

2008-
2011

PLAN DE SALUD TERRITORIAL

Municipio de Curití- Santander

El Plan de Salud Territorial del Municipio de Curití-Santander, tiene como propósito garantizar el mejoramiento de la salud de la población, promoviendo condiciones, estilos de vida saludables, previniendo, superando los riesgos para la salud, recuperando y minimizando el daño, mediante acciones sectoriales, intersectoriales y participativas, asumiendo el compromiso de trabajar por el respeto a la vida digna como derecho.

Gabriel Colmenares Mejía
ALCALDE MUNICIPAL CURITÍ

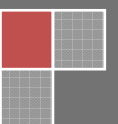


TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACION	3
CAPITULO UNO	5
REVISION HISTORICA Y ANTECEDENTES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	5
CAPITULO DOS	7
JUSTIFICACION	7
CAPITULO TRES	8
MARCO CONCEPTUAL	8
Aseguramiento.....	8
Prestación Y Desarrollo De Servicios De Salud	13
Salud Pública.....	13
Promoción Social.....	14
Prevención, Vigilancia Y Control De Riesgos Profesionales.....	14
Emergencias Y Desastres.....	14
Responsabilidad De La Gestion Pública De La Salud En El Marco Del Sistema General De Seguridad Social En Salud.....	15
CAPITULO CUATRO	16
MARCO LEGAL	16
CAPITULO CINCO	17
PLAN DE SALUD TERRITORIAL - FASE DE PLANEACION	17
Identificación de los principales actores sociales e institucionales que deberán acompañar a la Dirección Territorial de Salud en la elaboración del Proyecto de Plan de Salud Territorial.....	17
Convocatoria, conformación, formalización y vinculación activa del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud en el proceso de la elaboración del proyecto de Plan de Salud Territorial.	17
Conformación de un equipo técnico, designación de su coordinador y desarrollo de las acciones de sensibilización e inducción.	17
Selección y capacitación de los facilitadores para el proceso de elaboración del Proyecto de Plan de Salud Territorial.....	18
Desarrollo de foros, audiencias ciudadanas y mesas de trabajo con los actores del sector, otros sectores y comunidades para proceso de elaboración del Plan de Salud Territorial.....	18
Generación de acciones de sostenibilidad del proceso.	18
CAPITULO SEIS	19
PLAN DE SALUD TERRITORIAL - FASE DE ELABORACION DEL PROYECTO	19
DIAGNÓSTICO GENERAL DE LA SITUACIÓN DE SALUD TERRITORIAL Y FORMULACIÓN DEL ANTEPROYECTO DEL PLAN	19
El diagnóstico de la situación de salud.....	19
Visión	19
Misión.....	19
Descripción y priorización de los problemas y necesidades identificadas....	19
Análisis y Descripción de las Principales Causas y Soluciones de los Problemas y Necesidades Priorizadas.	20
SÍNTESIS DEL PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL	36
CAPITULO SIETE	37
PLAN DE SALUD TERRITORIAL – FASE DE APROBACION Y SOCIALIZACION DEL PLAN Y DE INVERSION ANUAL	37
ANEXOS	43

PRESENTACION

El Plan de Salud Territorial presentado en este documento se ajusta a los términos legales y de procedimientos establecidos para la elaboración y aprobación del Plan de Salud Territorial y su articulación con la dimensión social del Plan de Desarrollo Departamental, basándose por lo establecido en la resolución 0425 de 2008, el Decreto 3039 de 2007 y la Ley 1122 de 2007.

Desde esta orientación normativa, el Plan de Salud Territorial (PST) de municipio de Curití, en su presentación también obedece a dichos lineamientos; razón por la que después de pasar por una revisión histórica y de antecedentes del SGSSS, surge la justificación de su elaboración e implementación teniendo también en cuenta un marco conceptual y un marco legal, descritos todos ellos en los primero cuatro capítulos de este documento.

Estos capítulos dan paso a la presentación de las tres fases de elaboración en la que se origina el Plan de Salud Territorial Municipal; de modo que el quinto capítulo refiere a todo lo acontecido en el proceso de planeación del PST, teniendo en cuenta los diez pasos orientados desde la resolución 0425 de 2008 que se realizó con la participación de actores, líderes comunitarios y entidades territoriales.

Es en el sexto capítulo en el que se hace visible el resultado del proceso de planeación, a través de la elaboración del proyecto evidenciado en éste, el diagnóstico general de la situación de salud territorial; en el que se desglosan las características generales del municipio, sus aspectos demográficos, socio-económicos y el perfil epidemiológico en los que se resaltan los resultados de la vigilancia, los riesgos sanitarios, la producción de los servicios, entre otros tantos aspectos concernientes y relevantes al concepto y tratamiento de la salud; y los que a su vez permiten desde la práctica dar cuenta del enfoque poblacional, de determinantes y de gestión social del riesgo.

Para finalizar la presentación del PST a través de éste documento, en el capítulo séptimo se hace referencia al estado actual de aprobación y

Plan Territorial de Salud Municipio de Curití Santander
2008 - 2011

socialización de los contenidos de cada uno de los ejes programáticos PST del municipio de Curití.

Es entonces a partir de la elaboración de este diagnóstico, de las orientaciones de las Metas Nacionales en Salud y de la articulación del Plan de Salud del Departamento de Santander, que se levanta desde la perspectiva de los principios de totalidad, igualdad, calidad, eficiencia, responsabilidad, respeto por la diversidad cultural, por la participación social y la intersectorialidad; los contenidos de cada uno de los 6 ejes programáticos en los que se establecen las metas, ejes sub programáticos y acciones de promoción y prevención, en las que se avala mi función transparente en la gestión, administración y vigilancia del PST durante el cuatrienio 2008-2011, para garantizar el derecho a la salud de todos y todos los miembros de la comunidad Curiteña que represento.

Gabriel Colmenares Mejía
Alcalde Municipal
Curití-Santander

CAPITULO UNO

REVISION HISTORICA Y ANTECEDENTES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Antes de la Ley 100 de 1993, la salud de los colombianos se prestaba a través de las instituciones públicas. Para esto, el Estado destinaba recursos que llegaban a todos los Departamentos y algunos Municipios descentralizados. Con estos recursos, se sostenía a las instituciones para que se atendiera a la población en hospitales, centros y puestos de salud, sin que mediara una clasificación. La prestación se complementaba con el legado de personas caritativas y la acción de comunidades religiosas. (Los recursos que provienen del estado para sostener la prestación de servicios es lo que se conoce hoy como *subsidio a la oferta*).

A través de estas mismas instituciones el Estado realizaba las actividades de promoción, prevención y vigilancia en salud pública. Los recursos para estos servicios, normalmente resultaban insuficientes y las personas accedían a consulta médica, pero los medicamentos e insumos para los procedimientos debían ser costeados por cada paciente.

Existía un sistema de aseguramiento para los empleados públicos o privados, es decir que mediante el pago de una cuota mensual, las empresas y las personas garantizaban la prestación de los servicios cuando se enfermaran. Los recursos y la prestación de los servicios se hacía a través del Instituto de Seguros Sociales y la Caja Nacional de Previsión, según se tratara de empleados privados o públicos.

Este sistema de aseguramiento cubría al trabajador pero no a su familia, por esta razón los trabajadores debían acudir a la medicina privada o a los hospitales públicos para acceder a servicios de salud para su familia. Así mismo solo existían instituciones aseguradoras y por lo tanto los trabajadores debían afiliarse obligatoriamente a ellas, sin que existiera la posibilidad de buscar mejores posibilidades de atención.

La otra forma para acceder a los servicios de salud era a través de médicos privados, en donde los costos de consulta, medicamentos o intervenciones provenían directamente de las personas que consultaban.

Estas formas de prestación de servicios presentaban grandes dificultades entre ellos: las bajas coberturas en atención pública, (nunca eran suficientes los recursos en los hospitales, centros y puestos de salud públicos), los costos que acarrea para las personas el tratamiento y rehabilitación de las enfermedades crónicas o de alto costo a través de la medicina privada y la deficiencia en la prestación de los servicios.

Por esta razón y luego de grandes debates sobre la prestación de los servicios de salud, se presenta como alternativa la implementación de un sistema de seguridad social en salud, fundamentado en la prevención y administración del riesgo mediante planes de servicios, en el cual pudiera intervenir el sector privado y se incluyera a toda la población.

Se habla de *Sistema* porque cada uno de los actores que intervienen en él, es decir el Estado (Nación, Departamento o Municipio), las instituciones públicas y privadas (Empresas Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios) y la gente, se encuentran relacionados y dependen entre si uno y otro. Es *General* porque debe tener cobertura sobre toda la

población y es de seguridad social porque busca proteger a la sociedad de los riesgos que afectan la salud.

A través de la Ley 100 de 1993 y su posterior modificación, la ley 1122 de 2007 se establece el marco normativo para la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se define la forma como el Estado debe responder por la protección y restauración de la salud de la población.

Estas responsabilidades se asumen a partir de dos componentes: la salud pública y el aseguramiento.

La salud pública es el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones dirigidas al individuo y al colectivo. Dichas acciones se realizan bajo la rectoría del Estado y promueven la participación de todos los sectores de la comunidad. Con estas acciones se busca disminuir y atacar los riesgos de enfermar o morir por causas evitables y prevenibles a partir de generar hábitos de vida saludable y controlar factores de riesgo para la salud, a la vez que se estimulan aquellos que la protegen.

En este sentido las acciones de salud pública no dependen exclusivamente del Sector Salud; incluyen un trabajo intersectorial y participativo. Su orientación está enmarcada en la mejora de las condiciones de vida de la población.

El aseguramiento se define como un derecho de las personas a tener protección contra los riesgos que afectan su salud y la provisión de los recursos para garantizar la atención, recuperación y rehabilitación en salud, de manera eficiente y con calidad.

El aseguramiento opera si todos los actores se correlacionan adecuadamente. Estos actores son cuatro: las entidades territoriales del orden nacional, departamental y municipal, las empresas promotoras de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud y el usuario.

CAPITULO DOS

JUSTIFICACION

En la gestión pública de la salud cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, debe asumir un rol y una responsabilidad específica, ya sea como instancias territoriales, instituciones aseguradoras y prestadoras o ciudadanos usuarios del sistema.

En el caso de los Municipios estos roles hacen referencia al marco legal y por ende teórico desde el cual sus gobernantes tienen la obligación de realizar el Plan de Salud Territorial para su localidad, en el cual se cumpla con lo establecido en la Ley 1122 de enero 9 de 2007, el Decreto 3039 de Agosto 10 de 2'007 y la Resolución 0425 del 11 de Febrero de 2008. Estos planes deben establecerse para periodos iguales a los del cuatrienio para el cual fue electo el Alcalde; lo que significa que el Plan de Salud territorial aquí descrito corresponde al periodo 2008-2011

Justificado en la normatividad antes enunciada, el municipio es entonces por excelencia, el lugar donde se concretan y hacen efectivos las normas, orientaciones, planes, programas proyectos, es decir, que su responsabilidad es la adaptación y ejecución de los planes territoriales de salud de acuerdo con las directrices dadas desde la Nación o el Departamento.

Lo anterior significa que el Alcalde a través de los programas que se emanan del Plan Territorial de Salud, es la autoridad responsable de brindar salud integral de forma universal a todos y todas las ciudadanas de su territorio para garantizar su bienestar y desarrollo, lo que ha sido siempre un propósito Nacional, procurando que cada una de las familias de su municipio estén en optimas condiciones para estudiar, trabajar, recrearse; pudiendo así explotar todas sus capacidades físicas e intelectuales y contribuir de esa manera al logro de una vida digna para todos.

CAPITULO TRES

MARCO CONCEPTUAL

El Plan Nacional de Salud Pública 2008- 2011, en coherencia con las políticas del Plan nacional de desarrollo 2006-2010 previstas en la Ley 1151 del 2007 define las prioridades en Salud de los próximos 4 años, los objetivos, metas y estrategias para su cumplimiento, y los enmarca en las competencias de todos los actores involucrados conformes a los recursos disponibles.

Para ello se formula y aprueba el Plan de Salud Territorial a cargo de las direcciones territoriales de salud, articulando el enfoque poblacional, de determinantes y de gestión social del riesgo. Se contempla también dentro del plan, las acciones del Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas y las acciones previstas en el Plan Obligatoria De Salud – POS.

En suma el Plan de Salud Territorial se establece sobre seis ejes programáticos en los que está inmerso el enfoque poblacional, los principios, objetivos y metas tanto Nacionales como departamentales. Estos seis ejes son:

1. Aseguramiento
2. Prestación y Desarrollo de Servicios de Salud
3. Salud Pública
4. Promoción Social
5. Prevención, Vigilancia y Control e Riesgos.
6. Emergencias y Desastres.

A continuación se describen algunos de estos componentes.

ASEGURAMIENTO

El aseguramiento general para toda la población, es el cambio fundamental que se presenta con el Sistema General de seguridad Social en Salud. Este fija su atención en el usuario como centro de la ejecución de las acciones y recursos.

Consiste en la destinación y disposición de los recursos para garantizar a la población la prevención de los riesgos así como la atención, recuperación y rehabilitación en salud de manera eficiente y con calidad.

La destinación y disposición de los recursos se hace por dos vías: a partir de un pago mensual ya sea realizado por cada persona con sus propios recursos (Régimen Contributivo) o por el pago que hace el estado por cada persona pobre y vulnerable o de poblaciones especiales (Régimen Subsidiado).

Para administrar los recursos, garantizar la prestación de los servicios y representar a los usuarios ante las prestadoras de servicios de salud, el Sistema General de Seguridad Social en Salud introduce una figura llamada Empresas Promotoras de Salud (EPS), estas son de carácter público, privado y del sector solidario.

Con esta nueva figura se involucra a los sectores público, privado y solidario, en una relación de mercado, donde el usuario puede escoger quien lo represente y le garantice la prestación de los servicios de salud, esto es el derecho a la libre escogencia, el cual debe ser protegido por el Estado.

Las empresas promotoras de salud para cumplir con su obligación de garantizar la prestación de servicios, realiza contratos con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) las cuales pueden ser públicas, privadas e indígenas.

Los servicios que deben contratar las EPS con las IPS son los contenidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) el cual es definido por la Nación. En este plan se incluyen acciones para promover la salud, prevenir la enfermedad así como las actividades para atender, recuperar y rehabilitar la salud de cada persona asegurada.

Para poder tener seguridad en salud o entrar al aseguramiento, hay dos puertas o vías, estas son:

El régimen contributivo. A este pertenecen trabajadores que tienen un patrón, las personas con capacidad de pago, es decir que ganan más de dos salarios mínimos, los pensionados, todos ellos con su grupo familiar-beneficiarios.

El régimen subsidiado. Las personas pobres, vulnerables, sin capacidad de pago, que trabajan como independientes y sus ingresos son menores de dos salarios mínimos, las oblaciones especiales como los desplazados, reinsertados e indígenas que no pertenezcan al régimen contributivo y los ancianos y niños en condiciones de abandono, ingresan a través del régimen subsidiado.

➤ Diferencias en los regímenes contributivo y subsidiado
En los dos regímenes las relaciones entre las egresas promotoras de salud y los usuarios están mediadas por un contrato y la diferencia radica en dos aspectos: quien contrata, es decir quién paga y que beneficios obtienen los usuarios por ese pago.

En el régimen contributivo el contrato y por lo tanto el pago de la afiliación se hace por parte del afiliado a la EPS, de acuerdo con dos opciones: i) si es trabajador asalariado, el pago se hace compartido con el empleador. Un 4% del salario lo paga el trabajador y un 8.5% el empleador. ii) si es independiente el pago se hace sobre el 12.5% del salario base de cotización, el cual corresponde como máximo al 40 del ingreso total del trabajador independiente. Según se establece en la Ley 1122 de 2007.

Por ese pago mensual la EPS del Contributivo, debe garantizar al afiliado y su grupo familiar la atención en salud. Esta garantía incluye: medicamentos, exámenes y procedimientos entre otros; en todos los niveles de atención, exceptuando solamente los tratamientos estéticos. Esto es lo que se conoce como **Plan Obligatorio de Salud Contributivo POS-C.**

En el régimen subsidiado el pago lo hace el estado a la Empresa Promotora de Salud del régimen subsidiado (EPS S). Este pago se hace por cada persona pobre y vulnerable o de poblaciones especiales identificada como tal, mediante el SISBEN o listado censal, según sea el caso. Estos recursos para afiliarse a las poblaciones mencionadas es lo que se conoce como *subsidio a la demanda* ya sean estos totales o parciales.

A cambio de este pago que realiza el Estado, las EPS-S se comprometen a garantizar a sus afiliados la atención en salud en el primero, parte del segundo y todo el cuarto nivel de atención. Estos servicios se conocen como **Plan Obligatorio de Salud Subsidiado POS-S.**

Plan Territorial de Salud Municipio de Curití Santander 2008 - 2011

Como el pago del aseguramiento en el Régimen Subsidiado es con recursos del estado, los gobiernos locales son responsables de la selección de los beneficiarios de este régimen.

Este aspecto es uno de los que presenta mayor dificultad para el aseguramiento, debido a la falta de sistemas de información efectivos, la politiquería, el desconocimiento de sus derechos y del sistema por parte de los usuarios, entre otros.

Una buena gestión en salud debe partir de sanear las bases de datos, es decir lograr que “estén los que son” en el Régimen Subsidiado. De acuerdo con las prioridades establecidas en las normas de la siguiente manera:

- ✓ Recién nacidos
- ✓ Menores desvinculados del conflicto armado, bajo la protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
- ✓ La población del área rural
- ✓ Población indígena
- ✓ Población del área urbana

En cada uno de los grupos de población descritos, se priorizarán los potenciales afiliados en el siguiente orden:

- ✓ Mujeres en estado de embarazo o período de lactancia que se inscriban en programas de control prenatal y postnatal
- ✓ Niños menores de cinco años
- ✓ Población en condición de desplazamiento forzado
- ✓ Población con discapacidad identificada mediante encuesta SISBEN
- ✓ Mujeres cabeza de familia, según la definición legal
- ✓ Población de la tercera edad
- ✓ Núcleos familiares de las madres comunitarias
- ✓ Desmovilizados.

Los recién nacidos, la población infantil menor de 5 años y los menores desvinculados del conflicto armado bajo la protección de ICBF, podrán afiliarse sin grupo familiar.

➤ La prestación de servicios de salud en el aseguramiento
Como ya se mencionó el aseguramiento es la destinación y disposición de los recursos para garantizar a la población los servicios de prevención de los riesgos así como la atención, recuperación y rehabilitación en salud de manera eficiente y con calidad. Estos servicios son estipulados por la Nación en los Planes Obligatorios de Salud para los dos regímenes.

Las Empresas Promotoras de Salud se obligan a través de contratos que realizan, ya sea directamente con los afiliados (Régimen Contributivo) o con el Estado (Régimen Subsidiado) a garantizar la prestación de los servicios de Salud IPS ya sean estas públicas o privadas.

Para que la EPS pueda contratar los servicios establecidos en los Planes Obligatorios de Salud, las prestadoras deben contar con recursos físicos, tecnológicos, humanos y económicos adecuados y eficientes de acuerdo con el nivel de atención, es decir, deben estar habilitadas y cumplir con lo establecido en el Sistema Obligatorio de garantía de la calidad de acuerdo con el Decreto 1011 de 2006.

Niveles de atención: Así mismo la contratación de la prestación de los servicios de salud se realiza en TRES niveles de atención (decreto 1760 de 1990) que se definen de acuerdo a la gravedad de la enfermedad a tratar y especialmente, de acuerdo con los recursos humanos tecnológicos y

especializados que necesite la institución prestadora de servicios para su tratamiento.

Es así como, en el primer nivel de atención se prestan servicios básicos, como medicina general, odontología y los servicios de promoción y prevención. En el segundo la atención intermedia y en el tercer nivel atención especializada y de enfermedades de alto costo.

Estos niveles de atención en su conjunto, forman lo que llamamos red de atención y se vinculan a través del sistema **referencia**, es decir, la remisión u orden de traslado de un nivel menor de complejidad a uno mayor. Y la **contrarreferencia**, o sea cuando el usuario ha superado su situación de salud o puede ser atendido para su tratamiento en un nivel menor.

La red pública de referencia y contrarreferencia es responsabilidad de las Direcciones Departamentales de Salud. Se define como una serie de instituciones ubicadas en un espacio geográfico por cercanía. Esta red incluye la identificación de vías que permitan el traslado de los usuarios de un nivel otro en el menor tiempo posible.

Los gobernantes locales deben analizar cómo funciona esta red, integrarse a ella e informar a los usuarios la forma de acceder a estos niveles de atención, teniendo en cuenta que siempre debe iniciarse el proceso por el nivel para así dar un uso racional a los servicios.

Así mismo los gobernantes deben verificar y controlar que las EPS, contraten los servicios de salud teniendo en cuenta las posibilidades de acceso real del usuario a la red de prestación de servicios.

➤ **Las IPS públicas en el Aseguramiento**

Los cambios que introduce el Sistema General de seguridad Social en Salud afectan especialmente a las instituciones de carácter público. El cambio de los subsidios a la oferta (sostenimiento de instituciones) por subsidios a la demanda (aseguramiento) y establecer la contratación como la forma de garantizar los servicios, obliga a cada prestador público a dejar de ser una institución que sobrevive exclusivamente con los recursos provenientes del Estado. Las instituciones prestadoras de salud de carácter público deben convertirse en empresas que gestionen y garanticen su sostenibilidad a través de la contratación. De ahí que ya no se hable de hospitales, centros y puestos de salud públicos sino de Empresas Sociales del Estado.

Este cambio no ha sido fácil para las instituciones públicas que han enfrentado durante años dificultades en cuanto a recursos físicos, técnicos, económicos y humanos. Además las condiciones geográficas y de dispersión de la población en el territorio Nacional han generado problemas para que garantice de manera efectiva la prestación de los servicios de salud.

A partir del análisis de las dificultades presentadas en la prestación de los servicios, el Ministerio de la Protección Social publicó en noviembre de 2005 la Política Nacional de Prestación de Servicios de salud cuyos objetivos son:

- ✓ Mejorar el acceso a los servicios de salud
- ✓ Mejorar la calidad en la atención
- ✓ Generar eficiencia y sostenibilidad financiera en las instituciones prestadoras de servicios de salud carácter público.

Esta política se enmarca en tres ejes estratégicos:

La accesibilidad: Entendida como la condición que relaciona la población que necesita los servicios de salud con el sistema de prestación de servicios.

La accesibilidad a los servicios se analiza teniendo en cuenta cuatro condiciones:

- ✓ Geográficas en términos de distancia, facilidades de transporte y condiciones topográficas entre otros
- ✓ Económicas, es decir los costos en que incurren los usuarios para llegar al lugar de atención
- ✓ Culturales. Relacionadas con los conocimientos, actitudes y prácticas de las poblaciones relacionadas con la utilización de los servicios.
- ✓ Organizacionales. En términos de las condiciones locativas, administrativas y de información de las Empresas Promotoras de Salud y de las prestadoras de servicios.

La calidad. Este eje implica que las instituciones prestadoras de servicios cuenten con recursos físicos, humanos y tecnológicos accesibles equitativos y óptimos. La calidad se centra en el mejoramiento continuo de las instituciones y la atención centrada en el usuario.

La eficiencia. Entendida como la obtención de los mayores y mejores resultados, empleando la menor cantidad posible de recursos.

Para cada uno de estos ejes estratégicos la Política Nacional de Prestación de servicios presenta una serie de estrategias y líneas de acción, las cuales se desarrollan bajo las directrices del Ministerio de Protección Social.

- Responsabilidades con la población y los servicios no cubiertos por subsidio a la demanda
Debido a que aún no se ha alcanzado la cobertura total de la población pobre y vulnerable, así como de las poblaciones especiales que tienen derecho a la afiliación mediante el Régimen Subsidiado, es responsabilidad de las entidades territoriales, garantizar la atención en salud a estas personas a través de la Red Pública.

Así mismo debe garantizar la prestación de los servicios que no están cubiertos por el POS-S, a la población ya afiliada, mediante la contratación con las Empresas Sociales de estado, debidamente habilitadas.

- El derecho a la libre escogencia
Es importante tener en cuenta que uno de los mayores avances ofrecidos dentro del aseguramiento en salud es el derecho de los usuarios a la libre escogencia. Este derecho es una defensa real para que las aseguradoras y prestadoras tanto del régimen contributivo como del subsidiado ofrezcan y garanticen servicios de calidad.

Sin embargo, este derecho, no ha sido lo suficientemente difundido, ni utilizado en ninguno de los regímenes. El desconocimiento hace que las personas permanezcan afiliadas a una EPS, aun cuando esta no esté cumpliendo con sus responsabilidades y en el Régimen Subsidiado se prestan hechos de corrupción por la negociación de afiliados entre las EPS-S y administraciones municipales.

Por esta razón, una buena gestión en salud debe garantizar que las comunidades ejerzan su derecho a la libre escogencia. Así mismo, es una responsabilidad de las Administraciones Municipales, EPS, IPS, organizaciones Sociales, especialmente asociaciones de usuarios, informar a las personas sobre este derecho y denunciar los actos que atenten contra su ejercicio.

PRESTACIÓN Y DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

Con el fin de regular la prestación de los servicios de salud, el Ministerio de la Protección Social definirá:

- a. Los requisitos y el procedimiento para la habilitación de nuevas Instituciones prestadoras de servicios de salud teniendo en cuenta criterios poblacionales, epidemiológicos, financieros, socioeconómicos y condiciones del mercado. Toda nueva Institución Prestadora de Servicios de Salud, habilitará en forma previa al inicio de actividades, ante el Ministerio de la Protección Social los servicios de salud que pretenda prestar. El ministerio podrá delegar la habilitación en las entidades territoriales;
- b. Definir las medidas necesarias para evitar la selección adversa y selección de riesgo de los usuarios por parte de las EPS y de los entes territoriales, para evitar la distribución inequitativa de los costos de la atención de los distintos tipos de riesgo;
- c. El diseño de un sistema de clasificación de IPS, con base en los indicadores, que provea el sistema obligatorio de garantía de calidad relacionado con el Sistema tarifario, de manera que incentive a las IPS para ascender en su clasificación y optar por mejores tarifas;
- d. Los mecanismos para las EPS, de los diferentes regímenes, garanticen a los afiliados la posibilidad de escoger entre las diferentes opciones de IPS existentes en la red ofrecida por la aseguradora en su área de influencia, sin perjuicio de lo previsto en la ley como porcentaje mínimo a contratar con la red pública de prestación de servicios en el régimen subsidiado.

SALUD PÚBLICA.

Este componente hace referencia a todos aquellos factores que pueden afectar de manera positiva o negativa la salud de los ciudadanos. A estos factores se les llama determinantes porque modifican la ocurrencia de las enfermedades expresándose como factores que aumentan o disminuyen esa ocurrencia. Los determinantes pueden agruparse de diferentes maneras, una de ellas podría ser:

Los propios del ciclo vital. Nacimiento, infancias, juventud, adultez, ancianidad. Aunque existen determinantes propios de cada ciclo, en los que se presenta mayor vulnerabilidad son la infancia y la ancianidad, de ahí que existan políticas públicas con acciones dirigidas específicamente a las personas en estas edades.

Los heredados. Es decir los que provienen de factores genéticos y pasan de generación en generación.

Los de origen social. Son aquellos que se generan al interior de las relaciones entre los seres humanos, el entorno social y las relaciones familiares.

Los que dependen de la economía. Son aquellos que afectan de manera favorable o negativa la producción de ingresos suficientes y dignos.

Los producidos por las condiciones del medio ambiente. Son los relacionados con el agua, el aire, la contaminación, las plagas, y en general del cuidado o deterioro de la tierra y el entorno.

Los relacionados con la responsabilidad. Es decir aquellos que dependen del actuar diario, ya sea para consigo mismo (auto-cuidado), o por la función dentro del estado (gobernante o representante de la población ante diferentes instancias), o por la vinculación a las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud (funcionarios de aseguradoras y prestadoras de servicios).

Para que la gestión de la salud pública sea efectiva, se requiere la coordinación entre los diferentes sectores (educativo, ambiental, las vías, entre otros); así como la participación activa de ciudadanos. Porque modificar el ambiente ecológico, político y económico así como optimizar los servicios de salud y modificar los comportamientos de las personas requiere de acciones intersectoriales de largo aliento.

Para el cuatrienio 2008 – 2011 las prioridades en salud pública son:

- ✓ *La salud infantil*
- ✓ *La salud sexual y reproductiva*
- ✓ *La salud oral*
- ✓ *La salud mental y las lesiones violentas evitables*
- ✓ *Las enfermedades transmisibles y la zoonosis*
- ✓ *Las enfermedades crónicas no transmisibles*
- ✓ *La nutrición*
- ✓ *La seguridad sanitaria y el ambiente*
- ✓ *La seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral*
- ✓ *La gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.*

PROMOCIÓN SOCIAL

Consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios desde todos los sectores para generar conocimientos, actitudes y prácticas que permitan identificar y satisfacer sus necesidades, a la vez que ejercen un mayor control sobre los factores de riesgo que afectan la salud. Es en la promoción donde se concentra el trabajo intersectorial, de educación y comunicación para mejorar la salud de la población.

PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE RIESGOS PROFESIONALES

Es el proceso que permite tener conocimiento y realizar análisis sobre como está la salud en cada uno de los territorios y en el país, es decir, definir el perfil demográfico, epidemiológico y de utilización de servicios de las poblaciones. Permite precisar de qué se enferma y se muere la gente y buscar las posibles soluciones. Mediante la vigilancia se verifican además los resultados obtenidos con la implementación de políticas programas, proyectos y la inversión de los recursos.

Las acciones de promoción, prevención y vigilancia en salud pública, que complementan los planes obligatorios de salud, se concretan a nivel territorial en los *Planes de Intervenciones Colectivas*, los cuales deben tener en cuenta las metas y prioridades en salud pública establecidas desde la Nación para cada cuatrienio.

EMERGENCIAS Y DESASTRES

Comprende la gestión para la identificación y priorización de los riesgos de emergencias y desastres, la articulación intersectorial para el desarrollo de planes preventivos, de mitigación y superación de las emergencias y desastres con acciones de fortalecimiento institucional par la respuesta ante situaciones de emergencia.

RESPONSABILIDAD DE LA GESTIÓN PÚBLICA DE LA SALUD EN EL MARCO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

En la gestión pública de la salud cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, debe asumir un rol y una responsabilidad específica, ya sea como instancias territoriales, instituciones aseguradoras y prestadoras o ciudadanos usuarios del sistema.

PRINCIPIOS:

Los principios que guían el Plan Nacional y Territorial de Salud Pública 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 a 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 o 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 eficiencia.

Respeto por la Diversidad Cultural y Étnica Es la garantía de 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 de 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 y que estas se concreten en los planes de salud territoriales.

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

CAPITULO CUATRO

MARCO LEGAL

Las referencias legales del Plan Territorial de Salud del Municipio de Curití se establecen en:

- La constitución política de República de Colombia del año 1991
- Ley 715 del 2001
- Ley 691 del 2001
- Ley 1122 del 2007
- Ley 1151 del 2007
- Decreto 3039 de 2007
- Resolución 0425 de 2008

CAPITULO CINCO

PLAN DE SALUD TERRITORIAL - FASE DE PLANEACION

En la elaboración del Plan de Salud Territorial del municipio de Curití en la fase de **Planeación** se tuvo en cuenta las siguientes actividades:

Identificación de los principales actores sociales e institucionales que deberán acompañar a la Dirección Territorial de Salud en la elaboración del Proyecto de Plan de Salud Territorial.

NOMBRE	INSTITUCIÓN QUE REPRESENTA
Victoriano Corzo	EPS-S SOLSALUD
Martha Gómez	EPS-S CAFABA
Victor Chaparro	Secretario de Salud
Ximena Andrea Ruiz Rojas	Secretaria de Planeación

Convocatoria, conformación, formalización y vinculación activa del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud en el proceso de la elaboración del proyecto de Plan de Salud Territorial.

La convocatoria del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud se llevó a cabo el 19 de Marzo de 2008 en el auditorio de la Casa de la Cultura a las 10:00 a.m.

Los líderes y miembros del consejo Territorial que asistieron a dicha convocatoria fueron:

NOMBRE MIEMBROS CONSEJO TERRITORIAL DE SALUD	INSTITUCIÓN QUE REPRESENTA
Gabriel Colmenares Mejía	Alcalde Municipal
Victor Chaparro	Secretario de Salud
Olga Lucia López	Secretaria de Hacienda
Pablo Cáceres	Director de Hospital
Pedro J. Gómez	Empleado Pensionados
Yolanda Viviescas	Representante de Empleadores Banco Agrario
Omar Cardozo	Personero Municipal
Heriberto Mendoza	Veedor Comunitario
Eduardo Bohórquez	Párroco
José Luis Pereira	Rector del Colegio de Municipio
Mirtha Villareal	Empleados Banco Agrario
Luis Domingo Estupiñan	formas asociativas

Conformación de un equipo técnico, designación de su coordinador y desarrollo de las acciones de sensibilización e inducción.

Los coordinadores y colaboradores para la elaboración del Plan son:

- Martha Gómez – Representante de EPS-S CAFABA
- Victoriano Corzo – Representante de EPS-S SOLSALUD
- Victor Chaparro – Secretario de Salud

Plan Territorial de Salud Municipio de Curití Santander
2008 - 2011

Selección y capacitación de los facilitadores para el proceso de elaboración del Proyecto de Plan de Salud Territorial.

Las fechas en la que se reunió el comité que se conformó y que salió de la convocatoria a líderes y miembros del consejo territorial fueron:

- ✓ Marzo 25/08
- ✓ Marzo 26/08

Desarrollo de foros, audiencias ciudadanas y mesas de trabajo con los actores del sector, otros sectores y comunidades para proceso de elaboración del Plan de Salud Territorial.

PROGRAMACION CONCERTACION COMUNIDAD		
PLAN DE DESARROLLO MUNICIPIO CURITI 2008-2011		
FECHA	LUGAR DE REUNIÓN	VEREDAS
10-Feb-2008	Palo Blanco Bajo	Palo Blanco Bajo, San Carlos, Acacias
11-Feb-2008	Manchadores	Manchadores, Colmenas, El Pino, La Mesa, Tapias, Despensas
18-Feb-2008	Cantabara	Las Vueltas, Llano de Navas, Palo Blanco Alto, La Peña, El Placer, Quebrada Seca, Macaregua, San Francisco, La Laja, Quebrada Seca
18-Feb-2008	El Uvo	El Uvo, Árbol Solo, El Carmen, Irapire, Arenales, Palmira
22-Feb-2008	Casa de la Cultura	Presidentes JAC y comunidad en general
25 -Feb-2008	Cuchicute	Tirapaza, Cuchicute, La Cantera
25-Feb-2008	Macanillo	Macanillo, Palo Cortado, El Rodeo
25-Feb-2008	Basto	Basto

Generación de acciones de sostenibilidad del proceso.

La sostenibilidad del PST del Municipio de Curití se fundamenta en:

La aprobación del Plan de Salud Territorial vigencia 2008-2011 por parte del Consejo Municipal fue el día 5 de junio de 2008 a través del acuerdo municipal número 019.

Por los Recursos Propios

Recursos del Sistema General de Participación (SGP), y,

Los recursos de Transferencia Nacional.

CAPITULO SEIS

PLAN DE SALUD TERRITORIAL - FASE DE ELABORACION DEL PROYECTO

En el proceso de **Elaboración del Proyecto** se desarrollaron las siguientes actividades:

DIAGNÓSTICO GENERAL DE LA SITUACIÓN DE SALUD TERRITORIAL Y FORMULACIÓN DEL ANTEPROYECTO DEL PLAN:

El diagnóstico de la situación de salud.

En el diagnóstico se hace referencia a las características generales del municipio de Curití, sus aspectos demográficos, socioeconómicos y de infraestructura; el perfil epidemiológico, que destaque los resultados de la vigilancia epidemiológica y de los riesgos sanitarios por probabilidad de ocurrencia e impacto; la situación de los servicios de salud que describa el estado y funcionamiento de la red física instalada, el talento humano y la producción de servicios; además del diagnóstico financiero e identificación de las fuentes de recursos que incluya el plan bienal de inversiones en salud de que trata el artículo 65 de la ley 715 de 2001. (Ver anexo uno).

Visión

En el cuatrienio de 2008-2011 el Municipio de Curití por medio de las acciones del Plan de Salud Territorial ha aportado al mejoramiento del desarrollo humano y social de la población del Municipio de Curití, articulando todos los actores institucionales, sociales y comunitarios.

Misión.

El Plan de Salud Territorial del Municipio de Curití-Santander, tiene como propósito garantizar el mejoramiento de la salud de la población, promoviendo condiciones, estilos de vida saludables, previniendo, superando los riesgos para la salud, recuperando y minimizando el daño, mediante acciones sectoriales, intersectoriales y participativas, asumiendo el compromiso de trabajar por el respeto a la vida digna como derecho fundamental.

Descripción y priorización de los problemas y necesidades identificadas.

Para la descripción y priorización de los problemas y necesidades del Municipio en el ámbito de la salud, se convocó a los líderes y representantes de la comunidad, teniendo en cuenta a la Red Social de Apoyo, con sus respectivos nodos: familiar, institucional y comunitario.

Después de enviar las invitaciones escritas a RAS, CLSSS y equipo de empalme de la nueva administración, se realizó una reunión en el salón parroquial con los grupos vulnerables como desplazados, desayunos infantiles, tercera edad, familias en acción sector salud y educación, madres FAMI, madres de los hogares de bienestar, seguidamente se hace una presentación del personal, luego se presenta el perfil epidemiológico y de salud del municipio, se agrupa por nodos para iniciar el trabajo explicando el procedimiento para la identificación y priorización de problemas de salud de acuerdo a sus conocimientos en la comunidad.

Para la identificación del problema se explica el método tormenta de ideas a quien va a participar en el análisis, teniendo en cuenta ciclo vital y lo que comprende, factores de riesgo ambientales, sociales, biológicos de los servicios de salud, entregando el cuadro No. 1 como guía por ultimo la priorización de problemas con el fin de obtener problemas prioritarios.

Como conclusión del análisis de la situación de salud del Municipio, se priorizan los diez problemas o necesidades sentidas por la comunidad; destacándose las que aparecen en el siguiente cuadro en el orden allí señalado:

PROBLEMAS DE SALUD	
1	Malnutrición
2	Embarazos a temprana edad
3	Presencia de enfermedades RCV, obesidad, diabetes
4	Diarreas, gripas
5	Violencia intrafamiliar
6	Aumento de ITS
7	Drogadicción, alcoholismo y tabaquismo
8	Falta responsabilidad sexual
9	Lumbalgias
10	Contaminación cocinar con leña

Análisis y Descripción de las Principales Causas y Soluciones de los Problemas y Necesidades Priorizadas.

El reto para este cuatrienio es garantizarle a todos los curiteños el acceso real a los servicios de salud con calidad y una atención oportuna.

Para poder hacer realidad este proyecto de salud para todos, es necesario realizar y llevar a cabo la ejecución de los siguientes programas:

Plan Territorial de Salud Municipio de Curití Santander
2008 - 2011

PROGRAMA	GESTION DE ASEGURAMIENTO	
OBJETIVO: ASEGURAR AL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD A TODA LA POBLACIÓN POBRE Y VULNERABLE DEL MUNICIPIO DE CURITÍ.		
<p style="text-align: center;">META DE RESULTADO</p> <p style="text-align: center;">AUMENTAR AL 100% COBERTURA A LOS SISBENZADOS DE LOS NIVELES 1,2 Y3</p> <p style="text-align: center;">Metas de Producto / Indicador</p>	Línea Base	Meta Cuatrienio
Mejorar el proceso de promoción de la afiliación para llegar a la población más pobre y vulnerable Indicador: Porcentaje de personas de estratos 1 y 2 inscritas a la espera de ampliación de cobertura	68%	100%
Mejorar el proceso de priorización para la afiliación del régimen subsidiado. Indicador: Numero de personas sisbenizadas que figuran como vinculadas priorizadas en espera de afiliación al régimen subsidiado	68%	100%
Asignación del total de cupos obtenidos en la ampliación de cobertura. Indicador: Mantener afiliadas al 100% de las mujeres curiteñas en edad (12-49 años) del nivel 1 y 2 en el SGSSS. Mantener afiliados el 100% de niños curiteños menores de 5 años del nivel 1 y 2 en el SGSSS Asignar cupos plenos de ampliación al RS a la población pobre vulnerable Mantener afiliados al SGSSS el 100% de los adolescentes del municipio del nivel 1 y 2.	60%	100%
Actualizar e Implementar el nuevo SISBEN con el 100% de la Población Municipal. Indicador: Sisben Implementado	80%	100%
	100%	100%

Plan Territorial de Salud Municipio de Curití Santander
2008 - 2011

PROGRAMA	GESTION DE ASEGURAMIENTO	
OBJETIVO: ASEGURAR AL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD A TODA LA POBLACIÓN POBRE Y VULNERABLE DEL MUNICIPIO DE CURITÍ.		
Actualización de un software para el mejoramiento de la base de datos de Régimen Subsidiado Indicador: adquisición de Recurso Humanos y Tecnológico		
Elaborar los contratos con anterioridad a la fecha de suscripción Indicador: Elaboración de 100% de los contratos asignados al Municipio para el RS	100%	100%
Actualización de la base de datos del SISBEN y RS con las ESE/EPS-RS Indicador: 100% de la base de datos actualizada	100%	100%
Mantener la oportunidad en el flujo de recursos a las EPS-RS Indicador: 100% de los contratos con giro de pago con 15 días de anticipación	100%	100%
Realizar vigilancia y control del Régimen subsidiado a las EPS'S Indicador 1: Una interventoria realizada trimestralmente en contratos del régimen subsidiado	100%	100%
Vigilar que las aseguradoras del RS cumplan con el proceso de carnetización y novedades Indicador: % de aseguradoras con cumplimiento de planes de mejoramiento del proceso carnetización y novedades	70%	100%

Plan Territorial de Salud Municipio de Curití Santander
2008 - 2011

PROGRAMA	PRESTACION Y DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	
OBJETIVO: GARANTIZAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACIÓN CURITEÑA DE FORMA OPORTUNA Y CON CALIDAD.		
<p align="center">META DE RESULTADO</p> <p align="center">IMPLEMENTAR EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN TODAS LAS ESE EPS`S</p> <p align="center">Metas de Producto / Indicador</p>	Línea Base	Meta Cuatrienio
<p>Garantizar la accesibilidad oportuna en condiciones de igualdad y calidad a los servicios de salud en la población curiteña.</p> <p>Indicador: suarios atendidos /usuarios que demando el servicio</p>	0	1
<p>Implementación de procesos para el mejoramiento de la calidad</p> <p>Indicador: Una auditoria Trimestral a cada ESE/EPS`S</p>	0	1
<p>Apoyar con el suministro de medicamentos y exámenes no pos a 500 personas del municipio</p> <p>Indicador: personas del municipio apoyadas con el suministro de medicamentos no POS</p>	0	500
<p>Celebración de Contratos y Oportunidad del giro de los recursos, pago de servicios de atención a población pobre no afiliada y servicios no POS</p> <p>Indicador:</p> <p>Porcentaje de contratos suscritos con oportunidad</p> <p>% de los contratos con giro oportuno de los recursos</p>	ND	100%
PROGRAMA	PROMOCIÓN SOCIAL	

Plan Territorial de Salud Municipio de Curití Santander
2008 - 2011

OBJETIVO: GARANTIZAR QUE TODOS LOS HABITANTES CURITEÑOS DESARROLLEN ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE RIESGOS EN POBLACIONES EN CONDICIONES DE MAYOR VULNERABILIDAD.		
META DE RESULTADO DESARROLLAR ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE RIESGOS EN TODOS LOS GRUPOS POBLACIONALES EN CONDICIONES DE MAYOR VULNERABILIDAD. Metas de Producto / Indicador	Línea Base	Meta Cuatrienio
Realizar seguimiento y vigilancia del cumplimiento de las acciones de promoción y prevención en población con mayor vulnerabilidad Indicador: Cobertura de población vulnerable participando en los programas	DN	100%
Seguimiento y Asistencia técnica Alos Mecanismos de participación Social en el Municipio Indicador: Numero de Seguimientos Y Asistencia Técnica realizadas	DN	15
Coordinar la implementación del programa red juntos en el municipio Indicador: No. de familias vinculadas a la Red Juntos	0	50

Plan Territorial de Salud Municipio de Curití Santander
2008 - 2011

PROGRAMA	SALUD PUBLICA	
<p>OBJETIVO: GARANTIZARLE A LA POBLACIÓN CURITIEÑA UNA MEJOR SALUD PROMOVRIENDO SATISFACCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, PREVIENIENDO LOS RIESGOS, SATISFACCIÓN DE CONFIANZA Y CALIDAD EN LOS SERVICIOS OFRECIDOS Y CON UN RESULTADO DE LA PLENA SATISFACCIÓN DEL USUARIO PARA ALCANZAR EL LOGRO PROPUESTO EN LOS DIFERENTES PLANES NACIONALES Y TERRITORIALES DE SALUD PÚBLICA.</p>		
<p>META DE RESULTADO</p> <p>REDUCIR LA TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE UN AÑO POR CADA MIL NACIDOS VIVOS Y MANTENER TAZA DE MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS POR CADA DIEZ MIL NACIDOS VIVOS.</p> <p>Metas de Producto / Indicador</p>	<p>Línea Base</p>	<p>Meta Cuatrienio</p>
<p>Vacunar anualmente el 95% de niños curiteños menores de 1 año con anti polio y pentavalente.</p> <p>Indicador: Porcentaje de niños menores de 1 año vacunados anualmente</p>	<p>ND</p>	<p>95%</p>
<p>Vacunar anualmente el 95% de niños curiteños menores de 5 años con todos los biológicos.</p> <p>Indicador: Porcentaje de niños menores de 5 años vacunados anualmente.</p>	<p>ND</p>	<p>95%</p>
<p>Vacunar contra Neumococo y Rotavirus el 100% de recién nacidos vivos con peso inferior de 2.500 gramos.</p> <p>Indicador: Porcentaje de recién nacidos con peso menor a 2500 gr. Vacunados</p>	<p>ND</p>	<p>100%</p>
<p>Implementar la estrategia Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) clínico neonatal en la ESE pública del municipio.</p> <p>Indicador: ESE publicas con la estrategia AIEPI clínico implementado y/o operando.</p>	<p>ND</p>	<p>1</p>
<p>Crear e Implementar en un 100% la Política HAZ PAZ en el municipio.</p> <p>Indicador: Porcentaje de implementación de la Política.</p>	<p>ND</p>	<p>100%</p>
<p>Conformación del Comité de Coordinación y articulación de acciones de salud Infantil en el Municipio.</p> <p>Indicador: Comité de Salud Infantil conformado y operando en el municipio.</p>	<p>1</p>	<p>1</p>
<p>Estrategia AIEPI de gestión local implementada en el municipio</p> <p>Indicador: Estrategia implementada en el municipio</p>	<p>ND</p>	<p>1</p>

Plan Territorial de Salud Municipio de Curití Santander
2008 - 2011

PROGRAMA	SALUD PUBLICA	
<p>OBJETIVO: GARANTIZARLE A LA POBLACIÓN CURITIEÑA UNA MEJOR SALUD PROMOVRIENDO SATISFACCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, PREVINIENDO LOS RIESGOS, SATISFACCIÓN DE CONFIANZA Y CALIDAD EN LOS SERVICIOS OFRECIDOS Y CON UN RESULTADO DE LA PLENA SATISFACCIÓN DEL USUARIO PARA ALCANZAR EL LOGRO PROPUESTO EN LOS DIFERENTES PLANES NACIONALES Y TERRITORIALES DE SALUD PÚBLICA.</p>		
<p>META DE RESULTADO</p> <p>REDUCIR LA TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE UN AÑO POR CADA MIL NACIDOS VIVOS Y MANTENER TAZA DE MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS POR CADA DIEZ MIL NACIDOS VIVOS.</p> <p>Metas de Producto / Indicador</p>	<p>Línea Base</p>	<p>Meta Cuatrienio</p>
<p>Promoción de la Estrategia de Vacunación sin barreras en la ESE del municipio</p> <p>Indicador: ESE que aplica estrategia de Vacunación sin Barreras en el municipio</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>
<p>Lograr que todos los niños y niñas del Municipio, menores de 5 años, tengan esquema básico de vacunación con todos los biológicos de acuerdo a la edad</p> <p>Indicador: Cobertura del 95% en niños y niñas población priorizada</p>	<p>95%</p>	<p>95%</p>

Plan Territorial de Salud Municipio de Curití Santander
2008 - 2011

PROGRAMA	SALUD PUBLICA	
<p>OBJETIVO: GARANTIZARLE A LA POBLACIÓN CURITIEÑA UNA MEJOR SALUD PROMOVRIENDO SATISFACCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, PREVINIENDO LOS RIESGOS, SATISFACCIÓN DE CONFIANZA Y CALIDAD EN LOS SERVICIOS OFRECIDOS Y CON UN RESULTADO DE LA PLENA SATISFACCIÓN DEL USUARIO PARA ALCANZAR EL LOGRO PROPUESTO EN LOS DIFERENTES PLANES NACIONALES Y TERRITORIALES DE SALUD PÚBLICA.</p>		
<p>META DE RESULTADO</p> <p>APOYAR AL DEPARTAMENTO EN MEJORAR LA TAZA DE FECUNDIDAD EN MUJERES ENTRE LOS 15 A 49 AÑOS POR DEBAJO DEL 2,2</p> <p>Metas de Producto / Indicador</p>	Línea Base	Meta Cuatrienio
<p>Desarrollar estrategia IEC para mantener tasa de fecundidad en adolescentes y reducir riesgos de ITS Indicador: Comité de Salud Infantil conformado y operando en el municipio.</p> <p>Indicador: Estrategia implementada en el municipio</p>	0	80%
<p>Implementar Estrategia de Promoción de Derechos Sexuales y Reproductivos y Construcción de Redes de Paz para el desarrollo de programas de formación para la sexualidad y construcción de ciudadanía.</p> <p>Indicador: Estrategia implementada en el municipio</p>	ND	1
<p>Inducción a los servicios de control de planificación familiar en población en edad fértil.</p> <p>Indicador: Inducción implementada</p>	100%	100%
<p>Fortalecimiento de la Red Social del Municipio para la promoción y garantía del derecho al ejercicio responsable de la salud sexual y reproductiva y los derechos y deberes en salud sexual y reproductiva, teniendo en cuenta el enfoque cultural.</p> <p>Indicador: Red social fortalecida y operando</p>	ND	95%
<p>Implementar en la ESE del municipio el servicio de atención en salud sexual y reproductiva con base en el modelo de servicios amigables para jóvenes y adolescentes.</p> <p>Indicador: ESE con Servicio de salud con base en el modelo de servicios amigables para jóvenes y adolescentes Implementado y operando.</p>	ND	100%

Plan Territorial de Salud Municipio de Curití Santander
2008 - 2011

<p>Implementación y fortalecimiento del programa Redes constructoras de Paz, en concurrencia con el Departamento</p> <p>Indicador: Programa de promoción de derechos y redes constructoras de paz Implementado y fortalecido en el municipio</p>	ND	1
PROGRAMA	SALUD PUBLICA	
<p>OBJETIVO: GARANTIZARLE A LA POBLACIÓN CURITIEÑA UNA MEJOR SALUD PROMOVRIENDO SATISFACCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, PREVIENIENDO LOS RIESGOS, SATISFACCIÓN DE CONFIANZA Y CALIDAD EN LOS SERVICIOS OFRECIDOS Y CON UN RESULTADO DE LA PLENA SATISFACCIÓN DEL USUARIO PARA ALCANZAR EL LOGRO PROPUESTO EN LOS DIFERENTES PLANES NACIONALES Y TERRITORIALES DE SALUD PÚBLICA.</p>		
<p>META DE RESULTADO</p> <p>MANTENER EN CERO LA TASA DE MORTALIDAD MATERNA</p> <p>Metas de Producto / Indicador</p>		
	Línea Base	Meta Cuatrienio
<p>Desarrollar estrategia de inducción a los servicios de control prenatal en ambientes cotidianos (laborales, institucionales y espacios públicos).</p> <p>Indicador: Estrategia de Inducción a los servicios de control prenatal en ambientes cotidianos implementada</p>	0	4
<p>Estrategias de IEC y formulación de la política pública por medios masivos y alternativos sobre la promoción de los servicios de tamizaje, detección temprana y tratamiento para cáncer de cuello uterino, seno y estímulos de hábitos protectores.</p> <p>Indicador: ESE que desarrolla acciones de IEC en promoción y control del cáncer de cuello uterino y seno</p>	0	100%
<p>Identificación de la población vulnerable y remisión hacia los servicios de tamizaje y tratamiento por cáncer de cuello uterino y seno en ámbitos cotidianos.</p> <p>Indicador: Total de remisiones /Total población vulnerable</p>	0	100%

Plan Territorial de Salud Municipio de Curití Santander
2008 - 2011

PROGRAMA	SALUD PUBLICA	
<p>OBJETIVO: GARANTIZARLE A LA POBLACIÓN CURITIEÑA UNA MEJOR SALUD PROMOVRIENDO SATISFACCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, PREVINIENDO LOS RIESGOS, SATISFACCIÓN DE CONFIANZA Y CALIDAD EN LOS SERVICIOS OFRECIDOS Y CON UN RESULTADO DE LA PLENA SATISFACCIÓN DEL USUARIO PARA ALCANZAR EL LOGRO PROPUESTO EN LOS DIFERENTES PLANES NACIONALES Y TERRITORIALES DE SALUD PÚBLICA.</p>		
<p>META DE RESULTADO</p> <p>APOYAR AL DEPARTAMENTO A CONTROLAR Y MANTENER LA PREVALENCIA DE VIH DE TRANSMISIÓN PERINATAL</p> <p>Metas de Producto / Indicador</p>	<p>Línea Base</p>	<p>Meta Cuatrienio</p>
<p>Estrategia de IEC por medios masivos y alternativos y formulación de políticas para la promoción de los servicios de asesoría y prueba voluntaria para VIH en población general y gestantes.</p> <p>Indicador: Cumplimiento de las acciones IEC y formulación de Políticas públicas para la promoción de los servicios de asesoría y prueba voluntaria para VIH para población general y gestantes</p>	<p>0</p>	<p>100%</p>
PROGRAMA	SALUD PUBLICA	
<p>OBJETIVO: GARANTIZARLE A LA POBLACIÓN CURITIEÑA UNA MEJOR SALUD PROMOVRIENDO SATISFACCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, PREVINIENDO LOS RIESGOS, SATISFACCIÓN DE CONFIANZA Y CALIDAD EN LOS SERVICIOS OFRECIDOS Y CON UN RESULTADO DE LA PLENA SATISFACCIÓN DEL USUARIO PARA ALCANZAR EL LOGRO PROPUESTO EN LOS DIFERENTES PLANES NACIONALES Y TERRITORIALES DE SALUD PÚBLICA.</p>		
<p>META DE RESULTADO</p> <p>APOYAR AL DEPARTAMENTO A DISMINUIR EL INDICE DE CARIADOS, OPTUSADO Y PERIODICOS COP PROMEDIO DE POBLACIÓN A LOS 12 AÑOS DE EDAD</p> <p>Metas de Producto / Indicador</p>	<p>Línea Base</p>	<p>Meta Cuatrienio</p>
<p>Apoyo al desarrollo de la estrategia de IEC brindada por el departamento por medios masivos y alternativos y formulación de políticas escolares, en hogares de bienestar, guarderías para promover hábitos higiénicos de salud bucal como rutina de cuidado diario desde el nacimiento, primera infancia y edad escolar</p> <p>Indicador: Promoción de hábitos higiénicos implementado y socializado</p>	<p>0</p>	<p>100%</p>

Plan Territorial de Salud Municipio de Curití Santander
2008 - 2011

Inducción a los servicios de salud oral, incluidos en el POS Indicador: Población Infantil Inducida/Total Población Infantil	0	100%
PROGRAMA	SALUD PUBLICA	
<p>OBJETIVO: GARANTIZARLE A LA POBLACIÓN CURITIEÑA UNA MEJOR SALUD PROMOVRIENDO SATISFACCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, PREVINIENDO LOS RIESGOS, SATISFACCIÓN DE CONFIANZA Y CALIDAD EN LOS SERVICIOS OFRECIDOS Y CON UN RESULTADO DE LA PLENA SATISFACCIÓN DEL USUARIO PARA ALCANZAR EL LOGRO PROPUESTO EN LOS DIFERENTES PLANES NACIONALES Y TERRITORIALES DE SALUD PÚBLICA.</p>		
META DE RESULTADO		
ADAPTAR LA POLITICA DE SALUD MENTAL, DE REDUCCION DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, Y DE CONSTUCCION DE PAZ Y CONVIVENCIA FAMILIAR HAZ PAZ EN 100% DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES Metas de Producto / Indicador	Línea Base	Meta Cuatrienio
Creación e Implementación del modelo municipal Haz Paz y Violencia Intrafamiliar, violencia sexual y género. Indicador: Plan Haz Paz implementado	0	1
Adopción y fortalecimiento de la Política Nacional del Campo de la Salud Mental Indicador: Política de Salud Mental Implementada	0	1
Fortalecer la Red de Apoyo, con inclusión de representantes de asociaciones de usuarios para el desarrollo de actividades de promoción de la política de salud mental y prevención de trastornos mentales, Violencia intrafamiliar, sexual y de género. Indicador: Red fortalecida y operando con inclusión de representantes de asociaciones de usuarios.	0	1
Desarrollo de la estrategia de tamizaje en salud mental e inducción a la consulta psicológica Indicador: Una Estrategia de tamizaje en salud mental y reorientación a consulta de psicología implementada.	0	100%

Plan Territorial de Salud Municipio de Curití Santander
2008 - 2011

PROGRAMA	SALUD PUBLICA	
<p>OBJETIVO: GARANTIZARLE A LA POBLACIÓN CURITIEÑA UNA MEJOR SALUD PROMOVRIENDO SATISFACCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, PREVINIENDO LOS RIESGOS, SATISFACCIÓN DE CONFIANZA Y CALIDAD EN LOS SERVICIOS OFRECIDOS Y CON UN RESULTADO DE LA PLENA SATISFACCIÓN DEL USUARIO PARA ALCANZAR EL LOGRO PROPUESTO EN LOS DIFERENTES PLANES NACIONALES Y TERRITORIALES DE SALUD PÚBLICA.</p>		
<p>META DE RESULTADO</p> <p>AUMENTAR EN UN 70% EL PORCENTAJE DE CAPTACIÓN DE SINTOMÁTICOS Y RESPIRATORIOS</p> <p>Metas de Producto / Indicador</p>	<p>Línea Base</p>	<p>Meta Cuatrienio</p>
<p>Búsqueda activa de sintomáticos respiratorios en el municipio</p> <p>Indicador: Porcentaje de captación de sintomáticos respiratorios.</p>	<p>70%</p>	<p>70%</p>
PROGRAMA	SALUD PUBLICA	
<p>OBJETIVO: GARANTIZARLE A LA POBLACIÓN CURITIEÑA UNA MEJOR SALUD PROMOVRIENDO SATISFACCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, PREVINIENDO LOS RIESGOS, SATISFACCIÓN DE CONFIANZA Y CALIDAD EN LOS SERVICIOS OFRECIDOS Y CON UN RESULTADO DE LA PLENA SATISFACCIÓN DEL USUARIO PARA ALCANZAR EL LOGRO PROPUESTO EN LOS DIFERENTES PLANES NACIONALES Y TERRITORIALES DE SALUD PÚBLICA.</p>		
<p>META DE RESULTADO</p> <p>CUMPLIR CON EL 100% DE LOS PACIENTES PARA DISMINUIR PREVALENCIA</p> <p>Metas de Producto / Indicador</p>	<p>Línea Base</p>	<p>Meta Cuatrienio</p>
<p>Implementar el plan estrategico COLOMBIA LIBRE DE TUBERCULOSIS 2005 - 2015 para la expansión y fortalecimiento de la estrategia tratamiento acortado supervisado DOT/TAS para el manejo de paciente con tuberculosis</p> <p>Indicador:</p> <p>Porcentaje de curación de casos de Tuberculosis.</p> <p>Estrategia DOT/TAS implementada en la ESE del municipio</p> <p>Guia de contención de TBC/VIH en la ESE del municipio implementada</p>	<p>60%</p>	<p>100%</p>

Plan Territorial de Salud Municipio de Curití Santander
2008 - 2011

PROGRAMA	SALUD PUBLICA	
<p>OBJETIVO: GARANTIZARLE A LA POBLACIÓN CURITIEÑA UNA MEJOR SALUD PROMOVRIENDO SATISFACCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, PREVIENIENDO LOS RIESGOS, SATISFACCIÓN DE CONFIANZA Y CALIDAD EN LOS SERVICIOS OFRECIDOS Y CON UN RESULTADO DE LA PLENA SATISFACCIÓN DEL USUARIO PARA ALCANZAR EL LOGRO PROPUESTO EN LOS DIFERENTES PLANES NACIONALES Y TERRITORIALES DE SALUD PÚBLICA.</p>		
META DE RESULTADO	Línea Base	Meta Cuatrienio
<p>CUMPLIR CON EL 100% DE LOS PACIENTES PARA DISMINUIR PREVALENCIA</p> <p>Metas de Producto / Indicador</p>		
<p>Fortalecer la búsqueda activa de sintomáticos de piel (lepra) y sistema nervioso periférico y la poliquimioterapia (PQT) según lineamientos nacionales y departamentales.</p> <p>Indicador: ESE que cumple en el municipio con Búsquedas Activas de Sintomáticos de piel y Sistema nerviosos periférico.</p>	60%	100%
<p>Gestión y seguimiento de la PQT a los pacientes detectados</p> <p>Indicador: POT Implementado</p>	50%	100%
PROGRAMA	SALUD PUBLICA	
<p>OBJETIVO: GARANTIZARLE A LA POBLACIÓN CURITIEÑA UNA MEJOR SALUD PROMOVRIENDO SATISFACCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, PREVIENIENDO LOS RIESGOS, SATISFACCIÓN DE CONFIANZA Y CALIDAD EN LOS SERVICIOS OFRECIDOS Y CON UN RESULTADO DE LA PLENA SATISFACCIÓN DEL USUARIO PARA ALCANZAR EL LOGRO PROPUESTO EN LOS DIFERENTES PLANES NACIONALES Y TERRITORIALES DE SALUD PÚBLICA.</p>		
META DE RESULTADO	Línea Base	Meta Cuatrienio
<p>APOYAR A DISMINUIR LA TASA DE LETALIDAD POR DENGUE</p> <p>Metas de Producto / Indicador</p>		
<p>Apoyo a la estrategia IEC a través de medios masivos de comunicación en concurrencia con el Departamento</p> <p>Indicador: Estrategia IEC implementada para el Dengue</p>	0	1

Plan Territorial de Salud Municipio de Curití Santander
2008 - 2011

PROGRAMA	SALUD PUBLICA	
<p>OBJETIVO: GARANTIZARLE A LA POBLACIÓN CURITIEÑA UNA MEJOR SALUD PROMOVRIENDO SATISFACCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, PREVIENIENDO LOS RIESGOS, SATISFACCIÓN DE CONFIANZA Y CALIDAD EN LOS SERVICIOS OFRECIDOS Y CON UN RESULTADO DE LA PLENA SATISFACCIÓN DEL USUARIO PARA ALCANZAR EL LOGRO PROPUESTO EN LOS DIFERENTES PLANES NACIONALES Y TERRITORIALES DE SALUD PÚBLICA.</p>		
META DE RESULTADO	Línea Base	Meta Cuatrienio
<p>POYAR AL DEPARTAMENTO A REDUCIR FACTORES DE RIESGO DE LAS ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES</p> <p>Metas de Producto / Indicador</p>		
<p>Desarrollo de estrategias intersectoriales que promueven la actividad física en escenarios educativos, laborales, comunitarios e institucionales.</p> <p>Indicador: Estrategias intersectoriales de actividad física implementadas.</p>	50%	70%
<p>Formulación de política pública para la promoción de hábitos de vida saludable en los diferentes espacios.</p> <p>Indicador: Política pública formulada.</p>	ND	1
<p>Estrategia de IEC, para hábitos de vida saludable .</p> <p>Indicador: estrategia de IEC, para el fomento de hábitos de vida saludable implementada.</p>	ND	1
<p>Implementar la estrategia de instituciones libres de humo, en coordinación con ESE, EPS'S, sector educativo, cultura, deportes y otros sectores. (solo para los Municipios que se capacitaron)</p> <p>Indicador: Estrategia de Instituciones libres de humo implementada.</p>	ND	1
<p>Realizar campaña de diagnóstico precoz de diabetes e hipertensión arterial en coordinación con ESE, EPS'S.</p> <p>Indicador: Una campaña divulgada y realizada</p>	ND	1

Plan Territorial de Salud Municipio de Curití Santander
2008 - 2011

PROGRAMA	SALUD PUBLICA	
<p>OBJETIVO: GARANTIZARLE A LA POBLACIÓN CURITIEÑA UNA MEJOR SALUD PROMOVRIENDO SATISFACCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, PREVINIENDO LOS RIESGOS, SATISFACCIÓN DE CONFIANZA Y CALIDAD EN LOS SERVICIOS OFRECIDOS Y CON UN RESULTADO DE LA PLENA SATISFACCIÓN DEL USUARIO PARA ALCANZAR EL LOGRO PROPUESTO EN LOS DIFERENTES PLANES NACIONALES Y TERRITORIALES DE SALUD PÚBLICA.</p>		
<p>META DE RESULTADO</p> <p>APORTAR AL DEPARTAMENTO A DISMINUIR EN 0.1% LAS ENFERMEDADES POR DISCAPACIDAD</p> <p>Metas de Producto / Indicador</p>	Línea Base	Meta Cuatrienio
<p>Implementar sistema municipal de atención a las personas en condiciones de discapacidad desde la competencia del sector.</p> <p>Indicador: Plan Implementado</p>	ND	1
PROGRAMA	SALUD PUBLICA	
<p>OBJETIVO: GARANTIZARLE A LA POBLACIÓN CURITIEÑA UNA MEJOR SALUD PROMOVRIENDO SATISFACCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, PREVINIENDO LOS RIESGOS, SATISFACCIÓN DE CONFIANZA Y CALIDAD EN LOS SERVICIOS OFRECIDOS Y CON UN RESULTADO DE LA PLENA SATISFACCIÓN DEL USUARIO PARA ALCANZAR EL LOGRO PROPUESTO EN LOS DIFERENTES PLANES NACIONALES Y TERRITORIALES DE SALUD PÚBLICA.</p>		
<p>META DE RESULTADO</p> <p>MANTENER EN 0% POR 10.000 NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS TASA DE MORTALIDAD DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA</p> <p>Metas de Producto / Indicador</p>	Línea Base	Meta Cuatrienio
<p>Puesta en marcha del Plan territorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional.</p> <p>Indicador: Plan territorial de seguridad alimentaria y nutricional implementado</p>	50%	70%
<p>Promoción de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y alimentación complementaria hasta los 2 primeros años de vida, a través de grupos de apoyo.</p> <p>Indicador: grupos de apoyo en lactancia materna capacitados</p>	100%	100%

Plan Territorial de Salud Municipio de Curití Santander
2008 - 2011

PROGRAMA	EMERGENCIAS Y DESASTRES	
OBJETIVO: GARANTIZAR A LA POBLACIÓN CURITEÑA QUE LA ESE HOSPITAL SAN ROQUE REALICE LA IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE LOS RIESGOS DE EMERGENCIAS Y DESASTRES		
META DE RESULTADO	Línea Base	Meta Cuatrienio
PREPARAR AL MUNICIPIO PARA LA PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y MITIGACIÓN DE LAS EMERGENCIAS Y LOS DESASTRES Metas de Producto / Indicador		
Identificar los riesgos y amenazas de desastres incluidos los de movimientos poblacionales por desplazamiento forzado Indicador: Un diagnóstico anual de riesgos y amenazas identificados en el municipio	ND	4
Articulación del plan de preventivos, mitigación y superación emergencias y desastres. Indicador: plan articulado	ND	1
implementar en la ESE el plan para la atención de emergencias y desastres Indicador: ESE con plan de emergencias implementado	ND	1
promover la conformación y dotación de grupos de apoyo a la atención y prevención de emergencias y desastres en el municipio Indicador: grupos de apoyo	ND	1

Lo solicitado en los numerales del **f** al **k** que se mencionan en capítulo II de la Resolución 0425 de 2008; es el sustento de los contenidos del anexo técnico número uno como se explica en la síntesis del proceso de elaboración del PST.

SÍNTESIS DEL PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL.

Como lo sugiere la misma norma, la síntesis del proceso de elaboración del PST, se presenta dentro de los lineamientos diseñados para el anexo técnico uno, ubicado en éste documento en el anexo dos.

De igual manera el trabajo que precisa lo concerniente al proyecto de inversión, consignado en el anexo técnico dos, se ubica en el anexo tres de éste documento.

CAPITULO SIETE

PLAN DE SALUD TERRITORIAL – FASE DE APROBACION Y SOCIALIZACION DEL PLAN Y DE INVERSION ANUAL

En la última fase correspondiente a la ***Aprobación y Socialización del Plan de Salud Territorial y de Inversión Anual***, es de anotar que el Plan de Salud Territorial, que en primera instancia está incorporado en el Plan de Desarrollo Territorial vigencia 2008-2011, el cual fue aprobado por el consejo Municipal de Curití-Santander; equivale a que ya ha sido aprobado el recurso y los programas de los ejes que hacen referencia a los contenidos del Plan de Salud Territorial.

De la fecha de aprobación del Plan de Desarrollo Municipal a la actualidad, se realizaron ajustes al Plan de Salud Territorial teniendo en cuenta la resolución 0425 de 2008 y los lineamientos del Plan de Salud Territorial del Departamento de Santander.

ANEXOS

**ANEXO UNO
DIAGNOSTICO MUNICIPAL**

DIAGNOSTICO MUNICIPAL



SITUACIÓN DE SALUD MUNICIPAL CURITI SANTANDER AÑO 2008

NOMBRE ALCALDE: GABRIEL COLMENARES MEJIA

TEL: 7187023/7187245

Fax: 7187023

CATEGORÍA DEL MUNICIPIO: 6

Descentralizado: NO

SECRETARÍA DE SALUD: SI

No- Email: secretariadesaludcuriti@hotmail.com

NOMBRE SECRETARIO(A) DE SALUD: VICTOR ENRIQUE CHAPARRO MARTINEZ

Tel: 7187023

Celular: 3108592058

NOMBRE COORDINADOR(A) PAB: MARIA TERESA ORTIZ MOLINA

Tel: 7187023

Celular: 3114776297

PERFIL DEL COORDINADOR(A): Tecnóloga en salud comunitaria y hospitalaria básica, Tecnóloga. Administración de empresas, Diplomado en salud sexual.

7.1.1. CARACTERIZACIÓN GENERAL DEL MUNICIPIO

Localización, extensión y geografía:

Curití es uno de los 87 municipios que actualmente integran el departamento de Santander, tiene una extensión de 247 Km. y su territorio esta bañado por los ríos Chicamocha por el oriente y norte, y el Fonce por el sur. Mediante Decreto 0304 del 6 de diciembre de 2006 se adopta los Núcleos de Desarrollo Provincial del departamento de Santander; de conformidad con esta norma el municipio de Curití forma parte del Núcleo de Desarrollo Provincial de Guanentá el cual está conformado por los municipios de Aratoca, Barichara, Cabrera, Cepitá, Coromoro, Charalá, Encino, Jordán, Mogotes, Ocamonte, Onzaga, Páramo, Pinchote, Sangil, San Joaquín, Valle de San José y Villanueva, siendo Sangil la capital del Núcleo de Desarrollo Provincial. Se encuentra localizado geográficamente 6° 36'36 latitud norte y 73° 04'18 longitud oeste, con una temperatura media de 19.5°C. El casco urbano se encuentra ubicado a una altura de 1.491 m.s.n.m altitud sobre el nivel del mar.

Curití se encuentra ubicado a 7 kilómetros de la ciudad de Sangil. Limita por el oriente con los municipios de Cepitá, San Andrés y Molagavita, por el occidente con Sangil y Villanueva, por el norte con Jordán y Aratoca y por el sur con Mogotes y Sangil.

Dentro de sus vías de acceso, Curití se encuentra comunicada por medio de una carretera pavimentada de aproximadamente 1 kilómetro de longitud con

Plan Territorial de Salud Municipio de Curití Santander 2008 - 2011

la troncal central desde donde se puede tener acceso a la ciudad de Bucaramanga, a Sangil ubicado a 10 minutos, Bogotá y la Costa Atlántica.

Área Total (Km²) 247 Km. RURAL ----URBANA-----

Área Urbana o Cabecera Municipal de Curití: constituida por 1.079 predios urbanos, con un área de terreno de 348087 hectáreas (IGAC) y una población actual de 3.325 habitantes (Dane – Censo 2.005). Está dividida en los siguientes barrios o sectores delimitados según el acuerdo municipal N^o 011 de 1997, así:

Barrios:

Las Brisas, La Palma, San Roque, La Palzuela, El Centro, Villa del Rosario, El Libertador, Eduardo Santos, Urbanización El Bosque, José Antonio Galán.

Veredas:

El Basto, Colmenas Alto, Colmenas Bajo, Despensas, Manchadores, Zamorano, San Carlos, El Palmar, Pescaderito, Llano de Navas Acacias, La Mesa, El Pino, Cantabara, La Ceiba, Piedra Gorda, Tapias, El Uvo, Arenales, El Carmen Irapire, La Laja, Árbol Solo, El Común, La Cantera, La Vuelta, Macaregua, La Peña, Quebrada Seca, El Placer, Palo Blanco, Cuchicute, Tirapaza, El Rodeo, Palo Cortado, Macanillo.

División Política Administrativa



Tabla 1. División política del Municipio

Zona	N° Familias	N° Hab.	Porcentaje del total
Casco urbano (barrios)	875	3526	31
Veredas y/o corregimientos	2125	8021	69
TOTAL	3000	11547	100

Fuente: Estadísticas Básicas - Sisben 2007

Tabla 2. División política del Municipio Área Urbana

ÁREA URBANA		
EXTENSIÓN: 42.94 Hectáreas		BARRIOS O SECTORES: 10
ÁREA RURAL		
EXTENSIÓN: 247.000 Hectáreas		VEREDAS: 18 - SECTORES: 22
NOMBRE VEREDA	Área Has.	PORCENTAJE %
Quebrada Seca	785,02	3.15%
Árbol Solo	663,7	2.66%
Irapire	2.827,16	11.33%
Cantabara	3.585,70	14.37%
El Basto	2.928,95	11.74%
Colmenitas	2.040,55	8.18%
Palo Cortado	1.636,83	6.56%
Guamal	792,98	3.19%
Rodeo	504,3	2.02%
Tirapaza	302,28	1.21%
Cuchicute	3.724,85	14.93%
Paloblanco	2.255,46	9.04%
Macaregua	804,5	3.22%
La Peña	334,71	1.34%
Cañaverál	287,66	1.15%
Llano de Navas	635,16	2.54%
Centro	224,6	0.900%
Palmar	574,84	2.30%
* Arenales	-	-
* Pescaderito	-	-
SUBTOTAL (has)	24.909,22	99.83%
CASCO URBANO (has)	42,03	0.17%
TOTAL (has)	24.951,25	100%

Fuente: Estadísticas Básicas - Sisben 2007

Infraestructura Básica

Servicios Públicos: En la siguiente tabla registre la presencia de servicios públicos en el municipio y su porcentaje de cobertura según zonas. Luego de la tabla escriba el estado actual y calidad de los servicios.

Tabla 3. Disponibilidad Y Cobertura De Servicios Públicos Domiciliarios

Servicios Públicos	Si	No	% Urbano		% Rural	
			2000	2006	2000	2006
Acueducto con tratamiento	X		0%	0%	0%	0%
Acueducto sin tratamiento	X		90%	97.13%	70%	97.13%
Energía eléctrica	X		95%	98.13%	95%	98.13%
Alcantarillado	X			94%		2%
Telefonía	X			50%		5%
Gas domiciliario				0.4%		0,1%

Plan Territorial de Salud Municipio de Curití Santander
2008 - 2011

Pozos sépticos				3%		80%
Disposición final de basuras			97%			

Fuente: EOT en proceso de aprobación

Malla Vial: Escriba todas las vías de acceso y los medios de transporte disponibles en el municipio y el estado de las mismas. Indique la conformación y estado actual de la malla vial municipal urbana y rural. Indique la distancia en tiempo y kilómetros desde el casco urbano hasta la capital del núcleo de desarrollo provincial.

Tabla 4. Clasificación y Estado de las vías Sector Rural.

VÍA	CLASIF.	TIPO	RODADURA ESTADO	LONG / KMS
Esc. El Uvo- Esc. Árbol Solo- Esc. La Laja – Esc. Quebrada Seca – Limite Con Villanueva	Municipal	En tierra	Regular	8.5
Escuela Las Vueltas – Esc. El Placer	Municipal	En tierra	Regular	1.8
Esc. Las Vueltas- Esc. Palo Blanco Alto – Esc. Llano de Navas.	Municipal	En tierra	Regular	4.2
Esc. Las Vueltas – Salón Comunal La Peña – Esc. Llano de Navas	Municipal	En tierra	Regular	2.7
Esc. Las Vueltas – Q. Seca Municipal En tierra Regular 4 Vía hacia Q. Seca – Limites con San Gil	Municipal	En tierra	Regular	1.2
Esc. Las Vueltas – Q. Seca	Municipal	En tierra	Regular	4
Vía hacia Q. Seca – Limites con Sangil	Municipal	En tierra	Regular	1,2
Esc. Palo Blanco Alto - Limite con San Gil	Municipal	En tierra	Regular	1.6
La Unión – Esc. Llano de Navas	Municipal	En tierra	Regular	2
La Unión – Ladrillera Curiti – Trapiche	Municipal	En tierra	Regular	4.1
La Unión – Esc. Palo Blanco Bajo	Municipal	En tierra	Regular	3.4
La Unión – Paralela a Q. Cañaveral – Las Vueltas	Municipal	En tierra	Regular	4.9
Esc. El Uvo Troncal Central Nacional – Esc. Irapire – Boquerón – Esc. La Ceiba	Municipal	En tierra	Regular	9.2
Esc. La Ceiba – Esc. Piedra Gorda – Limite Aratoca	Municipal	En tierra	Regular	2.4
Boquerón – Esc. Manchadores- Esc. La Mesa	Municipal	En tierra	Regular	7.2
Esc. Los Pinos – Vía al Boquerón	Municipal	En tierra	Regular	0.4
Esc. Macanillo – Salón Comunal Palo Cortado – Esc. Tapias – Vía al Boquerón	Municipal	En tierra	Regular	8.6
Q. las Pilas- Vía Irapire	Municipal	En tierra	Regular	2.5
Casco Urbano- Galpones El Roble	Municipal	En tierra	Regular	5.4

Plan Territorial de Salud Municipio de Curití Santander
2008 - 2011

VÍA	CLASIF.	TIPO	RODADURA ESTADO	LONG / KMS
Casco Urbano – Alto de la Laguna - Alto de Petaquero	Municipal	En tierra	Regular	8.9
Casco Urbano- Puerta El Común – Salón Comunal Palo Cortado	Municipal	En tierra	Regular	8
Esc. Macanillo- Limite con San Gil (Carretera PuenteTierra)	Municipal	En tierra	Regular	5.5
Troncal Central Nacional- Esc. Zamorano	Municipal	En tierra	Regular	2.4
Casco Urbano – Mina – Via el Ramal	Municipal	En tierra	Regular	1.8
Casco Urbano – Esc. El Palmar – puerta El Alto	Municipal	En tierra	Regular	2.8
Otras vías carreteables	Municipal	En tierra	Regular	20.1

Mantenimiento de las vías:

El mantenimiento de las vías está a cargo del municipio con eventuales recursos de la Nación, Departamento y el Municipio, este mantenimiento se realiza dos veces al año; exceptuando la Troncal Central Nacional Bucaramanga-Santa Fe de Bogotá que está a cargo del INVIAS.

En convenios con el Comité de Cafeteros se hace mantenimiento a las vías con material proporcionado por las empresas mineras del municipio. La maquinaria con la que cuenta el municipio par el mantenimiento de vías es de un cargador y dos volquetas pero en mal estado de funcionamiento.

Caminos de Herradura:

Los caminos de herradura están orientados para terrenos que por su topografía presentan una difícil accesibilidad, siendo usados por familias que viven a cierta distancias de la vía carreteable. En el municipio de Curití estos caminos principalmente se encuentran al oriente en las veredas de Cantabara, Colmenitas y el Basto aproximadamente en 33.80 Kms. de camino, siendo estos mantenidos por el constante paso de pobladores rurales con sus animales de carga.

Clasificación y estado de las vías urbanas.

En el área de estudio. Concurren diferentes tipos de vías que por su función urbana, uso y dimensionamiento, las hemos clasificado de la siguiente forma:

Vía principal urbana: son las vías que comprometen la relación de los distintos sectores del área urbana, su sentido es único, conforman un circuito que comienza en el Ramal, sube por la calle 8, pasando por el frente de la Alcaldía Municipal, continua hasta la carrera 6, girando a la izquierda para bajar por la calle 9 hasta el puente de acceso al casco urbano para retornar a la salida por el Ramal nuevamente. La calle 8 continúa desde la carrera 6 hacia la salida a Pescaderito.

Plan Territorial de Salud Municipio de Curití Santander
2008 - 2011

Vías Secundarias: Caracterizada por su función de interrelación urbana que comunica con las aéreas perimetrales. Tienen como particularidad el sentido doble sin separador.

Estado actual de las vías urbanas:

El área urbana presenta actualmente un alto porcentaje de vías sin pavimento, falta de espacio público (andenes) y delimitación de la vía (sardineles). Se presenta el siguiente inventario de vías sin pavimento:

Tabla 5. Clasificación y Estado de las vías Sector Urbano.

CARRERAS	CALLES
11	Entre 8 y 7
10	Entre 6 y 4 ^a Entre 10 y 11
9	Entre 6 y 4 ^a Entre 10 y 11
8	Entre 10 y 11 Entre 6 y Antiguo Matadero
7	Entre 10 y 11
6	Entre 4 y 3
5	Entre 6 y 4
3	Entre 5 y 4 (50%)
1	Entre 7 y salida El Común
10	Entre 11 y 8
6	Entre 1 y 2
4B	Entre 9 y 10
4	Entre 2 y 4 , 6 y 7 y Sin trazado desde la 7 hasta la 10

Fuente: Equipo Consultor

Tabla 6. El estado actual de la pavimentación de las vías urbanas es el siguiente:

MATERIAL	ASFALTO	CONCRETO	PIEDRA	TIERRA
Long. MI.	432.00	3.903.00	1.872.00	3.147.00

Fuente: Equipo Consultor

Tabla 7. Organizaciones Municipales Y Comunitarias Del Municipio.

DE LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL	SI	NO	SOCIALES Y / O COMUNITARIAS	No.
Secretaría o Dirección Local de Salud	X		Juntas Acción Comunal	43
Personería	X		COPACOS	
Procuraduría			Hogares bienestar familiar	
Juzgados civiles	X		Veeduría	1
Comisaría de familia			Asociación de usuarios	
Inspecciones de policía	X		ONG	
Registraduría	X		Defensa Civil	1
Defensoría del pueblo			Cruz Roja	
UMATA			Otra	
Secretaría de Educación				

Plan Territorial de Salud Municipio de Curití Santander
2008 - 2011

Secretaria de Planeación	X			
Instituto de recreación y deportes				
Juez Promiscuo Municipal				
Concejo Municipal	X			
Concejo Territorial de Planeación	X			
Junta Municipal de Educación. (JUME)				
Comité de Desarrollo Municipal. COMUDE				
Junta Municipal de Deportes	x			
Otra:				

Fuente: POT, en proceso de Aprobación

Existen 43 Juntas de Acción Comunal, de las cuales cuarenta (40) son rurales y tres (3) están ubicadas en la cabecera municipal. (Ver tabla).

Tabla No. 8. Juntas De Acción Comunal Y Otras Organizaciones Sociales Del Municipio De Curití:

REPRESENTANTE LEGAL	JUNTAS DE ACCIÓN COMUNAL
ACUÑA GUALDRON FANNY JANETH	Jac Vereda el Pino Municipio de Curiti.
ALVAREZ GARCES JUAN	Jac Vereda el Placer Municipio de Curiti
AMADO BECERRA CARLOS MANUEL	Jac Vereda Palo Cortado Municipio de Curiti
ARGUELLO ARCINIEGAS MARTHA CECILIA	Jac Vereda Tirapaza del Municipio de Curiti
AYALA BAYONA WILLIAN	Jac Vereda Quebrada seca Municipio de Curiti
AYALA VARGAS JUAN DE DIOS	Jac Vereda Colmenitas alto del Municipio de Curiti
CAMACHO MORENO LUIS RODOLFO	Jac El Santuario Vereda la Cantera
CRUZ CELIS HERMES	Jac Barrio Villa del Rosario del Municipio de Curiti
DAZA GOMEZ FERMIN	Jac Vereda Arbolsolo Municipio de Curiti
DELGADO CHAPARRO JOSE NELSON	Jac Vereda el Comun del Municipio de Curiti
DIAZ GUTIERREZ ISAIAS	Jac Vereda la Mesa del Municipio de Curiti
DIAZ JIMENEZ JORGE	Jac Vereda macaregua del Municipio de Curiti
DIAZ SILVA HECTOR MAURICIO	Jac Altos del Tejar Barrio Jose Antonio Galan de Curit
DURAN SALAZAR MIGUEL	Jac Barrio La Palma del Municipio de Curiti
FONSECA TAVERA ALVARO	Jac Vereda Cuchicute Alto del Municipio de Curiti
FORERO BELTRAN RAFAEL	Jac Simon Bolivar Vereda Cantabara de Curiti
GALVIS RODRIGUEZ ANGEL JESUS	Jac Vereda Palmira llano de Navas de Curiti
GARCES ARIAS JOSE DEL CARMEN	Jac Vereda Palo Blanco Alto del Municipio de Curiti
GOMEZ GONZALEZ FLOR MARIA	Jac Vereda Acacias Municipio de Curiti
HERRERA GUALDRON JUAN DE DIOS	Jac Vereda Despensas del Municipio de Curiti
HIGUERA ACEROS FELIX MARTIN	Jac Juan XXIII-Vereda Palo Blanco bajo de Curiti
JAIMES GOMEZ JAIRO	Jac Vereda el Carmen Municipio de Curiti
JAIMES RAMIREZ RAFAEL	Jac Solom Wilches vereda Colmenitas Municipio de Curiti
JAIMES RAMIREZ VIRGILIO	Jac Vereda Piedra Gorda del Municipio de

Plan Territorial de Salud Municipio de Curití Santander
2008 - 2011

REPRESENTANTE LEGAL	JUNTAS DE ACCIÓN COMUNAL
	Curiti
MACEA ARISTIDES GERMAN	Jac Barrio Libertador II Etapa Municipio de Curiti
MACIAS APARICIO ALFONSO	Jac San Pedro Claver Vereda la la Laja Muicipio de Curiti
MANRIQUE SILVA RAMIRO	Jac Vereda Cuchicute del Municipio de Curiti
MEJIA GONZALEZ OMAIRA	Jac Vereda el Palmar Municipio de Curiti
MEJIA MEJIA HILDA	Jac el Uvo parte Baja Vereda el Uvo Municipio de Curiti
MORALES DE SANTOS ELISA	Jac Vereda Cañaverl del Uvo Municipio de Curiti
MUÑOZ MUÑOZ DIOVIGILDO	Jac Corrigimiento el Basto Municipio de Curiti
NIÑO LIZARAZO JUAN DE JESUS	Jac Vereda el Zamorano del Municipio de Curiti
ORTIZ GALVIS PEDRO JOSE	Jac Sector la laja Vereda Arbolsolo del Municipio de Curiti
PEREIRA DURAN GILBERTO	Jac Vereda San Carlos Municipio de Curiti
RAMIREZ PICON RAMON	Jac Vereda la Peña Municipio de Curiti
ROA GALVIS JAIRO	Jac Sector aguasembrada Vereda La Peña
RODRIGUEZ RODRIGUEZ WILLIAN ALFONSO	Jac Vereda Arenales del Municipio de Curiti
ROJAS VILLABONA LUIS ANTONIO	Jac Vereda Pescaderito Municipio de Curiti.
RUIZ CRUZ JOSE ORLANDO	Jac Vereda tapias del Municipio de Curiti
SANCHEZ GARCIA DAILI	Jac Barrio las Brisas Municipio de Curiti
SANDOVAL ORTIZ NORBERTO	Jac Barrio El Bosque del Municipio de Curiti
SANTOS MORALES ELISA ISENIA	Jac Vereda Irapire del Municipio de Curiti
SIERRA MUÑOZ OMAR	Jac Los añiles Vereda la Ceiba del Municipio de Curiti
SUAREZ MORENO OMAR	Jac Vereda manchadores del Municipio de Curiti
TAVERA MUÑOZ FRANCISCO JAVIER	Jac Vereda Macanillo Municipio de Curiti
VANEGAS DE PEINADO PAULINA	Jac Central ismael Enrique Arciniegas de Curiti
VARGAS TANGUA SERGIO	Jac Vereda El Rodeo del Municipio de Curiti

7.1.2. MACRODETERMINANTES EN SALUD

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Tabla No. 9. Población por Grupos Eéreos – DANE

GRUPOS ETAREOS	POBLACION	HOMBRE	MUJERES
0-4	1.111	558	553
5-14	2.447	1.249	1.198
15-19	1.141	569	572
20-24	845	421	424
25-34	1.497	730	767
35-44	1.496	798	698
45-59	1.538	747	791
Mayores de 60	1.231	612	619
TOTAL	11.343	5.704	5.639

Fuente: DANE Censo General 2005

Tabla No. 10. Distribución Espacial De La Población Por Sexo Año 2005

AREA	MASCULINO	%	FEMENINO	%	TOTAL
URBANA	1.537	46.23	1.788	53.77	3.325
RURAL	4.167	51.97	3.851	48.03	8.018
TOTAL	5.704	50.29	5.639	49.71	11.343

Fuente: DANE Censo General 2005

Pirámide de Población

La pirámide o historiógrafo de población muestra geográficamente la composición de la población de Curitá por edad y sexo. Con el objetivo de mostrar la proporción de hombres y mujeres en cada grupo de edad, dando así una idea clara de las características de la población. La suma de todos los grupos por edad y sexo de la pirámide es igual al 100% de la población según las estadísticas poblacionales del Censo General por el DANE en el año 2.005 de todo el país. (ver grafico 4) EOT – Curití.

Tabla 11. Indicadores De Dinámica Poblacional Del Municipio año 2005.

Indicador	Valor
Tasa general de fecundidad (nacidos vivos por 1000 mujeres entre 15 y 44 años)	78%
Tasa general de mortalidad (defunciones por 1000 hab.)	0.4
Tasa mortalidad infantil (defunciones en menores de 1 año por 1000 nacidos vivos)	15.2%

Fuente: DANE Censo General 2005

Población en situación de desplazamiento

Esta población tiene un tratamiento especial por estar en condición de desplazamiento de su lugar de origen; en el municipio de Curití existen 3 familias (10 personas) bajo esta condición, de las cuales 6 son estudiantes y están matriculados en el Colegio Integrado Eduardo Gamba (uno en séptimo); en la Escuela Urbana Ismael Enrique Arciniegas (dos estudiantes de segundo y cuarto de primaria) y uno matriculado en le grado cero en la Escuela Urbana Ulpiano Serrano Gómez.

La población indígena es el otro segmento de población clasificada como población especial. Aunque el municipio de Curití fue habitado por los pueblos de indios Guanés, actualmente no se tienen indicios de descendientes de estos antiguos pobladores ni de ningún otro grupo indígena asentado en el municipio.

Tabla 12. Poblaciones Especiales

POBLACIONES	NO. DE PERSONAS	NO. DE FAMILIAS
-------------	-----------------	-----------------

Plan Territorial de Salud Municipio de Curití Santander
2008 - 2011

ESPECIALES		
Población Desplazada	10	3
Población Indígena	0	0
TOTAL	10	3

Fuente: DANE censo general 2005

Educación

El municipio de Curití cuenta con una institución educativa y dos centros educativos que ofrecen los niveles de pre-escolar, básica primaria y secundaria, las cuales cuentan con diferentes sedes: A nivel urbano encontramos tres sedes, una del nivel secundario, otra de pre-escolar y una de básica primaria. A nivel rural se encuentran 31 sedes que ofrecen el nivel de pre-escolar, básica primaria y tres de las 31 sedes ofrecen el nivel de secundaria.

Tabla 13. Matrículas Centro Educativo Cantabara Manchadores

Matrícula 2008					
CENTRO EDUCATIVO CANTABARA MANCHADORES					
SECTOR RURAL					
sede	nombre de la sede	categoría	alumnos	docentes	aulas
a	Escuela rural cantabara	preescolar	3	sin docentes	2
		primaria	9		
		posprimaria	19		
b	Escuela rural el basto	primaria	11	1	1
c	Escuela rural la ceiba	preescolar	1	1	1
		primaria	14		
d	Escuela rural colmenitas alto	primaria	4	sin docente	1
e	Escuela rural colmenitas	primaria	4	1	1
f	Escuela rural manchadores	preescolar	4	1	1
		primaria	23		
g	Escuela rural despensas	preescolar	2	1	1
		primaria	12		
		adultos	13		
h	Escuela rural la mesa	primaria	21	sin docente	1
		posprimaria	38	1	
i	Escuela rural piedra gorda	primaria	24	1	1
j	Escuela rural el pino	preescolar	4	1	1
		primaria	14		
k	Escuela rural tapias	primaria	8	sin docente	1
Total			228	8	12

Tabla 14 Matrículas Centro Educativo Las Vueltas

Matrícula 2008					
CENTRO EDUCATIVO LAS VUELTAS					
SECTOR RURAL					
sede	nombre de la sede	categoría	alumnos	docentes	aulas
a	Escuela rural las vueltas	preescolar	9	4	9
		primaria	87		

Plan Territorial de Salud Municipio de Curití Santander
2008 - 2011

Matrícula 2008					
CENTRO EDUCATIVO LAS VUELTAS					
SECTOR RURAL					
		posprimaria	123	5	
b	Escuela rural la laja	preescolar	3	1	1
		primaria	18		
c	Escuela rural palo blanco alto	preescolar	4	1	3
		primaria	22		
d	Escuela rural el placer	preescolar	5	2	2
		primaria	28		
e	Escuela rural quebrada seca	preescolar	3	2	2
		primaria	30		
f	Escuela rural san francisco	primaria	17	1	1
g	Escuela rural árbol sólo	preescolar	5	1	2
		primaria	19		
h	Escuela rural arenales	preescolar	3	1	2
		primaria	22		
i	Escuela rural irapire	preescolar	5	1	2
		primaria	37		
		adultos	24		
j	Escuela rural el uvo	preescolar	10	3	2
		primaria	55		
Total			529	22	26

Tabla 15. Matrículas Centro Educativo Eduardo Camacho Gamba Sector Rural

Matrícula 2008					
INSTITUCIÓN EDUCATIVA COLEGIO EDUARDO CAMACHO GAMBA					
SECTOR RURAL					
sede	nombre de la sede	categoría	alumnos	docentes	aulas
e	escuela rural acacias	primaria	16	1	1
f	escuela rural la cantera	preescolar	2	1	1
		primaria	10		
g	escuela rural el común	preescolar	9	2	2
		Primaria	39		
h	Escuela Rural Cuchicute	preescolar	4	1	1
		primaria	22		
i	Escuela Rural Llano de navas	preescolar	6	1	1
		primaria	26		
j	Escuela Rural el Palmar	preescolar	2	2	2
		primaria	31		
k	Escuela Rural Palmira	preescolar	6	2	3
		primaria	26		
l	Escuela Rural Palo blanco bajo	preescolar	13	3	4
		primaria	62		
m	Escuela Rural San Carlos	preescolar	1	1	2
		primaria	12		
n	Escuela Rural Zamorano	preescolar	2	1	1
		primaria	23		
TOTAL			312	15	18

Tabla 16. Matrículas Centro Educativo Eduardo Camacho Gamba Sector Urbano

Matrícula 2008					
INSTITUCIÓN EDUCATIVA COLEGIO EDUARDO CAMACHO GAMBA					
SECTOR URBANO					

Plan Territorial de Salud Municipio de Curití Santander
2008 - 2011

sede	nombre de la sede	categoría	alumnos	docentes	aulas
a	Eduardo Camacho Gamba	bachillerato	672	28	25
b	Ismael Enrique Arciniegas	primaria	398	13	8
c	Ulpiano Serrano Gómez	preescolar	68	3	2
TOTAL			1138	44	35

Fuente: Dirección de Núcleo

En el año 2.008, la población estudiantil de nivel pre-escolar fue de 174 estudiantes; en primaria 1.181 estudiantes, los cuales reciben instrucción por parte de 56 profesores. En secundaria, actualmente hay 852 estudiantes y 33 profesores que cubren el pensum académico de esta población. El colegio Eduardo Camacho Gamba, ubicado en el casco urbano, congrega una parte de los estudiantes de secundaria distribuidos en 25 aulas, donde reciben instrucción académica. A nivel rural encontramos 3 sedes que también ofrecen la básica secundaria, metodología post-primaria, las cuales son: Escuela Rural Cantabara Sede A, Escuela Rural La Mesa Sede H del Centro Educativo Cantabara Manchadores y Escuela Rural Las Vueltas Sede A del centro Educativo las Vueltas.

Nivel de Escolaridad del Municipio de Curití

Respecto a la continuidad de los estudios en el nivel de secundaria, tan solo el 22.9% de la población que termina el nivel primario puede acceder a los estudios secundarios, esto debido a los problemas económicos y a que los jóvenes se convierten en mano de obra para el desarrollo de las actividades agropecuarias de su familia. Las instituciones a las que recurren para continuar sus estudios son el Colegio Eduardo Camacho Gamba y diversos Colegios de San Gil.

Tabla 17. Resumen de Matriculas

Nivel educativo	URBANA		RURAL		Total Estudiantes	Cobertura bruta
	Pública	Privada	Pública	Privada		
Preescolar	68		106	0	174	3
Primaria	398		783	0	1181	49
Secundaria	672		180	0	852	48
Técnico						
Universitaria						

Fuente: Dirección de núcleo

Tabla 18. Porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas

Indicador	Porcentaje
Necesidades básicas insatisfechas (total)	44,4
Hogares viviendas inadecuadas	30
Hogares viviendas sin servicios	3,4
Hogares con hacinamiento crítico	10,4
Hogares con alta dependencia económica	
Hogares con ausentismo escolar	5,6

Fuente: dirección de núcleo

Actividades económicas principales

La siguiente tabla resume los principales productos de la actividad agrícola del municipio de Curití, donde el Tabaco lidera esta actividad en área sembrada, toneladas producidas y porcentaje de participación respecto al área total del municipio apta para cultivar. De las 24`736.609 hectáreas aptas para cultivar, solo el 9.22% están cultivadas con tabaco, frijol, café, fique y maíz.

Tabla 19. Sistema de Producción

AGRICOLA	AREA SEMBRADA(HAS)	PRODUCCION	% AREA
TABACO	659	1.239	23%
FRIJOL	610	732	25.1%
CAFÉ	608	700	25.12%
FIQUE	343	321	14.17%
MAIZ	200	570	8.27%
TOTAL	2.420	3.562	95.77% de las tierras del municipio

Fuente: Alcaldía Municipal (Ex director UMATA/ 2005) – Secretaría de Agricultura Departamental.

De acuerdo con la información registrada en la tabla, las veredas productoras de tabaco son Palo Blanco, con una participación en áreas sembradas del 70% con relación al área total cultivada con este producto (659 hectáreas), en las cuales se producen aproximadamente 1.239 toneladas al año, con rendimientos de 1.835 kilogramos por hectárea. La vereda Árbol Solo y el sector El Uvo, tiene una participación en área cultivada del 13%, los sectores de Macaregua y la Peña tiene una participación del 7.3% y del 6.7% respectivamente y existen 459 productores en el municipio. Con respecto a los costos de producción se observa que el cultivo de tabaco demanda altos costos de producción; si comparamos los costos de producción con el valor pagado al productor de utilidad neta solo quedan \$466.301.750 pesos.

Las principales veredas y/o sectores productores de frijol son Palo Blanco, Árbol Solo, El Uvo, Quebrada Seca, Macaregua e Irapiro, con un total de 525 productores y un área total cultivada de 610 hectáreas las cuales producen 732 toneladas al año; para esta labor utilizan aproximadamente 4 personas (20 en total) a las cuales se les paga un jornal de \$12.000 pesos/persona mas la alimentación o \$18.000 pesos/persona sin incluirles la alimentación. La comercialización de la producción de frijol se hace con las cooperativas de Villanueva, comerciantes particulares e intermediarios de San Gil y Villanueva.

El café es el tercer cultivo en importancia en el municipio de Curití, con 608 hectáreas cultivadas, 255 productores y una producción anual (2005) de 700 toneladas y rendimientos de 1.500 Kg/Ha. Las labores se realizan en forma manual y con tecnología tradicional debido a que existen muchas limitantes tecnológicas. Su participación en la generación de empleo escasamente es de 20 personas aunque en la época de recolección de la cosecha se llega a contratar a una persona mas o simplemente se utiliza la modalidad de

préstamo o intercambio de personas (núcleo familiar) quienes colaboran en dicha labor sin recibir ninguna remuneración.

Cantabara (sectores Manchadores, El Pino, La Ceiba, Piedra Gorda y Colmenitas) son las principales veredas y/o sectores productores de fique en Curití. Las variedades mas reconocidas en la región son: Uña de Águila, Cenizo, Tunoso y Perolero; se cultiva todo el año especialmente en la época lluvias. Las estadísticas agropecuarias revelan que en el año 2005 se cultivaron 542 hectáreas con este producto. Cantabara lidera la producción de fique con 582 hectáreas que equivalen al 87% del total de área cultivada. Las limitantes tecnológicas y los altos costos de producción son los principales problemas de los agricultores de la región. El jornal de los cultivadores de fique es el mas bajo de la región (\$6.000 pesos incluida la alimentación y \$12.000 pesos sin ésta). La producción anual es de 672 toneladas al año.

De los productos agrícolas que se cultivan en el municipio de Curití, el maíz ocupa el quinto lugar en importancia; el porcentaje de participación en área sembrada es de 8.27% con relación al total de área apta para cultivar. Actualmente existen 130 cultivadores de maíz y 200 hectáreas sembradas que producen 570 toneladas al año, las cuales son comercializadas con comerciantes particulares del municipio de San Gil. Las principales veredas productoras son Cuchicute, Cantera, palo Blanco, Quebrada Seca y otras veredas y/o sectores con menor participación. Cuchicute es el mayor productor de maíz (50% del total producido). La única tecnología aplicada en este cultivo esta relacionada con la semilla(certificada-mejorada). Aproximadamente 20 personas laboran en el cultivo del maíz durante la época de siembra y recolección de la cosecha que generalmente son el núcleo familiar (padre, madre e hijos)

MERCADO LABORAL

Sector Primario:

La principal fuerza económica del municipio está representada en los ingresos provenientes de las actividades agrícolas y ganaderas con un 59.11%. La estructura económica del área urbana está determinada por la actividad comercial, con una participación del 18.39%. Igualmente, en el área urbana, se puede mencionar algunas actividades enmarcadas dentro del contexto artesanal relacionadas con la producción de artesanías en fibra de fique con un 13.60%. En materia de enseñanza, la fuerza laboral ocupada es de 92 profesores y 3 personas de administración y dirección (rector, director de núcleo y secretaria) que representa el 1.47%.

La actividad minera del municipio está relacionada principalmente con la explotación de calizas y arcillas y en menor escala, algunas arenas silíceas y mármol, que generan aproximadamente 127 empleos directos al año.

En el municipio de Curití la industria es muy incipiente, solo se pueden mencionar, la industria alimenticia (pequeñas panaderías) y la industria maderera, representada en una carpintería, con una participación del 0.96% dentro de los PIB municipal.

Dentro del sector agrícola, Curití dedica un 9.22% de sus tierras a los cultivos, entre los cuales se destaca el tabaco, fríjol, café, fique y maíz amarillo y algunos productos de pan coger como yuca, pimentón, tomate, arveja, habichuela; frutales como naranja, mandarina y mango entre otros y un 43.26% a pastos de diferentes variedades, dentro de los cuales se

pueden mencionar las variedades como Brachiaria, pasto de corte y tradicional, dentro de las más predominantes; las cuales cubren un área de 10.700 has. Dentro de las actividades pecuarias se destacan la cría de ganado bovino y porcino y de algunas especies menores como cabras, ovejas, conejos y aves de postura y de engorde. La producción piscícola es una actividad que también se realiza en menor escala, destacándose algunas especies como mojarra y cachama.

Ocupación poblacional por ramos de actividad

Curití es indudablemente un territorio privilegiado ya que posee una gran variedad de climas, con alturas que van desde los 700 y 2.200 msnm, temperaturas que oscilan entre los 16 y 25° C, con un promedio de temperatura de 19.5° C y una precipitación que varía entre los 1000 milímetros anuales en la parte nororiental sobre el valle del Río Chicamocha y los 1600 milímetros al sur del municipio. La distribución de las lluvias a lo largo del año presenta una temporada seca y una más húmeda con pocas diferencias a nivel mensual. La precipitación pluvial promedio es de 1300 mm/año, factores que le permiten desarrollar una variada agricultura. No obstante, su topografía, el mal estado de las vías y la falta de apoyo institucional, han contribuido en cierta forma, al estancamiento de la economía del municipio. El 69,93% de la población económicamente activa del municipio se dedica a las labores agrícolas

Sector Secundario:

En esta actividad participa ECOFIFRAS y AREAGUA como las dos empresas artesanales más grandes de hilados y artesanías de fique de Curití; además existen aproximadamente 23 tiendas y/o viviendas dedicadas a la elaboración de artículos artesanales en fibra de fique.

Eco fibras - Empresa Cooperativa de Fibras Naturales de Santander: En esta empresa Cooperativa laboran 80 personas, de las cuales 3 son de nómina (Gerente, Jefe de Producción y Secretaria), todos por contrato a un (1) año, las demás personas están vinculadas por prestación de servicios (hay personas que tienen 10, 8 y 5 años de antigüedad, es decir, que han laborado permanentemente con EcoFibras. El 60% son mujeres, equivalente a (75) y el resto, 40% son hombres (5). El total del personal vinculado a la empresa, solo 38 laboran dentro de las instalaciones de ECOFIBRAS, el resto trabaja en sus casas.

AREAGUA – Asociación Regional de Artesanos de Guanentá. La Asociación, está conformada por 12 socios con talleres satelitales. Actualmente cuenta con 12 personas que hilan en sus casas la materia prima para la elaboración de bolsos, tapetes, individuales y cortinas, entre otros. El 100% del personal son mujeres que reciben un jornal de \$8.000 pesos diarios.

Tecnología: Predomina el sistema artesanal de telares manuales rudimentarios, de baja productividad y rendimiento, se hace control de calidad de la producción, y se están implementando programas sobre Higiene y seguridad industrial para proteger la salud de los trabajadores. Solo en una tienda artesanal se utiliza torno eléctrico para hilar.

Producción: La actividad principal es la producción de hilo finito para la fabricación Bolsos, correas, Tapetes y cortinas, entre otros. A nivel familiar y en menor cantidad, se producen hilados y tejidos finos, que son la materia prima para la elaboración de las diferentes artesanías que se producen en el municipio y que ya son conocidas a nivel nacional e internacional.

Sector Terciario:

La ubicación geográfica del casco urbano en el municipio (Sur Occidente), no es muy favorable, con respecto a las veredas ubicadas al norte y oriente del municipio, si se tiene en cuenta el mal estado de las pocas vías de acceso tanto a nivel municipal como veredal; este factor ha sido el elemento determinante en su bajo desarrollo comercial y urbanístico.

ASPECTOS CULTURALES:

Una de las fiestas importantes de Curití son las Fiestas de la Virgen del Carmen, la Fiesta del Campesino, Fiesta de Amor y Amistad, Fiesta de los Niños (en los meses de abril y en octubre). Además es importante mencionar que el patrono del municipio de Curití es San Joaquín.

Eventos Deportivos y Municipales.

Los habitantes del municipio de Curití gozan de un gusto especial por la música y la danza principalmente. En la actualidad existen 6 grupos de danzas los cuales se encuentran bien conformados y dotados de los instrumentos propios para la interpretación de música Charanguera y otros géneros musicales del folclor Colombiano.

7.1.4. FACTORES DE RIESGO AMBIENTAL

Contaminación ambiental

En el municipio de Curití existen factores que contribuyen a la contaminación ambiental y provoca riesgos para la Salud Pública de sus habitantes.

La ausencia en algunos sectores de pozos sépticos para el tratamiento de excretas domiciliarias que al final se destinan mediante tuberías directamente a la quebrada y las demás se conducen a una piscina de oxidación que es insuficiente para la cantidad de desechos que se reciben.

El día 4 de febrero de 2.008, se realizó una visita de inspección, vigilancia y control conjunta con la Coordinación de la oficina de ETV, de acuerdo a las quejas radicadas por la comunidad del Barrio Libertador, debido a la constante presencia de zancudos, moscas y vectores, además de los malos olores, buscando así optimizar el sistema de tratamiento de aguas residuales, mejorando las condiciones de remoción de materia orgánica y minimizar la afectación ambiental que produce el vertimiento de las mismas en forma directa sobre la quebrada de Curití, fuente abastecedora del Acueducto Urbano Municipal de San Gil y a su vez una de las Principales arterias fluviales del municipio, con el firme propósito de minimizar el impacto ambiental tan negativo que produce el vertimiento directo de las aguas residuales domésticas sobre la quebrada Curití y a su vez propender por mejorar las condiciones de salud de la población y preservar los recursos naturales existentes, se realizaron las siguiente exigencias:

a) Es urgente la realización de una fumigación contra zancudos, moscas y además vectores afectan la comunidad, así mismo, que se realice este control en todo el sistema del alcantarillado del municipio.

- b) Se debe efectuar la adquisición o el arreglo del quemador de gases y olores, porque este es además uno de los factores por los que mas se encuentra la afectada la mayoría de la comunidad Curiteña.
- c) No existe la presencia de una barrera natural que minimice el impacto que generan los olores que expiden las lagunas, y según se observó es permanente la aparición de gallinazos en este sector y el barrio aledaño denominado el Libertador.
- d) La forma como se recoleccionan y conducen las aguas residuales de las casa y establecimiento públicos en el municipio de Curití es muy obsoleto y la gran mayoría requiere de una reforma y un cambio de redes de conducción, que las aguas negras y las aguas residuales reciban una conducción y un proceso de rehabilitación diferente que no impida la optimización de cualquiera de estas dos.
- e) Con la presencia de una planta de tratamiento de aguas residuales domesticas el municipio de Curití se somete al cumplimiento las normas ambientales sanitarias que buscan mejorarla salubridad, minimizar la contaminación y propender por el bienestar de la población.
- f) Se requiere con urgencia la ejecución de un proyecto de rehabilitación o de mantenimiento de la planta de tratamiento de aguas residuales para mejorar su eficiencia.
- g) Es necesario que dentro de los planes de saneamiento básico manejados por la Administración Municipal se tenga como eje principal la inclusión a la conducción, o en su defecto que se realicen las construcciones o adecuaciones necesarias de pozos sépticos para cada una de las viviendas.
- h) Ya que el municipio demuestra su interés en darle un adecuado manejo de las aguas residuales del casco urbano, también es importante que se ejecuten proyectos de saneamiento básico para el área rural por medio de la construcción de unidades sanitarias con sus respectivos pozos sépticos.
- i) Mejorar el proceso de disposición final de basuras, excretas y los residuos líquidos, implantar un programa de optimización en el manejo de residuos sólido separándolos y reciclándolos con el propósito de ayudar a mejorar el medio ambiente, implementando una serie de técnicas adecuadas para el tratamiento de aguas hervidas y aguas sucias, de excretas y materia fecal, de las basuras y el fortalecimiento de la higiene personal y de vivienda dentro del programa de saneamiento básico.

Usos de los suelos y utilización de plaguicidas.

- a) Gracias a que el municipio de Curití está definido como una zona netamente agrícola, el aprovechamiento del suelo es un factor determinante en el sostenimiento de sus habitantes, el cultivo del fique, el tabaco, frijol y maíz sobresalen como los más utilizados en el sector. Por otro lado, es preocupante la falta de educación del personal en le manejo de plaguicidas en los cultivos (especialmente de tomate) en donde se mantiene como un factor de riesgo para la salud de los que n estas actividades intervienen y de la propia población que se sirve de las aguas y recursos naturales.

En agosto de 2007 se realizó una jornada de toma de exámenes de Colisneteraza o de "VEO", para determinar el nivel de infestación de la población, arrojando como resultado la presencia de altos niveles de plaguicidas en un 10% de los analizados. Estas personas fueron capacitadas en el manejo de plaguicidas.

Amenazas físicas y naturales

La ubicación geográfica de este municipio juega con un factor determinante como amenaza por desbordamientos de fuentes hídricas, donde en el año 2007 en el mes de marzo, un promedio de 7 veredas resultaron afectadas. Esto hace necesario que se tomen las medidas de seguridad y riesgo para proteger la población afectada.

1 Calidad agua para el consumo humano

El municipio de Curití cuenta con una planta inaugurada en el año 2007 que es suficiente para la potabilización del agua del consumo en la zona urbana del municipio, en esta labor la oficina de salud ambiental de la Gobernación de Santander, ha venido solicitando de manera constante la optimización, éste proceso a través de los resultados del análisis de las muestras de agua tomadas mensualmente y enviadas al Laboratorio Departamental de Salud Pública.

7.1.5. FACTORES DE RIESGO NUTRICIONALES

Complete la tabla 8 escribiendo los indicadores del estado nutricional en la población menor de 5 años. Para estos indicadores tenga en cuenta la información derivada del sistema de vigilancia nutricional del año 2006, si está disponible. Complemente la información escribiendo si existen diferencias de los indicadores por sexo, zona y la presencia de patrones culturales que supongan riesgo nutricional para los niños y niñas.

Tabla 20. Indicadores del estado nutricional en los menores de 5 años /2007

TIPO DE DESNUTRICION INDICADOR (%)	NORMAL	OBESIDAD	DESNUTRICION
<i>Desnutrición Aguda</i>	94 %	10.5	3.0%
<i>Desnutrición Crónica</i>	77 %	N. A	6.6%
<i>Desnutrición Global.</i>	91 %	2,5	4.4%

Fuente: Informe consolidado NUTTRES 2007

El estado nutricional es definido como el grado de educación de las características anatómicas y fisiológicas del individuo, con respecto a parámetros considerados normales, relacionados con la ingesta, la utilización y excreción de nutrientes. La malnutrición considerada por el déficit o por el exceso, afecta a una gran parte de la población mundial y esta condicionada por factores sociales, económicos y políticos que influyen en la disponibilidad, consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos.

El comportamiento del estado nutricional en el Municipio, esta referenciado por los registros y resultados obtenidos en el software Nuttes, gracias a la evaluación de los principales parámetros antropométricos de los niños menores de doce años pertenecientes al Municipio de Curiti. La evaluación del estado nutricional se hace comparando la población en estudio con el estándar establecido como población de referencia por Centro Nacional de

estadísticas de Salud, la OMS y los centros de control de enfermedades de los Estados Unidos CDC. La proporción de niños que están por debajo de dos desviaciones estándar con respecto a esta población de regencia se utiliza como indicador de nivel de déficit o desnutrición, en este rango se incluyen los severamente desnutridos que se ubican por debajo de tres desviaciones estándar.

En Curití la desnutrición mas prevalente es la de tipo crónico con un 14.4%, seguida por la desnutrición de tipo global con un 10.9 % y por último la desnutrición aguda con una prevalencia de 9.3%

1. La población estudiada es predominantemente adulta y adulta mayor y sólo un 4.1% de las personas encuestadas presentó una edad menor o igual a 24 años.
2. El nivel de educación de esta población es muy bajo, el 61.3% sólo ha llegado al nivel primario de escolaridad. Esta condición favorece la presencia de factores de riesgo y dificulta la ejecución de las intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
3. La población reportó niveles de desempleo considerables, y las mujeres, en su mayoría, se desempeñan como amas de casa.

Factores de Riesgo:

1. La prevalencia de tabaquismo encontrada es elevada (17.4%), siendo mucho mayor en los hombres (34.1%) que en las mujeres (6.7%). Se evidenció una tendencia hacia el aumento de la prevalencia de tabaquismo con la edad. La edad temprana de inicio del consumo (17.5 años) es similar a la reportada en otras poblaciones. Existe un gran potencial para desarrollar programas de prevención del hábito de fumar en los adolescentes y adultos jóvenes.
2. Aunque el 73.5% de la población reportó consumir bebidas alcohólicas, la mayoría las consumen sólo en ocasiones especiales o en una frecuencia de una a dos veces por mes. Siendo el consumo diario de alcohol, en la cantidad de 30ml de etanol, un factor protector para las enfermedades cardiovasculares, se podría educar a la población sobre la adquisición de este hábito, especialmente a las mujeres en las que sólo una pequeña proporción reportó consumir este tipo de bebidas.
3. De todas las personas encuestadas que manifestaron consumir frutas, sólo un 18.6% las consumen una vez al día, un 62.8% las consumen dos veces por semana, y un 18.6% las consumen solamente dos veces por mes.
4. De las personas que manifestaron consumir verduras, sólo el 19.7% las consumen una vez al día, el 63.6% las consumen dos veces por semana, y el 16.7% las consumen solamente dos veces por mes.
5. Una proporción del 8.1% manifestó que consume grasa no vegetal (manteca, mantequilla, tocino, etc) en la preparación de sus alimentos.
6. Mientras la mayor parte de los encuestados afirma que siempre cuenta con el dinero suficiente para comprar aceite vegetal, sólo un 22.3% tiene esta posibilidad para la compra de vegetales y un 20.4% para la compra de frutas. Este hallazgo es coherente con el hecho de que pocas personas consuman frutas y verduras diariamente y muchas si consuman como grasa principal el aceite vegetal.

7. Se sugiere realizar una intervención en educación nutricional para fomentar el consumo permanente de una alimentación saludable y que incluya estrategias para lograr una optimización del manejo de los recursos económicos en la compra de alimentos saludables.

8. La cantidad de tiempo que estas personas permanecen sentadas durante un día es alta (4.3 horas, en promedio), siendo levemente similar en hombres (3.5 horas) y mujeres (4.6 horas) y similar por grupo atareo.

Enfermedades Crónicas:

1. Sólo un 43.6% de las personas había sido tamizado mediante la realización de un examen de glicemia.

2. La prevalencia de diabetes fue de 9.4%, mayor en mujeres que en hombres y más elevada en la población de 55 a 64 años. Estos resultados se deben tener en cuenta para establecer programas de control de esta enfermedad y de prevención de su desarrollo en los adultos jóvenes, especialmente en los descendientes de las personas con esta patología.

3. Llama la atención que el 48.0% de las personas con diagnóstico de diabetes, manifestaron estar realizando un tratamiento indicado por algún profesional de la salud; sin embargo, una baja proporción de éstos hace ejercicios, o ha realizado actividades para disminuir su peso corporal. Siendo la diabetes una enfermedad que genera una alta morbimortalidad es prioritario lograr el control de los pacientes mediante el uso de tratamientos adecuados.

4. Se presentó una alta prevalencia de hipertensión arterial (HTA), la cual fue del 37.6% y no se presentaron diferencias significativas entre hombres y mujeres, pero sí por grupos etéreos, con una proporción mayor entre los de 65 y más años.

5. La proporción de sujetos hipertensos que llevan un tratamiento médico (la mayoría farmacológico) para el control de esta patología fue del 92.7%. Es pertinente resaltar que ninguno de los hipertensos encuestados manifestó que dentro de su tratamiento para controlar la enfermedad estuviera consumiendo una alimentación con bajo contenido de sal. y sólo una baja proporción afirmó que había dejado de fumar.

6. Solo un 32.7% de los participantes habían sido tamizados con una prueba de colesterol sanguíneo y esta proporción, como era de esperarse, aumentó con la edad.

7. La prevalencia de hipercolesterolemia fue alta (19.9%). No hubo diferencias por sexo, pero sí por grupo etáreo, aumentando con la edad.

8. Sólo un 11.3% de las personas con hipercolesterolemia están llevando un tratamiento (la mayoría farmacológico) indicado por un profesional de salud para lograr la disminución de sus niveles de colesterol sanguíneo. Sólo la mitad de los hipercolesterolémicos que llevaban un tratamiento, manifestó que para disminuir los niveles de colesterol sanguíneo estuviera realizando algún tipo de dieta; además, ninguno manifestó haber aumentado su consumo de frutas y verduras.

7.1.6. FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES

Situación del municipio en relación con factores como consumo de sustancia psicoactivas, violencia intrafamiliar y sexual, lesiones fatales (homicidios, suicidios).

Tabla 21. Factores de Riesgo, Causas y Soluciones

PROBLEMA	CAUSA	SOLUCION
Abuso sexual.	Sedentarismo Tabaquismo Alcoholismo. Ingesta exagerada de lípidos y sales y harinas. Hipertensión.	Fomentar los hábitos de vida saludables, dieta, ejercicio continuado y dirigido, controles médicos y recreación Educar a la comunidad en hábitos nutricionales adecuados. Educar a la comunidad sobre el control del alcoholismo y el tabaquismo. Promocionar el ejercicio y la actividad física.
Violencia Intrafamiliar.	Falta de afecto. Machismo Alcoholismo Desempleo Pobreza Bajo nivel de estudio. Desintegración Familiar baja Autoestima Bajo nivel cultural	Educar a la comunidad sobre autoestima y valores. Educar a la comunidad sobre convivencia de pareja. Programa encaminado a fortalecer los lazos afectivos en el hogar y en la familia. Programa educativo en pro del rescate de valores perdidos, tolerancia, respeto, Etc. Fortalecer la Red del Buen trato del municipio. Orientación hacia el aprovechamiento del tiempo Libre.
Presencia de embarazos a temprana edad, abortos e ITS.	Falta de orientación Falta de comunicación en el hogar. Falta de responsabilidad Falta de madurez Deseos de experimentar.	Educar a los adolescentes en lo relacionado con una sexualidad responsable y saludable.. Concienciar a los adolescentes sobre el cuidado de su cuerpo y el de los demás. Promocionar el uso del preservativo para evitar las ITS y el SIDA. Disminuir el alto índice de embarazos prematuros e indeseados.
Maltrato físico, verbal, infantil, violencia general.	Alcoholismo. Deficientes relaciones interpersonales Orden público Falta de Tolerancia.	Implementar programas de sensibilización sobre el respeto, convivencia Pacífica Etc. Fomentar en la comunidad Políticas de Convivencia y Tolerancia.
Hacinamiento	Falta de Recursos Económicos	Concientizar a la comunidad acerca de los problemas sociales. Proliferación de enfermedades que trae el convivir tantas personas en un mismo sitio.

Fuente: EOT en proceso de aprobación - 2007

.1.7. ANÁLISIS DE LA MORBILIDAD

Tabla 22. Enfermedades de notificación obligatoria

INCIDENCIA DE EVENTOS	2006	
	Caso	Tasa
Parálisis Flácida Aguda (tasa por 100.000 menores de 15 años)	0	0,0
Sarampión	0	0,0
Rubéola	0	0,0
Hepatitis B	2	17,6
Hepatitis A	0	0,0
TBC todas las formas	1	8,8
Varicela	6	52,9
Fiebre amarilla	0	0,0
Dengue Clásico	0	0,0
Dengue hemorrágico	0	0,0
Malaria todas las formas	0	0,0
Leishmaniasis	0	0,0
Enfermedad de Chagas	0	0,0
Sífilis congénita (Tasa por 1000 nacidos vivos)	0	0,0
Sífilis gestacional (Tasa por 1000 nacidos vivos)	0	0,0
SIDA	1	8,8
Lepra (Tasa por 10.000 hab.)	1	0,9
Intoxicación alimentaria (brotes)	0	0,0

FUENTE: Observatorio de salud pública. Indicadores básicos 2005

Tabla 23. Factores de Riesgo, Causas y Soluciones

EVENTO	TOTAL 2005	TOTAL 2006
TOTAL I.R.A < 5 AÑOS	92	80
TOTAL I.R.A > 5 AÑOS	174	65
TOTAL E.D.A < 5 AÑOS	89	88
TOTAL E.D.A > 5 AÑOS	143	43
ACCIDENTE OFIBICO	0	1
MUERTE PERINATAL	0	1

Fuente: Hospital Integrado San Roque de Curití

Tabla 24. Indicadores del programa de Lepra y Tuberculosis 2008

PROGRAMA	Consulta a Sintomáticos	Bacilos copias solicitadas	N° de casos positivos	Casos en tratamiento	
				Nuevos el año	total
lepra	282	9	0		
tuberculosis	111	333	3	2	2

Fuente: hospital integrado San Roque de Curití

Lepra

En la actualidad el Hospital suministra tratamiento a 2 pacientes de LEPRAMB 2006.

Morbilidad atendida basada en registros individuales de prestación de servicios – RIPS –

Tabla 25. Morbilidad por consulta a nivel municipal, 2005,2006,2007

CAUSA	2005				2006				2007			
	Orden	N°	%	Tasa	Orden	N°	%	Tasa	Orden	N°	%	Tasa
P.P.I.	2	195			1	339			1	521		
I.V.U	4	84			2	240			4	183		
VAGINITIS	6	75			3	205			2	142		
GASTRITIS	9	45			4	177			3	116		
I.R.A	5	78			5	177			8	82		
E.D.A	3	98			6	125			5	108		
OTITIS	8	52			7	109						
MIGRAÑA					8	65						
FARINGOAMIGDALITIS					9	63			6	75		
E.P.O.C.					10	63						
H.T.A.	1	282										

FUENTE: Hospital Integrado San Roque de Curití

Tabla 26. Morbilidad por consulta externa 2007

DIAGNOSTICO	TOTAL CONSULTA/06	TOTAL CONSULTA/07
Hipertensión	798	1593
Poli parasitismo	339	746
Enfermedad diarreica aguda	125	194
Infección de vías urinarias	240	306
Infección respiratoria aguda	177	172
Vaginosis	205	284
Síndrome convulsivo	119	
Otitis media aguda	109	
Enfermedad acido péptica	177	229
Diabetes mellitus	110	
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	63	
Faringoamigdalitis	63	
Cefalea	65	194
Embarazo confirmado	54	
Dolor abdominal	79	166
Lumbalgia		268

Fuente: Hospital Integrado San Roque de Curití

Tabla 27. Morbilidad por urgencias a nivel municipal,2005, 2006, 2007

Causa	2006				2007			
	Orden	n°	Orden	n°	%	tasa	Orden	n°
Heridas	1	99	1	110			1	132
Dolor abdominal	2	64	2	76			3	80
Asma	4	41	3	36			7	30
Estado febril	3	52	4	32			4	54
Dolor precordial	5	30	5	26				

Plan Territorial de Salud Municipio de Curití Santander
2008 - 2011

Convulsiones	7	17	6	16			6	32
Amenaza de Aborto	8	17	7	16			8	20
Alergias	6	22	8	14				
Crisis	9	16	9	14				
Nauseas y vomito							5	44
Traumatismo							2	96

Fuente: Hospital Integrado San Roque de Curití

Tabla 28. Morbilidad por hospitalización a nivel municipal, 2005 Y 2006

DIAGNOSTICO	2006	2007
ENFER DIARREICA AGUDA	7	7
DOLOR ABDOMINAL	7	19
SINDROME CONVULSIVO	7	0
TRABAJO DE PARTO	78	75
I.V.U	6	0
SINDROME FEBRIL	3	7
IRA	8	0
CRISIS HIPERTENSIVA	2	0
NEUMONÍA	18	7
INTOXICACION	0	19
CELULITIS SOBRE INFECTADA	0	8
GASTRITIS	0	5
EPOC	0	5
I.C.C.	9	8
DESHIDRATACIÓN	2	19
TOTAL	145	179

Fuente: Hospital Integrado San Roque de Curití

7.1.8. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD

Mortalidad general

Tabla 29. Mortalidad por grupos de edad

Grupo de edad	Indicador		
	Muertes	Población	Tasa
Menor de 1 año	3	229	1.310,0
Entre 1 y 4 años	0	882	0,0
Entre 5 y 14 años	0	2.447	0,0
Entre 15 y 44 años	7	4.981	140,5
Entre 45 y 64 años	9	1.880	476,7
65 años y más	31	916	3.384,3
Total	51	11.335	449,6

Fuente: Observatorio de salud pública. Indicadores básicos 2005

Tabla 30. Mortalidad evitable general a nivel Municipal

CAUSA (Tasa por 100.000 Habitantes)	2006	
	N°	Tasa
Enfermedades Transmisibles	3	26.5
Neoplasias (Tumores)	12	105.8
Enfermedades Cardiovasculares	17	149.9
Afecciones fetales y peri natales	1	8.8
Accidentes, homicidios y suicidios	5	44.1
Diversas enfermedades	13	114.6
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	0	0.0
Total de Causas	51	449.6

Fuente: Suplemento N° 2 de la revista del Observatorio de Salud Publica de Santander-2007

Mortalidad evitable (Sistema de Vigilancia Epidemiológica)

Tabla 30 Mortalidad evitable a nivel municipal 2004-2006

EVENTO	2006	
	no.	tasa
Mortalidad materna (por 1000 NV)	0	0.0
Mortalidad perinatal (por 1000 NV)	1	5.1
Mortalidad EDA < 5 años	0	0.0
Mortalidad IRA < 5 años	0	0.0

Fuente: Suplemento N° 2 de la revista del Observatorio de Salud Publica de Santander-2007

7.1.9. ATENCIÓN EN SALUD

Inversión y aseguramiento en salud

Tabla 31. Aseguramiento en salud 2008.

RÉGIMEN DE SEGURIDAD EN SALUD	No.	%
Régimen Contributivo	1412	12.10
Régimen Subsidiado	7710	64.67
Subsidio total	7638	
Subsidio parcial	27	
Vinculados	2234	18.91
TOTAL	11356	
Identificados SISBEN 1,2,3	11456	97.54

Fuente: Hospital Integrado San Roque de Curití

Coberturas de programas de protección específica y detección temprana – promoción de la salud y prevención de enfermedad - 2007

Tabla 32. Cumplimiento en control de crecimiento y desarrollo - CCyD, control prenatal - CPN.

PROGRAMA	POBLACIÓN OBJETO	Consulta de control		
		Controles - N° Ideal	Consulta realizadas	% de Cumpli.
CCD	< 1 año	252	74	29.4%
	12-24	256	128	50%
	25-36	SD	384	-----
	3 - 9 años	SD	749	-----
CPN (mujeres de 15 a 49 años)	2806	2179	77.6%	

Fuente: hospital integrado San Roque de Curití

Controles prenatales

Tabla 33. Cumplimiento en planificación familiar, cáncer de cérvix y cáncer de mama. Año 2007.

PROGRAMA	POBLACIÓN OBJETO	POBLACIÓN ATENDIDA
		1ª vez en el año
Planif. Familiar (15 - 49 años)	2.795	2.179
Ca. Cérvix (25 - 69 años)	3.020	1539
Ca. Mama (mayores 50 años)	SD	146

Fuente: Hospital Integrado San Roque de Curití

Coberturas de Vacunación

Tabla 34. Coberturas de vacunación 2005- 2007

Biológico	2005	2006	2007
BCG - Antituberculosa (menores de 1 año)	94	97	107
VOP - Antipolio (menores de 1 año)	178	181	112
PENTAVALENTE	178	179	112
DPT - Triple bacteriana (menores de 1 año)	178	179	112
HB - Hepatitis B (menores de 1 año)	89	87	112
Hib - Antihaemophilus influenza (< 1 año)	178	179	112
TV - Triple viral (1 año)	263	166	116
TD - en Mujeres en edad fértil (10 a 49 años)	Gestan		251
	N° Gestantes	SD	SD
Antiamarílica (mayores de un	252	189	SD

Plan Territorial de Salud Municipio de Curití Santander
2008 - 2011

año)			
Otras MMR	263	166	SD

Fuente: Hospital Integrado San Roque

Tabla 35. Coberturas de vacunación 2006-2007

BIOLOGICO	POBLACIÓN	VACUNADOS 2006	COBERTURA	POBLACION	COBERTURA 2007
BCG	252	97	38.4%	210	66.67
POLIO	252	181	72%	210	77.14
HB	252	87	34.52 %	Sd	Sd
MMR	240	166	69%	Sd	Sd
pentavalente	252	179	71%	Sd	Sd
fiebre amarilla	240	189	79%	Sd	Sd

Fuente: Hospital Integrado San Roque de Curití

Capacidad institucional

Tabla 36. Instituciones y aseguradores de salud disponibles en el Municipio

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	No.
IPS PRIVADAS	
- Primer Nivel	1
- Segundo Nivel	
- Tercer Nivel	
IPS PÚBLICA	
- Primer nivel	1
- Segundo nivel	
- Tercer nivel	
Dispensarios de Salud en Veredas	11
PS MIXTAS	
1er Nivel	
2º Nivel	
3er Nivel	
Empresas aseguradoras	
EPS Contributivas:	1
EPS Subsidiadas:	4
Entidades adaptadas:	

Fuente: Secretaria de Salud de Curití 2007

Las EPS-s subsidiadas son CAFABA-Caja de Compensación de Barrancabermeja, COOSALUD Y SOLSALUD Y CAPRECOM que brinda atención a la población desplazada.

Tabla 37. EPS'S que brindan atención a la población desplazada

CONTRATO	ARS	No AFILIADOS
200700100	CAFABA	2879
2007001200	SOLSALUD	2,785
200700300	COOSALUD	424
200700600	COOSALUD	1
200700700	SOLSALUD	26
200700800	COOSALUD	101
200700900	SOLSALUD	1373
2007001000	CAFABA	5
2007001100	COOSALUD	6
20070012000	COOSALUD	42
2007001300	SOLSALUD	8
20070014100	SOLSALUD	30
20070015000	CAFABA	21
20070016000	CAPRECOM	10

Recurso Humano en Salud

Tabla 38. Personal de salud disponible en el municipio

Personal de salud	En servicio social	Egresados	Total
Médicos	1	2	3
Odontólogos		1	1
Bacteriólogos		1	1
Nutricionista			
Enfermeras		1	1
Técnico de saneamiento		1	1
Promotor de salud		5	5
Auxiliares de enfermería		6	6
Fisioterapeuta	0	0	0
Otros:	0	0	0

Fuente: Hospital Integrado San Roque

Tabla 39. Personal de salud disponible en el municipio

INDICADORES DE SALUD CURITÍ 2007

Plan Territorial de Salud Municipio de Curití Santander
2008 - 2011

1	No. de Médicos	3	8	No. de Médicos por cada 1000 Hab.	0,25
2	No. de Enfermeras	6	9	No. de Enfermeras por cada 1000 Hab	0,670
3	No. de Consultas	9380	10	Potencial de Consultas	15600
4	No. de Controles	6680	11	Potencial de Controles	41600
5	Población del municipio	11811	12	No. de Consultas/Habitante	7,04
6	No. Controles C y D	2465	13	No. de Controles/Habitante	1,8
7	Cobertura Vacunación DPT	718 Niños-		No. de Vacunas aplicadas/niño	71%

Fuente: Hospital Integrado San Roque

ANEXO UNO
PLAN DE SALUD TERRITORIAL

ANEXO DOS
PLAN DE SALUD TERRITORIAL

OTROS ANEXO