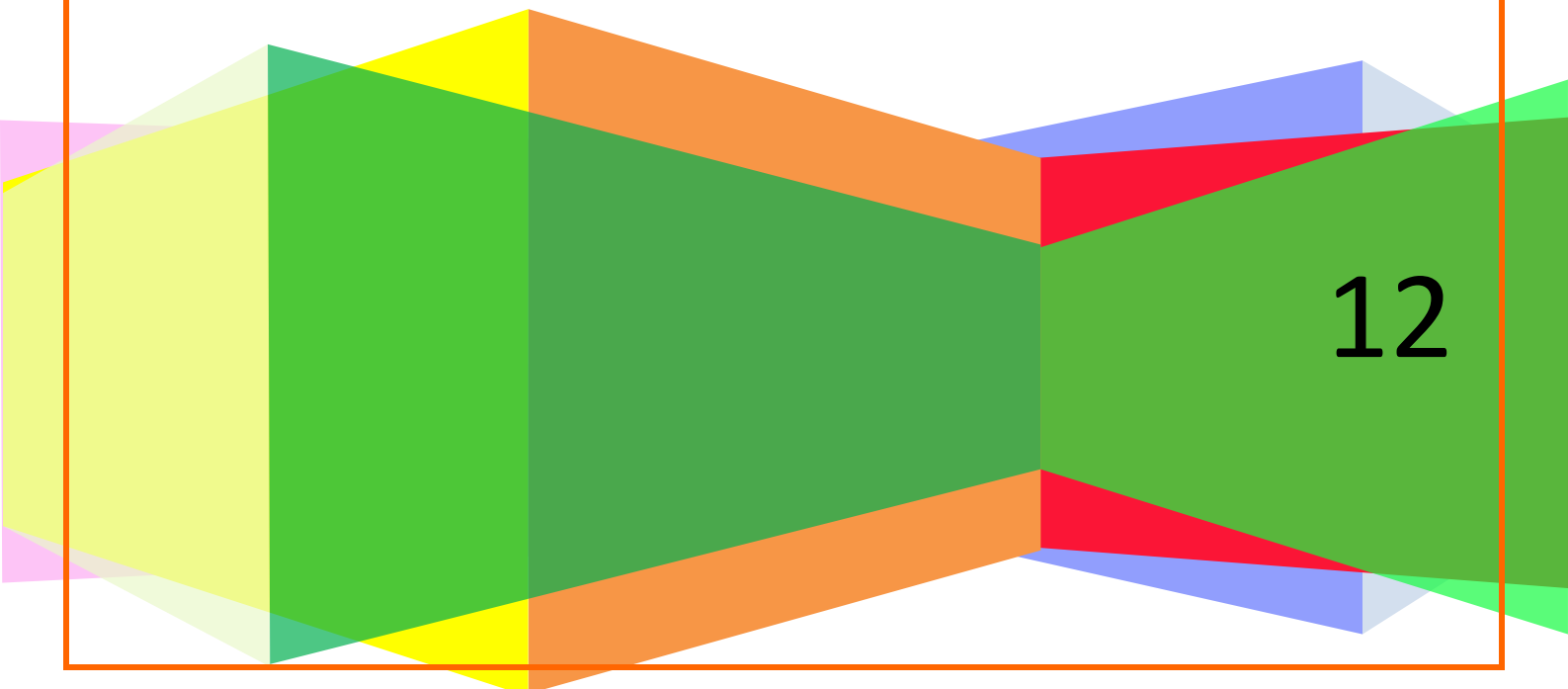


ALCALDIA MUNICIPAL DE LA UNION

**PLAN TERRITORIAL DE
SALUD 2012 - 2015**



12

INTRODUCCIÓN

El Plan de Salud Municipal esta formulado teniendo en cuenta la normatividad vigente para el sector salud: Ley 100 de 1993, ley 715 de 2001, ley 1122 de 2007, Decreto 3039 de 2007, Resolución 425 de 2008 y Ley 1438 de 2011. Dando especial importancia a las tres últimas normas mencionadas.

El plan está estructurado articulando las acciones de aseguramiento, salud pública y los ejes promoción social, prevención vigilancia y control de riesgo profesionales y emergencias y desastres; teniendo en cuenta las competencias del municipio y las acciones plasmadas en el programa de gobierno y el Plan de Desarrollo Municipal, que fue base fundamental para el Desarrollo del plan Territorial de salud 2012 - 2015 **“UNIDOS HACEMOS EL CAMBIO”**.,.

El Municipio de la Unión adolece de múltiples problemas en la actualidad. El gobierno Municipal presenta soluciones a tales dificultades y trabaja arduamente en la elaboración e implementación de propuestas que permitan en principio continuar con la cobertura universal en el aseguramiento, la consecución de coberturas útiles en vacunación y mayores logros en el tema materno infantil y población vulnerable.

Para la elaboración del Plan Territorial de Salud, se tuvo en cuenta todas las necesidades sentidas de la población y la viabilidad para su implementación, teniendo en cuenta las normatividades vigentes.

ALCANCE DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD

En desarrollo de las competencias consagradas en la Constitución Política, la Ley 9ª de 1979, Ley 10 de 1990, Ley 100 de 1993, Ley 715 de 2001, Ley 691 de 2001, Ley 1122 de 2007 el decreto 3039 de 2007, la Ley 1151 de 2007, resolución 0425 del 2008, el Ministerio de la Protección Social, como ente rector del Sistema de Protección Social, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, y del sector salud, y las Direcciones Locales de Salud, tiene la función de proveer de manera integral, las acciones de salud individuales y colectivas con la participación responsable de todos los sectores de la sociedad, que mejoren la condiciones de salud de la población.

Al Gobierno Nacional, y los entes territoriales de acuerdo con lo establecido en el artículo 33 de la Ley 1122 de 2007, le corresponde definir cada cuatro años el Plan Nacional de Salud Pública y los Planes Territoriales de Salud. Que incluyen:

- **Las prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud**, en coherencia con los indicadores de situación de salud del municipio, las políticas de salud nacionales, los tratados y convenios internacionales suscritos por el país y las políticas sociales transversales de otros sectores.
- Define las **responsabilidades en salud a cargo del municipio** y de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS a nivel municipal, que se complementarán con las acciones de los actores de otros sectores definidas en el Plan de Desarrollo Territorial.

De acuerdo con lo establecido en las Leyes 10 de 1990, 100 de 1993, 715 de 2001, 691 de 2006 y 1122 de 2007, corresponde a las entidades nacionales, a las entidades adscritas al Ministerio de la Protección Social, a las **direcciones territoriales de salud**, a las Entidades

Promotoras de Salud, EPS, a las entidades de los regímenes especiales y de excepción, a las Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP, a los Prestadores de Servicios de Salud, IPS, a los resguardos indígenas, y a la sociedad civil en general, **adoptar** las políticas, prioridades, objetivos, metas y estrategias del Plan Nacional de Salud Pública y **adaptarlas** a los municipios.

Para ello se formulará y aprobará el **Plan de Salud Territorial** a cargo de las Direcciones Territoriales de Salud, que comprende acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud, POS, del régimen contributivo y del régimen subsidiado y el de riesgos profesionales. Los anteriores planes se formularán en coherencia con los perfiles epidemiológicos de salud territorial. Además, se adoptará el sistema de evaluación de resultados para realizar los correctivos pertinentes y así cumplir con las metas definidas para el cuatrienio.

Por tanto, la Dirección Territorial de Salud del municipio de Unión previa consulta al Ministerio de la Protección Social, Secretaria Departamental de Salud, Concejo Territorial de Seguridad Social en Salud, etc... y concertación con los actores del sector salud, formula el Plan de Salud Territorial 2008-2011, cuyo propósito es definir la política pública en salud que garantice las condiciones para mejorar la salud de la población Sucreña, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad, promoviendo condiciones y estilos de vida saludables, previniendo y superando los riesgos para la salud, y recuperando o minimizando el daño, entendiendo la salud como un derecho esencial individual, colectivo y comunitario logrado en función de las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida, mediante acciones sectoriales e intersectoriales.

El Plan de Salud Territorial del municipio de la Unión 2012-2015, en coherencia con las políticas del Plan de Desarrollo Municipal 2012-2015, previstas en la Ley 1151 de 2007, define las prioridades en salud de los próximos cuatro años, los objetivos, metas y estrategias para su cumplimiento, y las enmarca en las competencias de todos los actores involucrados conforme a los recursos disponibles.

PROPOSITOS

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

ENFOQUES

El Plan de Salud Territorial integra el mandato constitucional sobre el derecho a la salud bajo diversos enfoques conceptuales, enmarcados en el artículo 33 de la Ley 1122 de 2007 con el objetivo de mejorar las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población residente en el territorio Colombiano y del municipio de la Unión - sucre. En este sentido, el Plan de Salud territorial debe entenderse como el producto de la movilización social de actores y la concertación y articulación de las acciones sectoriales e intersectoriales.

Para ello se articulan los siguientes enfoques, con el propósito de reducir la carga de la enfermedad y crear las condiciones para modificar la carga futura en la población.

Enfoque poblacional

Se entiende por enfoque poblacional, las intervenciones en salud simples o combinadas dirigidas a la población en general que buscan modificar los riesgos acumulados en cada uno de los momentos del ciclo vital, que incrementan la carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad.

Enfoque de determinantes

Los determinantes son un conjunto de factores que inciden de forma directa en el estado de salud de los individuos y de las poblaciones. El enfoque de determinantes plantea que los resultados en salud de los individuos, grupos y colectividades, dependen de la interacción de cuatro grupos de factores:

- 1.- Ambientales,
- 2.- Comportamiento humano,
- 3.- La herencia y
- 4.- Las respuestas de los servicios de salud.

Este abordaje pretende intervenir aquellos factores de riesgo que sean modificables.

Enfoque de gestión social del riesgo

El enfoque de gestión social del riesgo se plantea como un proceso dinámico, creativo en el cual se construyen soluciones a partir de un abordaje causal de los riesgos de salud en poblaciones específicas, buscando la identificación y modificación de estos, para evitar desenlaces adversos, teniendo en cuenta que muchos de los eventos de salud no ocurren al azar sino que son predecibles y modificables con el concurso de los actores de salud, otros sectores comprometidos y la comunidad.

PRINCIPIOS

Los principios que guían el Plan de Salud Territorial del municipio de la Unión son los siguientes:

■ Universalidad

Es la garantía del derecho a la salud con calidad para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.

■ Equidad

La equidad en salud se logra cuando todas las personas alcancen su potencial de salud y por lo tanto, ninguna persona sea afectada en su capacidad de alcanzar ese potencial debido a su condición social o por circunstancias socialmente determinadas y evitables.

■ Calidad

Es la provisión de servicios individuales y colectivos accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.

■ **Eficiencia**

Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros del Estado y los particulares para garantizar el derecho a la salud y al acceso de los servicios integrales de promoción de la salud y la calidad de vida, prevención de los riesgos y recuperación de la salud con oportunidad, calidad y suficiencia.

■ **Responsabilidad**

Es la garantía del acceso a las acciones individuales y colectivas en salud pública con oportunidad, calidad, eficiencia y equidad. La responsabilidad implica que los actores asuman consecuencias administrativas, penales, civiles y éticas por acciones inadecuadas u omisiones que atenten contra la salud o la calidad de vida.

■ **Respeto por la diversidad cultural y étnica**

Es la garantía del respeto, del entendimiento de la cosmovisión, usos, costumbres, territorio ancestral, sitios sagrados y creencias de los grupos étnicos frente a la promoción, prevención, protección y recuperación de la salud, bajo el ejercicio de la consulta y concertación con las comunidades, garantizando su participación en la formulación, seguimiento y evaluación de los planes de salud en concordancia con las disposiciones de la autoridad de salud y la Ley 691 de 2001.

■ **Participación social**

Es la intervención de la comunidad en la planeación, gestión y control social y evaluación del Plan, se deberá promover la vinculación efectiva de la población para garantizar que las prioridades en salud y bienestar territorial respondan a las necesidades sentidas de los grupos sociales.

■ **Intersectorialidad**

Es la interrelación y articulación de los distintos actores intra y extrasectoriales con el fin de lograr resultados de salud de manera más eficaz, eficiente y sostenible, orientadas a alcanzar las metas comunes en salud.

LÍNEAS DE POLÍTICA

El Ministerio de la Protección Social, como principal responsable y gestor de las acciones dirigidas a mejorar las condiciones de salud en la población, y se implementaran y adaptaran al Plan de Salud Territorial del municipio de la Unión definiéndose las siguientes líneas para el desarrollo de la política en salud:

- 1. La promoción de la salud y la calidad de vida.**
- 2. La prevención de los riesgos.**
- 3. La recuperación y superación de los daños en la salud.**
- 4. La vigilancia en salud y gestión del conocimiento.**
- 5. La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.**

Estas líneas buscan armonizar y articular el Sistema de Protección Social para el logro de las metas y especialmente para reducir las brechas en salud existentes entre regiones y grupos poblacionales. Esto exige una articulación efectiva de esfuerzos del sector salud, entre la Nación, las entidades territoriales, las Entidades Promotoras de Salud, EPS, las Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP, los Prestadores de Servicios de Salud, IPS, la sociedad civil organizada, las sociedades científicas, las instituciones formadoras del talento humano en salud, los otros sectores de la sociedad y las entidades de cooperación técnica internacional.

Línea de política número 1.

Promoción de la salud y la calidad de vida

La promoción de la salud y la calidad de vida constituye un proceso político y social que abarca las **acciones dirigidas a fortalecer los medios necesarios para mejorar la salud como derecho humano** inalienable, a consolidar una cultura de la salud que involucre a individuos, familias, comunidades y la sociedad en su conjunto, a integrar el trabajo de los sectores y las instituciones en un proceso orientado a modificar los condicionantes o determinantes de la salud, con el fin de mitigar su impacto en la salud individual y colectiva.

Se asume la promoción de la salud y la calidad de vida como una dimensión del trabajo de salud que ubica su centro en la noción de salud, en su sentido positivo como bienestar y calidad de vida, que se articula y se combina con la acción preventiva. La promoción de la salud y la calidad de vida integra las acciones individuales y colectivas encaminadas a hacer que los individuos y las colectividades estén en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud.

Esta línea hace posible la vinculación de los temas del sector salud con los temas de otros sectores y con la política económica y social. El objetivo es fomentar las capacidades y generar en los individuos y las comunidades las oportunidades para que sean capaces de identificar y satisfacer sus necesidades en salud, cambiar o adaptarse al medio ambiente, asumir estilos de vida que reduzcan su vulnerabilidad, y participar en el control social para la mejoría de las condiciones del entorno con el fin de facilitar el desarrollo de una cultura de la salud con calidad de vida y el desarrollo de la autonomía individual y colectiva.

La calidad de vida se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Supone la satisfacción mínima aceptable del complejo de necesidades y satisfactores en las dimensiones individual, familiar y comunitaria en los ámbitos locales, regionales y nacionales.

Línea de política número 2.

Prevención de los riesgos

Es el conjunto de acciones individuales y colectivas en salud orientadas a la reducción de los riesgos de enfermar o morir. El objetivo de esta línea de política es minimizar la pérdida de bienestar evitando, mitigando o reduciendo al mínimo la probabilidad de daño, mediante intervenciones compartidas entre el Estado, la comunidad, las Entidades Promotoras de Salud, EPS, las Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP, y los sectores cuyas acciones tienen incidencia en la salud de las personas.

Esta línea de política abarca las medidas destinadas no solamente a evitar la aparición de la enfermedad, la prevención primaria, sino también a gestionar el riesgo para detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida, la prevención secundaria.

Línea de política número 3.

Recuperación y superación de los daños en la salud

Es el conjunto de acciones individuales del Plan Obligatorio de Salud, POS, de los regímenes contributivo y subsidiado, que busca recuperar la salud y superar los daños ocurridos en los individuos y las poblaciones, mediante el acceso oportuno y con calidad a los servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y a los programas y redes de protección social. Involucra acciones de prevención secundaria y terciaria que se realizan en todos los niveles de atención y grados de complejidad con el objeto de detener o reducir el daño que pueda producir la enfermedad ya presente, el establecimiento de la cronicidad, sus recidivas o sus secuelas.

Esta política demanda de las autoridades de salud y de la sociedad en general, una permanente evaluación del acceso, oportunidad, calidad, pertinencia y grado de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud.

Línea de política número 4.

Vigilancia en salud y gestión del conocimiento

Es el conjunto de procesos sistemáticos y constantes de recolección, análisis, interpretación y divulgación de información, y de investigación para la identificación de las necesidades de salud de la población y de la respuesta de los servicios para el mejoramiento de la salud y la calidad de vida de los colombianos.

La vigilancia en salud está compuesta por los procesos de:

- 1.- **Vigilancia en salud pública,**
- 2.- **Vigilancia en salud en el entorno laboral,**
- 3.- **Vigilancia sanitaria.**
- 4.- **Inspección, vigilancia y Control de la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS.**

Vigilancia en salud pública

La vigilancia en salud pública vigila los **riesgos y daños biológicos**, del comportamiento y del medio ambiente, tanto individuales como colectivos. Para ello emplea la notificación obligatoria, la vigilancia activa por medio de observatorios y centinelas, entre otros, y la investigación de modelos de riesgo y enfermedad en las condiciones y eventos priorizados. Este proceso es liderado por el Instituto Nacional de Salud, INS.

Vigilancia en salud en el entorno laboral

La vigilancia en salud en el entorno laboral vigila **los riesgos laborales**, los accidentes de trabajo y la enfermedad derivada de la actividad laboral. Para ello emplea la vigilancia activa haciendo uso entre otros de la metodología de buenas prácticas, y de la investigación. Este proceso es liderado por el Ministerio de la Protección Social.

Vigilancia sanitaria

La vigilancia sanitaria vigila los riesgos relacionados con los **alimentos, medicamentos, tecnologías en salud, productos de uso doméstico, establecimientos públicos y las cadenas productivas**. Para ello emplea la vigilancia activa haciendo uso entre otros de la metodología de buenas prácticas, y de la investigación. Este proceso es liderado por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima.

Inspección, vigilancia y control de la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS

La inspección, vigilancia y control de la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, es el **conjunto de normas, agentes, y procesos articulados entre sí, en los ejes de financiamiento, aseguramiento, prestación de servicios, atención al usuario y participación social**. Este proceso es liderado por la Superintendencia Nacional de Salud.

La vigilancia en salud, aplicando todos sus procesos y componentes generará el conocimiento sobre la situación de salud de la población, la cual permitirá a la Dirección Local de Salud, junto con el modelo de desarrollo general ajustar el Plan de Salud Territorial.

Esta línea demanda el desarrollo de procesos de aprendizaje individual, grupal y organizacional para la generación, aplicación y apropiación del conocimiento. Esto lleva a una concepción dinámica de la relación entre el conocimiento, el sujeto que conoce y el entorno en el cual actúa para lograr una transformación positiva de la realidad. Requiere la construcción de alianzas

entre el sector salud y los sectores como educación, medio ambiente, agua, y comunicación entre otros, para la innovación e introducción de nuevas tecnologías.

La generación de conocimiento estará apoyada en el sistema de información de salud y en la investigación, procesos fundamentales en el Plan de Salud Territorial, y tiene como objetivo la identificación de las necesidades de salud de la población del municipio y sus determinantes.

La evaluación de resultados tiene como objetivo monitorear el grado de apropiación, ejecución y mejoramiento continuo de las políticas sectoriales y extra sectoriales definidas en el Plan de Salud Territorial y su impacto en la salud individual y colectiva. Incluye la verificación de cumplimiento de los indicadores de gestión, los resultados y los recursos programados, conforme a lo establecido en el sistema de evaluación que el Ministerio de la Protección Social define en cumplimiento del artículo 2° de la Ley 1122 de 2007.

Línea de política número 5.

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

La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan de Salud Territorial, busca fortalecer las competencias para liderar, planear, ejecutar y evaluar las políticas y sus estrategias. **La gestión es el eje central de integración, coordinación y articulación de las competencias, responsabilidades y funciones en salud pública de los actores en el ámbito nacional, territorial e institucional, público, privado y comunitario.**

Esta línea de política permite promover el liderazgo de las entidades territoriales de salud y los demás actores institucionales para fortalecer la capacidad de la autoridad de salud territorial en el desempeño de las competencias de salud, permite generar escenarios para apoyar el ejercicio de rectoría y gobernabilidad del sector, para mejorar la capacidad de coordinación, regulación, planificación, conducción, vigilancia, evaluación y comunicación de los riesgos en salud y de los resultados y efectos de las políticas de promoción de la salud y la calidad de vida, prevención de los riesgos y recuperación de la salud.

Mediante estas acciones de gestión se identifican las necesidades locales y se articulan las respuestas en los espacios cotidianos donde transcurre la vida de las personas, con el fin de promover el ejercicio del poder por parte de los sujetos para transformar las prácticas de vida y potenciar el desarrollo de autonomía que conduzca al mejoramiento de la calidad de vida y el ejercicio pleno de los derechos.

La gestión integral se apoya en un conjunto de procesos, estrategias, procedimientos, intervenciones, actividades, herramientas, instrumentos, capacidades y habilidades gerenciales, técnicas, operativas, logísticas, de información y comunicación enmarcadas en los principios de calidad. Articula procesos de planeación, seguimiento y evaluación de las competencias de salud pública individuales y colectivas y los mecanismos de control de la gestión con calidad, y el seguimiento para el logro de las metas definidas en el Plan de Salud Territorial. Además, fomenta la comunicación en salud, como estrategia que permite corregir las asimetrías en el manejo social del riesgo, generar redes de protección social, lograr equidad y aumentar la calidad de vida en la población.

2.8 Prioridades

Los objetivos de las prioridades en salud son respuesta a las necesidades del municipio en materia de salud, las cuales han sido debatidas y consensuadas con los distintos actores del sector, de otros sectores y representantes de los ciudadanos y usuarios de los servicios de salud, a través de mesas de concertación y aportes individuales y de diferentes colectividades.

1. La salud infantil.

2. La salud sexual y reproductiva.

3. La salud oral.

4. La salud mental y las lesiones violentas evitables.

5. Las enfermedades transmisibles y las zoonosis.

6. Las enfermedades crónicas no transmisibles.

7. La nutrición.

8. La seguridad sanitaria y del ambiente.

9. La seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral.

10. La gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan de Salud Territorial.

1.9 OBJETIVOS

1. Mejorar la salud infantil.

2. Mejorar la salud sexual y reproductiva.

3. Mejorar la salud oral.

4. Mejorar la salud mental.

5. Disminuir las enfermedades transmisibles y las zoonosis.

6. Disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles y las discapacidades.

7. Mejorar la situación nutricional.

8. Mejorar la seguridad sanitaria y ambiental.

9. Mejorar la seguridad en el trabajo y disminuir las enfermedades de origen laboral.

10. Fortalecer la gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan de Salud Territorial.

GENERALIDADES DEL MUNICIPIO DE LA UNIÓN



Fuente: Tomado del E.O.T. - 2004.

El Municipio de La Unión de Sucre se encuentra ubicado al Suroeste del Departamento de Sucre, perteneciente a la Subregión del San Jorge, de la Región Caribe Colombiana, comprendido entre las coordenadas geográficas a los 8° 51` 38" de Latitud Norte y a 75° 16` 50" de longitud Oeste. Según el Instituto Geográfico Agustín Codazzi, el Municipio tiene una extensión Territorial de 234 Km², una altura de 65 m.s.n.m., humedad relativa de 84%

Anual, precipitación de 800 y 1.500 mm., y una temperatura de 27,8°C.

Limites:

Tabla 1. Límites del Municipio de La Unión de Sucre

Punto Cardinal	Municipio
Norte	Municipios de Chinú y Sahagún (Córdoba)
Sur	Municipios de San Marcos (Sucre)
Este	Municipio de Caimito, Sucre
Oeste	Municipio de Sahagún, Córdoba

Fuente: Archivos de Consultoría -2012

5.2.1 Aspectos topográficos. Según el Plan de Desarrollo Municipal 2004-

2007, "el Municipio de La Unión se encuentra ubicado en los límites del Valle San Jorge con formación dada en la historia geológica de la costa de emersión atlántica, formado al final de la era terciaria y principio de la cuaternaria, cuando surge el proceso de regresión de las aguas marinas,

producto de las fuerzas endógenas que levantan la corteza dándole la forma actual de la Costa Caribe".

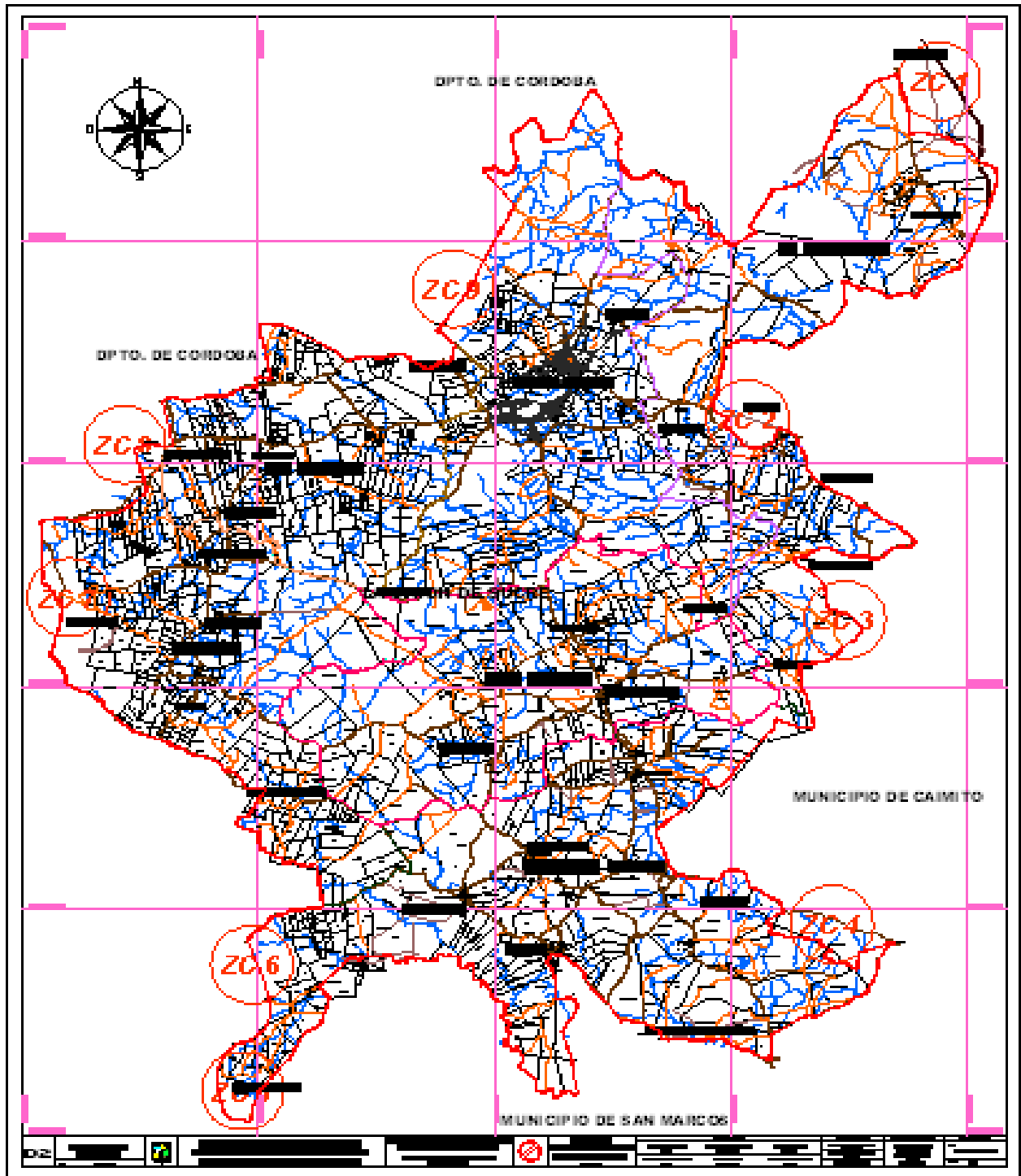
[Escribir texto]

Según el Esquema de Ordenamiento Territorial, los suelos de La Unión de Sucre hacen parte del paisaje de lomerío, que corresponde a una repetición de lomas altas y medianas alargadas separadas por drenajes naturales o red hidrográficas (arroyos) moderadamente densas. Su característica morfo génica es erosional.

En el área de sabanas colinadas se encuentra el Municipio de La Unión de Sucre, Caimito, San Marcos y San Benito, en donde están asociados las características de la Zona del San Jorge, con microcuencas y arroyos de cada municipio, especialmente en las áreas de vega de los arroyos Montegrande, Caimitico, Vijagual, Canoas.

PLAN TERRITORIAL DE SALUD

División Político Administrativa.



PLAN TERRITORIAL DE SALUD

Figura 2. Extensión y límites del Municipio de La Unión de Sucre.

Tomado de E.O.T. -2004.

El Municipio de La Unión de Sucre se encuentra dividido administrativamente en 5 Corregimientos y 33 Veredas (Tabla 2):

Tabla 2. Corregimientos y veredas del Municipio de La Unión de Sucre

CORREGIMIENTOS	VEREDAS
LAS PALMITAS	La Libertad, La Balsa, Rabolargo, Museque, Buenos Aires, Villa Libia, y La Esperanza, Museque.
PAJARITO	El Paisaje, La Victoria, Pueblo Rizo, Las Margaritas, Las Alias, Castañal y Barro Blanco
SABANETA	Las Piñuelas, Villa Fátima, Piñalito, Bocanegra, Miraflores, Platero y Las Garitas
CAYO DELGADO	El Jobo, Los Conguitos, Las Cruces, Las Toluas, Chivato y Vijagual
LA CONCEPCIÓN	Las Mulas, El Perú, Mojarra, La Gloria y Las Querellitas

Fuente: Secretaría de Planeación e infraestructura Municipal. Enero 2012

El área urbana lo conforman 22 barrios así: Santo Domingo, Mochila, Betania, El Vidrial, La Constituyente, Santa fe, Barranquillita, La Paz, Brasilia, San Pedro, San Antonio, Pueblo Nuevo, Paralibio, Cascarilla y Los Cayitos. Santander, Las Brisas, Doce de Marzo, El Paraíso, San Mateo, El Zumbao y Hong Kong.

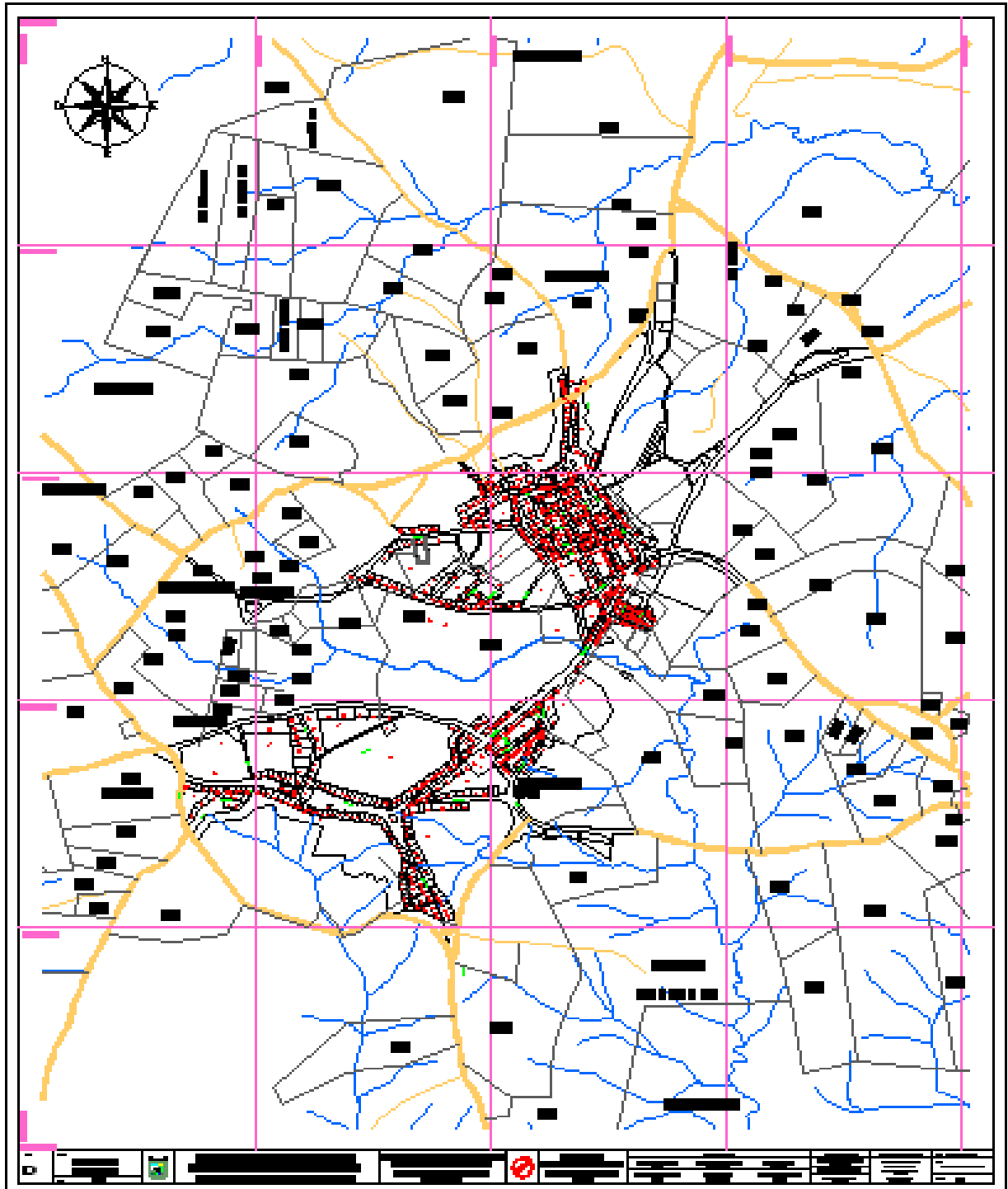


Fig. 3. Plano Área Urbana del Municipio de La Unión de Sucre –Tomado de E.O.T. 2004.

DIMENSIÓN POBLACIONAL

EXTENSIÓN TERRITORIAL

Variables de territorialidad

VARIABLES	MUNICIPIO	SUCRE	COLOMBIA
Extensión Territorial – 2011 (Km2)	234.39	10.917	1.141.748

Fuente: IGAC, DANE

TAMAÑO DE LA POBLACIÓN

El Municipio de La Unión de Sucre, según la Ficha Municipal del Departamento Nacional de Planeación (2011), cuenta con una población urbana de 10.234 personas, y en el resto, esto es, zona rural de 8.441, para un total de 18.675 habitantes. (Tabla 4).

Densidad poblacional. La densidad poblacional del Municipio de La Unión de Sucre es de 93 personas por kilómetro cuadrado.

Para efectos de cálculos comprometidos con población total y distribuida en zona urbana y rural, se decide trabajar con la información del Departamento Nacional de Planeación DNP., o sea, una población total de 18.675: en la cabecera 10.234 y en zona rural 8,441.

Tabla 4. Tamaño y distribución de la población

POBLACIÓN MUNICIPIO DE LA UNIÓN DE SUCRE						
TAMAÑO, DISTRIBUCIÓN Y SEXO						
AREA	FUENTE					
	DANE - CENSO 2005		DNP – 2011		SEXO	
	POBLACION	PORCENTAJE	POBLACION	PORCENTAJE	%HOMBRES	%MUJERES
CABECERA	5.635	52%	10.234	55%	59,9	49,1
RESTO	5.172	48%	8.441	45%		
TOTAL	10.807	100%	18.675	100%	59.9	49.1

Fuente: Archivo de Consultoría -2012.

Crecimiento de la población:

Natalidad. La Tasa de natalidad del Municipio según Fuente DANE para el año 2010, reportada por la Gobernación de Sucre, es de 9,2 (tasa x 1.000 HTS).

Mortalidad general. Según la fuente anterior, el Municipio de La Unión de Sucre, tiene una tasa de mortalidad general para el año 2010, de 298,6 de un total de 10.716, personas.

Inmigración. No se tiene información de inmigración de personas hacia el Municipio.

Emigración. Del total de personas residentes en forma permanente en el exterior, el 80% está en Venezuela, 11,4% en España y el 2,9% en USA.

Crecimiento de la población

VARIABLES E INDICADORES	MUNICIPIO	SUCRE	COLOMBIA
Población Proyectada - 2011	10.279	818.689	46.044.601
Índice de Mortalidad Infantil (0 – 1 años) 1995 – 2020 (por 1.000 HTS)	10,10 (año 2010)	19.90	27.80
Índice de Mortalidad Materna 2005 – 2020 (por 100.000 (HTS)	-	45	13
Índice de Mortalidad General 2005 – 2010 (por 1.000)	-	5.81	5.66
Tasa de Fecundidad (Hijos en promedio) Mujeres 15 - 39 años: 2005 – 2020	-	2.45	2.82
Tasa Bruta de Natalidad 2005 – 2020 (Nacidos/Población)	-	19.86	22.86
Esperanza de Vida al Nacer (Años) 2005 – 2020	-	74	74.2

Fuente: DANE. Tomado de PDD "Acciones clara para dejar huellas" 2012 - 2015.

ESTRUCTURA POBLACIONAL.

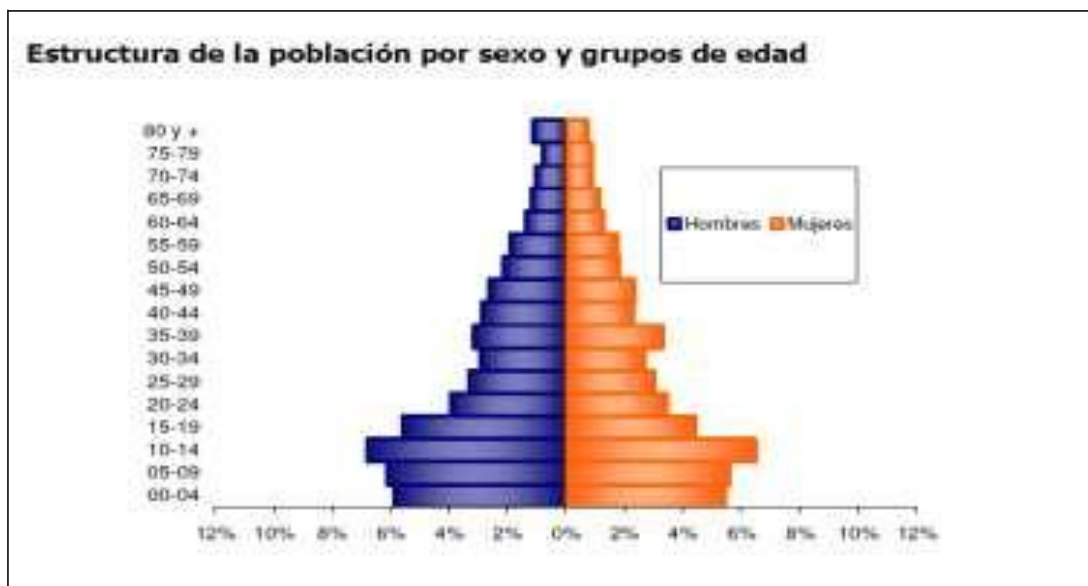
Edad y sexo. Del total de la población de La Unión de Sucre, el 52,4% es hombre y el 47,6% es mujer. De acuerdo a los rangos de edad, los grupos etáreos se distribuyen por sexo de la siguiente manera. Tabla 5. Gráfica 1.

Tabla 6. Proyecciones de población por sexo y edad 2005 - 2011

La Unión	PROYECCIONES DE POBLACIÓN POR SEXO Y EDAD 2005 - 2011																				
	2005			2006			2007			2008			2009			2010			2011		
Grupos de edad	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Total	10.346	5.421	4.925	10.395	5.435	4.960	10.472	5.471	5.001	10.556	5.513	5.043	10.636	5.555	5.081	10.716	5.592	5.124	10.807	5.634	5.173
0-4	1.181	607	574	1.183	606	577	1.182	604	578	1.184	604	580	1.181	603	578	1.169	598	571	1.176	602	574
5-9	1.247	641	606	1.215	624	591	1.188	611	577	1.168	602	566	1.163	600	563	1.175	606	569	1.177	609	568
10-14	1.362	722	640	1.358	717	641	1.332	699	633	1.293	675	618	1.244	646	598	1.198	620	578	1.164	603	561
15-19	1.028	550	478	1.076	576	500	1.133	605	528	1.186	634	552	1.224	654	570	1.238	659	579	1.233	654	579
20-24	749	404	345	770	414	356	795	427	368	826	443	383	861	461	400	900	480	420	947	504	443
25-29	644	338	306	646	341	305	646	344	302	645	344	301	650	348	302	661	353	308	681	363	318
30-34	573	293	280	562	287	275	563	288	275	571	292	279	578	297	281	582	301	281	584	303	281
35-39	657	343	314	650	338	312	625	322	303	590	301	289	561	284	277	540	273	267	528	267	261
40-44	528	277	251	546	285	261	572	297	275	604	314	290	624	325	299	631	329	302	624	323	301
45-49	513	277	236	518	278	240	516	276	240	508	270	238	505	267	238	513	270	243	527	276	251
50-54	409	216	193	425	225	200	447	238	209	468	252	216	490	265	225	502	272	230	508	275	233
55-59	382	201	181	392	207	185	391	205	186	389	205	184	390	206	184	398	211	187	413	219	194
60-64	277	143	134	292	152	140	312	162	150	337	176	161	355	186	169	368	193	175	376	197	179
65-69	237	124	113	239	123	116	241	123	118	244	125	119	250	128	122	259	133	126	276	142	134
70-74	198	100	98	182	90	92	195	99	96	205	104	101	211	108	103	215	110	105	212	107	105
75-79	175	91	84	148	76	72	134	69	65	133	68	65	139	71	68	151	76	75	162	81	81
80 Y MÁS	186	94	92	193	96	97	200	102	98	205	104	101	210	106	104	216	108	108	219	109	110

Fuente: DANE- Proyecciones municipales de población 2005-2011 sexo y grupos de edad

Gráfica 1. Estructura poblacional por sexo y edad



Tomada de: DANE Censo General 2005.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN.

Población localizada en Cabecera /centros poblados, Veredas, Corregimientos. (Considerando la estructura poblacional).

Población por Viviendas, Hogares y Personas.

Población por Viviendas, Hogares y Personas

Área	Viviendas Censo	Hogares General	Personas 2005	<u>Proyección</u> población
Cabecera	1.086	1.029	5.134	5.537
Resto	1.096	1.067	5.145	5.179
Total	2.182	2.096	10.279	10.716

Fuente: DANE. Boletín Censo General 2005. Septiembre de 2010.

La anterior información muestra que el promedio de personas por vivienda en Cabecera y Resto es de 4,7. En cuanto a la relación Número de personas por hogar en el área urbana es de 5 persona por vivienda, y en el resto del territorio de 4,8.

En resumen el Promedio de personas por hogar en el Municipio de La Unión de Sucre es de 4,9 habitantes.

POBREZA

De acuerdo a la información anterior, el Municipio de La Unión de Sucre, está por debajo del promedio departamental y nacional, lo que indica que las condiciones socioeconómicas de su población han mejorado por encima del promedio departamental y nacional. Sin embargo, existe una inequidad interna entre los habitantes de la zona urbana (cabecera) y los de zona rural pues las necesidades básicas insatisfechas de estos, superan en un 13,8% a los de zona urbana. Por ello, la administración actual tiene el reto de equilibrar las garantías de inversión social hacia el mejoramiento de la calidad de vida a esta población, traducidas en mejor oferta institucional: educación, salud, vías, generación de empleo, e ingresos entre otras.

NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS (NBI)

El índice de Necesidades Básica Insatisfechas –NBI, identifica los hogares con algunos atributos que demuestran la ausencia de consumos básicos o la baja capacidad de generación de ingresos. En esta dirección, para el año 2005 la pobreza en Colombia era de 27,8%, en el Departamento de Sucre de 23,0% y la del Municipio de 18,4%, es decir, por debajo de los índices nacional y departamental.

Tabla 8. Pobreza e indigencia

Pobreza	Municipio	Departamento	País
Población con NBI (1993)	28,5%	31%	36,8%
Población NBI (2005)	18,4%	23,0%	27,8%
Pobreza en miseria según NBI (2005)	4,2%	8,1%	10,6%
NBI Vivienda	0,7%	7,0%	10,4%
NBI Servicios Públicos	0,4%	4,2%	7,4%
NBI hacinamiento	5,5%	9,1%	11,1%
NBI Inasistencia escolar	1,1%	3,4%	3,8%
NBI Dependencia económica	15,1%	11,3%	11,3%
NBI Cabecera municipal (2005)	11,9%	15,9%	19,7%
NBI Resto (2005)	25,7%	47,5	51,5%
Pobreza SISBEN (febrero 2011)	16.193	-	-

Familia en pobreza extrema vinculada a UNIDOS 2011.	217
---	-----

Fuente: Ficha Municipal DNP -2011.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO BÁSICO

Los Servicios Públicos Domiciliarios en La Unión de Sucre, son prestados por la Empresa Industrial y Social del Estado "UNION AAA" S.A. E.S.P, de carácter oficial. La prestación de los servicios públicos domiciliarios en estos momentos es la siguiente:

Acueductos. La cobertura nominal del servicio de acueducto según el Informe Diagnóstico del Municipio de La Unión de Noviembre de 2008 del Plan Departamental de Aguas –PDA, está en un 98%, la cobertura real en un 32,7%.

Según datos del SISBEN III a Diciembre de 2011, y de acuerdo a la población de

11.312 persona en total, el servicio de acueducto estaría de la siguiente manera:

Para el MAVDT –SSPD –DDT –DNP del año 2011, los indicadores de Agua Potable y Saneamiento Básico, son los siguientes:

Cobertura de acueducto (2008): 79,4%

Cobertura de alcantarillado (2008): 70,2%

Acueducto urbano. La cobertura del sistema urbano de acueducto está en 95% según datos por la Empresa AAA S.A. E.S.P. del año 2008.

Según el Plan Departamental de Aguas -PDA., el Índice de riesgo de la calidad del agua -IRCA para consumo humano está en un 14%, muy lejos de alcanzar la cobertura total, siendo esta problemática de riesgo para la salud humana.

El municipio no ha recibido la concesión de agua de los acuíferos de los cuales se surte.

- Carencia de dispositivos para medición del caudal y manómetros.
- No existe Plan de mantenimiento preventivo.
- Fallas frecuentes en el servicio de energía de los pozos abastecedores. El Pozo No. 3 no tiene sistema de cloración.
- No se tiene el catastro de redes actualizado.
- Las redes no tienen la capacidad para el suministro de la demanda de agua de los usuarios, en algunos sitios.
- No se presta el servicio de acueducto con la continuidad, calidad y cobertura conforme a las demandas exigidas.

Por lo anterior, le corresponde al Municipio incrementar el número de

personas atendidas eficientemente con el servicio de acueducto en el área urbana y rural durante el cuatrienio, mediante la optimización del sistema con el fin de garantizar un suministro de agua apta para el consumo humano con la continuidad y calidad requerida de conformidad con la Resolución CRA 315 y 348.

Acueductos Rurales. La situación de los acueductos rurales es la siguiente:

No se garantiza la prestación de los servicios de acueducto en forma continua, con calidad y cobertura conforme a las demandas de las comunidades usuarias del servicio.

Distensión de redes en forma anormal debido a las instalaciones y extensiones de éstas sin ningún estudio previo.

Carencia de micro medidores domiciliarios para controlar el exceso de consumo de agua, utilizada para los usos permitidos para la satisfacción del consumo humano pero también para ganado, riego de cultivos y llenado de estanques y represas.

- No existe estímulo de ahorro del líquido.
- No se ha fomentado la cultura de pago del servicio.
- Urge la optimización de los sistemas de acueducto en general.

La solución para la problemática del servicio de agua en el Municipio de La Unión de Sucre, está en la oportunidad que ofrece el Plan Departamental de Aguas – PDA, mediante la optimización de los sistemas de acueducto, que por la cobertura

actual que tiene es fácil su ejecución.

Servicio de alcantarillado. Falta cobertura del servicio en un 35% de la población urbana, según el Informe Diagnóstico del Municipio de La Unión de Noviembre de 2008 del Plan Departamental de Aguas –PDA con deficiencias, algunas de tipo administrativo:

- Taponamiento frecuentes por el deterioro en las cañerías de cemento.

- Falta de reforestación del área aledaña de la laguna de oxidación y mantenimiento de cercas, taludes y represas.

- Usuarios no conectados al servicio de alcantarillado teniendo la disponibilidad de acceso a éste.

- No se hace tratamiento de aguas residuales, a parte del proceso que realizan las lagunas de oxidación normalmente cuando se les hace mantenimiento preventivo.

- En zona rural no existe infraestructura de alcantarillado, este servicio es suplido parcialmente por letrinas.

Al igual que el servicio de acueducto, espera la optimización del Plan Departamental de Aguas para alcanzar coberturas plenas y calidad en la prestación del servicio.

Servicio de aseo. No se tiene la cobertura total en zona urbana.

Según el Informe Diagnóstico del Municipio de La Unión de Noviembre de 2008 del Plan Departamental de Aguas –PDA, el Municipio de La Unión de

Sucre, tiene una cobertura de Aseo en el año 2011 de 00%.

- La frecuencia en cuanto a la recolección del residuo sólido es intermitente, es decir no se presta con regularidad debido a la desorganización y falta de vehículos de recolección.
- Se dispone la basura a cielo abierto en un lote adquirido por la Administración Municipal 2008-2011 que no cumple las condiciones mínimas para este uso, luego que el municipio fuera obligado a cerrar el que tenía por no cumplir tales exigencias.
- No se hace selección en la fuente, ni la presentación de la basura en forma debida.
- Los vehículos de recolección no cumplen las condiciones de estanqueidad adecuadas.
- No se cumple con los programas, proyectos y actividades establecidas en el PGIRS, por falta de voluntad de la Empresa UNIÓN AAA S.A E.S.P., y seguimiento de las Autoridades Ambientales.

En los Centros poblados rurales, Veredas y Caseríos se dispone la basura a cielo abierto, algunos la queman para deshacerse de ella.

DIAGNOSTICO DEL SECTOR SALUD POR EJES PROGRAMATICOS

■ EJE PROGRAMATICO DE ASEGURAMIENTO

Régimen subsidiado. La población afiliada al régimen subsidiado a 31 de diciembre de 2011 es de 10.843 afiliados, de una población SISBEN total de 12.032 en los Niveles 1 y 2.

Población SISBEN no afiliada al Régimen Contributivo ni Subsidiado, 606 personas.

Población asegurada régimen subsidiado a 28-02-2012.

Código entidad	Nombre entidad	Periodo Corte	Subsidio Pleno
EPS020	CAPRECOM	28/02/2012	2.115
EPSS33	SALUDVIDA	28/02/2012	3.783
ESS133	COMPARTA	28/02/2012	983
ESS207	MUTUAL SER	28/02/2012	3.782
TOTAL			10.663

Fuente: Secretaria de Salud Municipal – Febrero 28 de 2012

■ EJE PROGRAMATICO DE PRESTACIÓN Y GARANTÍA DE SERVICIOS DE SALUD

El Municipio de La Unión de Sucre cuenta para la prestación del servicio de salud, con la siguiente infraestructura física y talento humano:

Centro de Salud. Denominado E.S.E, Hospital La Unión, ente de carácter descentralizado y autonomía propia, presta los servicios de I Nivel de Atención, y conformado de la siguiente manera:

Área Científica: Urgencias, laboratorio clínico, consulta externa, vacunación, odontología, almacén, sala de partos, y sala de post parto.

Área Administrativa: Almacén, Tesorería, Gerencia, Facturación, Recursos humanos y SIAU.

Área de servicios. Dormitorios, 15 batería sanitarias en regular estado.

Vehículos disponibles. Dos ambulancias (Una en buen estado y una en regular estado),

Planta de Personal: Conformada por 23 empleados de nómina y 36 por Contratación.

la zona rural, existen seis Puestos de Salud distribuidos en los Corregimientos de La Concepción, Cayo Delgado, Sabaneta, Pajarito, Las Palmitas y la Vereda de Piñalito, los cuales se encuentran sin funcionamiento por que no cuentan con la dotación ni el personal profesional, técnico y operativo necesario para la prestación de servicios.

Por tal razón, urge consolidar programas y proyectos de

desarrollo institucional para el mejoramiento de cobertura y calidad del servicio de salud, deficiente en estos momentos.

La mayoría de los servicios son prestados por la ESE Municipal, sin embargo existe en el municipio una IPS Privada Salvar Ltda.

A continuación se presenta una relación de lo servicios ofrecidos.

Nombre	Servicio	Distintivo
HOSPITAL LA UNION EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	OBSTETRICIA	163103
SALVAR I.P.S. LIMITADA	ENFERMERÍA	501756
HOSPITAL LA UNION EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	ENFERMERÍA	287309
SALVAR I.P.S. LIMITADA	FISIOTERAPIA	162450
SALVAR I.P.S. LIMITADA	MEDICINA GENERAL	162943
HOSPITAL LA UNION EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	MEDICINA GENERAL	
HOSPITAL LA UNION EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	ODONTOLOGIA GENERAL	163361
SALVAR I.P.S. LIMITADA	ODONTOLOGIA GENERAL	163327
SALVAR I.P.S. LIMITADA	TERAPIA RESPIRATORIA	163766
HOSPITAL LA UNION EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	SERVICIO DE URGENCIAS	163637
HOSPITAL LA UNION EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO	286977
HOSPITAL LA UNION EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	LABORATORIO CLINICO	163943
KAROL YANETH VILLALBA DORADO	LABORATORIO CLINICO	502628
SALVAR I.P.S. LIMITADA	LABORATORIO CLINICO	163953
SALVAR I.P.S. LIMITADA	RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOST.	163577
SALVAR I.P.S. LIMITADA	TOMA DE MUESTRAS DE LAB. CLINICO	501888
KAROL YANETH VILLALBA DORADO	TOMA DE MUESTRAS DE LAB. CLINICO	502627
HOSPITAL LA UNION EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	TOMA DE MUESTRAS DE LAB. CLINICO	286946
HOSPITAL LA UNION EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	SERVICIO FARMACÉUTICO	286978
SALVAR I.P.S. LIMITADA	SERVICIO FARMACÉUTICO	501752
SURTICLINICOS LTDA la union	SERVICIO FARMACÉUTICO	502242
INVERSIONES SMP LTDA LA UNION	SERVICIO FARMACÉUTICO	60467
SALVAR I.P.S. LIMITADA	TOMA DE MUESTRAS CITOLOGÍAS CERVICO-UTERINAS	501883
KAROL YANETH VILLALBA DORADO	TOMA DE MUESTRAS CITOLOGÍAS CERVICO-UTERINAS	502549
HOSPITAL LA UNION EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	TOMA DE MUESTRAS CITOLOGÍAS CERVICO-UTERINAS	286979
HOSPITAL LA UNION EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	LABORATORIO CITOLOGÍAS CERVICO-UTERINAS	501889

HOSPITAL LA UNION EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	ESTERILIZACIÓN	286980
SALVAR I.P.S. LIMITADA	TOMA E INTERPR. RADIOLOGÍAS ODONTOLÓGICAS	501778
HOSPITAL LA UNION EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	VACUNACIÓN	
HOSPITAL LA UNION EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	ATENCIÓN PREVENTIVA SALUD ORAL HIGIENE ORAL	286974
SALVAR I.P.S. LIMITADA	ATENCIÓN PREVENTIVA SALUD ORAL HIGIENE ORAL	501886
SALVAR I.P.S. LIMITADA	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	501887
HOSPITAL LA UNION EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	286640
HOSPITAL LA UNION EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	PROMOCIÓN EN SALUD	286976
SALVAR I.P.S. LIMITADA	PROMOCIÓN EN SALUD	501792

Fuente REPS Ministerio de Protección Social

La capacidad instalada es la siguiente:

Nombre	Grupo	Concepto	Cantidad
HOSPITAL LA UNION EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	AMBULANCIAS	Básica	1
HOSPITAL LA UNION EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	AMBULANCIAS	Básica	1
HOSPITAL LA UNION EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CAMAS	Pediátrica	0
HOSPITAL LA UNION EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CAMAS	Adultos	0
HOSPITAL LA UNION EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CAMAS	Obstetricia	2
HOSPITAL LA UNION EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	SALAS	Partos	1

Fuente REPS Ministerio de Protección Social

■ EJE PROGRAMATICO DE SALUD PUBLICA

Mortalidad General 2009-2011. Según información de la Secretaría de Salud Departamental, de la Gobernación de Sucre, de enero 7 de 2012, “I Encuentro de Secretarios de Salud Municipales, Sucre 2012”, la Tasa de Mortalidad General del Municipio de La Unión de Sucre para los años 2009 y 2010, es de 366,7 y 298,6,

respectivamente.

Tabla 16. Mortalidad General 2009 - 2010, Municipio de La Unión de Sucre

AÑOS	CASOS	POBLACION	TASA x 100.000 HTS
2009	39	10.636	366,7
2010	32	10.716	298,6

Tomado de: **Secretaria de Salud** Departamental, I Encuentro de Secretarios de Salud. Enero 2012

Tasa de mortalidad en menores de 1 año (por 1.000 nacidos vivos).

Tasa de Mortalidad Infantil 2005 - 2009

Municipio	TMI 2005	TMI	TMI	TMI	TMI
La Unión de	40,11	39,98	39,81	39,81	39,81

Fuente: DANE, COLOMBIA. TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL MUNICIPAL, 2005 - 2009

Para el año 2011, no hubo mortalidad en menores de un año.

Mortalidad en menores de 5 años (por 1.000 nacidos vivos).

Según informe de la Secretaría de Salud Municipal de La Unión de Sucre, de enero de 2012 la tasa de mortalidad en menores de 5 años para el año 2011, es cero.

Tasa Mortalidad en menores de 5 años.

AÑOS	CASOS	NACIDOS VIVOS	TASA x 1.000 HTS
2007	6	172	34,9
2008	7	166	42,2
2009	9	191	47,1
2010	1	99	10,1

Fuente DANE – (2010 – Preliminar). Tomado de: Secretaria de Salud Departamental, I Encuentro de Secretarios de Salud. Enero 2012.

Cobertura de vacunación con DPT en menores de 1 año.

Presenta el porcentaje de niños menores de un año que han recibido sus 3 dosis de vacuna DPT. Para el año 2010, la cobertura de vacunación con este biológico fue de 91,9%.

Indicador/año		La Unión Sucre		
		País		
niños menores de 1 año DPT				
2007		80.0%	102.7%	92.9
2008		100.9%	102.8%	92.2%

2009		97.9%	100.8%	92.12%
2010		91.1%	96.9%	88.0%

Fuente: Ministerio de Protección Social –Programa ampliado de inmunizaciones

Coberturas de vacunación en menores de 1 con Triple Viral	niños			
2007		91.3%	107.8%	94.
2008		104.8%	103.8%	92.
2009		100.4%	105.9%	95.
2010		91,6%	97.1%	88.6%

Fuente: Ministerio de Protección Social –Programa ampliado de inmunizaciones

De conformidad con información de la Secretaría de Salud Municipal, el número de niños menores de 1 año de edad vacunados con triple virales, sarampión – rubeola en la vigencia de 2011, es de 214 niños.

N°de niños de 5 años vacunados con triple viral, en 2011.

ENERO	19 niños	JULIO	17 niños
FEBRERO	29 niños	AGOSTO	17 niños
MARZO	22 niños	SEPTIEMBRE	26 niños
ABRIL	28 niños	OCTUBRE	19 niños

MAYO	27 niños	NOVIEMBRE	23 niños
JUNIO	21 niños	DICIEMBRE	20 niños

Total = 265 niños

Población de niños y niñas menores de 1 año vinculados al programa de salud y nutrición durante la vigencia de 2011. Por primera vez 92 niños, en control 216.

Madres gestantes vinculadas al programa de maternidad segura, en la vigencia 2011, Inscripciones 176.

Razón de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos). Definida como Nº de mujeres que mueren durante el embarazo o en los 42 días siguientes a su terminación, independiente de la duración del embarazo y del sitio del parto y debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas de accidentales o incidentales.

Indicador/año	La Unión	Sucre	País
Tasa de mortalidad materna			
global (por 100.000 nacidos vivos)			
200	-	106.37%	75.57
200	-	43.69%	62.76
200 9	-	83.60%	62.86 %

Fuente: DANE –Estadísticas vitales

Según la Secretaría de Salud de La Unión de Sucre de e enero de 2012, no hubo mortalidad materna durante los años 2010 y 2011. La razón de mortalidad materna es cero.

Tasa de mortalidad asociada a cáncer de cuello uterino (por 100.000 mujeres).

Según la misma fuente, la tasa de mortalidad por esta condición es de cero (0).

Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que han sido madre o están en embarazo.

Nacimientos en mujeres de 15 -19 años	La Unión	Sucre	Colombi
200	51	3.664	160.070
200	52	3.608	156.952

Fuente: DANE –Estadísticas vitales.

Prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción en las mujeres (15 y 49 años) actualmente unidas y no unidas, sexualmente activas. La prevalencia en el uso de métodos de anticoncepción durante el año 2011 fue de 344 mujeres.

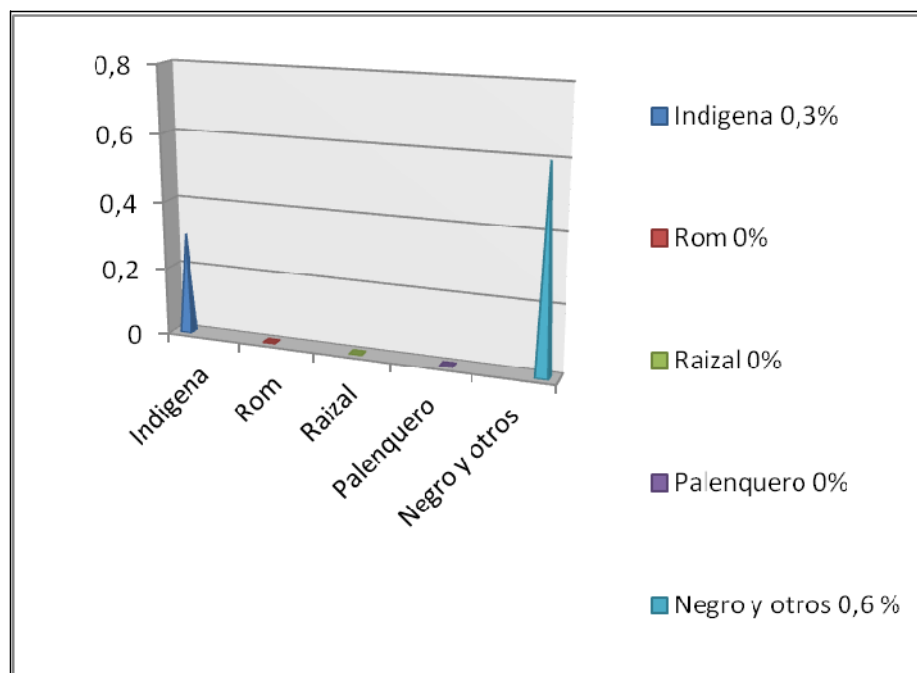
Tasa de mortalidad asociada al VIH/SIDA. Para el año 2001, la tasa de mortalidad asociada al VIH/SIDA es cero.

■ **EJE PROGRAMATICO PROMOCION SOCIAL**

Grupos de población en condición de vulnerabilidad.

Según información del Censo General DANE 2005, en el Municipio se reporta una población del 0,6% que se auto reconoce como negro, mulato, afrocolombiano o afro descendiente, representados por 63 personas; el 0,3% como indígena que equivale a 6 personas; no se reporta población raizal, R-rom, ni palenquero. En la Unión de Sucre, las personas con limitaciones permanentes se encuentran en el rango de edades mayores de 50 años. Existe una población víctima del desplazamiento de 176 personas, congregadas en 27 núcleos familiares, que carecen de los más elementales medios para vivir, por lo que necesitan del apoyo de la Administración Municipal para su sobrevivencia.

Figura . Grupos étnicos, afros, indígenas, R-rom.



Fuente: DNP Censo General DANE 2005.

PROGRAMA RED UNIDOS: El 71% del año 2009, y el 74% en el 2012, se encuentra afiliado a un sistema de seguridad social en salud. El 26% no ha alcanzado los logros en esta dimensión.

MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA Y DESPLAZAMIENTO. Según el Informe de la Comisaría de Familia (Proceso de empalme), durante el año 2011, se presentaron los siguientes casos.

Tabla 20. Casos de violencia

DESCRIPCIÓN	No. DE CASOS
Maltrato infantil	52
Inasistencia alimentaria	107

Violencia intrafamiliar	78
Abandono del hogar	19
Abuso sexual	22

Fuente: Comisaría de Familia Municipal –Abril de 2012.

POBLACIÓN RECIBIDA Y EXPULSADA EN SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO DE PRIMERA INFANCIA. Según la Ficha Municipal de la Estrategia de Cero a Siempre, en el Municipio de La Unión de Sucre, se reportan 500 personas, y por expulsión 410 personas. Tabla 21.

Tabla 21. Población víctima de desplazamiento –Primera infancia

No.	Población en Situación de Desplazamiento	La Unión	Sucre	País
1	Población Recibida Acumulada (Dic. 31 de 2010)	4.823	171.303	4.075.752
2	% Población Recibida en Situación de Desplazamiento	44,3%	20,7%	8,7%
3	Población Recibida en Primera Infancia	500	11.797	397.080
4	Población Expulsada Acumulada (Dic. 31 de 2010)	4.141	133.504	4.142.574
5	Población Expulsada en Primera Infancia	410	9.714	402.163

Fuente: DPS- SIPOD

Tomada de Ficha Municipal Estrategia de Cero a Siempre.

Desplazamiento forzado. En la Tabla de desplazamiento, se muestra la población actualmente recibida acumulada a 31 de Diciembre de 2010, según la Ficha Municipal – Información general, sectorial y financiera para la elaboración de los programas de gobierno de los candidatos a las alcaldías municipales 2012–2015, la cual arroja 175 personas recibidas y 103 expulsadas acumuladas.

El tema de desplazados hay que tratarlo de manera urgente, respecto de la información referenciada en la Ficha Municipal, puesto que en ese documento, el Municipio de La Unión de Sucre, aparece con unos registros de población recibida acumulada a diciembre 31 de 2010 de 4.216 personas; y con 3.797 expulsadas acumuladas, lejos de la realidad que maneja la Personería Municipal que registra personas desplazadas. Esta población se encuentra ubicada tanto en la zona urbana (Barrio Brisas, Cascarilla, La Paz, La Constituyente, Avenida Núñez) como en la zona rural (Corregimiento de Pajarito, Vijagual, Sabaneta, Vereda Las Piñuelas, Villa Fátima, La Balsa, etc.). De otra parte, el SIPOD, registra una población de 182 personas diferente a las anteriores.

EJE PROGRAMATICO DE RIESGOS PROFESIONALES

La perspectiva económica del municipio se determina mediante el análisis de los sectores primarios, secundarios y terciarios.

En el sector primario se analizan las actividades que se realizan con base de recursos naturales: agricultura, ganadería y minería.

En el sector secundario, actividades de transformación de bienes o materias primas como la agroindustria, confecciones, artículos de madera, ornamentaciones y artesanías.

En el sector terciario se miran actividades de tipo comercial y de servicios, la economía informal, la cual se tipifica en actividades informales (ambulantes, estacionarias y semiestacionarias) y actividades

en (tiendas de barrio, mercados populares y/o microempresas).

Tabla Porcentaje de Participación en la Generación de Empleo en la Zona Urbana y Rural, Municipio de La Unión de Sucre.

ACTIVIDAD	URBANA %	RURAL %
Agricultura	55.72	86.70
Comercio	7.37	0.78
Ganadería	3.27	2.35
Pesca	1.74	-
Otros	31.90	10.17
TOTAL	100	100

Fuente: Esquema de Ordenamiento Territorial – 2004.

En la zona urbana los sectores que mayor participación tiene es la agricultura le sigue en su orden el comercio y la ganadería, y los servicios el cual está representado por otros dedicados éstos a otra clase de actividades.

En la zona rural el sector que tiene mayor participación es la agricultura, le siguen la ganadería y un 10.6% que corresponde a otros.

Cabe anotar que la población de empleados para la zona urbana es de

17.96%, trabajo independiente 57.03% y desempleado 25%.

El Promedio de personas empleadas para la zona rural, es de 15.7%, trabajadores independientes 75.6%, desempleados 8.7%, como se puede observar la población de mayor significación es la de trabajador independiente siendo estos los dedicados a la economía informal

Conformada por los vendedores ambulantes y trabajadores estacionarios entre otros.

Tabla. Situación Laboral de la Población, Municipio de La Unión de Sucre

OCUPACIÓN	URBANA %	RURAL %
Empleado	17.96	15.7
Trabajador Independiente	57.03	75.6
Desempleado	25	8.7
TOTAL	100	100

Fuente: Esquema de Ordenamiento Territorial - 2004.

En el municipio, el 66.4% en la zona urbana no tienen ingresos fijos y sólo el 33.6% los tienen. En la zona rural el 63% de las familias no tienen ingresos fijos y el 37% si los tienen.

EJE PROGRAMATICO DE EMERGENCIAS YDESASTRES

En La Unión de Sucre, la gestión de riesgos de desastres no evidencia las recomendaciones específicas y disposiciones contenidas en el Plan Nacional para la prevención y atención de desastres:

Causas:

- Falta de direccionamiento y operatividad permanente del CLOPAD.
- No se aplican las directrices del Esquema de Ordenamiento Territorial - E.O.T. relacionadas con la prevención de desastres en: ordenamiento urbano, delimitación de zona de riesgo, reubicación de asentamientos humanos: Barrio El Paraíso, Barrio El Zumbao, viviendas aledañas al Arroyo Núñez, entre otras.
- Inexistencia del inventario actualizado de hogares en situación de riesgos.
- No existe una estrategia publicitaria sobre la prevención de riesgos y la atención de desastres en caso de ocurrencia al interior del Municipio.
- No existe un plan de formación y capacitación a personal de la comunidad para la atención y prevención de riesgos.

Consecuencias

- Lo anterior no contribuyen a garantiza la prevención, control y la reducción del riesgo de desastre para la protección, la seguridad, el bienestar y la calidad de vida de los habitantes de La Unión de Sucre.

- No se ha implementado las directrices que establece el Esquema de Ordenamiento Territorial, en cuanto a las áreas de riesgos y las áreas de protección, las cuales determina como aquellas “conformadas por el territorio urbano o rural que por sus características y condiciones de inestabilidad físicas, natural o creada ofrecen eventuales riesgos para los habitantes del Municipio, por lo tanto no son susceptibles de urbanizar” (E.O.T. Sistema Ambiental Municipal –Áreas de riesgo), dentro de las cuales identifica:
 - El área de afectación por redes eléctricas.
 - El área inundable localizada en las zonas de influencia de los principales arroyos como Catalina, Canoas, Congo, Vijagual, Jolupo, Monte grande y Núñez.
 - Las áreas de influencia del futuro relleno sanitario del municipio.
 - El área de influencia de la laguna de oxidación para el tratamiento de las aguas residuales.
 - El área de erosión de moderada a severa generada por la sobreutilización del suelo.
 - El área de la loma del balasto.
 - El área de protección sobre las márgenes del anillo vial a 30 metros por cada margen y en todo su recorrido.

PROGRAMA DE SALUD ALINEADO CON EL PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL

La Constitucional Política Nacional, en su Artículo 49, establece “la salud es un servicio público a cargo del Estado, por tal razón se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”.

- Coadyuvar el fortalecimiento de la ESE Hospital La Unión.
- Apoyo para la adecuación, dotación y funcionamiento de los Puestos de Salud en zona rural (equipos, ambulancia rural, promotora de salud).
- Crear la red de comunicación entre la ESE y Puestos de Salud rurales. Lograr la universalización de cobertura del Régimen Subsidiado. Actualización del SISBEN.
- Reactivación y Capacitación de los Comités de Participación Comunitaria en salud.
- Ejecución, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud
- Financiar y/o Cofinanciar programas de atención integral a la población vulnerable (discapacitados, desplazados, niñez, adulto mayor).
- Apoyo, seguimiento y evaluación a la consecución de logros de la dimensión salud en la estrategia UNIDOS.
- Apoyo a Programas de salubridad pública.
- Coadyuvar con la implementación de los Planes de Gestión Integral.

PROGRAMA GESTIÓN DEL RIESGO ALINEADO CON EL PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL

- Fortalecimiento a los comités de prevención y atención de desastres. Reubicación de viviendas ubicadas en zonas de alto riesgo. Incorporación de la gestión del riesgo en la planificación territorial. Ejecución de obras de control de erosión hídrico en el municipio.

PROGRAMA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA ALINEADO CON EL PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL

- Vinculación de los grupos organizados en los procesos de planeación del desarrollo.
- Restructuración de las Juntas de Acción Comunal y capacitación de líderes comunitarios en liderazgo social y convivencia, solución pacífica de conflictos, valores humanos
- Diseño y desarrollo de espacios de información a la comunidad.
- Diseño y desarrollo de espacios de participación ciudadana en ejecución de acciones y mecanismos de contratación.
- Fortalecimiento del Consejo Municipal de Desarrollo Rural, Consejo Territorial de Planeación y de las Microempresas, Grupos Asociativos, Cooperativas y gremios organizados.
- Desarrollo de programas socioeconómicos para madres comunitarias.
- Creación y apoyo del Consejo Municipal de Juventudes. Restructuración y funcionamiento del comité de control social a los servicios públicos domiciliarios y la Red de veedurías ciudadanas.
 - Gestión para la creación y funcionamiento de la Casa de la Participación Ciudadana y Comunitaria.
- Fortalecimiento y apoyo a la Comisaría de Familia, Inspección Central de Policía, Conciliadores Rurales y a la Policía Nacional a través del Fondo de Seguridad y Convivencia Ciudadana.

PROGRAMAS ESPECIALES ALINEADOS AL PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL

- Apoyo y fortalecimiento a proyectos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Acción Social y estrategia UNIDOS.
- Gestionar la construcción del Centro Artesanal Urbano.
Adecuación y dotación de la Casa del Adulto Mayor.
- Creación de microempresas y famiempresas.

- Programa de vacaciones recreativas para estudiantes.

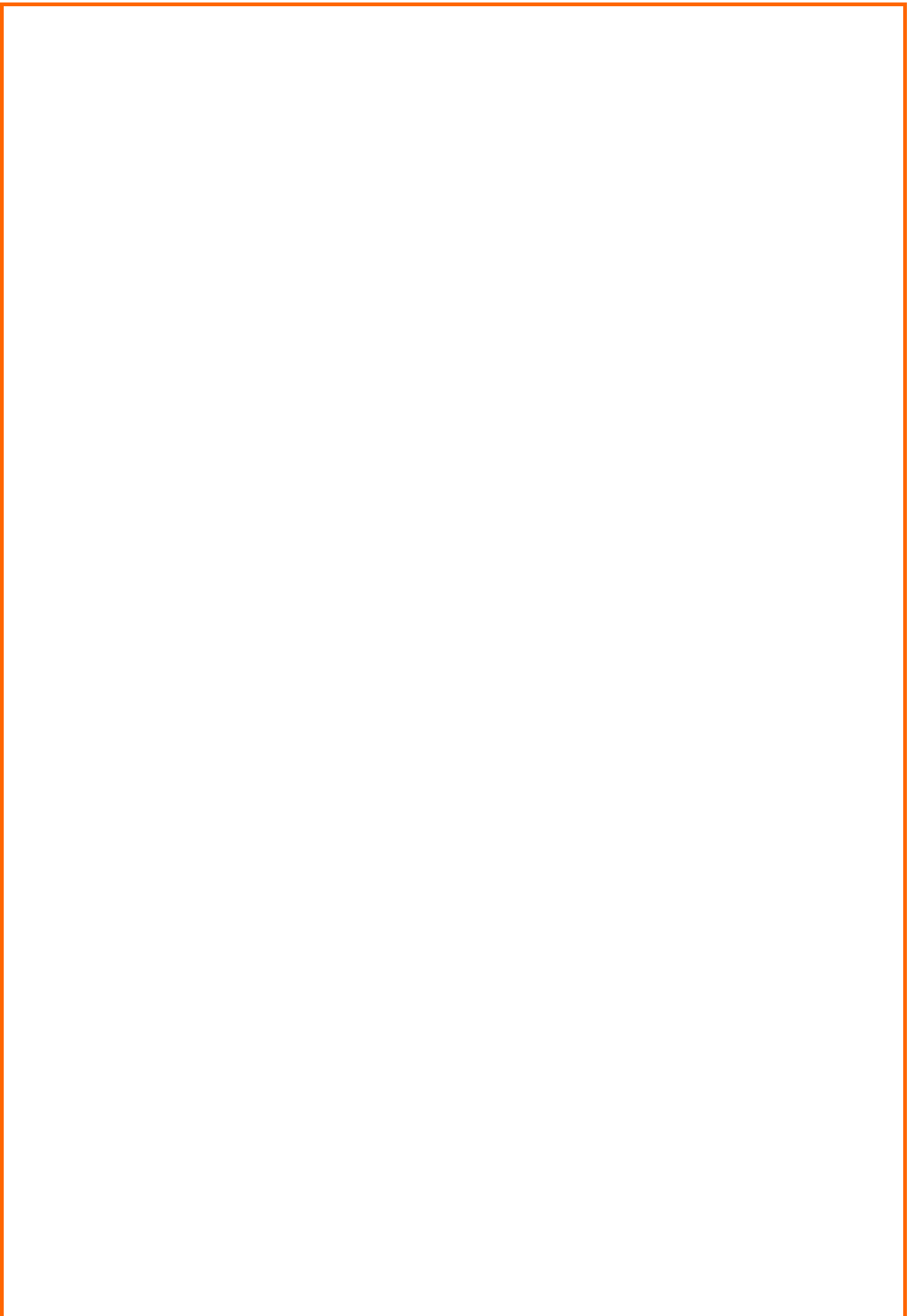
- Celebración de días especiales (Madre, Mujer, Niño, Campesino, Aniversario Municipal, Juventud).

- Impulso a programas especiales para la población vulnerable (desplazados, discapacitados, infancia y adolescencia).

- Apoyo a los programas dirigidos a madres y padres cabezas de familia.
Promover la equidad de género en todos los programas y proyectos de la Administración Municipal.

- Apoyo a programas de prevención de la violencia intrafamiliar, drogadicción, alcoholismo, etc.

- Apoyo a planes de mejoramiento de vivienda para madres comunitarias.



**FORMULACION DEL PLAN
TERRITORIAL DE SALUD
2012- 2015**

MISION

Incentivar estilos de vida saludable lo que redundara en reducir las tasas de morbimortalidad apoyándose en estrategias de promoción y prevención de la salud individual y colectiva, desarrollando estrategias intersectoriales que incidan en los determinantes de riesgo para la salud.

VISION

Para el año 2016 el municipio de La Unión contará con una mejor calidad de vida y de salud, con una población desarrollando promoción de hábitos y estilos de vida saludable, empoderada en el auto cuidado de la salud e implementado los criterios rectores de cada uno de los ejes programáticos del Plan territorial de salud.

OBJETIVO GENERAL DE ASEGURAMIENTO.

Garantizar la ampliación y continuidad de las coberturas de afiliación al Régimen Subsidiado del SGSSS, para la atención en servicios de salud a la población pobre y vulnerable del municipio.

INDICADOR: Cobertura de Ampliación

META DE RESULTADO DEL CUATRIENIO: Lograr el aseguramiento universal del total de la población mediante la organización adecuada del sistema de seguridad social local y la gestión eficiente y de calidad de los diferentes recursos con que cuenta el municipio

Línea Base	2012	2013	2014	2015
98	98.5	99	99.5	100%

ESTRATEGIAS

- Promover el 100% de la afiliación de la población al SGSS entre el 2012 al 2015.
- Liberando los cupos de afiliación, a través de la actualización y depuración de las bases datos.
- Aplicar los criterios de priorización que establece la normatividad vigente

- Mejorar y sostener la tecnología y el talento humano existente para la administración de toda la población afiliada en el municipio, a través de la Actualización continua del Talento humano y de los equipos utilizados en la administración de la afiliación en el municipio.
- Consolidar en un 100% la base de datos única de afiliados del municipio
- Realizar seguimiento a los giros oportunos de los recursos destinados al desarrollo de los servicios de las EPS.
- Coordinar con veedores y EPS-s la vigilancia del proceso de aseguramiento
- Campañas de afiliación al Régimen contributivo por parte de la población con capacidad de pago.

OBJETIVO GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD.

Garantizar el acceso y la calidad en la prestación de servicios de salud a todos los habitantes del municipio de la unión.

INDICADOR: Prestadores de Salud habilitados

META DE RESULTADO DEL CUATRIENIO:

Línea Base	2012	2013	2014	2015
0	0	0	1	2

ESTRATEGIAS

- Gestionar recursos a nivel nacional y departamental, para la adecuación de los puestos de salud
- Apoyar a la ESE Municipal con los recursos necesarios para el cumplimiento de los estándares
- Coordinar con los prestadores la consecución del cumplimiento de los estándares de habilitación.
- Apoyar a los prestadores con asistencia técnica permanente en el sistema obligatorio de garantía de calidad

- Identificar la cartera que se le adeuda a la ESE y Gestionar el recaudo de la cartera

OBJETIVO GENERAL DE SALUD PÚBLICA

Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes del municipio de La Unión integrando acciones de Promoción de la salud, prevención de los riesgos y superación de los daños, con la Participación activa de todos los actores del SGSSS y teniendo en cuenta la diversidad étnica y cultural.

OBJETIVO: Mejorar la salud infantil

INDICADOR: Tasa de Mortalidad infantil x 1.000 nacidos vivos

META DE RESULTADO CUATRIENIO: Reducir la tasa de mortalidad infantil de 27.5 a 18.3 por 1.000 nacidos vivos

Línea Base	2012	2013	2014	2015
27.5	25.2	22.9	20.6	18.3

Fuente: DANE 2009

INDICADOR: Tasa de Mortalidad en niños y niñas de cero a cinco años x 1.000 nacidos vivos

META DE RESULTADO CUATRIENIO: Reducir la tasa de mortalidad en niños y niñas de cero a cinco años de 5.24 a 3.4 por 1.000 nacidos vivos

Línea Base	2012	2013	2014	2015
5.24	4.7	4.3	3.8	3.4

Fuente: DANE 2009

INDICADOR: Coberturas de vacunación

META DE RESULTADO CUATRIENIO: Lograr coberturas de vacunación iguales o superiores al 95% en los niños y niñas con los biológicos trazadores del PAI

Línea Base	2012	2013	2014	2015
DPT 86.3 (0-1)	>95%	>95%	>95%	>95%

AÑO)				
TV 90.6(1 AÑO)	>95%	>95%	>95%	>95%

Fuente: Secretaría de Salud Departamental de salud año 2011

ESTRATEGIAS

- Promoción de políticas públicas, normas técnicas y guías de atención
- Estrategias para la atención del recién nacido con bajo peso al nacer en instituciones de salud que brindan servicios de atención del binomio madre-hijo.
- Promoción institucional y comunitaria de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementaria hasta los dos años (Fortalecimiento de estrategias IAMI, Servicios amigos de la lactancia materna y grupos de apoyo comunitario)
- Fortalecimiento de la estrategia AIEPI clínico y comunitario
- Fortalecimiento de las estrategias comunitarias UROC y UAIRAC para la prevención y manejo de la EDA IRA.
- Estrategia vacunación sin barreras
- Apoyo al desarrollo de jornadas de vacunación, vacunación extramural, canalización.
- Monitoreo de coberturas de vacunación.
- Suplementación con Vitamina A
- Fortalecimiento de la red de frío
- Adquisición de insumos y elementos para el programa PAI
- Capacitación y actualización al recurso humano operativo de salud en todo lo relacionado con la salud infantil.
- Constitución y capacitación de redes de apoyo social para la promoción y garantía del derecho a la protección de la salud infantil.

OBJETIVO: Mejorar la salud sexual y reproductiva en todos sus componentes

INDICADOR: Razón de mortalidad materna

META DE RESULTADO CUATRIENIO: Mantener en cero la razón de mortalidad materna x 100.000 nacidos vivos

Línea Base	2012	2013	2014	2015
------------	------	------	------	------

0	0	0	0	0
---	---	---	---	---

Fuente: SIVIGILA 2011

ESTRATEGIAS

- Búsqueda activa de gestantes para su captación en el I trimestre de embarazo al programa de control prenatal, en coordinación con las EPS.
- Implementar la atención integral protocolizada en salud con enfoque de riesgo biopsicosocial, sin barreras y con calidad para las emergencias obstétricas, control prenatal, atención del parto y posparto e interrupción voluntaria del embarazo, atención de abuso sexual en servicios de urgencia.
- Estrategias de información, educación y comunicación y de movilización social de todos los actores del SGSSS y de la comunidad.
- Capacitación y actualización al recurso humano operativo de salud en todo lo relacionado con la salud sexual y reproductiva

INDICADOR: Porcentaje de partos en adolescentes

META DE RESULTADO CUATRIENIO: Reducir de 28.3 a 21.0 el porcentaje de partos en adolescentes

Línea Base	2012	2013	2014	2015
28.3	26.4	24.6	22.8	21.0

Fuente: DANE 2009

ESTRATEGIAS

- Programa de formación para la sexualidad, construcción de ciudadanía, Habilidades para la vida en coordinación con el sector educativo
- Programa de Servicios amigables adolescentes y jóvenes en la ESE pública municipal con énfasis en consejería y oferta de métodos anticonceptivos modernos y de emergencia.
- Identificación de poblaciones vulnerables, canalización y suministro de métodos de planificación familiar.

- Estrategias de IEC a través de los diferentes medios masivos de comunicación local para la prevención de embarazos en adolescentes.

INDICADOR: Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino

META DE RESULTADO CUATRIENIO: Mantener en cero la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino de 1.12 a 0.56 por 10.000 mujeres mayores de 15 años.

Línea Base	2012	2013	2014	2015
0	0	0	0	0

Fuente: DANE PRELIMINAR 2011

ESTRATEGIAS

- Jornadas educativas para promocionar la toma de citología cervico uterina
- Estrategias de IEC sobre los diferentes medios masivos de comunicación locales.

INDICADOR: Porcentaje de detección y atención

META DE RESULTADO CUATRIENIO: Incrementar en un 20% la detección y atención de la violencia intrafamiliar y sexual en mujeres y los niños.

Línea Base	2012	2013	2014	2015
0	5%	10%	15%	20%

Fuente: Secretaria de Salud Departamental 2012 – Coordinación del Programa

ESTRATEGIAS

- Trabajo intersectorial y comunitaria para divulgar modelo o ruta de atención de víctimas de la violencia y abuso sexual
- Talleres sobre buen trato y prevención de la violencia y abuso sexual dirigidos a población vulnerable

- Conformación y operatividad de redes sociales de apoyo

INDICADOR: Tasa de mortalidad por VIH SIDA

META DE RESULTADO CUATRIENIO: Mantener en cero la mortalidad por VIH SIDA

Línea Base	2012	2013	2014	2015
0	0	0	0	0

Fuente: DANE PRELIMINAR 2011

ESTRATEGIAS

Jornadas educativas para promocionar la prueba voluntaria del VIH en gestantes y población LGTB.

Desarrollo de campañas educativas con adolescentes, jóvenes y población vulnerable para la prevención de las ITS y del VIH a través de diferentes medios masivos de comunicación local.

Modelo de Gestión programática del VIH.

Visitas de Seguimiento a los pacientes diagnosticados con VIH para supervisar tratamiento antirretroviral.

OBJETIVO: Mejorar la salud oral

INDICADOR: Índice COP

META DE RESULTADO CUATRIENIO: Lograr un índice COP promedio a los 12 años de edad menor de 2.3

Línea Base	2012	2013	2014	2015
0	0.5	1	1.5	2

Fuente: III ENSB 1999

ESTRATEGIAS:

- Jornadas educativas para promocionar hábitos higiénicos de salud bucal en colegios, guarderías y ámbitos laborales.
- Talleres para promocionar la consulta odontológica dirigida a gestantes, padres de familia y adultos mayores.
- Estrategias de IEC a través de los diferentes medios masivos de comunicación local.
- Capacitación y vigilancia a odontólogos, auxiliares de odontología de las IPS y promotoras de EPS sobre el índice COP.

OBJETIVO: Mejorar la salud mental

INDICADOR: Plan de salud mental

META DE RESULTADO CUATRIENIO: Adaptar el plan territorial a la política nacional de salud mental y de reducción del consumo de sustancias psicoactivas

Línea Base	2012	2013	2014	2015
0	1	1	1	1

Fuente: Decreto 3039 de 2007

ESTRATEGIAS:

- Promoción de la red comunitaria en salud mental
- Formación de grupos gestores para la promoción de la salud mental, prevención de trastornos y la reducción de sustancias psicoactivas

- Atención Primaria en salud mental en coordinación con las EPS y la comunidad.
- Estrategias de IEC a través de los diferentes medios masivos de comunicación local sobre factores protectores de la salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas.
- Taller para capacitar a las UPGD del municipio sobre los principales eventos relacionados con la vigilancia de la salud mental

OBJETIVO: Disminuir las enfermedades transmisibles y las zoonosis

INDICADOR: Aumentar la tasa de detección de TBC

META DE RESULTADO CUATRIENIO:

Línea Base	2012	2013	2014	2015
20	25	30	35	40

Fuente: Secretaría de Salud Departamental 2011 Programa TBC

INDICADOR: Mantener por encima del 85% la tasa de curación los casos de TBC pulmonar con BK+

META DE RESULTADO CUATRIENIO:

Línea Base	2012	2013	2014	2015
100%	85	85	85	85

Fuente: Secretaría de Salud Departamental 2011 Programa TBC

INDICADOR: Porcentaje de Cumplimiento de meta de eliminación

META DE RESULTADO CUATRIENIO: Mantener en cero la meta de cumplimiento de la lepra

Línea Base	2012	2013	2014	2015
0	0	0	0	0

Fuente: SIVIGILA 2011

INDICADOR: Tasa de mortalidad por Dengue

META DE RESULTADO CUATRIENIO: Mantener en cero la mortalidad por Dengue

Línea Base	2012	2013	2014	2015
0	0	0	0	0

Fuente: DANE PRELIMINAR 2011

INDICADOR: Tasa de mortalidad humana por perro

META DE RESULTADO CUATRIENIO: Mantener en cero la mortalidad humana transmitida por perro

Línea Base	2012	2013	2014	2015
0	0	0	0	0

Fuente: SIVIGILA 2011

ESTRATEGIAS:

- Búsquedas activas comunitarias de sintomáticos respiratorias
- Desarrollo del Plan estratégico Colombia libre de TBC
- Visitas mensuales para supervisar tratamiento de TBC
- Búsquedas activas comunitarias de sintomáticos de piel

- Jornadas de movilización social y comunitaria para la eliminación de criaderos
- Jornadas educativas para la eliminación de criaderos
- Taller de capacitación al recurso humano de salud sobre la TBC, Lepra, dengue, Zoonosis
- Jornadas de movilización social y comunitaria para apoyar la vacunación canina y felina
- Comité municipal para la prevención de las enfermedades transmisibles y zoonóticas.

OBJETIVO: Disminuir las enfermedades no transmisibles y las discapacidades

INDICADOR:

Prevalencia de cumplimiento de las recomendaciones de actividad física

META DE RESULTADO CUATRIENIO:

Incrementar al 55% el cumplimiento de las recomendaciones de actividad física (150 minutos semanales) en tiempo libre y transporte, de los hombres y mujeres entre 18 y 64 años de edad

Línea Base	2012	2013	2014	2015
50	52.5	55	57.5	55

Fuente: ENSIN 2010

ESTRATEGIAS:

- Estrategias para la promoción de la actividad física
- Estrategias para la promoción de la dieta saludable
- Estrategias para la promoción de sitios libres de humo
- Estrategias de para promocionar acciones de diagnóstico precoz de Diabetes e Hipertensos
- Aplicación de CAP sobre los factores de riesgo de las ECNT
- Taller de capacitación al recurso humano de salud sobre las ECNT
- Estrategias de IEC a través de los diferentes medios masivos de comunicación local

- Talleres sobre la salud auditiva y cognitiva y lesiones evitables dirigidos a población vulnerable

OBJETIVO: Mejorar la situación nutricional

INDICADOR: Prevalencia de DNT Global en niños y niñas de 0 a 5 años

META DE RESULTADO CUATRIENIO: Disminuir la prevalencia de DNT Global en niños y niñas de 0 a 5 años de 5.0 a 3.0 por

Línea Base	2012	2013	2014	2015
5	4.5	4.0	3.5	3.0

Fuente: ENSIN 2010

INDICADOR: Prevalencia de DNT crónica en niños y niñas de 0 a 5 años

META DE RESULTADO CUATRIENIO: Disminuir la prevalencia de DNT crónica en niños y niñas de 0 a 5 años de 14 a 8.0

Línea Base	2012	2013	2014	2015
14	12.5	11	9.5	8.0

Fuente: ENSIN 2010

ESTRATEGIAS:

- Programa de Suplementación y de desparasitación al 25% de niños de 0 a 1 año con riesgo de DNT no afiliados al SGSSS
- Programa de suplementación al 25% de gestantes y lactantes con riesgo de DNT de estratos 1 y 2 no afiliadas al SGSSS
- Estrategias de IEC a través de los diferentes medios masivos de comunicación local para la promoción de estilos de vida saludable y patrones alimentarios adecuados.
- Canalización y seguimiento al 25% de los niños de 0 a 2 años con algún tipo de DNT hasta lograr su recuperación

- Implementación y operativización del SISVAN
- Taller de capacitación al recurso humano de salud sobre las Deficiencias nutricionales

OBJETIVO: Mejorar la seguridad en el trabajo y disminuir las enfermedades de origen laboral

INDICADOR: tasa de accidentes ocupacionales

META DE RESULTADO CUATRIENIO: Disminuir la tasa de accidentes ocupacionales durante el cuatrienio en un 50%

Línea Base	2012	2013	2014	2015
0	0	16.6	33.2	50

Fuente: Por construir

ESTRATEGIAS:

- Aplicación de una encuesta para Diagnosticar los riesgos profesionales y laborales y accidentes ocupacionales.
- Desarrollo de la estrategia entornos saludables en ámbitos laborales en coordinación con la EPS y la ARP.
- Estrategias de IEC a través de los diferentes medios masivos de comunicación local sobre factores protectores de la salud laboral y de la prevención de accidentes.

OBJETIVO: Fortalecer la gestión para el desarrollo operativo y funcional del plan de salud territorial

INDICADOR: Plan de salud territorial adoptado y en ejecución

META DE RESULTADO CUATRIENIO: Garantizar el desarrollo operativo y funcional del plan de salud territorial municipal

Línea Base	2012	2013	2014	2015
100%	100	100	100	100

Fuente: Decreto 3039 de 2007

ESTRATEGIAS:

- Operatividad del Consejo territorial de seguridad social y del Consejo de Gobierno acorde a la normatividad
- Rendición de cuenta a la comunidad en general
- Establecimiento de alianzas estratégicas con otros sectores y la comunidad

OBJETIVO: Garantizar la atención en salud al 100% de las poblaciones especiales del municipio de la Unión, con enfoque diferencial y la participación intersectorial y comunitaria.

INDICADOR: Cobertura de atención en salud

META DE RESULTADO CUATRIENIO: Mantener la atención en salud al 100% de las poblaciones vulnerables del municipio (Desplazados, Etnias, Adultos mayores, Discapacitados, niños, mujeres, adolescentes) con enfoque diferencial.

Línea Base	2012	2013	2014	2015
100%	100	100	100	100

Fuente: Secretaría de salud Municipal – ESEs públicas y privadas

ESTRATEGIAS:

- Desarrollar acciones de promoción de la salud y prevención de los riesgos

de manera intersectoriales y comunitarias en os grupos de poblaciones vulnerables (Desplazados; Discapacitados, Adultos mayores, Grupos étnicos, niños, jóvenes y adolescentes)

- Conformación y operativización de comités locales
- Levantamiento y actualización de bases de datos, registros y censos poblacionales.
- Desarrollo de acciones de salud con las familias del nivel I y II de la red unidos.
- Estrategias de formación y comunicación para el fortalecimiento de la participación social y comunitaria y la organización de redes sociales.
- Estrategias de IEC y orientación en rutas de acceso a los servicios de salud, planes de beneficios, deberes y derechos.

OBJETIVO: Contribuir a mejorar la salud individual y colectiva de los trabajadores del sector de la economía formal e informal de La Unión con el fin de evitar accidentes de trabajo y enfermedades derivadas de ambientes laborales desfavorables.

INDICADOR: Cobertura de afiliación a las ARP

META DE RESULTADO CUATRIENIO:

Aumentar al 100% la vinculación de los empleados de las empresas y contratistas a la Aseguradora de riesgos profesionales durante el cuatrienio según diagnóstico del primer año.

Línea Base	2012	2013	2014	2015
SD		25	50	100

Fuente:

ESTRATEGIAS:

- Programa de capacitación y de sensibilización
- Línea de base de afiliación a ARP
- Diagnóstico de riesgos ocupacionales
- Conformación y operatividad de redes de apoyo institucional

- Desarrollo de acciones preventivas
- Acciones de seguimiento y evaluación

OBJETIVO GENERAL DE EMERGENCIA Y DESASTRE.

Controlar los riesgos asociados a situaciones de emergencia y desastres, minimizando el impacto en la población y el medio ambiente.

INDICADOR: Plan de Emergencia Aprobado

META DE RESULTADO DEL CUATRIENIO: Identificar y priorizar los riesgos de emergencias y desastres e implementar planes de emergencia y contingencia

Línea Base	2012	2013	2014	2015
0		1	1	1

ESTRATEGIAS

- Identificar los riesgos por zonas del municipio.
- Priorizar los riesgos de acuerdo a su impacto.
- Actualizar el Plan de Emergencia de acuerdo a la identificación de riesgos realizados
- Vigilar que se cumplan con las funciones de cada comité:
- Realizar las continuas capacitaciones a los comités en atención de emergencia y desastre según las prioridades del municipio.
- Personal capacitado en el plan de emergencia.
- Realizar simulacros para la preparación del personal de la ESE en la atención de alguna emergencia y desastre.
- Dotación de equipos de telecomunicaciones.
- Plan de capacitación para atención de emergencia y desastre
- Disponibilidad de ambulancia para transporte de pacientes