superando la tasa departamental, y la Desnutrición Global en menores de 5 años es de 10.2%. Los principales determinantes sociales que influyen en la región para presentar esta situación son la dispersión geográfica, la baja cobertura en educación y la problemática social alrededor del conflicto armado.</p> <p>Se espera el aseguramiento universal de la población elegible al régimen subsidiado. Las principales metas en la subregión serán la implementación de un modelo de atención en salud con cobertura rural que promueva la salud sexual y reproductiva principalmente entre población joven y practicas positivas de convivencia que contenga del impacto en salud del conflicto armado basado en el fortalecimiento de la salud mental; se promoverá la construcción del Hospital de Referencia en el Remolino que brindará apoyo directo para la atención de pacientes de esta subregión. Dado que hay zonas geográficas con riesgo para brotes de enfermedades transmitidas por vectores, se mantendrá acciones de control para estos eventos en la subregión.</p>
---	--

10. SUBREGION DEL CENTRO



ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS

MUNICIPIOS:Pasto, Nariño, La Florida, Yacuanquer, Tangua y Chachagüí.

EXTENSION: 1.878 Km2

POBLACION: 466.331 habitantes , 77,4% urbano, 22,6% rural, 48.% hombres, 52.% mujeres. Etnográficamente está compuesto por 2.924 indígenas y 6.300 afrocolombianos.

ACTIVIDAD ECONOMICA:agropecuario(papa, maíz, frijol, hortalizas); ganado bovino, porcino, equino, y la actividad comercial y artesanal.

EDUCACION: cobertura neta en el nivel preescolar de 49%, en primaria 77%, en secundaria 56% y en media 31%. El porcentaje de analfabetismo es de 9.02%.

SERVICIOS PUBLICOS: la cobertura de acueducto en el sector rural es de 90% y en el urbano de 100% y de alcantarillado en el sector rural es de 34% y en el urbano de 99%.

NBI : 20%

ICV: 82%.

PROPÓSITO

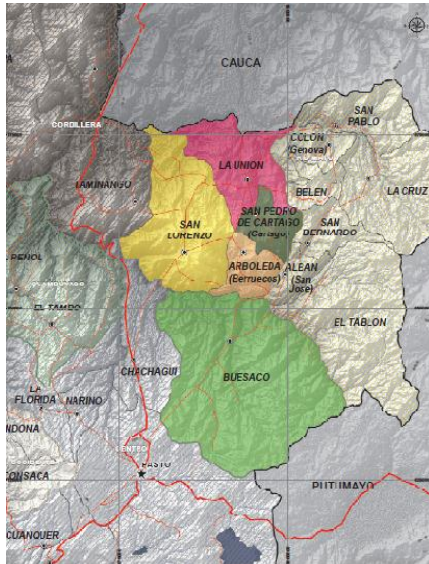
“La subregión Centro será el referente principal para la atención en salud de los eventos de mediana y alta complejidad con altos criterios de calidad en el Departamento y promoverá un modelos de atención que contemple los requerimientos diferenciales rurales y urbanos”

SITUACIÓN DE SALUD

La cobertura de aseguramiento en Régimen Subsidiado de Salud es de 94%. La razón de mortalidad materna por cien mil nacidos vivos es de 95.81 a expensas de los casos del municipio de Pasto y el porcentaje de embarazos en adolescentes es de 24%. La tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos es de 45y la Desnutrición Global en niños menores de 5 años es del 8,8%. Todos los municipios excepto Yacuanquer han registrado casos de VIH-SIDA. El mayor determinante es la condición urbana de la gran mayoría de la población, influenciada por el municipio de Pasto, y los diferenciales étnicos y sociales que confluyen alrededor de esta situación, que afectan principalmente la Salud Sexual y Reproductiva en población joven. También existe alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo. La influencia que el municipio de Pasto por su categoría y como Capital ejerce sobre esta subregión también se refleja en la prestación de servicios por la concentración de los mismos en mediana y alta complejidad , que son referencia para la subregión y para todo el Departamento, así como el liderazgo en temas de salud pública.

Se espera lograr el 100% de afiliación de la población elegible al régimen subsidiado. Se mantendrá el énfasis en la prestación de servicios de salud con estándares de calidad en los servicios de mediana y alta complejidad de Pasto, fortaleciendo el primer nivel de Pasto con el Hospital de nivel 1D, y en que se asuma pertinentemente las competencias del primer nivel para los demás municipios. El modelo de salud deberá ser referente para la intersectorialidad y la interinstitucionalidad, y deberá reconocer las necesidades y los aspectos diferenciales de las poblaciones rural y urbana, haciendo énfasis en los componentes de Salud Sexual y Reproductiva, Salud Mental y convivencia y en estilos de vida saludables para contener las posibles consecuencias a mediano plazo de las enfermedades crónicas, con un trabajo en forma preferencial con población joven.

11. SUBREGIÓN DEL JUANAMBU



ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS

MUNICIPIOS: La Unión, San Pedro de Cartago, San Lorenzo, Arboleda y Buesaco.

EXTENSION: 1.219 Km².

POBLACION: 84.828 habitantes, 23.9% urbano, 76,1% rural, 52% hombres, 48% mujeres. Etnográficamente está compuesto por 44 indígenas y 510 afro colombianos.

ACTIVIDAD ECONOMICA: agropecuario (café, plátano, maíz, yuca, fique, caña de azúcar y frutales) ganado bovino y actividad artesanal.

EDUCACION: cobertura neta en el nivel preescolar de 47%, en primaria 88%, en secundaria 59% y en media 29%. El porcentaje de analfabetismo es de 13.24%.

SERVICIOS PUBLICOS: cobertura de acueducto en el sector rural es de 75% y en el urbano de 98% y de alcantarillado en el sector rural es de 12% y en el urbano de 87%.

NBI: 54%

ICV: 57%.

PROPÓSITO

“La subregión de Juanambú contará con un modelo de atención integral en salud con enfoque hacia la población dispersa con énfasis en la promoción de la salud materno infantil, los estilos de vida saludables y la calidad de los servicios de salud”

SITUACION DE SALUD

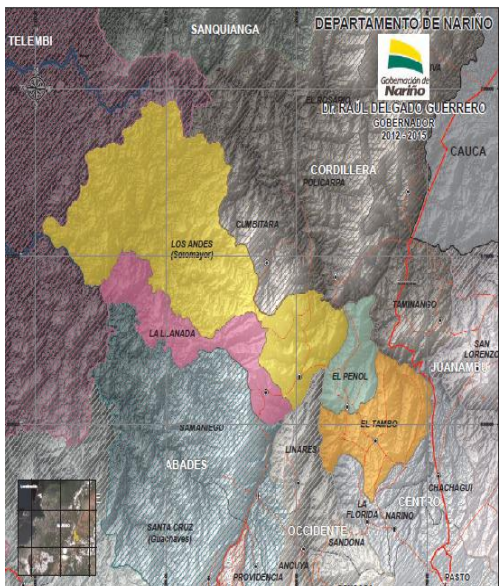
La cobertura de aseguramiento en Régimen Subsidiado de Salud es de 94%. La razón de mortalidad materna por cien mil nacidos vivos es de 92,64 y el porcentaje de embarazos en adolescentes es de 25% la tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos para el año 2011 es de 42% y hay un 7,2% de niños menores de 5 años con Desnutrición global. La dispersión geográfica en la zona rural, las deficientes vías de acceso y la baja cobertura educativa en algunos municipios son los principales determinantes de las condiciones de salud en esta subregión.

Se espera lograr el 100% de afiliación de la población elegible al régimen subsidiado. El modelo de salud tendrá énfasis en la salud sexual y reproductiva, principalmente en el tema de maternidad segura, así como en las relacionadas con infancia y la erradicación del trabajo infantil en zonas cafeteras. Se propenderá por la garantía de los servicios de segundo nivel de referencia en el Hospital Eduardo Santos de La Unión.

12. SUBREGION DEL MAYO

	<p>PROPÓSITO</p> <p>“La subregión del Río Mayo contará con un modelo de atención integral en salud con enfoque hacia la población dispersa con énfasis en la promoción de la salud materno infantil, los estilos de vida saludables y la calidad de los servicios de salud”</p>
<p>ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS</p> <p>MUNICIPIOS: El Tablón de Gómez, Albán, San Bernardo, Belén, Colon-Génova, La Cruz y San Pablo.</p> <p>EXTENSION: de 864 Km2.</p> <p>POBLACION: 104.262 habitantes, 25,8% urbano, 74,2% rural, 52% hombres, 48% mujeres. Etnográficamente está compuesto por 2376 indígenas y 1084 afrocolombianos.</p> <p>ACTIVIDAD ECONOMICA: agropecuario (café, plátano, maíz, yuca, fique, caña de azúcar y frutales), ganado bovino, porcino y la actividad artesanal e industrial principalmente en el municipio de Belén.</p> <p>EDUCACION: cobertura neta en el nivel preescolar de 51%, en primaria 68%, en secundaria 52% y en media 29%. El porcentaje de analfabetismo es de 8.6%</p> <p>SERVICIOS PUBLICOS: cobertura de acueducto en el sector rural es de 89% y en el urbano de 99% y de alcantarillado en el sector rural es de 13% y en el urbano de 94%.</p> <p>NBI: 50%</p> <p>ICV: 59%.</p>	<p>SITUACION DE SALUD</p> <p>La cobertura de aseguramiento en Régimen Subsidiado de Salud es de 94%; la razón de mortalidad materna por cien mil nacidos vivos es de 138,19 y el porcentaje de embarazos en adolescentes de 25%. La tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos para el año 2011 es de 42%; mientras que la del Departamento es de 40.56%. Si bien los determinantes y el propósito son similares a los de la subregión de Juanambú, en la Río Mayo se acentúa la condición de dispersión geográfica lo cual determina mayores barreras para el acceso a servicios de salud, aunado a la diversidad étnica que se encuentra principalmente en el municipio de El Tablón. La salud materno infantil tiene una mayor prioridad dado el incremento en la razón de mortalidad materna y que desde años anteriores se presentan casos en forma recurrente.</p> <p>Se espera lograr el 100% de afiliación de la población elegible al régimen subsidiado. El modelo de salud tendrá énfasis en la salud sexual y reproductiva, principalmente en el tema de maternidad segura e infancia teniendo en cuenta los diferenciales étnico a que haya lugar. El componente de prestación de servicios tendrá énfasis en el fortalecimiento de la capacidad resolutoria del primer nivel para la morbilidad más prevalente en la región.</p>

13. SUBREGION DEL GUAMBUYACO



ASPECOS SOCIODEMOGRAFICOS

MUNICIPIOS: Los Andes Sotomayor, La Llanada, El Tambo, El Peñol.

EXTENSION: 1.764

POBLACION: 43.859 habitantes, 34,3% urbano, 65,7% rural, 51% hombres, 49% mujeres. Etnográficamente está compuesto por 132 indígenas y 160 afro colombianos.

ACTIVIDAD SOCIOECONOMICA: agropecuario (café, plátano, maíz, yuca, fique, caña panelera y frutales); ganado bovino, porcino y la actividad minera.

EDUCACION: cobertura neta en el nivel preescolar de 40%, en primaria 68%, en secundaria 49% y en media 25%. El porcentaje de analfabetismo es de 10.4%.

SERVICIOS PUBLICOS: la cobertura de acueducto en el sector rural es de 67% y en el urbano de 99% y de alcantarillado en el sector rural es de 10% y en el urbano de 93%.

NBI:42%

ICV:60%.

“La subregión del Guambuyaco contará con un modelo de atención integral en salud con enfoque hacia la población dispersa con énfasis salud infantil y estilos de vida saludables, brindando un espacio preferencial para la Salud Ocupacional relacionada, en particular con la actividad minera”

SITUACIÓN DE SALUD

La cobertura de aseguramiento en Régimen Subsidiado de Salud es de 93%. No se registraron casos de Mortalidad Materna en los últimos 4 años y el porcentaje de embarazos en adolescentes es de 25%. La tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos para el año 2011 es de 42%, la proporción de Desnutrición Global es del 7,2% y la proporción de bajo peso al nacer es de 9,9%. En similares condiciones a las regiones vecinas de Abades y Centro, hay alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles. La explotación minera en la zona genera riesgos laborales específicos que requieren vigilancia y control desde el abordaje de Salud Ocupacional.

Se espera lograr el 100% de afiliación de la población elegible al régimen subsidiado. El modelo de salud tendrá énfasis en la salud de la primera infancia y estilos de vida saludables teniendo en cuenta los diferenciales de dispersión geográfica. Dado que no existe un Hospital de Mediana Complejidad en la subregión, el componente de prestación de servicios tendrá énfasis en el fortalecimiento de la capacidad resolutoria del primer nivel. Habrá un énfasis especial sobre el componente de riesgos profesionales en actividad minera en esta subregión y se potenciarán las capacidades de las Direcciones locales para realizar vigilancia y control al sistema de seguridad social en salud.

IX. FINALIDADES

Teniendo en cuenta la situación de salud planteada en el literal V, se plantearon metas de resultado para el cuatrienio 2012 – 2015 con las cuales se busca impactar la salud de las y de los nariñenses, y concomitantemente se plantearon metas de producto e indicadores para cada una de ellas con sus respectivas líneas de base y metas, las cuales se constituyen en una guía para ir avanzando en cada año de la vigencia del plan.

Estas prioridades o finalidades se definen para cada uno de los subprogramas del programa “Salud para el buen Vivir” del Plan de Desarrollo Departamental, siguiendo a su vez la orientación normativa de los Ejes Programáticos del sector salud a los cuales se agrega el eje de Fortalecimiento Institucional, formulado particularmente para el Departamento de Nariño. A continuación, se presentan los objetivos específicos de cada subprograma y se enuncia las metas de resultado relacionadas con cada uno de ellos, formuladas en participio pasado. En el Anexo 1, se encuentra la matriz con las metas de resultado y de producto en el cual se detalla los indicadores relacionados.

9.1. Aseguramiento

Objetivo: Lograr la cobertura universal del aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud de la población de Nariño. A través de las siguientes metas:

- Incrementar en el 2015 la afiliación de la población del departamento de Nariño al SGSSS.
- Fortalecida la Inspección, Vigilancia y Control del Aseguramiento (RS, RC, Especiales) en articulación con Comité de Moralización del Departamento de Nariño
-

9.2. Prestación de servicios

Objetivo: Mejorar la calidad de la atención en salud en el departamento de Nariño en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud SOGCS. Para lograr lo anterior el objetivo el Plan propone alcanzar las siguientes metas:

- Contratada la red necesaria de manera anualizada para la atención a la población objeto y de competencia del departamento de Nariño.
- Garantizada la prestación de servicios de salud con calidad, seguridad y humanización del servicio con enfoque de orientación hacia el cumplimiento del SOGCS.
- Garantizada la operatividad, sostenibilidad financiera y social, con un modelo de atención basado en Atención Primaria en Salud con un enfoque diferencial y preferente, en forma subregionalizada

9.3. Salud Pública

Objetivo: Garantizar las acciones individuales y colectivas de promoción, prevención, mitigación y superación de los riesgos para mejorar el estado de salud de la población Nariñense. Para lograr lo anterior el objetivo el Plan propone alcanzar las siguientes metas:

- Mantener la tasa de mortalidad en menores de 5 años
- Reducir la tasa de mortalidad en menores de 1 año
- Reducir la razón de mortalidad materna
- Reducir el porcentaje de desnutrición GLOBAL en menores de 5 años
- Reducir la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino en mujeres de 10 a 54 años
- Mantener la prevalencia de VIH/SIDA en población de 15 a 49 años de edad
- Reducir la Mortalidad por Malaria
- Mantener la Mortalidad por Dengue
- Mantener la curación de casos de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva
- Reducir la Tasa de Suicidios
- Aumentar la atención en Salud Mental a pacientes víctimas de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia basada en género
- Reducir la proporción de sobrepeso en adultos de 18 a 64 años
- Disminuir la prevalencia de hipertensión arterial, diabetes y obesidad en menores de 40 años
- Mantener la proporción de municipios con IVC en el componente de Salud Ambiental
- Construir, ejecutar y evaluar el modelo de gestión subregional como propuesta de articulación intersectorial y generación de conocimiento para mejorar intervenciones

9.4. Riesgos Profesionales

Objetivo: Identificar y mitigar los riesgos laborales de los trabajadores informales del Departamento de Nariño, mediante la articulación intersectorial, inspección, vigilancia y control del accidente del trabajo. Para lograr lo anterior el objetivo el Plan propone alcanzar la siguiente meta:

- Mejorar las condiciones de salud laboral en la población trabajadora del sector informal

9.5. Promoción social: Fortalecida mediante el desarrollo de las competencias del IDSN la participación e inclusión social que permita el acceso a los servicios de salud de grupos especialmente protegidos constitucionalmente en el Departamento de Nariño, mediante la siguiente meta:

- Mejorar la participación y el control social en el Departamento de Nariño en cuanto a la inclusión y trato diferencial a las poblaciones indígenas, afrocolombianas, en situación de desplazamiento y de discapacidad.

9.6. Gestión del riesgo:



PLAN DE SALUD TERRITORIAL

CÓDIGO: F-PDD03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 11-02-10

Página 30 de 31

Objetivo: Gestionar y apoyar las acciones intersectoriales para la identificación, mitigación y superación de las emergencias y desastres en salud de origen natural o antropico. Para ello, se propone alcanzar la siguiente meta:

- Mejorada la capacidad de las entidades del sector salud de las 13 subregiones del departamento de Nariño en materia de gestión del riesgo frente a emergencias y desastres

X. FINANCIACION DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL

Este plan se financiará con la concurrencia de todos los recursos del sector salud en el ámbito departamental y municipal, conservando los fines específicos para los cuales son asignados por Ley o transferidos por la Nación.

Las acciones de salud pública, acciones colectivas serán financiadas con los recursos que integran la subcuenta de salud pública del fondo de salud de la respectiva entidad territorial y en su ejecución respecto de los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la financiación de las acciones de salud pública a cargo de la entidad territorial

El Anexo 2, presenta el presupuesto aprobado para el año 2012 y las proyecciones para los 3 años siguientes hasta terminar el cuatrienio.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL

CÓDIGO: F-PDD03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 11-02-10

Página 31 de 31

ELIZABETH TRUJILLO MONTALVO
DIRECTORA INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD

JAVIER ANDRÉS RUANO
SUBDIRECTOR DE CALIDAD Y ASEGURAMIENTO

CARLOS ALBERTO HIDALGO
SUBDIRECTOR DE SALUD PÚBLICA

MARIA CONSTANZA JURADO
SECRETARIA GENERAL

OMAR CORDOBA
JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN

LUZ ANGELICA CHAMORRO
JEFE OFICINA JURÍDICA

PEDRO LÓPEZ
JEFE DE CONTROL INTERNO

Agradecimientos:

Equipo de trabajo de las subdirecciones de Calidad y Aseguramiento y de Salud Pública, así como de la oficina de Planeación por su apoyo en la redacción, revisión y validación de este documento.